

Impact socio-économique de la bronchiolite

La bronchiolite est une maladie virale entraînant une obstruction des bronchioles, atteignant les nourrissons âgés de moins de 2 ans, lors d'épidémies automno-hivernales ; le virus le plus souvent à l'origine de cette pathologie est le VRS. On évalue à 20 % le nombre de nourrissons d'une cohorte annuelle hospitalisés chaque année, ce qui en fait, dans les pays développés, la principale cause d'hospitalisation des nourrissons avant l'âge de 1 an ; 2 à 3 % des nourrissons ayant une bronchiolite sont hospitalisés [1] avec une durée moyenne d'hospitalisation de 5,1 jours [2]. Un transfert dans un service de soins intensifs, essentiellement pour recevoir de l'oxygène, est nécessaire pour 1 à 2 % des nourrissons hospitalisés [3]. La mortalité reste élevée dans les pays en voie de développement [4].

Les données de la littérature concernant l'évolution de la prévalence de la bronchiolite et le nombre d'enfants transférés dans un service de réanimation sont contradictoires ; en Angleterre le nombre de nourrissons hospitalisés pour une bronchiolite a été multiplié par 7 entre 1979 et 2011 [5], alors qu'il est stable dans l'Ontario entre 2004 et 2018 [6] et a même diminué aux USA entre 2000 et 2016 [7] ; dans ces mêmes études, le nombre de nourrissons admis en réanimation est stable [5] 1968-1985 ou a augmenté [6, 7]. Dans 6 pays européens étudiés, le nombre d'hospitalisations dans un service de réanimation a également augmenté dans les 20 dernières années [8]. En France, lors de l'hiver 2020-2021, 39 % des enfants ayant consulté dans un service d'urgence ont été hospitalisés [9].

L'évolution de cette maladie très fréquente peut être émaillée de complications médicales immédiates ou tardives. Parmi les complications immédiates, on peut citer la surinfection bactérienne, ainsi que la survenue d'une otite moyenne aiguë pouvant survenir chez 57 % des enfants âgés de moins de 3 ans [10]. Une pyélonéphrite aiguë est beaucoup plus rare, et doit être recherchée systématiquement chez les nourrissons très fébriles, car l'association semble non exceptionnelle [11].

Parmi les complications plus tardives, il a été montré que les nourrissons ayant eu une bronchiolite dans les 6 premiers mois de vie avaient

une probabilité plus importante d'avoir entre l'âge de 6 et 12 mois, une otite moyenne aiguë, une pneumonie, et une cure d'antibiotiques [12]. L'évolution ultérieure vers un asthme est fréquente, pouvant atteindre 30 à 50 % des enfants ayant eu une bronchiolite [13] ; cette évolution serait plus fréquente si le virus responsable de la bronchiolite est un rhinovirus [14] ; le mécanisme en reste discuté [13].

En dehors de ces complications médicales, l'hospitalisation d'un nourrisson est un événement stressant pour sa famille, avec des répercussions familiales, tant au niveau des parents que de la fratrie. Ces conséquences peuvent être psychologiques, liées au stress de l'hospitalisation, professionnelles, organisationnelles, et financières.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les conséquences socio-économiques de la survenue d'une bronchiolite au niveau de la famille.

Matériel et méthodes

Pour évaluer les conséquences familiales de la survenue d'une bronchiolite nous avons élaboré un questionnaire. Ce questionnaire comportait des questions sur la prise en charge de la maladie et sur les conséquences psychologiques, professionnelles, organisationnelles observées au niveau des familles. Des renseignements sur la famille étaient également demandés.

