

Surveillance des bronchiolites par le réseau sentinelle

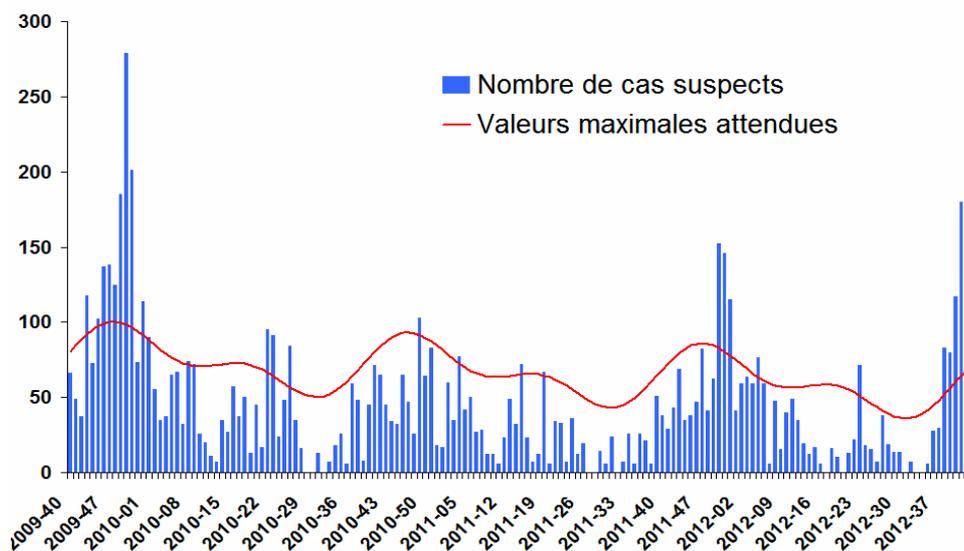
Depuis la 3^{ème} semaine de septembre (semaine 2012-38), le nombre de cas de bronchiolite vus en consultation par un médecin généraliste a dépassé les valeurs maximales attendues pour la saison.

Cette augmentation rapide s'est poursuivie jusqu'à la deuxième semaine d'octobre (2012-41) qui pourrait avoir marqué le pic de l'épidémie avec 180 cas estimés (Figure 1).

Ce nombre a en effet diminué la semaine suivante (2012-42) avec 124 cas estimés.

| Figure 1 |

Nombre* hebdomadaire de patients ayant présenté une bronchiolite et ayant consulté un médecin généraliste, Guadeloupe, octobre 2009 à octobre 2012 (*Estimated weekly number of bronchiolitis diagnosed in GP clinics, Guadeloupe, October 2009 to October 2012*)



*Le nombre de cas est une estimation pour l'ensemble de la population guadeloupéenne du nombre d'enfants ayant consulté un médecin généraliste pour une bronchiolite. Cette estimation est réalisée à partir des données recueillies

Surveillance virologique

Au CHU de Pointe-à-Pitre, jusqu'à la 1^{ère} semaine de septembre (2012-36), le laboratoire de virologie détectait de manière sporadique le Virus Respiratoire Syncytial (VRS). Néanmoins, on observe une augmentation importante des identifications de VRS (46)

depuis la deuxième semaine de septembre (2012-37).

Par ailleurs, depuis le 1^{er} septembre, sur 72 recherches de VRS effectuées au laboratoire, 53 (74 %) ont permis d'identifier ce virus.

Surveillance des passages aux urgences

Au CHU de Pointe à Pitre, on observe une augmentation du nombre de passages pour bronchiolite aux urgences pédiatriques dès la 2^{ème} semaine de septembre (2012-37), augmentation qui s'est poursuivie au cours des semaines suivantes (Fig. 2).

Comme en médecine de ville, le pic pourrait avoir été atteint au cours de la 2^{ème} semaine d'octobre (2012-41).

La part d'hospitalisations suite à ces passages reste stable : près de 45%.

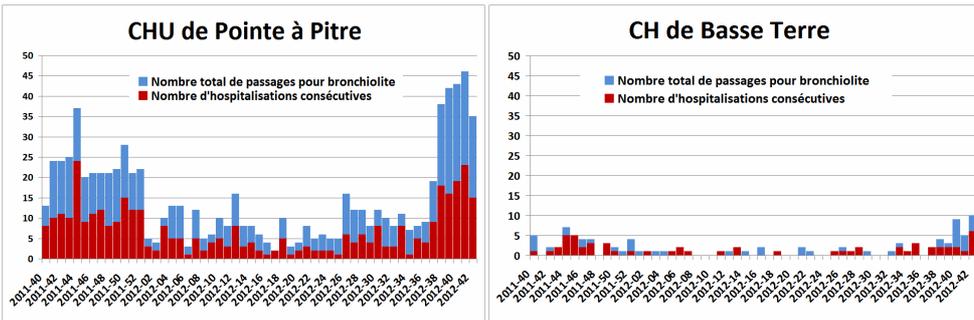
Au CH de Basse-Terre, le nombre de passages hebdomadaires aux urgences pour bronchiolite a augmenté plus tardivement, à partir de la 1^{ère} semaine d'octobre (2012-40).

