

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Prise en charge du premier épisode
de bronchiolite aiguë chez le
nourrisson de moins de 12 mois**

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Novembre 2019

Document avant correction orthographique et typographique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	4
Préambule	5
Recommandations	7
1. Comment évaluer le patient : niveaux de gravité, lieux de prise en charge et critères d'hospitalisation, examens complémentaires ?	7
1.1 Niveaux de gravité	7
1.2 Critères de vulnérabilité et environnementaux nécessitant une vigilance accrue	11
1.3 Modalité de transport, critères d'hospitalisation	12
1.4 Examens complémentaires	13
2. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses utiliser ?	14
3. Quels traitements symptomatiques médicamenteux et support non respiratoires utiliser ?	16
4. Quels sont les circuits patients, aidants, et suivi et gestion des complications ?	18
Annexe 1. Méthode de travail	24
Annexe 2. Fiche outil « évaluation et prise en charge du 1 ^{er} épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois	28
Annexe 3. fiche outil « conseils de surveillance pour les parents au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation »	32
Participants	34
Fiche descriptive	36

Abréviations et acronymes

CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DGOS	Direction général de l'offre de soins
BA	Bronchiolite aiguë
BO	Bronchiolite oblitérante
CNP Pédiatrie	Conseil National Professionnel de Pédiatrie
DRP	Désobstruction rhino-pharyngée
FR	Fréquence respiratoire
FC	Fréquence cardiaque
SA	Semaine d'aménorrhée
SpO2	Saturation pulsée en oxygène
CPAP	Pression positive continue (<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>)
LHD	Lunettes à haut débit
FiO2	Fraction inspirée en oxygène
AFE	Augmentation de flux expiratoire
MIN	Mort inattendue du nourrisson
USI	Unité de soins intensifs
IV	Intraveineux
RBP	Recommandation de bonne pratique
SNG	Sonde nasogastrique

Préambule

Contexte d'élaboration

En partenariat avec le Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP), la HAS a élaboré une recommandation de bonne pratique (RBP) sur le thème de la « prise en charge du premier épisode de bronchiolite aigüe chez le nourrisson de moins de 12 mois ».

Une demande forte des médecins et pédiatres pour une harmonisation des pratiques

La bronchiolite aiguë du nourrisson est une pathologie très fréquente. C'est une entité syndromique reposant sur l'apparition d'une détresse respiratoire. L'expression phénotypique est variable, selon le terrain, l'étiologie infectieuse, l'âge, le délai d'apparition, la clinique, l'évolution. En parallèle, les résultats des études thérapeutiques sont parfois contradictoires et insuffisantes, provoquant des prises en charge hétérogènes qui sont essentiellement symptomatiques et de support ; la place des traitements médicamenteux n'étant pas démontrée. En regard, les médecins doivent faire face à une demande de soins importante chez de jeunes nourrissons, et à une inquiétude majeure des parents. Le constat est une disparité majeure entre les pratiques et les recommandations.

Une actualisation des recommandations françaises nécessaire

Les dernières recommandations françaises sur la prise en charge de la bronchiolite non compliquée datent de 2000 et n'ont pas été réactualisées au regard de la littérature récente, en particulier avec les nouvelles données sur de nouvelles approches thérapeutiques (sérum salé hypertonique), sur les indications de la kinésithérapie (laquelle n'est pas une prise en charge universelle), sur les traitements anti-inflammatoires et bronchodilatateurs et également sur les critères d'hospitalisations comprenant les facteurs de risque.

Plus récemment, des recommandations américaines, anglaises et canadiennes, italiennes et australiennes ont été actualisées en 2014 et 2015 ; mais peuvent être contradictoires sur certains points.

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

L'objectif de ces recommandations est d'actualiser celles émises en 2000 et de proposer une prise en charge homogène des nourrissons sur le territoire français dans le cadre d'un parcours de soins coordonné entre l'hôpital et la ville.

