

Table des matières

I. Introduction.....	4
II. Conduite pratique devant un cas de bronchiolite aiguë du nourrisson (1 à 24 mois).....	5
A. Evaluation clinique	5
1. Anamnèse.....	5
2. Examen clinique	5
B. Indications des examens complémentaires.....	6
1. La radiographie thoracique.....	6
2. Gaz du sang veineux.....	7
3. Les tests virologiques :.....	7
C. Classification des bronchiolites selon la sévérité.....	7
D. Critères d’hospitalisation	8
E. Eléments de surveillance.....	8
F. Prise en charge thérapeutique	8
1. Bronchiolite aiguë sévère et modérée	8
2. Bronchiolite aiguë légère.....	9
G. Pratiques à éviter	10
III. Mesures préventives.....	11
1. Mesures préventives en milieu de soins	11
2. Conseils aux parents.....	11
IV. Organisation de la riposte	12
1. Au niveau des Etablissement de Soins de Santé Primaire et du secteur libéral	12
2. Au niveau des hôpitaux	12
V. Mécanismes de coordination de la riposte.....	13
1. Comité central	13
2. Comité régional	13
3. Comité provincial/préfectoral :.....	13
VI. Recommandations générales :.....	14
Annexes	15
Annexes	16
Annexe 1 : Canevas de plan d’action régional/provincial	16
Annexe 2 : liste des équipements, des dispositifs médicaux et de médicaments au niveau des hôpitaux.....	17
1. Equipements :.....	17

2. Dispositifs médicaux :.....	17
3. Médicaments :.....	17
4. Produits pour l'hygiène des mains :	17
Annexe 3 : liste des équipements, des dispositifs médicaux et de médicaments au niveau des Etablissements de soins de santé primaires	18
1. Equipements :.....	18
2. Dispositifs médicaux :.....	18
3. Médicaments :.....	18
4. Produits pour l'hygiène des mains :	18
Annexe 4: Canevas du Rapport bi-mensuel de riposte contre les bronchiolites aiguës virales du nourrisson.....	19
Annexe 5 : Circulaire Ministérielle n° 241 SMI/DP/00 du 26/01/2016	23

I. Introduction

La bronchiolite est une maladie virale, souvent bénigne, évoluant par épidémie automno-hivernale. C'est la maladie infectieuse des voies respiratoires inférieures, la plus fréquente durant les deux premières années de vie.

Cette infection est due au virus respiratoire syncytial, mais d'autres virus respiratoires peuvent également se présenter avec le même tableau clinique. Elle nécessite une prise en charge précoce et appropriée afin d'éviter l'évolution vers des formes compliquées pouvant compromettre le pronostic vital.

En effet, la période hivernale est souvent marquée par un afflux massif des enfants atteints de bronchiolite au niveau des urgences hospitalières avec saturation de celles-ci, parfois dans un tableau clinique de détresse respiratoire.

C'est ainsi que, la mise en place d'un plan de riposte anticipatoire et pratique s'avère nécessaire pour faire face à l'épidémie.

A cet effet, il est nécessaire de préparer, avant l'installation de la période hivernale, la riposte contre l'épidémie des bronchiolites avec une organisation de soins, cohérente et coordonnée, et ce pour assurer :

- Une prise en charge adéquate des enfants au niveau des Etablissement de Soins de Santé Primaires (ESSP), des Urgences Médicales de Proximité (UMP) et du secteur libéral ;
- Une mobilisation de tous les professionnels de santé pour la prise en charge adéquate des cas référés, en particulier les services des urgences et de pédiatrie.
- La sensibilisation des familles pour le recours précoce aux professionnels de santé, connaître les règles de prise en charge à domicile et les moyens de prévention pour éviter la contamination.

II. Conduite pratique devant un cas de bronchiolite aiguë du nourrisson (1 à 24 mois)

Le diagnostic de la bronchiolite est essentiellement clinique. Les nourrissons se présentent généralement avec les prodromes d'une infection virale :

- Écoulement nasal,
- Obstruction nasale,
- Fièvre modérée,
- Parfois des difficultés alimentaires.

