

De  
Romain Terrat  
Secrétaire du SMKNC 2022  
Pour le SMKNC



A

Directeur du Contrôle Médical Unifié

**Objet : Prescriptions de kinésithérapie respiratoire chez les nourissons de moins de 12 mois**

Dr Regnard,

Suite à la discussion informelle durant laquelle a été abordé la notion de pertinence de la kinésithérapie respiratoire dans le parcours de soin du patient âgé de moins de 12 mois présentant un épisode aigu de bronchiolite,

Nous souhaitons présenter les arguments suivants :

**- La recommandation HAS de 2019 (en PJ) ne s'applique qu'à la population des « nouveaux nés et les nourissons âgés de moins de 12 mois ayant une première bronchiolite aigüe » (page 5)**

Or actuellement les avis du contrôle médical sont systématiquement un rejet en cas d'âge inférieur à 12 mois sans prendre en compte la notion de récurrence.

En effet, derrière les bronchiolites récurrentes se cachent souvent des antécédents familiaux de fragilité pulmonaire voir une éventuelle future pathologie pulmonaire. Une modification des avis d'entente préalable serait donc cohérente pour cibler un remboursement chez les nourissons de moins de 12 mois des soins de « kinésithérapie respiratoire dans un contexte de bronchiolite récurrente ».

Cette exclusion est d'ailleurs reprise en page 6 de la recommandation.

D'autre part, de par ma pratique, je vois trop souvent des parents consultant au sein de mon cabinet, ayant consulté précédemment une sage femme, une puéricultrice, un ostéopathe, un médecin généraliste depuis la naissance de l'enfant, et ne maîtrisant toujours pas la technique du Drainage Rhino Pharyngée postérieur (DRP) de la sphère ORL avant une infection pulmonaire (fortement recommandée selon cet avis de la HAS, et rappelé dans la fiche synthétique en dernière page), ou n'ayant pas fait le parallèle entre les épisodes fréquents de bronchiolite de leur enfant et les facteurs de risques externes de l'environnement de l'enfant (poussière, hygiène, reflux gastrique, posture de sommeil...). Ces parents, une fois bien informés et formés au geste du DRP, sont moins susceptibles de permettre une dégradation de l'état de santé de leur enfant par ces facteurs.

Aussi, je ne peux que rejoindre l'avis de la HAS concernant le premier épisode de bronchiolite, cependant, je vous prie de prendre en considération les limites de la recommandation et de communiquer à ce sujet auprès des prescripteurs (comme le Dr Mestre avait pu communiquer auprès des prescripteurs lorsqu'elle avait décidé de manière unilatérale de déclarer MJNR systématiquement les demandes de kinésithérapie respiratoire si l'enfant était âgé de moins de 12 mois.

**- La recommandation HAS précise également, dans le cas des enfants atteints de bronchiolite, un réseau de soin doit absolument encadrer le premier épisode de bronchiolite pour prévenir des formes fatales (rares), quel que soit le niveau de gravité initial de la pathologie (page 10, 30), ce réseau de soin peut être constitué de médecins, d'hôpital et de professionnels des premiers secours.**

Or en Nouvelle Calédonie, notre maillage médical et hospitalier est très nettement inférieur à notre surface territoriale. En effet, pratiquant en Province Nord, en Brousse, l'accès à un médecin disponible, ou à un hôpital, n'est pas toujours possible, et en tout les cas plus onéreux que le recours à un kinésithérapeute. En effet, notre appréciation nous permet de rediriger un patient en cas de yellow flag ou de red flag afin d'assurer ce suivi de l'évolution de la maladie, si cher à la HAS dans cette recommandation, sans encombrer les salles d'attente des médecins libéraux déjà en saturation en brousse, et les urgences des centres hospitaliers pour assurer un SUIVI.

Un libellé de « éducation thérapeutique des parents et suivi de l'évolution de la bronchiolite » sur 1 séance serait intéressant à mettre en place, tant pour réduire le recours au médecin comme seul professionnel de soin du réseau bronchiolite, que pour s'assurer de la compréhension et de la bonne réalisation du DRP et des critères d'aggravation retenus pour le nourrisson.

Dans tous les cas, si ces patients viennent à nous consulter pour un second épisode, et que celui-ci est pris en charge, cette éducation thérapeutique sera réalisée.

**- Cette recommandation ne s'applique pas à l'asthme du nourrisson, et la HAS tempère son avis page 23 où elle indique que dans toutes les formes, la kinésithérapie respiratoire est « à discuter selon les comorbidités »**

En effet, les polyopathologies, et notamment l'asthme du nourrisson, un poids anormalement bas, des antécédents de grande prématurité, de retard de développement, de myopathie ou de mucoviscidose, devraient être considérés lors de l'évaluation de la pertinence du soin.

La figuration sur la prescription ou dans le dossier patient d'une pathologie associée constituant un facteur de risque d'aggravation pourrait justifier médicalement la prise en charge de ce risque dans le cadre d'un premier épisode de bronchiolite.

Vous remerciant pour votre attention sur ce plaidoyer pour la modération de la décision initiale du CMU en 2019, et pour l'information aux médecins prescripteurs par une circulaire de vos éventuelles décisions quant à cette situation,

Pour le SMKNC,  
Romain TERRAT.  
Masseur Kinésithérapeute D.E.