Objectif de la recommandation de bonne pratique

Cette recommandation vise à répondre aux questions suivantes :

- Comment évaluer le patient : niveaux de gravité, lieux de prise en charge et critères d'hospitalisation, examens complémentaires ?
- Quelles thérapeutiques non médicamenteuses utiliser ?
- Quels traitements symptomatiques médicamenteux et supports non respiratoires utiliser ?
- Quels sont les circuits patients, aidants, suivi et gestion des complications ?

Patients concernés

Les nouveaux nés et les nourrissons âgés de moins de 12 mois ayant une première bronchiolite aiguë

Professionnels concernés

Tout professionnel de santé concerné par la prise en charge de nouveaux nés et des nourrissons âgés de moins de 12 mois présentant un premier épisode aigu de gêne respiratoire : les médecins

généralistes, les pédiatres, les médecins de PMI, les urgentistes, les sages-femmes, et tout autre professionnel susceptible de prendre en charge ces enfants.

Définitions

La définition d'une bronchiolite aiguë du nourrisson retenue dans ces recommandations est la suivante :

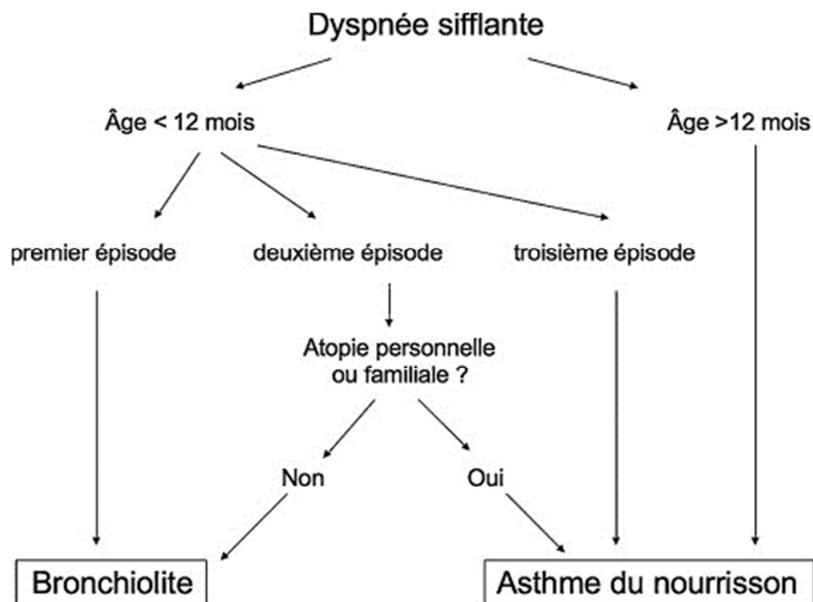
- un premier épisode aigu de gêne respiratoire (séquence rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitants, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire¹)
- à toute période de l'année.

Il est important de toujours évoquer les autres causes de détresse respiratoires particulièrement chez le nouveau-né (infection néonatale bactérienne précoce et tardive, insuffisance cardiaque, etc.).

Sont exclus du champ de ces recommandations :

- Les enfants de plus de 12 mois
- Les épisodes récurrents de gêne respiratoire sifflante

Devant un 2^{ème} épisode rapproché, chez le nourrisson de moins de 12 mois, il sera nécessaire d'envisager d'autres diagnostics, de prendre en compte d'autres paramètres tels que l'âge, les antécédents (asthme, allergies), les symptômes associés.



d'après M. Verstraete & al, 2013

¹ Les signes de luttés sont définis par la mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocleido-mastoidiens et un asynchronisme thoraco abdominal.

Recommandations

1. Comment évaluer le patient : niveaux de gravité, lieux de prise en charge et critères d'hospitalisation, examens complémentaires ?