Le diagnostic de bronchiolite est évoqué devant l'apparition de :

- Toux,
- Gêne respiratoire (dyspnée expiratoire ou apnée chez les plus jeunes),
- Sifflement,
- Encombrement des voies aériennes.

L'examen clinique montre une polypnée et des sibilants qui peuvent être audibles à distance (wheezing), parfois des crépitements fins diffus.

L'aggravation de l'état du nourrisson est possible en particulier en présence de facteurs de risque avec risque de détresse respiratoire. La maladie atteint généralement la sévérité maximale autour du 5^{ème} et 7^{ème} jour de la maladie.

La toux peut persister pendant quelques semaines et les parents doivent être sensibilisés.

A. Evaluation clinique

1. Anamnèse

- Demander si le nourrisson a eu des prodromes d'infection virale : obstruction nasale, écoulement nasal, fièvre.
- Demander si antécédents de bronchiolite et nombre d'épisodes.
- Demander si le nourrisson a eu des convulsions durant la maladie actuelle.
- Demander si terrain à risque:
 - Age du nourrisson moins de 3 mois,
 - Prématurité (< 34 SA) chez un nourrisson de moins de 3 mois,
 - Maladie à type de cardiopathie congénitale, de broncho-pneumopathie chronique mucoviscidose, dysplasie pulmonaire,
 - Déficit immunitaire

2. Examen clinique

i. Recherche des signes généraux de gravité :

- Voir si l'enfant est léthargique ou inconscient.
- Vérifier si le nourrisson convulse au moment de l'examen (si oui, administrer immédiatement le traitement).
- Vérifier si le nourrisson est incapable de boire ou de prendre le sein.
- Rechercher une cyanose.

- Rechercher les signes d'hypercapnie : pâleur intense, sueurs.
- Rechercher les signes déshydratation modérée ou sévère: état général, yeux enfoncés, soif et pli cutané.

Signes	Type de déshydratation
Deux des signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> • Léthargique ou inconscient. • Yeux enfoncés. • Incapable de boire ou boit difficilement. • Pli cutané persistant. 	Déshydratation sévère
Deux des signes suivants: <ul style="list-style-type: none"> • Agité et irritable. • Yeux enfoncés. • Boit avidement, assoiffé. • Pli cutané pâteux. 	Déshydratation modérée

Tableau 1 : Classification de la déshydratation

ii. Evaluation du problème respiratoire :

- Compter **la fréquence respiratoire** :

Age de l'enfant	Respiration rapide si :
de 1 mois à 2 mois	60 respirations par minute ou plus
de 2 mois à 12 mois	50 respirations par minute ou plus
de 12 à 24 mois	40 respirations par minute ou plus

Tableau 2 : Seuil de la fréquence respiratoire en fonction de l'âge

- Compter **la fréquence cardiaque** (la tachycardie est un signe d'hypercapnie).
- Rechercher **les signes de lutte respiratoire** : tirage sous costal, balancement thoraco-abdominal, geignement, battement des ailes du nez.
- Rechercher **un sifflement**.
- Mesurer la **SpO2**.

B. Indications des examens complémentaires

1. La radiographie thoracique

Elle n'a d'indication que dans les situations suivantes :

- **Bronchiolite sévère.**
- **Doute diagnostique :** cardiopathie (radiographie thoracique à faire au lit du malade), corps étranger, contage tuberculeux....
- **Symptomatologie persistante** (au-delà de 10 jours).

2. Gaz du sang veineux

C'est un examen qui n'est pas indispensable car :

- Les signes cliniques sont suffisants pour reconnaître l'hypercapnie et les formes sévères (approche clinique).
- L'examen n'est pas disponible dans la majorité des cas y compris au niveau CHU avec le risque de retarder la prise en charge.

3. Les tests virologiques :

Ils n'ont de place que pour la surveillance épidémiologique.