Le questionnaire anonyme a été proposé en avril et mai 2022 à 9 300 parents inscrits sur le site de parents de l'Afpa (www.mpedia.fr) ; il était également disponible sur les réseaux sociaux. Pour contrebalancer la surreprésentation des catégories socioprofessionnelles (CSP) élevées des familles inscrites sur ce site, le questionnaire a également été envoyé à l'intégralité des 47 146 familles inscrites au Programme malin (<https://www.programme-malin.com/>) ; le Programme malin est une association loi 1901 reconnue d'intérêt général dont l'objectif est d'accompagner les parents notamment ceux sous contraintes budgétaires pour qu'ils donnent à leurs enfants une alimentation de qualité et adaptée à leurs besoins. Ce programme permet une aide alimentaire dont

Rémy Assathiany¹,
Claire Dolard²,
Fabienne Cahn-Sellem¹

¹ Pédiatre Afpa
² Agence Doola

Conflit d'intérêt :
enquête effectuée
sur mpedia
à la demande d'Afpa R&D
et soutenue financièrement
par Sanofi.

des familles en situation précaire peuvent bénéficier, en fonction du quotient familial déterminé par la caisse d'allocations familiales. Dans la suite de l'article les réponses, venant des parents ayant rempli le questionnaire sur le site mpedia ont été nommées « *Famille ou parents mpedia* » ; celles appartenant au Programme malin par « *Famille ou parents Programme malin* ». Les questionnaires, même incomplètement remplis, ont été pris en compte.

Le critère d'inclusion était la survenue d'une bronchiolite chez un enfant avant l'âge de 2 ans, entre janvier 2021 et la date de remplissage du questionnaire.

Les données ont été collectées sur le logiciel SurveyMonkey® (SurveyMonkey Inc.).

Résultats

Le nombre de questionnaires exploitables était de 2 059, 1 318 (64 %) venant des parents du site mpedia, 741 (36 %) du Programme malin. Les réponses venaient de tous les départements sauf 5 (Creuse, Gers, Lozère, Nièvre, Yonne) avec le taux le plus important venant du département de la Gironde.

Les questionnaires étaient remplis en très grande majorité par les mères (94 %), âgées de 25 à 40 ans (90 %).

Caractéristiques des familles

Les caractéristiques des familles sont présentées dans le [tableau 1 page 8](#). Les parents Programme malin sont caractérisés par un âge plus jeune de la mère, une vie en couple moins fréquente (82 % vs 99 %) et davantage d'enfants. Ils sont plus fréquemment sans emploi (58 % vs 13 %). La catégorie socioprofessionnelle cadre/profession libérale domine très nettement chez les parents mpedia (43 % vs 6 %). Les familles Programme malin signalent plus fréquemment des difficultés financières (47 % vs 10 %) et une aide médicale telle que la CMU ou l'AME (33 % vs 3 %). Le nombre d'enfants nés prématurés est identique (11 %), dans les 2 populations.

La prise en charge de la bronchiolite

Les modalités de la prise en charge de la bronchiolite sont résumées dans le [tableau 2 page 8](#). Le nombre de consultations pour bronchiolite est variable avec 2 consultations ou davantage pour 58 % des nourrissons. Une hospitalisation a été nécessaire dans 37 % des cas, le plus souvent supérieure à 3 jours. Un transfert dans un autre hôpital est survenu pour 75 nourrissons, le plus souvent dans un hôpital

d'une autre ville ; il était plus fréquent chez les nourrissons Programme malin, que ce soit pour un transfert dans la même ville (4 % vs 1 %) ou dans une ville différente (11 % vs 7 %). Un transfert en réanimation a été jugé nécessaire à 144 reprises, soit 7 % du nombre total des bronchiolites répertoriées.

Les conséquences de la maladie sur la famille

Les conséquences de la maladie sur la famille sont nombreuses et variées ([tableau 3 page 9](#)).

Une anxiété allant de modérée à sévère était signalée par 73 % des parents lors de l'annonce du diagnostic ; elle était plus fréquente (82 %) lors de l'évolution de la maladie et surtout (87 %) lors de l'hospitalisation. Le retentissement sur la vie de tous les jours est considérable puisqu'il est signalé par 84 % des parents. Une famille sur 5 a dû changer de mode de garde au cours ou au décours de la maladie.

Les conséquences professionnelles de la maladie

Près de 90 % des familles ont signalé des conséquences sur la qualité de leur travail ([tableau 4 page 9](#)). Un arrêt de travail en raison de la maladie de leur enfant a été observé chez presque 2 tiers des parents (60 %), dépassant 5 jours pour 13 % d'entre eux.