1.1 Niveaux de gravité

Formes cliniques (légère, modérée, grave)	
C	Après la libération des voies aériennes supérieures (ex : désobstruction rhinopharyngée (DRP), il est défini 3 niveaux de gravité (légère, modéré, grave) afin d'évaluer la gravité et orienter la prise en charge du nourrisson et le besoin d'un recours hospitalier.
B	Les critères à évaluer pour déterminer le niveau de gravité sont : <ul style="list-style-type: none"> • l'altération de l'état général (dont le comportement anormal, hypotonie, geignement), • la fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute), le rythme respiratoire (pauses), la fréquence cardiaque • l'utilisation des muscles accessoires (signes de lutte), • la prise alimentaire (à évaluer par rapport aux apports habituels- (allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification), • si disponible, la saturation en oxygène (SpO2) mesurée par oxymètre de pouls en air ambiant,
AE	Les données de fréquence respiratoire (FR) et fréquence cardiaque (FC) sont à évaluer et à chiffrer selon l'âge du nourrisson. Elles doivent être notées dans le dossier médical.
AE	Un oxymètre de pouls pédiatrique pourrait être utile pour l'évaluation de la BAN quel que soit le lieu de prise en charge (dans les salles d'examen libérales et hospitalières)

Forme clinique	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
	*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)		
Interprétation	Les formes légères sont définies par la présence de tous les critères	Les formes modérées sont définies par la présence d' au moins un des critères (non retrouvées dans les formes graves)	Les formes graves sont définies par la présence d' au moins un des critères graves

Une check-list est proposée aux soignants pour évaluer la gravité de l'épisode de bronchiolite aiguë.

Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois) Check List pour l'évaluation initiale après désobstruction nasale et chez un enfant calme

✓ **Quel est l'état général ? Le comportement est-il altéré (modification du comportement, hypotonie, mauvaise impression clinique) ?**

✓ **Y a-t-il des critères de gravité ?**

Fréquence Respiratoire sur 1 minute (> 60/ min ou <30/min)

Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)

Pauses respiratoires

Respiration superficielle

Signes de lutte respiratoire intenses : mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoïdiens, et un balancement thoraco abdominal, battement des ailes du nez.