Ce décalage se poursuit car le pic ne semble pas avoir été encore atteint à Basse-Terre où le nombre de passages a augmenté de 5 à 10 au cours des deux dernières semaines (2012-41 et 42).

La part d'hospitalisation suite à ces passages a augmenté au cours de la semaine 2012-42.

| Figure 2 |

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pédiatriques pur bronchiolite et hospitalisations consécutives, au CHU et au CHBT, Guadeloupe, Octobre 2011 – Octobre 2012 (Weekly number of bronchiolitis seen in the emergency units, Pointre à Pitre hospital and Basse-Terre hospital, Guadeloupe, October 2011 to October 2012)



Analyse de la situation épidémiologique

L'épidémie de bronchiolite se poursuit en Guadeloupe continentale comme le montrent les nombres hebdomadaires de consultations chez les médecins généralistes d'une part et dans les services d'urgence d'autre part. Les données biologiques ont confirmé la circulation importante du virus respiratoire syncytial.

Il convient aujourd'hui de rappeler et de diffuser le plus largement possible les recommandations visant à limiter la transmission du virus et à permettre une prise en charge adéquate des nourrissons.

La bronchiolite, qu'est-ce que c'est ?

- La bronchiolite est une maladie des petites bronches due à un virus répandu et très contagieux. Chaque hiver, elle touche près de 30% des nourrissons.
- Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par ceux-ci et par les mains. Ainsi, le rhume de l'enfant et de l'adulte peut entraîner la bronchiolite du nourrisson.
- La bronchiolite débute par un simple rhume et une toux qui se transforment en gêne respiratoire souvent accompagnée d'une difficulté à s'alimenter.



Comment limiter les risques de transmission du virus ?

Les mesures préventives

- Se laver systématiquement les mains à l'eau et au savon avant de s'occuper d'un bébé.
- Éviter :
 - d'emmener le nourrisson dans des lieux publics où il pourra se trouver en contact avec des personnes enrhumées (transports en commun, centres commerciaux, hôpitaux, etc.) ;
 - d'échanger, dans la famille, les biberons, sucettes, couverts non nettoyés ;

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

- d'exposer le nourrisson à des environnements enfumés qui risquent d'aggraver la maladie.
- Veiller à une aération correcte de la chambre tous les jours.
- Si on a un rhume, porter un masque (en vente en pharmacie) avant de s'occuper d'un bébé de moins de trois mois.
- Éviter d'embrasser les enfants sur le visage (et en dissuader les frères et sœurs fréquentant une collectivité).

→ La bronchiolite est très contagieuse. Quelques précautions simples peuvent limiter les risques.

Que faut-il faire si l'enfant est malade ?

- Désencombrer le nez du nourrisson avec du sérum physiologique en cas de rhume.
- Si l'enfant présente des signes de bronchiolite (gêne respiratoire et difficulté à s'alimenter), il faut l'emmener voir rapidement votre médecin.

Cette maladie est souvent bénigne mais, chez l'enfant de moins de 3 mois, elle peut être grave.

Il faut suivre le traitement du médecin qui prescrira la plupart du temps des séances de kinésithérapie respiratoire pour désencombrer les bronches.

→ L'enfant sera, dans la plupart des cas, guéri au bout de 5 à 10 jours et toussera pendant 2 à 3 semaines.

Pendant la maladie :

- continuer à coucher le bébé sur le dos en mettant un petit coussin sous son matelas pour le surélever ;
- donner régulièrement à boire à l'enfant ;
- désencombrer régulièrement le nez, particulièrement avant les repas, et utiliser des mouchoirs jetables ;
- veiller à une aération correcte de la chambre et à ne pas trop couvrir l'enfant ;
- éviter l'exposition de l'enfant à la fumée du tabac.

→ L'enfant pourra retourner à la crèche quand les symptômes auront disparu.



Faut-il emmener l'enfant à l'hôpital ?

- Votre médecin traitant sait diagnostiquer et traiter la bronchiolite de votre enfant. Demandez-lui conseil sur les signes de gravité et comment surveiller votre enfant.
- Le kinésithérapeute est le principal acteur du traitement.
- Grâce à cette prise en charge, la consultation aux urgences ainsi que l'hospitalisation sont très rarement nécessaires.

→ Si vous avez le moindre doute sur l'état de votre enfant, consultez votre médecin.



Remerciements : Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaire de l'ARS, réseau de médecins généralistes sentinelles, services hospitaliers (Urgences, laboratoires, services d'hospitalisation), LABM, EFS, CNR-Institut Pasteur de Guyane



Situation aux Antilles

- **En Martinique**
Poursuite de l'épidémie.
- **A Saint-Martin**
Début d'épidémie
- **A Saint-Barthélemy**
Pas d'épidémie

Directeur de la publication
Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef
Martine Ledrans, coordonnatrice scientifique de la Cire AG

Maquettiste
Claudine Suivant

Comité de rédaction
Sylvie Boa, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Laurent Ginoux, Frédérique de Saint-Alary, Martine Ledrans.

Diffusion
Cire Antilles Guyane
Centre d'Affaires AGORA
Pointe des Grives, B.P. 658,
97261 Fort-de-France
Tél. : 596 (0)596 39 43 54
Fax : 596 (0)596 39 44 14
<http://www.invs.sante.fr>
<http://www.ars.guadeloupe.sante.fr>