

**RS
&T** ENQUÊTE

La France des réseaux bronchiolite

Les 400 000 cas annuels de bronchiolite en France, auxquels s'ajoutent les difficultés de satisfaction des demandes de soins en ville et la saturation subséquente des urgences hospitalières, font de cette pathologie un « véritable fardeau ». Cette situation a conduit nombre de professionnels, hospitaliers et libéraux, masseurs kinésithérapeutes en tête, à imaginer des modes d'organisation des soins susceptibles de résoudre ces problèmes, à commencer par la création de réseaux... Les Journées des réseaux bronchiolites, organisées chaque année depuis 2004, favorisent les échanges d'expériences. Sydney Sebban, coordinateur médical du réseau bronchiolite Île-de-France, revient ici sur les résultats d'une enquête présentés lors de la septième édition des Journées, en juin dernier.



Une organisation indispensable

La bronchiolite, pathologie fréquente du nourrisson (plus de 400 000 cas chaque année en France [1]), survient sur un mode épidémique sur le territoire français pendant la période automno-hivernale selon un gradient de déplacement nord-sud [2]. Elle est à l'origine d'afflux récurrents de petits patients aux urgences pédiatriques, se superposant parfois et selon les années à ceux des gastroentérites [3], voire de la grippe, alors que dans l'immense majorité des cas elle peut être prise en charge en ville par des moyens simples [4].

Depuis le début des années 1990, la « bronchiolite » est devenue un véritable fardeau [2] du fait des difficultés croissantes rencontrées pour satisfaire les demandes de soins de la population en ville et de la saturation des urgences pédiatriques hospitalières. Ce constat récurrent a conduit des professionnels libéraux et hospitaliers (en premier lieu des masseurs kinésithérapeutes) à proposer des modes d'organisation aptes à faciliter l'accès et la continuité des prises en charge. Ces systèmes, le plus souvent informels au début, se sont peu à peu structurés, dès 2001 en Île-de-France [5] puis très rapidement en régions, suivant ainsi les recommandations de la conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite qui préconisait la constitution de réseaux pour assurer la continuité de la prise en charge [4].

Les Journées des réseaux bronchiolite

Issues de la confrontation au terrain, de nombreuses expériences de coordination des soins d'échelle différente ont progressivement émergé. Elles ont utilisé un mode opératoire issu souvent d'échanges entre promoteurs, à la faveur notamment des Journées des réseaux bronchiolite organisées en alternance à Paris et en région depuis 2004, celles-ci ayant pour vocation le partage des expériences aussi bien en matière d'organisation des soins que de pratiques professionnelles.

Les 7^e Journées des réseaux bronchiolite des 4 et 5 juin 2010 à Paris ont été l'occasion de présenter

les résultats d'une enquête dont l'objectif était d'apprécier la nature des territoires géographiques couverts par les réseaux bronchiolite et dispositifs apparentés, leur dynamique de fonctionnement et leurs niveaux d'activité respectifs.

Modalités de l'enquête

Un questionnaire semi-ouvert a été proposé aux responsables de trente-quatre dispositifs de prise en charge de la bronchiolite sur le territoire métropolitain. Ceux-ci ont été sollicités grâce aux contacts noués à l'occasion des précédentes Journées des réseaux bronchiolite. Le questionnaire comprenait quatorze items permettant d'apprécier un certain nombre de critères se rapportant au fonctionnement des dispositifs, notamment pendant la campagne automne-hiver 2008-2009 :

- la date de première ouverture,
- l'amplitude d'activité sur l'année et les horaires de fonctionnement,
- le nombre de masseurs kinésithérapeutes impliqués ainsi que leur modalité d'engagement,
- le nombre de médecins impliqués,
- la typologie du système de mise en relation avec les familles,
- l'existence d'un système d'information,
- le nombre d'appels traités,
- le nombre de séances réalisées,
- l'existence d'un programme de formation,
- le nombre de professionnels de santé formés,
- les pathologies respiratoires prises en charge de façon « protocolée » en dehors de la bronchiolite,
- l'existence d'un financement,
- l'existence d'indemnités de participation pour les professionnels engagés,
- l'existence de projets.

Le recueil des réponses s'est déroulé au cours d'entretiens téléphoniques réalisés entre le 29 janvier et le 15 avril 2010. Vingt-huit dispositifs ont répondu et vingt-cinq questionnaires ont pu être complétés (le réseau de Grenoble a fermé et deux réseaux sont trop récents pour avoir des données d'activité et/ou de fonctionnement pour 2008-2009).