Alimentation : < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire

SpO2 < 92%

✓ **Y a-t-il des critères de vulnérabilité ?**

< 2 mois d'âge corrigé

prématurité <36 SA

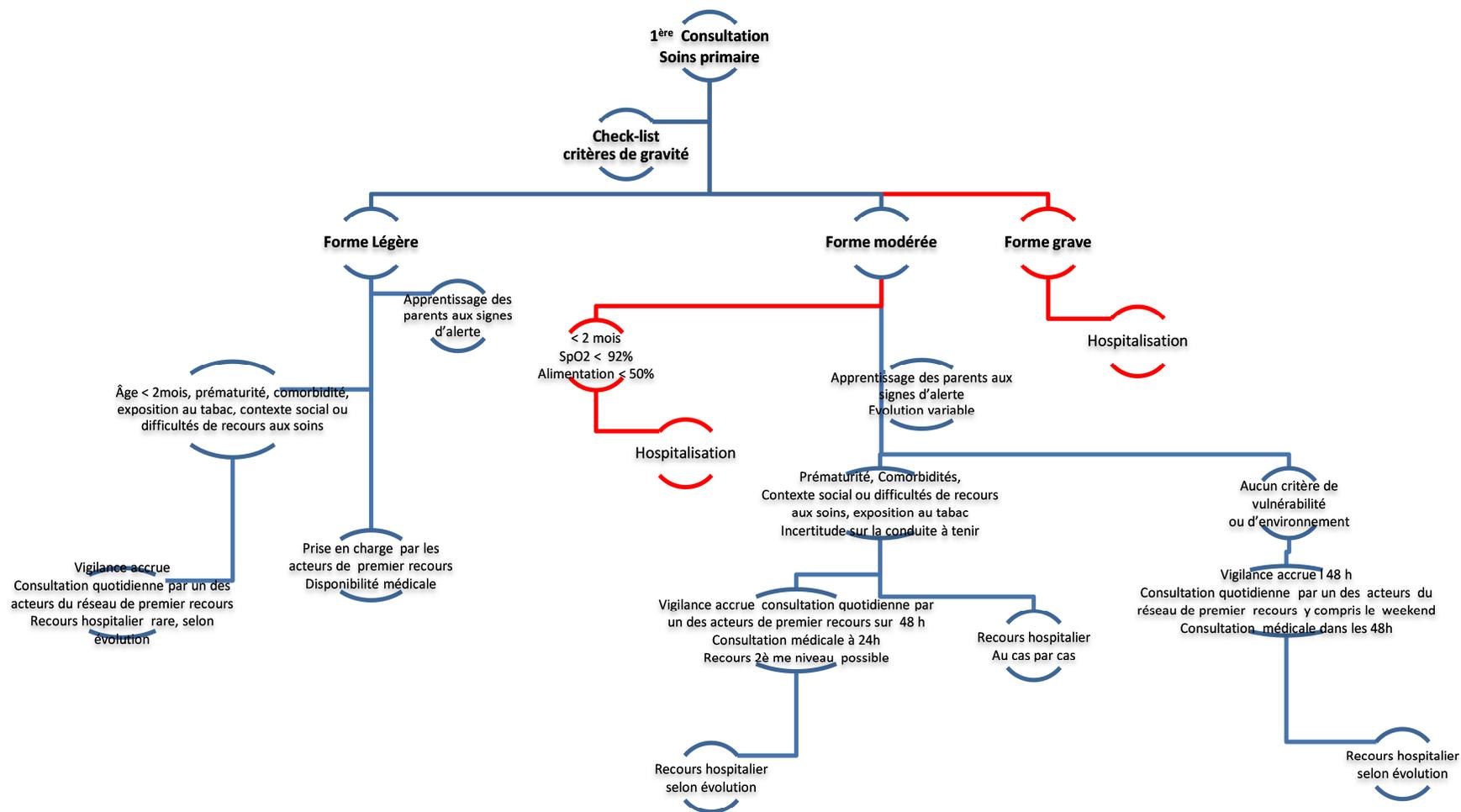
Comorbidités : cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, déficit immunitaire, pathologie neuromusculaire, polyhandicap

Contexte social ou économique défavorable

✓ Capacité de recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile

Un arbre décisionnel pour évaluer la gravité et de l'orientation à adopter lors d'un 1er épisode de Bronchiolite aiguë du nourrisson a été proposé par le groupe de travail.

Figure : évaluation de la gravité d'un épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois et orientation (maintien à domicile, recours aux urgences, hospitalisation).



1.2 Critères de vulnérabilité et environnementaux nécessitant une vigilance accrue

Il existe des critères de vulnérabilité et des critères environnementaux nécessitant une vigilance accrue lors de l'évaluation de l'épisode de bronchiolite aiguë du nourrisson car ceux-ci apparaissent comme des facteurs associés à un risque d'hospitalisation plus élevé. Il en est de même de la date de début de la gêne respiratoire (< 48 heures ou non).

Critères nécessitant une vigilance accrue	
B	<p>Les critères de vulnérabilité sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prématurité <36 semaines d'aménorrhée (SA) • Age < 2 mois en tenant compte de l'âge corrigé (risque d'apnées) • Des comorbidités : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dysplasie broncho-pulmonaire ✓ une ventilation néonatale prolongée ✓ Cardiopathie congénitale avec shunt non opérée (retentissement hémodynamique), ✓ Les déficits immunitaires ✓ Les pathologies avec risque accru de toux inefficace et fatigabilité musculaire (les maladies neuro musculaires, polyhandicaps, trisomie 21, etc.) ✓ Enfants présentant une indication de traitement par Palivizumab
A à C	<p>Les critères environnementaux sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des contextes sociaux ou économiques défavorables, des difficultés d'accès aux soins ne permettant pas un retour à domicile (Grade C) • Pour les prématurés ≤35 SA (grade B) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tabagisme pendant la grossesse (grade A), ✓ Tabagisme passif (grade A), ✓ Naissance dans la période autour de l'épidémie à VRS (grade B) ✓ Fratrie (grade C), ✓ Crèche (grade A) ✓ Absence d'allaitement maternel (Grade A) • Tabagisme passif (augmente le risque de recours de soins (grade A) ou d'hospitalisation en réanimation) (grade C)
AE	<p>La date du début des signes de lutte ou de la toux : risque d'aggravation pendant les premières 48 heures.</p>