Aucun examen complémentaire n'est systématique.

C. Classification des bronchiolites selon la sévérité

Une fois le diagnostic de BAV retenu, il faut la classer en fonction de l'existence d'un terrain à risque et aussi en fonction du degré de sévérité :

Terrains à risque	Bronchiolite sévère	Bronchiolite modérée	Bronchiolite légère
<ul style="list-style-type: none"> • Age < 3 mois, Ou • Prématurité (< 34 SA) avec âge corrigé de moins de 3 mois, Ou • Cardiopathie congénitale, Ou • Pathologie pulmonaire chronique, Ou • Déficit immunitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'au moins un des signes généraux de gravité ; Ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de signe général de gravité et présence d'un des signes suivants : 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun signe général de gravité Et
	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence respiratoire > 60 ou apnée ; Ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence respiratoire rapide en fonction de l'âge, Ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence respiratoire rapide par rapport à l'âge mais sans dépasser 60 Et
	<ul style="list-style-type: none"> • signes de lutte ; Ou 	<ul style="list-style-type: none"> • tirage sous costal Ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de signe de lutte respiratoire Et
	<ul style="list-style-type: none"> • SpO2 < 92 %. 	<ul style="list-style-type: none"> • SpO2 entre 92% et 95% 	<ul style="list-style-type: none"> • SpO2 ≥ 95%

SA : Semaines d'aménorrhée

SaO2 : Saturation en oxygène

Tableau 3 : Classification des bronchiolites

Attention, il n faut pas confondre une BAV avec :

- Une insuffisance cardiaque (tachycardie, hépatomégalie, détresse respiratoire).
- Un corps étranger intra-bronchique (syndrome de pénétration, weezing unilatéral.,
- Une compression trachéale (weezing en deux temps).

D. Critères d'hospitalisation

Tous les cas de bronchiolites indépendamment de leur degré de sévérité sont à hospitaliser, en cas de :

- **Présence d'un Terrain à risque**
- **Bronchiolite Sévère**
- **Bronchiolite modérée**

E. Eléments de surveillance

- Fréquence respiratoire et SpO₂.
- Etat hémodynamique : fréquence cardiaque, temps de recoloration.
- Coloration (cyanose, pâleur).
- Signes de lutte respiratoire.
- Etat de conscience.
- Signes d'hydratation.
- Température corporelle.
- Capacité d'alimentation.

F. Prise en charge thérapeutique

1. Bronchiolite aiguë sévère et modérée

- Les nourrissons ayant une bronchiolite **sévère** seront hospitalisés.
- Les nourrissons ayant une bronchiolite **modérée** bénéficieront d'une désobstruction nasale ou nasopharyngée au service d'urgences avant de décider de leur hospitalisation.
Si leur état respiratoire s'améliore avec une SpO₂ ≥ 95%, ils seront traités en ambulatoire.
Si leur état respiratoire reste le même, ils seront hospitalisés.

- **Position demi assise.**
- **Libération des voies aériennes :** mise en place d'un billot sous les épaules pour mettre la tête et le cou dans l'axe du corps, désobstruction nasopharyngée par lavage du nez au sérum salé et aspiration douce.