Discussion

Cette étude, faite auprès de plus de 2 000 familles, permet d'évaluer les conséquences non médicales liées à la survenue d'une bronchiolite. Le questionnaire a été le plus souvent rempli par la mère, ce qui a déjà été signalé [15]. Dans notre étude 37 % des nourrissons ayant une bronchiolite ont été hospitalisés, ce qui est retrouvé par Santé publique France qui mentionne 39 % de nourrissons hospitalisés après un passage aux urgences lors de l'hiver 2020-2021. Le taux d'hospitalisation est identique dans les 2 catégories de nourrissons étudiées, alors qu'aux USA, il est plus important dans les familles en situation précaire [16, 17].

Les conséquences non médicales observées dans les familles sont diverses et nombreuses, affectant la vie et l'organisation de la famille, ainsi que la vie professionnelle.

Pour mieux les étudier, une équipe française a élaboré un questionnaire standardisé sur le vécu de la famille, conçu spécifiquement pour les parents d'un enfant hospitalisé pour une bronchiolite. Ce questionnaire qui se nomme *Impact of Bronchiolitis Hospitalization Questionnaire (IBHQ)*,

comprend différents items concernant les sujets suivants : inquiétudes et anxiété, peur de l'avenir, culpabilité, impact sur l'organisation quotidienne, impact corporel, impact sur le comportement avec le nourrisson hospitalisé, impact financier [15].

Une inquiétude est signalée par plus de trois quarts des parents ayant répondu à notre questionnaire ; elle semble plus importante lors de l'hospitalisation chez les parents mpedia. Cette inquiétude devant une détresse respiratoire est légitime et compréhensible ; elle serait même plus importante lors d'une bronchiolite que lors d'une hospitalisation d'un nourrisson pour un autre motif [18]. Une étude a montré que cette anxiété était proportionnelle à la durée d'hospitalisation et au niveau d'études des parents [19]. Paradoxalement, dans cette étude, elle n'était pas plus importante lorsque les nourrissons hospitalisés avaient eu une naissance prématurée ou étaient porteurs d'une cardiopathie congénitale, alors que ce sont des facteurs de risque d'hospitalisation lors de la survenue d'une bronchiolite [19].

Une bonne relation avec le personnel soignant, en qui les parents ont confiance, est un facteur important pour atténuer leur inquiétude [20]. Même si elles s'atténuent avec le temps [13], les difficultés éprouvées par les parents peuvent persister plusieurs mois après l'hospitalisation [18] [21], avec une qualité de la vie pouvant être impactée 9 mois après la survenue d'une bronchiolite, surtout en cas de dermatite atopique associée [22].

Dans notre étude **un arrêt de travail des parents**, qui permet aux parents d'être à côté de leur enfant hospitalisé, est mentionné par 60 % des familles ayant répondu ; cette fréquence est comparable à celle d'une étude finlandaise où 52 % des parents avaient arrêté leur travail, avec une durée moyenne de 2,6 jours ; l'absentéisme était plus élevé chez les parents d'enfants les plus jeunes [10]. Dans une autre publication concernant l'Espagne et l'Italie, on note également un arrêt de travail supérieur à 1 semaine pour 60 % des parents [20]. Par ailleurs, il a été établi au Canada que les deux parents passaient l'équivalent de 7 jours à l'hôpital, ce qui signifie une absence au travail de 3 jours pour chacun d'entre eux [2].

La quasi-totalité (88 %) des parents qui poursuivent leur activité lors de la maladie de leur enfant avoue une perturbation de la qualité de leur travail ; une fréquence comparable (82 %) est

citée dans une étude canadienne [2] ; un retentissement sur le travail, qualifié de modéré ou sévère, est également rapporté dans une étude européenne par 37 % des parents [20].

La fréquence très élevée de la bronchiolite qui atteint chaque hiver 30 % des nourrissons [8] justifie la mise au point d'un vaccin pour sa prévention. Le but principal de cette vaccination est surtout d'éviter les formes sévères de bronchiolite et de limiter la transmission de l'épidémie. On peut également en espérer une diminution de toutes les complications médicales et non médicales pouvant survenir lors d'une bronchiolite, et une diminution de prescription des antibiotiques telle qu'elle a été observée après la vaccination contre la grippe [22].

