



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Situation de la bronchiolite à la Réunion

Point épidémiologique - N° 07 du 8 février 2013

Situation épidémiologique

La baisse de la fréquentation des urgences pour bronchiolite depuis six semaines, ainsi que la diminution du nombre de prélèvements positifs au Virus Respiratoire Syncytial (VRS) observée en janvier 2013 indiquent la fin de l'épidémie qui a débuté à la Réunion au mois de novembre 2012.

Résultats

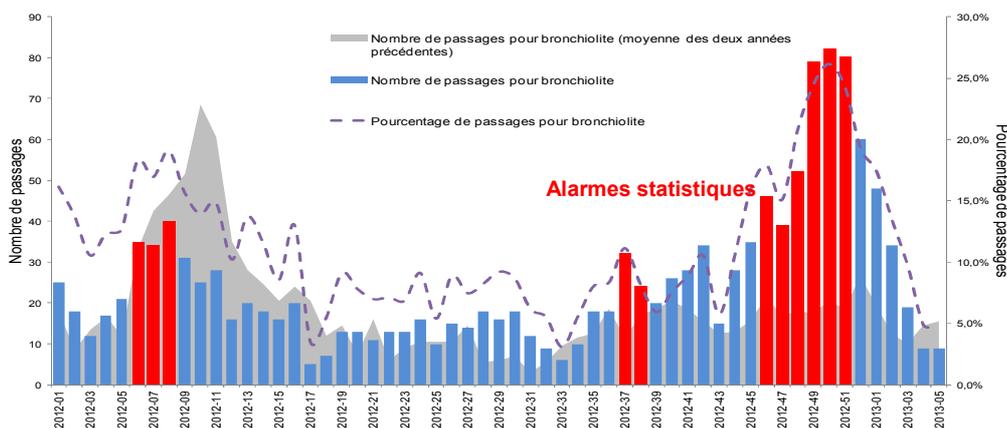
| Les services d'urgences — réseau OSCOUR® |

D'après le système de surveillance des urgences hospitalières OSCOUR®, le nombre de passages aux urgences pour des bronchiolites* se situe au niveau des moyennes saisonnières depuis deux semaines (Figure 1). Le pic épidémique a été atteint en semaine 50. Depuis fin décembre, la fréquentation des urgences d'enfants de moins de 2 ans pour cette pathologie est en constante diminution.

* Un passage aux urgences pour bronchiolite est identifié si le diagnostic est codé « J21 » (code de la bronchiolite aiguë d'après 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)).

| Figure 1 |

Nombre hebdomadaire et pourcentage hebdomadaire de passages pour bronchiolite chez des enfants de moins de 2 ans dans les services d'urgences de la Réunion (comparé aux deux années précédentes)

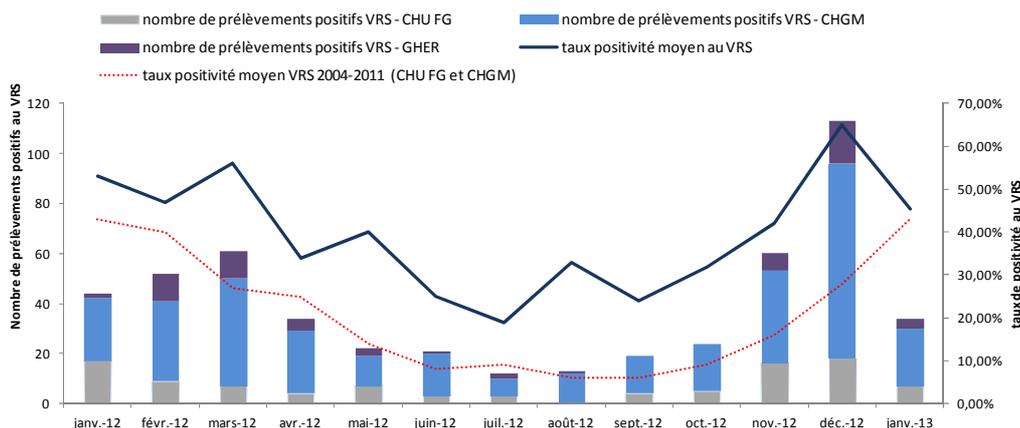


| Les laboratoires hospitaliers |

Suite à une forte augmentation observée sur les mois de novembre et décembre 2012, les nombres de prélèvements positifs au VRS rapportés par les laboratoires hospitaliers de Saint-Denis, Saint-Paul et Saint-Benoît étaient en diminution sur le mois de janvier 2013 (Figure 2).

| Figure 2 |

Nombre de prélèvements positifs au VRS des laboratoires du CHU FG de Saint-Denis, du CHGM de Saint-Paul, et du GHER de Saint-Benoît, taux moyen de positivité au VRS en 2012-2013, et taux moyen de positivité au VRS entre 2004 et 2011



| Les médecins sentinelles |

La bronchiolite n'est pas une pathologie surveillée en routine par le réseau de médecins sentinelles. Cependant, ces médecins sont susceptibles de signaler spontanément une augmentation des consultations pour cette pathologie dans leur activité.