- **Oxygénothérapie** pour obtenir une SpO₂ ≥95% sans dépasser 98 % afin de prévenir les effets secondaires de l’oxygène (atélectasie, dépression des centres respiratoires).
- **Accès vasculaire périphérique** (par voie veineuse périphérique) pour hydratation intraveineuse. En l’absence de signes de déshydratation, l’apport sera de 100 ml/kg/24 h de G 5% avec électrolytes (3g /L de NaCl, 1,5 g/L de KCl et 1 g/L de Gluconate de calcium).
- Si otite moyenne aiguë ou pneumopathie : donner de l’amoxicilline+acide clavulanique à raison de 100 mg/Kg/j en 3 prises parentérales pendant 8 jours.
- Donner du paracétamol à raison de 15 mg/kg/6h si fièvre > 38,5°C.
- **Salbutamol (0,5%) en nébulisation** peut être utilisé chez le nourrisson âgé de plus de 9 mois comme test thérapeutique: deux doses (0,03 ml/kg (soit 6 gouttes/10 kg) avec un minimum de 0,3 ml (6 gouttes) et une dose maximale de 1 ml (20 gouttes), chaque dose doit être donnée avec du sérum salé 0,9% pour avoir un total de 4 ml à un intervalle de 30 minutes.
Le nourrisson doit être mis sous surveillance de la FC, FR, SpO₂, SLR, état de conscience et de la glycémie.
En l’absence d’amélioration, le test doit être arrêté.
- Kinésithérapie respiratoire si encombrement bronchique important.
- **Surveillance continue des éléments suivants :**
 - Etat de conscience ;
 - Fréquence respiratoire ;
 - Fréquence cardiaque ;
 - Signes de lutte respiratoire : tirage sous costal, balancement thoraco-abdominal, geignement, battement des ailes du nez ;
 - SpO₂ ;
 - Etat d’hydratation ;
 - Fièvre, et
 - Aptitude à s’alimenter.
- **Si aggravation transfert au service de réanimation ou unité de soins intensifs.**
- **Les critères de sortie sont les suivants :**
 - Absence de signes généraux de gravité.
 - Etat respiratoire normal: FR normale/âge, aucun SLR, SpO₂ ≥ 95%, absence de sibilants.
 - Etat cardio-vasculaire.
 - Température normale.
 - Alimentation adéquate.

2. Bronchiolite aiguë légère

Les formes légères seront prises en charge au niveau ambulatoire.

Le traitement consiste en :

- Désobstruction nasale.
- Administrer du paracétamol à raison de 15 mg/kg/6h) si température > 38,5°C.

- Kinésithérapie respiratoire si encombrement bronchique important.
- Règles de prise en charge à domicile :
- Augmenter le nombre de tétées et si le nourrisson reçoit d'autres aliments, donner 6 à 8 repas par jour,
- Augmenter les apports liquidiens et
- Consulter immédiatement devant l'un des signes d'aggravation suivant :

Consulter immédiatement quand le nourrisson:

- Devient plus malade.
- Développe une fièvre ou fièvre élevée qui dure plus de 48 heures.
- Respiration rapide ou difficile.
- Alimentation difficile ou impossible.
- Apparition de tout nouveau signe.

- Règles d'hygiène personnelle et de l'environnement.

Respecter les règles suivantes :

1. Lavage des mains.
2. Mettre un masque pour éviter la contagion
3. Aération du logement et ne pas le surchauffer (18°C – 19°C).
4. Pas d'échange des tétines et petites cuillères entre bébés.
5. Eviter le tabagisme passif.

- Visite de suivi après 24 heures sauf aggravation.

G. Pratiques à éviter

- La corticothérapie n'a aucune place dans le traitement de la bronchiolite aiguë.
- L'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas de surinfection bactérienne (otite moyenne aiguë, foyer parenchymateux pulmonaire).
- Aucune indication des bronchodilatateurs dans les bronchiolites légères à modérées.
- Aucune indication de fluidifiants ni d'antitussifs.

III. Mesures préventives

1. Mesures préventives en milieu de soins

- Lavage des mains : Se laver systématiquement les mains à l'eau et au savon liquide avant de s'occuper d'un bébé.
- Etablissement d'un circuit « bronchiolite » en cas d'épidémie (Etablissements de santé, salles d'attente...).
- Prévention de la transmission intra-hospitalière (lavage des mains avant et après soins, bavettes, désinfection des surfaces et du matériel).
- Déclaration des cas.