À l'heure actuelle, une prévention contre le VRS est possible seulement chez les grands prématurés et certains enfants à risque (cardiopathies sévères, etc.) par l'administration d'anticorps monoclonaux (Palivizumab) qui doit être renouvelée tous les mois pendant les périodes à risque d'infections communautaires à VRS.

L'industrie pharmaceutique n'est pas inactive dans la recherche de vaccins : en 2020, 38 vaccins candidats étaient en développement, avec des essais cliniques en cours pour 19 d'entre eux [23]. Deux études récemment publiées avec des résultats encourageants peuvent être citées. La première concerne un vaccin administré chez la femme enceinte, permettant ainsi une protection précoce du nourrisson, a montré une bonne tolérance et un passage transplacentaire satisfaisant des anticorps protecteurs [25]. La seconde utilisant un anticorps monoclonal de longue durée de vie (Nircevimab) permettant une seule injection chez le nourrisson s'est également montrée efficace sur la survenue d'infections à VRS [26].

Conclusion

Cette étude faite auprès d'un échantillon de plus de 2 000 familles révèle l'importance de l'impact socio-économique des infections à VRS du nourrisson, souvent minorées et méconnues. Elles doivent être prises en compte par le personnel médical et paramédical pour aider les familles à mieux vivre cette période anxiogène. La mise au point d'un vaccin efficace sera un grand progrès dans le domaine de la santé du nourrisson.

Caractéristiques des familles	Total	Mpedia	Programme Malin
Qui répond?	N = 2 059	N = 1 318	N = 741
Mère	1 944 (94 %)	1 262 (96 %)	682 (92 %)
Père	115 (6 %)	56 (4 %)	59 (8 %)
Âge de la mère	N = 2 054	N = 1 318	N = 738
< 25 ans	109 (5 %)	27 (2 %)	82 (11 %)
26-40 ans	1832 (90 %)	1216 (92 %)	616 (83 %)
> 40 ans	113 (5 %)	73 (6 %)	40 (5 %)
Mode de vie	N = 1742	N = 1 150	N = 592
En couple	1620 (92 %)	1135 (99 %)	485 (82 %)
Parent solo	115 (7 %)	14 (1 %)	101 (17 %)
Nombre d'enfants	N = 1735	N = 1 148	N = 587
1	624 (36 %)	499 (43 %)	125 (21 %)
2	729 (42 %)	525 (46 %)	204 (35 %)
3 ou plus	381 (22 %)	124 (11 %)	257 (44 %)
Prématurité	N = 1993	N = 1 385	N = 708
	218 (11 %)	130 (9 %)	88 (12 %)
Lieu de vie	N = 1730	N = 1 144	N = 586
Urbain	1082 (63 %)	719 (63 %)	363 (62 %)
Rural	648 (37 %)	425 (37 %)	223 (38 %)
Profession	N = 1747	N = 1 150	N = 597
Cadre/libéral	524 (30 %)	489 (43 %)	35 (6 %)
Employé	410 (23 %)	292 (25 %)	118 (20 %)
Ouvrier	47 (3 %)	17 (1 %)	30 (5 %)
Sans emploi	492 (28 %)	144 (13 %)	348 (58 %)
Plan financier	N = 1734	N = 1 149	N = 585
À l'aise	444 (26 %)	412 (36 %)	32 (5 %)
À l'équilibre	895 (52 %)	619 (54 %)	276 (47 %)
En difficulté	395 (22 %)	118 (10 %)	277 (47 %)
Aide médicale	N = 1747	N = 1 150	N = 597
CMU ou AME	240 (13 %)	40 (3 %)	200 (33 %)

Tableau 1 - Caractéristiques des familles qui ont répondu. N = le nombre de réponses à la question.