1. Grimprel E., *Épidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France*, Arch. Pédiatr., 2001, 8, 583-592.
2. Che D., Caillère N., Josseran L., *Surveillance et épidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France*, Arch. Pédiatr., 2008, 15, 3, 327-328.
3. Gendrel D., Basse N., Palmer P., Marc E., Taty-Taty R., Ravilly S., et al., *Coïncidence des épidémies de rotavirus et de virus respiratoire syncytial à Paris : une enquête de 1993 à 1998*, Arch. Pédiatr., 1999, 7, 735-739.
4. Anaes, *Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson*, 2000.
5. Evenou D., Sebban S., *Le réseau bronchiolite Île-de-France*, Technologie et Santé, 2005, 55/56, 69-74.

Bien entendu, cette enquête ne peut se prévaloir d'exhaustivité compte tenu de la méthode de constitution de l'échantillon interrogé. Cependant elle est suffisante pour connaître et comparer les caractéristiques souhaitées dans les objectifs.

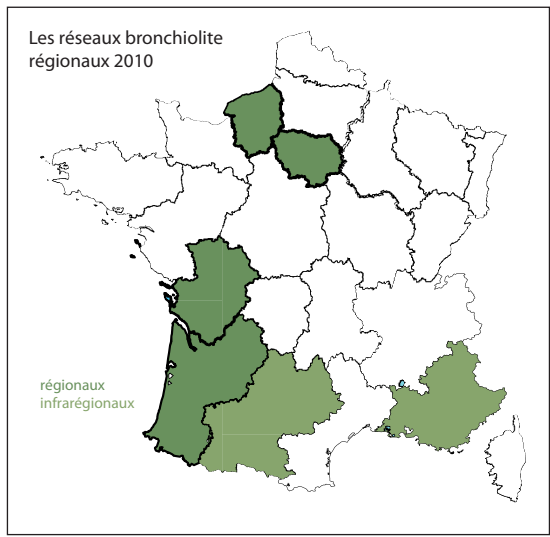
Résultats

Année d'ouverture

Le dispositif francilien a débuté ses activités en 2001. Deux dispositifs ont ouvert en 2002, trois en 2003. Dix dispositifs sont apparus en 2004, un en 2005, trois en 2006, un en 2007 ; les plus récents (2008 et 2009) sont ceux de l'Allier, de Lisieux, de Quimper et du Haut-Jura.

Amplitude d'ouverture

Octobre-avril : 72 % (N = 18).
 Septembre-mai : 12 % (N = 3).
 Année : 20 % (N = 5).
 Quatre-vingt-douze pour cent (N= 23) des dispositifs sont accessibles le week-end et les jours fériés pendant leur période d'ouverture, deux dispositifs



restent ouverts 7 jours sur 7 pendant leur période d'activité (Moselle, Nice).

Mode de fonctionnement

Toutes les structures interrogées fonctionnent sur le mode associatif. Dix-neuf réseaux ont reçu des subventions des Urcam, un réseau reçoit des subventions via un conseil général. Plusieurs réseaux ont déclaré ne pas avoir de financements pérennes (N = 4). Six dispositifs (tous locaux) ne reçoivent

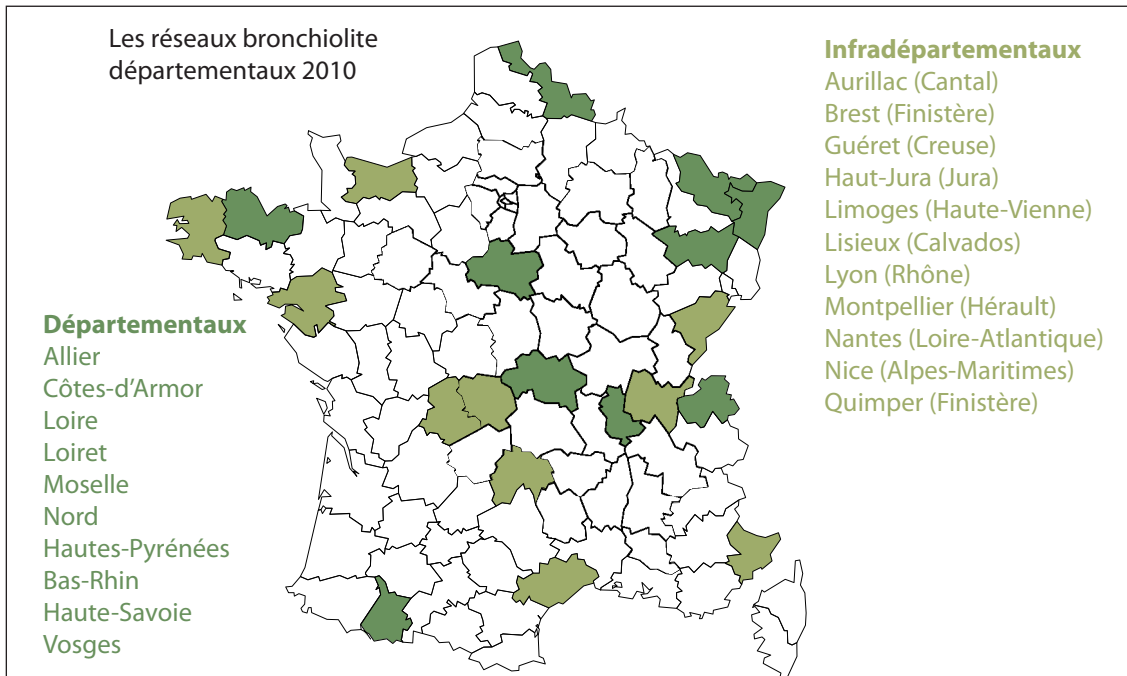
pas de subvention. Soixante pour cent d'entre eux (N = 15) versent des indemnités aux professionnels engagés.

