

Maxéville, le 23 novembre 2019

Objet : avis de la HAS sur la prise en charge des bronchiolites

Comme vous le savez la HAS a émis un avis mais en réalité devrions nous dire plusieurs avis concernant la prise en charge d'un premier épisode de bronchiolite, Il s'agit donc d'une pathologie qui concerne des bébés de moins d'un an.

Cette communication a été abondamment reprise autant que mal comprise parfois même déformée par de nombreux médias. Il conviendrait donc avant tout de lire avec application cet avis :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois

Ainsi que son condensé produit sous forme PDF :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf

Il nous parait important, non seulement de reprendre la réalité de cet avis, mais également d'apporter quelques éléments complémentaires de contexte et d'usage.

Bien que m'exprimant en ma qualité de président de l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes du Grand Est, je tiens à affirmer avec force que cette communication ne s'inscrit aucunement dans une forme de corporatisme ou d'une défense inconsidérée d'actes qui pourraient réellement s'avérer inutiles voire contreproductifs à la santé de nourrissons.

Médecins et kinésithérapeutes agissent dans le sens et le respect de la santé publique et à ce titre les éléments ci-après me semblent devoir être mis en lumière. Le fait qu'il s'agisse là d'enfants de moins d'un an ne peut que nous inciter à une lecture attentive et responsable.

1°/ Le cadre de référence du document produit par la HAS

En premier lieu, rappelons donc qu'il s'agit d'un avis concernant **un premier épisode de bronchiolite** et non d'un phénomène récidivant. L'affection ainsi déterminée se définit pour **des bébés de moins d'un an** et non pas pour des enfants quel que puisse être leur âge. Le distinguo a son importance et la connaissance du public voire de certains professionnels est souvent imparfaite.

Lorsqu'il est fait état des **3% de bébés hospitalisés**, nous sommes là hors soins de ville et cela ne concerne donc que des cas manifestement graves qui ont nécessité un tel degré de prise en charge. Comme pour toutes les pathologies, des formes graves nécessitent des traitements et prises en charge souvent lourdes que les soins ambulatoires ne peuvent de fait pas assumer.

2°/ Les bases de recommandation (p 2 du pdf émis par la HAS)

Pour rappel les grades de recommandations déterminant le niveau de preuve.

Grade des recommandations

| | |
|-----------|--|
| A | Preuve scientifique établie |
| | Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées. |
| B | Présomption scientifique |
| | Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte. |
| C | Faible niveau de preuve |
| | Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4). |
| AE | Accord d'experts |
| | En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires. |

3°/ Mention et appréciation sur la kinésithérapie (p 14 du pdf)

Les avis sur la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique affichent :

| Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique | |
|---|--|
| A | Les techniques de kinésithérapie respiratoire par drainage postural, vibration, clapping sont contre indiquées dans la bronchiolite aiguë. (Vote 13 experts : 13 pour) |
| B | La kinésithérapie respiratoire par augmentation de flux expiratoire (AFE) n'est pas recommandée chez le nourrisson hospitalisé. (Vote 13 experts : 13 ok) |
| AE | La kinésithérapie respiratoire peut se discuter chez l'enfant en cas de comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire). (Vote 13 experts : 13 pour) |
| AE | En l'absence de données, la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire. Il est nécessaire d'évaluer les techniques de modulation de flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier. (Vote 13 experts : 10 pour, 3 contre) |

Ainsi pouvons-nous observer :

- Une valeur de **grade A** en ce qui concerne le **drainage postural**, les **vibrations** et le **clapping**. Eh bien nous sommes en parfait accord car contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, ces techniques ne sont plus enseignées depuis fort longtemps dans les instituts de formation français et nos kinésithérapeutes ne les utilisent plus !
- Une valeur de **grade B** pour la technique d'Augmentation du Flux Expiratoire (AFE) pour les 3% de **bébés hospitalisés** donc se trouvant dans des affections évoluées, graves. Nous ne contredirons pas cette affirmation et la situerons au niveau qui doit être le sien.
- Une valeur d'**Accord d'Expert** concernant l'utilisation de l'AFE en soins ambulatoires constatant l'absence de données et conseillant de produire des études

randomisées. A noter que contrairement aux autres avis pris à l'unanimité, celui-là a été pris, certes très majoritairement, mais pas unanimement. 3 votes contre.