Prise en charge de la bronchiolite	Total	Mpedia	Programme Malin
Nombre de réponses	1993	1284	709
Nombre de consultations			
0	107 (5 %)	57 (4 %)	50 (7 %)
1	731 (37 %)	501 (39 %)	230 (32 %)
2	622 (31 %)	427 (33 %)	195 (27 %)
> 2	533 (27 %)	299 (23 %)	234 (33 %)
Hospitalisation	731 (37 %)	455 (35 %)	276 (39 %)
Durée d'hospitalisation			
1 à 3 jours	247 (34 %)	140 (31 %)	107 (39 %)
> 3 jours	476 (65 %)	308 (69 %)	168 (61 %)
Transfert			
Même ville	14 (2 %)	1 (0 %)	12 (4 %)
Autre ville	61 (8 %)	31 (7 %)	30 (11 %)
Séjour réa	144 (20 %)	87 (19 %)	57 (21 %)

Tableau 2 - Prise en charge de la bronchiolite.

Impact familial de la bronchiolite	Total	MPedia	Programme Malin
Nombre de réponses	1 848	1 206	635
Changement mode de garde	375 (20 %)	274 (23 %)	100 (15 %)
Impact sur la vie quotidienne	1 539 (84 %)	1 060 (88 %)	479 (75 %)
Anxiété annonce diagnostic			
Absente à légère	455 (25 %)	306 (25 %)	148 (24 %)
Modérée à sévère	1347 (73 %)	893 (74 %)	450 (72 %)
Anxiété pendant la maladie			
Absente à légère	285 (15 %)	176 (15 %)	109 (17 %)
Modérée à sévère	1 521 (82 %)	1 023 (85 %)	493 (77 %)
Nombre de réponses	731	445	286
Anxiété pendant l'hospitalisation			
Absente à légère	92 (13 %)	39 (9 %)	53 (19 %)
Modérée à sévère	639 (87 %)	406 (91 %)	233 (81 %)

Tableau 3 - Impact familial de la bronchiolite.

Impact sur le travail	Total	Mpedia	Programme Malin
Situation professionnelle lors de la bronchiolite	N = 1963	N = 1273	N = 690
En activité	929 (47 %)	754 (59 %)	175 (25 %)
Sans emploi	1034 (52 %)	519 (41 %)	515 (75 %)
Impact sur le travail	N = 929	N = 754	N = 175
Impact sur le travail	823 (88 %)	648 (86 %)	175 (100 %)
Arrêt de travail	566 (60 %)	462 (61 %)	104 (59 %)
Durée arrêt de travail	N = 459	N = 381	N = 78
1 à 3 jours	281 (52 %)	240 (54 %)	41 (43 %)
> 3 jours	178 (33 %)	141 (32 %)	37 (29 %)

Tableau 4 - Impact sur le travail (N = nombre de réponses à la question)