Engagement des professionnels de santé

Ils sont dans l'immense majorité libéraux. L'ensemble des dispositifs questionnés rassemblent près de 3 000 masseurs kinésithérapeutes, soit plus de 5% des masseurs kinésithérapeutes libéraux inscrits au CNOMK (53 000). Vingt et une structures engagent leurs participants via la signature de chartes. Les réseaux franciliens et aquitains sont les seules entités médico-kinési-

Dispositif géographique des réseaux brochiolite.

Régionaux (N = 4)	Infrarégionaux (≥ 2 départements) (N = 2)	Département (N = 10)	Infradépartementaux (N = 11)
Île-de-France Aquitaine Haute-Normandie Poitou-Charente	PACA Midi-Pyrénées	Allier Côtes-d'Armor Loire Loiret Moselle Nord Hautes-Pyrénées Bas-Rhin Haute-Savoie Vosges	Sud Lyon Montpellier Nantes Nice Brest Limoges Quimper Aurillac Guéret Haut-Jura Lisieux



thérapeutiques ; ils réunissent 450 médecins (300 en Île-de-France, 120 en Aquitaine). La plupart des réseaux comptent cependant un ou plusieurs référents médicaux (non engagés par des chartes).

Formation des professionnels

Vingt et une structures mettent en place un programme de formation. L'ensemble des dispositifs a regroupé plus de 1 600 professionnels de santé lors de sessions de formation organisées au cours de la campagne 2008-2009. Une structure a mis en place une démarche d'évaluation des pratiques pour les médecins participants (Île-de-France [6]).

Relations avec les familles

La moitié des dispositifs utilise un numéro de téléphone dédié (N = 13), douze réseaux sur le modèle du standard-secrétariat, un sur le modèle du répondeur diffusant chaque week-end les numéros des cabinets ouverts. Six réseaux utilisent des téléphones portables tournants (24%). Enfin le Centre 15 est utilisé par 20% des structures pour diffuser les coordonnées des professionnels joignables auprès des usagers. Plus rarement,

d'autres outils de mise en relation sont utilisés (planning de présence confié aux urgences, un, et site Internet grand public et presse régionale, un).

Système d'information et de communication

La plupart des réseaux interrogés (21) utilisent des « fiches bilan » remplies par les professionnels de permanence lors de chaque consultation. Celles-ci permettent de renvoyer les informations vers la coordination mais également de les faire suivre vers les autres professionnels de santé appartenant ou non au réseau. Neuf dispositifs utilisent également un site Internet pour diffuser des informations vers les professionnels et le grand public.

Niveau d'activité

Quarante-cinq mille demandes de soins ont été traitées au sein des différents dispositifs questionnés pendant la saison 2008-2009. Bien entendu les réseaux les plus structurés et régionaux ont les files actives les plus importantes (12 000 nourrissons en Île-de-France, 5 500 en Aquitaine). Soixante-cinq mille séances de kinésithérapie respiratoire ont été comptabilisées par l'ensemble des réseaux.

6. Sebban S., Bray J., Grimprel E., Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins libéraux du réseau bronchiolite Île-de-France pendant l'hiver 2003-2004, Arch. Pédiatr., 2007, 14, 421-426.

Perspectives et projets

À ces titres les différentes associations interrogées évoquent à court et moyen terme :

- une augmentation du périmètre géographique d'activité (départementalisation pour certaines, régionalisation pour d'autres),
- une diversification par extension d'activité à d'autres pathologies respiratoires de l'enfant (asthme, mucoviscidose),
- la pérennisation des financements,
- la poursuite de partenariats en matière de surveillance épidémiologique (Île-de-France),
- la poursuite de projets de recherche (Île-de-France, Haute-Savoie).