1.3 Modalité de transport, critères d'hospitalisation

Formes cliniques et circuit de prise en charge	
Forme clinique grave	
B	Les formes graves relèvent d'une hospitalisation systématique.
Forme clinique modérée	
B à C	<p>Dans le cas des formes modérées, les signes cliniques et l'évolution sont variables. L'hospitalisation doit être discutée au cas par cas après l'évaluation clinique par le médecin de 1er recours en prenant en compte les critères de vulnérabilité et d'environnement (check-list)</p> <p>Sont à hospitaliser (UHCD ou unité conventionnelle) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les formes modérées relevant d'une oxygénothérapie (SpO₂% < 92%) et/ou nécessitant un support nutritionnel (diminution d'au moins 50% des apports habituels sur 3 prises successives) • Les formes modérées associées à un des critères de vulnérabilité suivants : <ul style="list-style-type: none"> - un âge < 2 mois en tenant compte de l'âge corrigé (risque d'apnées) (grade B) - une cardiopathie congénitale avec shunt, une pathologie neuromusculaire, un polyhandicap, un déficit immunitaire - un contexte médico-socio-économique ou de recours aux soins ne permettant pas un retour à domicile
Forme clinique légère	
C	La prise en charge en soins primaires est la règle, le recours hospitalier se justifie au cas par cas après l'évaluation clinique par le médecin de premier recours.
AE	Il est recommandé de mettre à disposition dans les services d'urgence et dans les cabinets des soignants une check-list en précisant les critères à rechercher.
AE	La formalisation d'un réseau pédiatrique libéral de second recours et/ou une régulation pédiatrique dédiée à la BAN pour les médecins de soins primaires et soignants permettrait d'optimiser le parcours de soins, selon l'organisation locale et territoriale. Ex. : ligne téléphonique médicale dédiée, télé médecine...
Modalités de transport, critères d'hospitalisation en unité de soins intensifs/ en réanimation	
Modalités de transport pour les formes graves	
AE	Pour les formes graves : transport médicalisé organisé avec le régulateur du Centre 15.
AE	Les moins de 2 mois doivent être confiés préférentiellement à des SMUR néonataux ou pédiatriques selon l'organisation locale dans un couchage permettant de surveiller la fréquence respiratoire, ou au mieux dans un incubateur
AE	Un support en pression (CPAP, LHD) devrait être proposé dès le lieu de prise en charge
Critères d'hospitalisation en réanimation	
AE	<p>Les critères d'hospitalisation en réanimation sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La constatation d'apnée(s) • Un épuisement respiratoire évalué sur la clinique, la capnie (≥ 46-50 mmHg) et le pH ($\leq 7,34$) • Une augmentation rapide des besoins en oxygène

1.4 Examens complémentaires

Examens complémentaires	
Diagnostic étiologique	
C	Le diagnostic étiologique n'est pas utile pour poser le diagnostic de bronchiolite aiguë (BA).
Examens biologiques	
B	Il n'est pas recommandé de prescrire des examens biologiques de façon systématique dans le cadre d'une bronchiolite aiguë du nourrisson, même fébrile.
Examens virologiques	
AE	La recherche systématique de virus n'est pas recommandée pour le diagnostic de BA.
AE	Chez le nouveau-né avec une fièvre bien tolérée et une BA, l'identification d'un virus peut limiter les examens complémentaires en milieu hospitalier.
AE	La recherche de virus est utile dans le cadre d'une veille épidémiologique.
C	La recherche de virus peut faciliter le cohorting des patients en milieu hospitalier.
C	La recherche des virus de la grippe en période épidémique (TDR ou autres) peut conduire à la prescription d'un anti viral spécifique.
Radiographie du thorax	
B	Il n'est pas recommandé de réaliser une radiographie thoracique de face de manière systématique, dans la prise en charge d'une BA, même fébrile.
B	Il n'est pas recommandé de pratiquer une radiographie thoracique de face chez un nourrisson avec une BA ne nécessitant pas une hospitalisation.
B	Il peut être discuté une radiographie thoracique de face dans les formes les plus graves ou à visée de diagnostic différentiel.
Gazométrie	
AE	Il peut être discuté une gazométrie (veineuse ou capillaire) dans les formes les plus graves.

2. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses utiliser ?

Thérapeutiques non médicamenteuses	
Nébulisation de sérum salé hypertonique	
A	La nébulisation de sérum salé hypertonique n'est pas recommandée dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë aux urgences. La nébulisation de sérum salé hypertonique n'est pas recommandée dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë en hospitalisation. Les nébulisations de sérum salé hypertonique n'ont pas été étudiées chez des nourrissons ayant une atélectasie.
Désobstruction des voies aériennes supérieures	
C	La désobstruction des voies aériennes supérieures est nécessaire pour optimiser la respiration du nourrisson
C	La désobstruction des voies aériennes supérieures doit être réalisée avant l'évaluation de la gravité et la mesure de la SpO ₂ % par oxymétrie de pouls.
C	Aucune technique de désobstruction n'a démontré une supériorité par rapport à une autre, mais les aspirations nasopharyngées ont plus d'effets secondaires et ne sont pas recommandées.
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	
A	Les techniques de kinésithérapie respiratoire par drainage postural, vibration, clapping sont contre indiquées dans la bronchiolite aiguë. (Vote 13 experts : 13 pour)
B	La kinésithérapie respiratoire par augmentation de flux expiratoire (AFE) n'est pas recommandée chez le nourrisson hospitalisé. (Vote 13 experts : 13 ok)
AE	La kinésithérapie respiratoire peut se discuter chez l'enfant en cas de comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire). (Vote 13 experts : 13 pour)
AE	En l'absence de données, la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est pas recommandée en ambulatoire. Il est nécessaire d'évaluer les techniques de modulation de flux en soins primaires par une étude randomisée et son impact sur le recours hospitalier. (Vote 13 experts : 10 pour, 3 contre)

Indications, modalités, tolérance et sevrage de l'oxygénothérapie. Place de l'héliox	
Les seuils de la saturation mesurée par oxymètre de pouls (SpO₂) et oxygénothérapie en période initiale	
C	Dans les formes graves, le recours à l'oxygène est recommandé avec une valeur cible supérieure à 94%.
C	Dans les formes modérées, le recours à l'oxygène est recommandé si la SpO ₂ ≤92% avec une valeur cible de la SpO ₂ % supérieure à 92% à l'éveil et supérieure à 90% au sommeil
C	Dans le cas de comorbidité (cardiopathie), la SpO ₂ % cible est celle habituelle du patient ou de 92% par défaut
C	Les critères de SpO ₂ % utilisés pour prescrire la supplémentation en oxygène ne sont pas les mêmes que ceux utilisés pour le sevrage.
C	Peu de données permettent de conclure sur l'indication de l'héliox dans la prise en charge de la bronchiolite.
Modalités de surveillance des besoins en oxygène	
AE	L'oxymétrie de pouls est un moyen utile à la surveillance des nourrissons ayant une bronchiolite aiguë.
AE	Il est recommandé d'utiliser des oxymètres de pouls avec tracé et de former les utilisateurs aux bonnes pratiques, à la lecture des artéfacts et aux réglages et interprétations des alarmes.
AE	Il est recommandé d'interpréter les résultats de l'oxymétrie au sein d'une évaluation globale du nourrisson.
C	La surveillance en continu de la SpO ₂ % par oxymétrie de pouls est recommandée dans les formes graves et les nourrissons recevant de l'oxygène.
C	La surveillance en continu de la SpO ₂ % par oxymétrie de pouls de la FR et de la FC est recommandée au moins 24h chez les nourrissons hospitalisés avec une forme modérée, ou âgés de moins de 2 mois. Son maintien est à réévaluer quotidiennement.
AE	La surveillance en continu de la SpO ₂ % par oxymétrie de pouls n'est pas systématique chez les nourrissons hospitalisés sans oxygénothérapie.
C	La valeur cible recommandée pour le sevrage en oxygène est une SpO ₂ % égale à 92%, chez un nourrisson en état stable, sans comorbidité respiratoire et en l'absence de désaturations brutales fréquentes (> 3/heure).
Indications des supports de ventilation respiratoire	
C	En cas de non amélioration ou d'aggravation sous oxygénothérapie standard, un support ventilatoire (lunettes à haut débit (LHD,) 2l/kg/min ou CPAP à 7cmH ₂ O) est à proposer. L'initiation et la surveillance des 24 premières heures requièrent un lieu adapté et un personnel formé et suffisant(ex : unité de soins continus/intensifs USCI, réanimation).
A	L'utilisation des LHD ou de la CPAP ne diminuent pas la durée d'hospitalisation.
A	L'utilisation des LHD est supérieure à l'oxygénothérapie standard pour améliorer l'hématose dans les formes modérées et graves.
AE	Il est recommandé de surveiller les formes s'aggravant sous support ventilatoire en mesurant la PCO ₂ , le pH et le retentissement hémodynamique (FC) ; la durée d'évaluation pour définir une non réponse est variable selon les études, et 24h apparaît raisonnable en l'absence d'aggravation.