Références

- [1] Hasegawa K, Tsugawa Y, Brown DFM, Mansbach JM, Camargo CA. Trends in Bronchiolitis Hospitalizations in the United States, 2000–2009. *Pediatrics*. 1 juill 2013;132(1):28-36.
- [2] Mitchell I, Defoy I, Grubb E. Burden of Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations in Canada. *Canadian Respiratory Journal*. 2017;2017:1-9.
- [3] Barben J, Regamey N, Hammer J. Bronchiolite aiguë – une mise à jour. *Swiss Med Forum [Internet]*. 25 févr 2020 [cité 31 août 2022]; Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2020.08460>
- [4] Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. mai 2010;375(9725):1545-55.
- [5] Green CA, Yeates D, Goldacre A, Sande C, Parslow RC, McShane P, et al. Admission to hospital for bronchiolitis in England: trends over five decades, geographical variation and association with perinatal characteristics and subsequent asthma. *Arch Dis Child*. févr 2016;101(2):140-6.
- [6] Mahant S, Parkin PC, Thavam T, Imsirovic H, Tuna M, Knight B, et al. Rates in Bronchiolitis Hospitalization, Intensive Care Unit Use, Mortality, and Costs From 2004 to 2018. *JAMA Pediatr*. 1 mars 2022;176(3):270.
- [7] Fujiogi M, Goto T, Yasunaga H, Fujishiro J, Mansbach JM, Camargo CA, et al. Trends in Bronchiolitis Hospitalizations in the United States: 2000–2016. *Pediatrics*. déc 2019;144(6):e20192614.
- [8] Linssen RS, Teirlinck AC, van Boven M, Biarent D, Stona L, Amigoni A, et al. Increasing burden of viral bronchiolitis in the pediatric intensive care unit; an observational study. *Journal of Critical Care*. avr 2022;68:165-8.
- [9] Bronchiolite : bilan de la surveillance hivernale 2020-2021 [Internet]. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-publiquefrance.fr/les-actualites/2021/bronchiolite-bilan-de-la-surveillance-hivernale-2020-2021>
- [10] Heikkinen T, Ojala E, Waris M. Clinical and Socioeconomic Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection in Children. *J Infect Dis*. 1 janv 2017;215(1):17-23.
- [11] Swaminathan A, Hom J. Do Febrile Infants Aged 60 to 90 Days With Bronchiolitis Require a Septic Evaluation? *Annals of Emergency Medicine*. nov 2012;60(5):605-6.
- [12] Abreo A, Wu P, Donovan BM, Ding T, Gebretsadik T, Huang X, et al. Infant Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis and Subsequent Risk of Pneumonia, Otitis Media, and Antibiotic Utilization. *Clinical Infectious Diseases*. 24 juin 2020;71(1):211-4.

[13] Jartti T, Gern JE. Role of viral infections in the development and exacerbation of asthma in children. *J Allergy Clin Immunol*. oct 2017;140(4):895-906.

[14] Makrinioti H, Hasegawa K, Lakoumentas J, Xepapadaki P, Tsolia M, Castro-Rodriguez JA, et al. The role of respiratory syncytial virus- and rhinovirus-induced bronchiolitis in recurrent wheeze and asthma—A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Allergy Immunology* [Internet]. mars 2022 [cité 27 août 2022];33(3). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pai.13741>

[15] Lapillonne A, Regnault A, Gournay V, Gouyon JB, Benmedjahed K, Angheliescu D, et al. Development of a questionnaire to assess the impact on parents of their infant's bronchiolitis hospitalization. *BMC Health Serv Res*. 12 juill 2013;13:272.

[16] McLaurin KK, Farr AM, Wade SW, Diakun DR, Stewart DL. Respiratory syncytial virus hospitalization outcomes and costs of full-term and preterm infants. *J Perinatol*. nov 2016;36(11):990-6.

[17] Inagaki K, Blackshear C, Burns PA, Hobbs CV. Racial/Ethnic Disparities in the Incidences of Bronchiolitis Requiring Hospitalization. *Clinical Infectious Diseases*. 16 févr 2021;72(4):668-74.

[18] Leidy NK, Margolis MK, Marcin JP, Flynn JA, Frankel LR, Johnson S, et al. The Impact of Severe Respiratory Syncytial Virus on the Child, Caregiver, and Family During Hospitalization and Recovery. *Pediatrics*. 1 juin 2005;115(6):1536-46.

[19] Lapillonne A, Regnault A, Gournay V, Gouyon JB, Gilet H, Angheliescu D, et al. Impact on parents of bronchiolitis hospitalization of full-term, preterm and congenital heart disease infants. *BMC Pediatr*. déc 2012;12(1):171.

[20] Carbonell-Estrany X, Dall'Agnola A, Fullarton JR, Rodgers-Gray BS, Girardi E, Mussa A, et al. Interaction between healthcare professionals and parents is a key determinant of parental distress during childhood hospitalisation for respiratory syncytial virus infection (European RSV Outcomes Study [EROS]). *Acta Paediatr*. mai 2018;107(5):854-60.

[21] Lapillonne A, Regnault A, Gournay V, Gouyon JB, Gilet H, Angheliescu D, et al. Impact on parents of bronchiolitis hospitalization of full-term, preterm and congenital heart disease infants. *BMC Pediatr*. déc 2012;12(1):171.