2. Conseils aux parents

- Lavage des mains : Se laver systématiquement les mains à l'eau et au savon liquide avant de s'occuper d'un bébé.
- Encouragement et poursuite de l'allaitement maternel
- Eviction du tabagisme passif.
- Éviter en période d'épidémie :
 - 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 et l'entourage, les biberons, sucettes, couverts non nettoyés ;
 - d'exposer le nourrisson à des environnements enfumés qui risquent d'aggraver la maladie et en particulier le tabagisme.
- Veiller à une aération correcte du domicile et de la chambre tous les jours.
- Eviction du contact de toute personne enrhumée avec les nourrissons (éviter d'embrasser les enfants sur le visage).
- Retrait de la crèche.

IV. Organisation de la riposte

Le traitement des bronchiolites virales du nourrisson exige une planification au préalable de la riposte et une organisation efficace et efficiente de la prise en charge des cas. Aussi, elle nécessite la sensibilisation et la mobilisation de tous les professionnels de santé (Médecins Généralistes, Pédiatres, Réanimateurs, Urgentistes, Infirmiers,...) exerçant à tous les niveaux du système de soins publique et privé.

1. Au niveau des Etablissement de Soins de Santé Primaire et du secteur libéral

- Sensibiliser les professionnels de santé et le grand public sur la maladie, la prévention de la transmission ; et sur les soins et la surveillance à domicile ;
- Permettre aux médecins de première ligne dans les ESSP et le secteur libéral d'assurer une prise en charge efficace (curative et préventive), en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins et par une formation mise à jour des bonnes pratiques.
- Améliorer l'accessibilité aux soins, par une meilleure coordination et concertation entre les différents acteurs de la filière de soins et en assurant une régulation des transferts médicalisés.
- Assurer la disponibilité des médicaments et des équipements nécessaires.

2. Au niveau des hôpitaux

2.1. Urgences hospitalières

- Assurer la prise en charge des formes graves ;
- Renforcer les ressources humaines, les médicaments et le matériel permettant de faire face à la demande accrue ;
- Organiser, grâce à un personnel qualifié, la prise en charge en priorité des jeunes nourrissons et des formes graves et prévoir un circuit spécifique pour éviter la contagion dans les salles d'attente ;
- Dédier un espace équipé pour la surveillance rapprochée des cas en vue d'une éventuelle hospitalisation ;
- Orienter en cas de besoins le nourrisson vers le service de pédiatrie ou de réanimation.

2.2. Hospitalisation

- Assurer la coordination entre les différents services pour optimiser la gestion des lits grâce à un régulateur régional par le CRAM ;
- Mobiliser les moyens humains, matériels et les locaux pour faire face à l'épidémie ;
- Impliquer et mobiliser tous les professionnels de santé (médecins, infirmiers, étudiants en médecine et étudiants en stage d'infirmiers) pour la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson selon les recommandations de bonnes pratiques

cliniques en milieu hospitalier et à l'éducation des mamans pour la prise en charge à domicile.

V. Mécanismes de coordination de la riposte:

1. Comité central

Mission :

- Elaboration du plan national de riposte.
- Suivi de la situation épidémiologique au niveau national.
- Coordination des aspects techniques de la riposte.
- Appui logistique aux régions.

Composition :

- Directeur de la DP (Coordonnateur);
- Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou son représentant ;
- Directeur de la DHSA ;
- Directeur de la DELM ;
- Directeur de la DEM ;
- Directeur de l'INH ;
- Chef de la Division de l'Approvisionnement ;
- Chef de la Division de la Santé Maternelle et Infantile ;
- Chef de Service de la Protection de la Santé de l'Enfant ;
- Professeurs de Pédiatrie, de Néonatalogie et de Réanimation.

2. Comité régional

Mission :

- Elaboration du plan d'action régional.
- Evaluation des capacités régionales de riposte et proposition des solutions appropriées.
- Suivi de la situation épidémiologique au niveau de la région.
- Identification du circuit de prise en charge des cas référés.
- Appui logistique aux délégations.

Composition :

- Directeur Régional de la Santé (Président);
- Directeur du Centre Hospitalier Universitaire ;
- Chef de Service de Santé Publique et Surveillance Epidémiologique ;
- Délégués provinciaux ;
- Directeur du Centre Hospitalier Régional (CHR) ;
- Directeurs des CHP relevant de la région ;
- Deux médecins privés représentant une institution régionale.