3. Quels traitements symptomatiques médicamenteux et supports non respiratoires utiliser ?

Traitements thérapeutiques médicamenteux et supports non respiratoires	
Bronchodilatateurs	
C	Il n'est pas recommandé d'administrer des bêta-2mimétiques (salbutamol, terbutaline) dans la prise en charge de BA en raison de l'absence de données suffisantes sur les profils répondeurs. L'administration peut être mal tolérée chez le nourrisson de moins de 2 mois.
C	Il n'est pas recommandé d'administrer une association de sérum salé hypertonique et salbutamol dans la prise en charge de la bronchiolite aiguë en l'absence de données suffisantes.
Adrénaline	
A	Il n'est pas recommandé d'administrer de l'adrénaline en nébulisation dans la prise en charge de la BA.
C	Il n'est pas recommandé d'administrer une association d'adrénaline et de sérum hypertonique dans la prise en charge de la BA du nourrisson en l'absence de données suffisantes.
Corticoïdes	
C	Il n'est pas recommandé d'administrer des corticoïdes systémiques dans la prise en charge du nourrisson avec une BA.
B	Il n'est pas recommandé d'administrer des corticoïdes inhalés dans la prise en charge du nourrisson avec une BA, ni en prévention d'un asthme ou atopie, ni en prévention de rechute de dyspnée sifflante.
Thérapeutique à visée anti inflammatoires	
C	Il n'est pas recommandé d'administrer des anti-leucotriènes dans la prise en charge du nourrisson avec une BA
A	Il n'est pas recommandé d'administrer des anti-leucotriènes pour prévenir la récurrence des épisodes de bronchiolites.
A	Il n'est pas recommandé d'administrer, de l'azitromycine à visée anti inflammatoire en discontinu ou en une prise unique ni à visée curative, ni à visée préventive dans la prise en charge du nourrisson avec une BA
Antibiotiques	
A à AE	Il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques dans la prise en charge du nourrisson avec une BA qui est une pathologie virale (grade A), même fébrile et/ou avec un foyer radiologique (grade AE)
A	Une antibiothérapie doit être justifiée par une infection bactérienne concomitante, documentée ou fortement suspectée
Caféine	
C	Il n'est pas recommandé d'administrer de traitement par caféine dans la prise en charge du nourrisson avec une BA compliquée d'apnées.
Fluidifiants bronchiques, médicaments antitussifs, N acétylcystéine	
B	il est contre indiqué de prescrire des médicaments antitussifs et fluidifiants en accord avec les données et les dernières recommandations*, Il n'est pas recommandé d'administrer d'autres antitussifs.
C	Il n'est pas recommandé d'administrer des fluidifiants bronchiques de type rhDNase dans la prise en charge de la BA