Les médecins sentinelles ont déclaré une augmentation des consultations pour bronchiolite au cours des mois de novembre et décembre.

Conclusion

Depuis la semaine du 24 décembre 2012, l'activité médicale liée à la bronchiolite est en baisse dans les services d'urgences. Depuis deux semaines, les valeurs observées se situent au niveau des moyennes saisonnières.

Par ailleurs, les analyses virologiques montrent que la circulation du VRS a été moins intense en janvier 2013 qu'au cours des mois de novembre et décembre 2012.

Ces indicateurs mettent en évidence la fin de l'épidémie de bronchiolite qui est apparue plus précocement que les années précédentes à la Réunion, et qui s'est avérée concordante avec celles qui sont survenues en France métropolitaine et à Mayotte.

Toutefois, la saison des pluies étant propice à la recrudescence de cette pathologie, il convient de souligner l'importance de maintenir les mesures de prévention adéquates pour lutter contre la transmission de la bronchiolite (cf ci-dessous).

| Rappels sur la maladie |

En zone tropicale, la recrudescence des cas de bronchiolite est habituellement observée pendant la saison des pluies, mais peut parfois survenir plus précocement. Cette maladie virale touche principalement les enfants avant l'âge de 2 ans. Dans la très grande majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable, spontanément ou plus souvent avec l'aide d'une kinésithérapie. Dans de rares cas, cette pathologie impose l'hospitalisation, afin de pouvoir surveiller la fonction respiratoire et, éventuellement, de mettre en œuvre des mesures de réanimation. Les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont très rares. Dans plus de 7 cas sur 10, la bronchiolite de l'enfant est due au virus respiratoire syncytial (VRS). Les autres agents responsables sont les virus *parainfluenza*, *adénovirus*... Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains. Ainsi, un rhume de l'enfant et de l'adulte peut être à l'origine d'une bronchiolite chez le nourrisson.

La bronchiolite qui est facilement diagnostiquée par le médecin ou le pédiatre relève dans la très grande majorité des cas (95 %) d'une prise en charge en ville.

| Recommandations |

L'application de mesures d'hygiène simples permet de prévenir la transmission de la maladie :

- le lavage des mains à l'eau et au savon de toute personne qui approche le nourrisson,
- l'aération correcte de la chambre du nourrisson tous les jours,
- le nettoyage régulier des objets avec lesquels le nourrisson est en contact (jeux, tétines...),
- éviter le contact du nourrisson avec les personnes enrhumées et les lieux enfumés.

Les mesures à prendre en période d'épidémie ou quand on est enrhumé :

- porter un masque avant de s'occuper d'un nourrisson,
- éviter d'embrasser les enfants sur le visage.

Quand l'enfant est malade, il faut :

- désencombrer le nez du nourrisson avec du sérum physiologique,
- donner à boire régulièrement au nourrisson,
- l'emmener rapidement chez le médecin en cas de gêne respiratoire et difficulté à s'alimenter.

Si besoin, le médecin prescrira des séances de kinésithérapie respiratoire.

Un évènement sanitaire inhabituel ?

N'hésitez pas à signaler à la plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS océan Indien, tout évènement sanitaire qui vous semblerait inhabituel

Tel : +262 (0)2 62 93 94 15

Fax : +262 (0)2 62 93 94 56

ars-oi-cvags-reunion@ars.sante.fr

Le point épidémiologique Bronchiolite

Points clés

Fin de l'épidémie de bronchiolite

Nécessité de maintenir les mesures d'hygiène

Remerciements

Nous remercions les partenaires de la surveillance épidémiologique à la Réunion :

- L'Agence de Santé océan Indien
- Le GCS Tesis
- Les services d'urgences de la Réunion
- Les laboratoires hospitaliers du CHU Félix Guyon de Saint Denis, du CHGM et du GHER
- Les médecins sentinelles

Liste de diffusion

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à ars-oi-cire@ars.sante.fr

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice Générale de l'InVS

Rédacteur en chef :
Laurent Filleul, Coordonnateur de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :
Cire océan Indien
Elsa Balleydier
Elise Brottet
Nadège Caillère
Vanina Guernier
Sophie Larrieu
Isabelle Mathieu
Aurélien Martin
Frédéric Pagès
Brigitte Rafenoharisoa
Julien Raslan-Loubatie
Jean-Louis Solet
Pascal Vilain

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, av. G. Brassens
CS 60050
97408 Saint Denis Cedex 09
Tel : +262 (0)2 62 93 94 24
Fax : +262 (0)2 62 93 94 57