Nous sommes donc bien loin d'un rejet de la kinésithérapie respiratoire concernant les bébés de moins d'un an et a fortiori pour les enfants en général.

Il est clair que sur cette question mais sans doute d'une manière plus générale, contrairement aux médecins, les kinésithérapeutes produisent fort peu d'études. Les publications scientifiques ne peuvent être niées comme d'une grande importance dans l'appréhension des effets et intérêts.

Ce faisant nous pourrions alors constater autant que regretter la non-prise en compte de l'étude Bronkilib 2 : « *étude symptomatique de la kinésithérapie avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson en ambulatoire. Une étude randomisée multicentrique* » qui après 3 années de collection de données vient d'être publiée dans la revue en langue anglaise « Journal of Clinical Research and Medicine ». (<https://www.arbformation.org/wp-content/uploads/2019/08/bronkilib-2-jcrm-2019-117-.pdf>).

Par ailleurs il ne saurait être rayé d'un trait de plume, l'expérience vécue et rapportée par les parents de tous ces petits patients pris en charge depuis de nombreuses années, par les médecins prescripteurs, par les kinésithérapeutes.

Bien évidemment comme pour toutes pathologies les résultats ne sont certes pas linéaires mais en me basant sur ma propre et longue expérience en ce domaine et pour avoir échangé à de nombreuses reprises lors de colloque sur les problématiques respiratoires, je crois pouvoir réaffirmer l'intérêt majeur de la kinésithérapie respiratoire sur les bébés et petits enfants notamment. Nous évitons chaque année de très nombreuses hospitalisations.

Ajoutons à cela que la prise en charge par les kinésithérapeutes va bien plus loin que le simple drainage bronchique. Nous évaluons et réorientons le bébé vers le médecin traitant voire le cas échéant vers les urgences en cas d'indisponibilité de celui-ci. Nous rassurons, conseillons, éduquons et accompagnons les parents. Nous sommes un des acteurs-clé de l'éducation à la santé et à ce niveau comme à d'autres un élément majeur dans l'action interprofessionnelle conjugée.

Alors que l'hôpital crie son malaise, dénonce les restrictions budgétaires qu'il subit, fait état du stress et de la fatigue de l'ensemble de ces personnels que devrions-nous proposer ?

Alors que les urgences affichent quotidiennement leur saturation et l'inadéquation de certaines orientations, devons-nous réellement penser que des parents affolés iront demain et attendront pendant des heures dans une salle d'attente d'hôpital faisant ainsi grossir artificiellement et d'une manière inadaptée le chiffre de 3 pourcents de bébés arrivant aux urgences ?

Monsieur le Président, nous sommes dans le siècle de la communication à outrance, des informations diffusées à la volée, des sujets devant faire le buzz et qui sont alors trop souvent amalgamés, détournés voire orientés.

Il est ici question de santé publique. Les avis de la HAS doivent être pris en considération tels qu'ils sont émis et non pas d'une manière inadaptée.

Nos fonctions au sein de nos URPS respectives et nos engagements communs nous commandent d'informer avec raison et précision.

J'ose donc espérer que lors de vos prochaines communications en direction des médecins libéraux, vous pourrez indiquer qu'elles ont été réellement les différents avis de la HAS sur cette question.

Dans cette attente, je vous prie de recevoir, Monsieur le Président, cher Vincent, l'assurance de mon entière considération.

Gérard THOMAS

Président de l'URPS -MK Grand Est