3. Comité provincial/préfectoral :

Mission :

- Elaboration du plan d'action de riposte provincial/préfectoral.
- Evaluation des capacités locales de riposte et proposition des solutions appropriées.
- Organisation de la prise en charge des cas au niveau de l'hôpital.

- Suivi de la situation épidémiologique au niveau de la province/préfecture.
- Elaboration d'un plan de formation et de sensibilisation des professionnels de santé des établissements de soins de santé primaires et des hôpitaux.
- Veiller à la disponibilité des médicaments et des équipements nécessaires à tous les niveaux de prise en charge.

Composition :

- Délégué du Ministère de la Santé (Président);
- Médecin Chef du SIAAP ;
- Directeur du Centre Hospitalier Provincial/Préfectoral ;
- Chef du Pôle des Affaires Médicales ;
- Chef du Pôle des Soins infirmiers ;
- Chefs des Services de Pédiatrie, des urgences et de Réanimation ;
- Deux médecins privés représentant une institution régionale.

VI. Recommandations générales :

- **Le diagnostic de la bronchiolite virale est clinique (repose sur l'anamnèse et l'examen clinique).**
- **La bronchiolite virale est dans 95 % des cas bénigne nécessitant une prise en charge en ambulatoire.**
- **La bronchiolite virale peut être sévère engageant le pronostic vital notamment sur un terrain particulier et nécessite une hospitalisation.**
- **Le traitement est généralement symptomatique si le diagnostic est précoce et en absence de complications.**
- **L'organisation des soins doit prendre en considération le caractère récurrent de l'épidémie en vue de mettre en place des mesures durables et anticipatoires pour mieux gérer la crise.**
- **La sensibilisation et l'éducation des parents est un facteur déterminant pour la prévention de la transmission de la maladie et pour la prise en charge.**

Annexes

Annexes

Annexe 1 : Canevas de plan d'action régional/provincial

1. Mise en place des instances de coordination régionales et provinciales
2. Etablissement de la situation épidémiologique et mise en place du dispositif de surveillance
3. Etablissement d'un état des lieux : analyse de l'existant
 - i. Infrastructures
 - ii. Ressources humaines
 - iii. Equipements
 - iv. Moyens de transfert
4. Identification de besoins
 - i. Equipements
 - ii. Médicaments et dispositifs médicaux
 - iii. Moyens de transfert
 - iv. Besoins en formation
5. Identification du circuit de prise en charge des cas référés selon les spécificités de chaque région
6. Plan opérationnel de mise en œuvre
7. Plan de suivi-évaluation

Annexe 2 : liste des équipements, des dispositifs médicaux et de médicaments au niveau des hôpitaux

1. Equipements :

- Radio mobile (CHR et CHU)
- Thermomètre électronique
- Source d'oxygène
- Saturomètre pédiatrique
- Nébuliseur pédiatrique
- Masque à oxygène avec système de nébulisation pour les nourrissons de moins de 2 ans de différentes tailles
- Aspirateur pédiatrique
- Barboteurs d'oxygène
 - De 0,1 litre jusqu'à 5 litres par minute
 - De 1 litre jusqu'à 15 litres par minute

2. Dispositifs médicaux :

- Mouches bébé pour démonstration Seringues jetables 5CC
- Cathéter court 22 et 24
- Sonde d'aspiration 8 et 10
- Masques à oxygène avec système de nébulisation
- Lunettes à oxygène de taille différente de <3 mois au grand enfant
- Tubulures pour perfusion
- Sondes gastriques ch = 8 à ch =10
- Bavettes de protection
- Gants jetables

3. Médicaments :

- Paracétamol formes pédiatriques
- Salbutamol 0,5ml pour nébulisation
- Sérum salé (sodium chlorure) ampoules de 10ml
- Sérum salé 250 ml
- Electrolytes : NaCl, KCl, gluconate de calcium
- Sérum glucosé 5%
- Antibiotiques (amoxicilline, azithromycine, gentamycine)

4. Produits pour l'hygiène des mains :

- Solution hydro alcoolique
- Savon liquide

Annexe 3 : liste des équipements, des dispositifs médicaux et de médicaments au niveau des Etablissements de soins de santé primaires.