L'enquête rend compte d'une géographie des réseaux liée à la diversité des expériences et à la mosaïque des territoires, des populations couvertes et des ressources mobilisées. Si la méthodologie de l'enquête a permis de cibler plus aisément les réseaux constitués (vingt dispositifs interrogés reçoivent de subventions), elle a également permis de rendre compte de

démarches qui pour être plus modestes n'en rendent pas moins un réel service aux familles. Leurs animateurs rapportent d'ailleurs des difficultés pour poursuivre leurs engagements sans soutien et/ou sans visibilité. Ils insistent sur le temps nécessaire à la constitution, la coordination et l'animation des maillages locaux. Plusieurs réseaux pointent d'ailleurs des incertitudes sur l'avenir de leur financement.

Analyse

L'émergence des réseaux bronchiolite au milieu des années 2000 est liée à plusieurs phénomènes concordants. Tout d'abord la spontanéité des professionnels à créer des systèmes de garde locaux. Puis, le démarrage des dispositifs de subvention tels le Faqsv et la DRDR, accessibles sous forme de guichet unique pour les projets de réseaux. Par ailleurs, la conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite en 2000 a certainement contribué à donner une légitimité au mouvement de création, de même que la couverture médiatique des épidémies. Enfin, il est probable qu'à partir de 2004 les Journées des réseaux ont favorisé, à partir du partage d'expériences entre promoteurs, la montée en charge de projets.

Les données d'amplitude d'ouverture des dispositifs témoignent de l'adéquation de la mobilisation des ressources humaines au profil des épidémies de bronchiolite [2] ainsi qu'à celui de la permanence et de la continuité des soins (ouverture le week-end et les jours fériés).

Enfin, sur un plan fonctionnel, les dispositifs consultés proposent un modèle de service axé sur une interface téléphonique de mise en relation des familles avec des professionnels coordonnés (disponibilités prédéterminées) et formés. L'attractivité des réseaux et la mobilisation d'un grand nombre de professionnels sont rendues possibles par la mutualisation des contraintes proposées à l'occasion de la période d'épidémie (permanences partagées lors des week-ends et des jours fériés).

Vers une médiation sanitaire ciblée

Jusqu'à la fin des années 1990, les regroupements de kinésithérapeutes, certes très utiles et spontanés, sont hétérogènes, souvent à petite échelle et

Ces dispositifs ont contribué à favoriser le rassemblement des professionnels, à développer les relations ville-hôpital.

rarement évalués. La dynamique enclenchée par la création de réseaux bronchiolite à partir des années 2000 a été indéniable et a permis la mise en place de procédures homogènes et des logiques de services rendus aussi bien aux familles (facilité d'accès à des professionnels dont la disponibilité est éclairée) qu'aux professionnels (mutualisation des contraintes). L'enquête révèle un mouvement convergent avec des kinésithérapeutes engagés sur :

- la qualité des pratiques,
- le partage d'information,
- des outils au service de la relation avec les familles,
- des valeurs ajoutées fondées sur un travail coopératif, une production de soins opportune et partagée (45 000 nourrissons pris en charge) complétée par une animation permanente.

Les impacts en termes d'organisation des soins sont nets. Ces dispositifs ont contribué à favoriser le rassemblement des professionnels, à développer les relations entre la ville et l'hôpital, entre médecins et kinésithérapeutes, à mettre en place des formations communes, enfin à améliorer l'accessibilité aux soins. Tout ceci a supposé un degré élevé de concertation et de coopération des acteurs de santé. En s'appuyant sur la coordination, l'interface avec les patients



Sydney Sebban
est pédiatre et coordinateur médical du Réseau bronchiolite Île-de-France.

et les échanges d'informations entre intervenants, les réseaux bronchiolite ont pu proposer une véritable médiation sanitaire ciblée.

Une dynamique est enclenchée

Au-delà du modèle homogène de fonctionnement et de son efficacité, la poursuite de la mise en commun des idées entre réseaux permettra, pour certains, d'engager de nouveaux chantiers comme en ont témoigné les théma-

tiques abordées lors des Journées des réseaux bronchiolite 2010 :

- l'évaluation des pratiques et des besoins de formation,
- l'accueil en stage des étudiants de troisième année d'études en kinésithérapie par les professionnels libéraux volontaires des réseaux,
- la surveillance épidémiologique de la bronchiolite et des virus respiratoires,
- les projets de recherche en kinésithérapie respiratoire.

Plus généralement, il s'agira également de renforcer la coordination au niveau du territoire de proximité entre médecine de ville et secteur hospitalier, de poursuivre la dynamique autour de la communication, de l'animation et de la coopération sanitaire.

Sydney Sebban