[22] Rolfsjord LB, Skjerven HO, Bakkeheim E, Carlsen K, Hunderi JOG, Kvenshagen BK, et al. Children hospitalised with bronchiolitis in the first year of life have a lower quality of life nine months later. *Acta Paediatr*. janv 2015;104(1):53-8.

[23] Younas M, Royer J, Winders HR, Weissman SB, Bookstaver PB, Ann Justo J, et al. Temporal Association between Influenza Vaccination Coverage and Ambulatory Antibiotic Use in Children. *Pediatric Infectious Disease Journal*. juill 2022;41(7):600-2.

[24] Mejias A, Rodríguez-Fernández R, Oliva S, Peeples ME, Ramilo O. The journey to a respiratory syncytial virus vaccine. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 1 juill 2020;125(1):36-46.

[25] Simões EAF, Center KJ, Tita ATN, Swanson KA, Radley D, Houghton J, et al. Prefusion F Protein-Based Respiratory Syncytial Virus Immunization in Pregnancy. *N Engl J Med*. 28 avr 2022;386(17):1615-26.

[26] Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi SA, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. *N Engl J Med*. 3 mars 2022;386(9):837-46.

La bronchiolite avec mpedia
 L'article de nos experts - <https://www.mpedia.fr/art-bronchiolite/>
 L'affiche - <https://www.mpedia.fr/content/uploads/2021/10/Infographie-bronchiolite-octobre21-VF.pdf>

MON ENFANT TOUSSE, EST-CE UNE BRONCHIOLITE ? QUE FAIRE ?

SYMPTÔMES :

- Un rhume avec toux sèche, répétée
- Des difficultés respiratoires (respiration plus rapide, bruyante à l'expiration)
- Avec ou sans fièvre

RÈGLE D'OR :
 Si mon enfant a un comportement habituel (mange, boit et dort bien, joue normalement) JE NE M'INQUIÈTE PAS, JE RESTE ATTENTIF ET ADOPTE LES GESTES SUIVANTS

MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

- Laver le nez fréquemment⁽¹⁾
- Fractionner les repas (petites quantités fréquemment)
- Proposer à boire fréquemment
- Bien aérer l'environnement (1°chambre la nuit < 19°C)

La kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est plus recommandée⁽²⁾

GESTES BARRIÈRES À RESPECTER POUR ÉVITER LA TRANSMISSION

- Se laver régulièrement les mains
- Porter un masque
- Éviter les contacts

MESURES DE PRÉVENTION POUR ÉVITER LA BRONCHIOLITE

- Éviter la collectivité pour les nourissons fragiles
- Allaiter si possible, au moins 6 mois
- Ne pas fumer (tabagisme passif dangereux)
- Éviter les lieux très fréquentés (supermarchés, etc.)
- Aérer quotidiennement la chambre et les pièces à vivre
- Porter un masque quand on est malade
- Nettoyer régulièrement biberons, tétines, doudous, jouets...

Pour les grands prématurés et en cas de cardiopathie congénitale à risque de décompensation, il existe un traitement préventif par injections mensuelles d'anticorps pendant le 1er hiver.

Signes d'alerte

- Altération de l'état général (fatigue, sautir moins, pleurer beaucoup, etc.)
- Gêne alimentaire et diminution des rations ingérées (<50% ration habituelle)
- Gêne pour respirer et thorax creusé
- Fièvre très élevée et/ou mal tolérée
- Respiration beaucoup plus rapide que d'habitude

Signes alarmants

- Pausse respiratoires ou grande gêne pour respirer
- Refus des biberons et tétées
- Malaises, somnolence
- Lèvres bleues

Critères de gravité

- Prématurité
- Bébé < 4 semaines
- Bébé fragile (cardiopathie, maladie respiratoire, déficit immunitaire...)

Je consulte un médecin rapidement **Je vais aux urgences ou je contacte le 15**

Infographie datant de octobre 2021
 N°6 - 111 <https://doi.org/10.1016/j.ppede.2021.09.002>
 Ces conseils sont donnés à titre indicatif. Au moindre doute, contactez un médecin ou le centre 15.

mpedia **afpa**
 Association de l'Enfant **Association Française**
 Pédiatres de l'Enfant