1. Equipements :

- Thermomètre électronique
- Source d'oxygène
- Saturomètre pédiatrique
- Masques à oxygène pour les moins de 2 ans de différentes tailles
- Aspirateur pédiatrique
- Barboteurs d'oxygène
 - ✓ De 0,1 litre jusqu'à 5 litres par minute
 - ✓ De 1 litre jusqu'à 15 litres par minute

2. Dispositifs médicaux :

- Mouches bébé pour démonstration
- Seringues jetables 5CC
- Masques à oxygène avec système de nébulisation
- Lunettes à oxygène de taille différente de <3 mois au grand enfant
- Bavettes de protection
- Kit de transfert vers un niveau supérieur (selon le type d'ambulances) : bouteille d'oxygène, saturomètre,...

3. Médicaments :

- Paracétamol forme pédiatrique
- Salbutamol solution pour nébulisation (0,5ml)
- Sérum salé (sodium chlorure) ampoules de 10ml
- Sérum salé 250 ml
- Electrolytes : NaCl, KCl, gluconate de calcium
- Sérum glucosé 5%
- Antibiotiques (amoxicilline, azithromycine, gentamycine)

4. Produits pour l'hygiène des mains :

- Solution hydro alcoolique
- Savon liquide

Annexe 4: Canevas du Rapport bi-mensuel de riposte contre les bronchiolites aiguës virales du nourrisson

2. Activités de prise en charge au niveau hospitalier

Province/préfecture	Tranche d'âge					Nombre de nourrissons pris en charge			Nombre total des cas (C)s	Nombre de décès
	Moins de 01 mois	01 à 6 mois	6 à 12 mois	12 à 24 mois	Total des cas	En ambulatoire (C1)	Nombre de cas pris en charge à l'hôpital de jour (C2)	Nombre d'hospitalisations (C3)		
Inscrire la province et le nom de l'hôpital						Inscrire le nombre de cas vu en consultation de pédiatrie plus le nombre de cas vus au niveau du service des urgences	Inscrire le nombre de cas vu en hôpital de jour (hospitalisation de quelques heures)	Inscrire le nombre de cas hospitalisés au niveau du service de pédiatrie (hospitalisation de 24 heures et plus)	C = C1+C2+C3	Nombre de nourrissons décédés suite à une BAV au niveau de l'hôpital
.....										
Total Région										

3. Activités de communication

Provinces / Préfectures	Sensibilisation des parents au niveau des ESSP		
	Nb CS	Nb séances	Nb bénéficiaires
Inscrire la province	Inscrire le nombre de centres de santé	Inscrire le nombre de séances de sensibilisation organisées	Inscrire le nombre de bénéficiaires
.....			
Total Région			

NB : le Rapport bi-mensuel devra être transmis par Téléfax : 0537691267 et par courrier électronique à l'adresse mail : ripostebronchioliteaigue.dp@gmail.com

Annexe 5 : Circulaire Ministérielle n° 241 SMI/DP/00 du 26/01/2016



N° Réf: 241 - SMI/DP/00

26 يناير 2016

Circulaire

- Madame et Messieurs les Directeurs Régionaux de la Santé ;
- Mesdames et Messieurs les Délégués du Ministère de la Santé aux Provinces, Préfectures et Préfectures d'Arrondissement
- Messieurs les Directeurs des Centres Hospitaliers Universitaires

Objet : Plan national de riposte contre les bronchiolites aiguës virales du nourrisson.

La bronchiolite ou broncho-alvéolite aiguë du nourrisson est une infection virale saisonnière automno-hivernale de l'enfant de moins de deux ans. C'est la maladie infectieuse des voies respiratoires inférieures la plus fréquente durant les deux premières années de vie avec un pic entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de vie. Sa fréquence, en augmentation constante, sa gravité potentielle, et la nécessité de soins urgents en font un problème de santé publique.

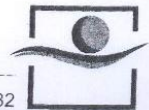
La grande majorité des bronchiolites aiguës sont dues au Virus Respiratoire Syncytial (VRS), mais d'autres virus respiratoires peuvent également se présenter avec le même tableau clinique. Bien que la majorité des nourrissons peuvent être traités au niveau ambulatoire, la bronchiolite aiguë reste toujours l'une des causes d'hospitalisation les plus fréquentes pendant la saison hivernale. Ainsi les hôpitaux du Royaume connaissent un grand afflux de nourrissons en souffrant, et des différences sont notées dans les schémas thérapeutiques utilisés pour leur prise en charge.

Tenant compte de tous ces éléments, le Ministère de la Santé lance un plan national de riposte contre les bronchiolites aiguës. A cet effet, l'organisation des soins doit prendre en considération le caractère récurrent de l'épidémie en vue de mettre en place des mesures durables et anticipatoires pour mieux gérer la crise.

Ce plan est établi en vue de contribuer à la concrétisation du droit à la santé consacré par la constitution du Royaume, il réitère l'engagement du Ministère de la Santé pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable et s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2012-2016.

Les objectifs assignés à ce plan sont:

- Normaliser et standardiser la prise en charge des enfants au niveau ambulatoire et hospitalier.
- Identifier les conditions de transfert, la mise en condition des cas urgents, ainsi que les modalités de transfert entre les niveaux de prise en charge.



- Fixer les modalités d'organisation aux niveaux ambulatoire et hospitalier durant les ripostes hivernales contre les bronchiolites aiguës.
- Adopter un référentiel thérapeutique de prise en charge adapté au contexte national.
- Elaborer un plan de suivi et d'évaluation.

Le but de la présente circulaire est d'inciter tous les professionnels de santé impliqués dans la protection de la santé des enfants, à tous les niveaux du système de soins, à concrétiser la mise en œuvre de toutes les mesures dudit plan de riposte visant la prévention primaire, le diagnostic, et la prise en charge adéquate des enfants souffrants, afin de réduire les complications et les séquelles de ces infections virales et de contribuer ainsi à la lutte engagée par notre pays contre les principales causes évitables de mortalité néonatale et infanto-juvénile.

A cet effet, je vous demande de veiller sur :

- La diffusion et l'application du référentiel thérapeutique de prise en charge des bronchiolites aiguës virales du nourrisson.
- La disponibilité du matériel, des médicaments et des moyens de transferts nécessaires à la prise en charge adéquate des cas.
- Le respect et la mise en œuvre des modalités d'organisation fixées par le présent plan de riposte.
- L'envoi à la Direction de la Population avant le début de chaque saison hivernale les plans d'actions régionaux, ainsi qu'un rapport bimensuel sur les cas pris en charge.
- L'envoi à la Direction de la Population au plus tard le 29 janvier 2016 les plans d'actions régionaux relatifs à l'année 2016, ainsi que le rapport bimensuel selon le canevas élaboré.

Vu l'importance que revêtent ces orientations dans le cadre d'une approche globale de prévention des décès néonataux et infanto-juvéniles, il vous est demandé d'appliquer les directives de la présente circulaire et de veiller à sa large diffusion.


 Le Ministre de la Santé
 El Houssaine BOUARDI

Ampliations :

- Monsieur le Secrétaire Général ;
- Monsieur le Chef du Cabinet ;
- Monsieur l'Inspecteur Général ;
- Messieurs les Directeurs de l'Administration Centrale ;
- Monsieur le Directeur de l'Institut National d'Hygiène ;
- Messieurs les Directeurs des Centres Hospitaliers Universitaires ;
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Centres et Instituts relevant du Ministère de la Santé ;
- Mesdames et Messieurs les Directeurs des Hôpitaux Publics.