Traitements anti-reflux	
A	Il n'est pas recommandé d'administrer un traitement anti-reflux dans la prise en charge du nourrisson avec une BA

**(cf. RBP sirops antitussifs et fluidifiants bronchiques HAS et ANSM)*

Traitements thérapeutiques médicamenteux et supports non respiratoires (suite)	
Positionnement du nourrisson	
A	Il est recommandé de coucher le nourrisson sur le dos à plat selon les recommandations actuelles dans la prévention de la mort inattendue du nourrisson (MIN). Aucune étude ne permet de recommander la position proclive.
Immunoglobulines	
C	Peu d'études permettent de conclure et de poser une recommandation sur l'utilisation des immunoglobulines dans la prise en charge de la BA.
Surfactant	
C	Peu d'études permettent de conclure et de poser une recommandation sur l'utilisation de surfactants dans la prise en charge de la BA.
Autres thérapeutiques	
B	L'utilisation du Palivizumab doit se faire dans le respect des indications* de la commission de transparence chez le nourrisson à haut risque de bronchiolite grave.
Support nutritionnel	
A	Il est recommandé de fractionner l'alimentation dans la prise en charge initiale de la BA.
AE	Il est recommandé de ne pas interrompre les apports caloriques nécessaires au nourrisson.
AE	Devant un apport inférieur à 50% persistant, il est recommandé de commencer en 1 ^{ère} intention une alimentation entérale permettant l'apport calorique suffisant, celle-ci étant plus physiologique
AE	Il n'y a pas d'étude permettant de proposer en 1 ^{ère} intention une alimentation entérale continue ou discontinue.
AE	Un recours à une hydratation par voie veineuse est justifié en 1 ^{ère} intention si une prise en charge vitale est nécessaire, et envisageable en 2 ^{nde} intention en cas d'échec de l'alimentation entérale.
AE	Aucune étude ne permet de conclure sur la nécessité de changer son alimentation habituelle, dont l'allaitement maternel qui doit être poursuivi.
AE	En cas de difficultés alimentaires chez le nourrisson allaité, il est recommandé de tirer le lait maternel.

**Pour rappel les indications actuelles du palivizumab chez le nourrisson à haut risque de bronchiolite grave sont: nourrissons nés de 28 SA ou moins et âgés de moins de 1 an au début de l'épidémie saisonnière à VRS ; nourrissons nés de 32 SA ou moins avec une oxygène-dépendance supérieure à 28 jours et âgés de moins de 6 mois au début de l'épidémie saisonnière à VRS ; nourrissons de moins de 2 ans qui ont nécessité un traitement pour dysplasie broncho-pulmonaire au cours des 6 derniers mois ; nourrissons de moins de 2 ans atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.*

4. Quels sont les circuits patients, aidants, et suivi et gestion des complications ?

Circuit du patient en ambulatoire	
En ambulatoire	
AE	Le nourrisson est vu en consultation par le médecin de soins primaires qui évalue et classe le niveau de gravité de la bronchiolite du nourrisson en s'aidant de la check-list (page 9) et décide de la prise en charge (arbre décisionnel).
AE	Dans la grande majorité des cas, le recours hospitalier n'est pas nécessaire. Il convient de tenir compte des 48 premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle tout nourrisson est susceptible de s'aggraver, et en particulier s'il existe des critères de vulnérabilité ou un environnement peu favorable à une surveillance fiable ou à un recours aux soins rapide.
AE	La prise en charge nécessite d'expliquer aux parents les signes d'alerte (fiche) devant faire consulter de nouveau, de programmer une nouvelle évaluation dans les 24 à 48h, d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire quand elle le justifie avec un objectif principal de ne pas perdre de vue des nourrissons pendant cette période critique. Les parents doivent être informés des recours d'urgence possible dans leur territoire de santé.
Recours aux soins	
AE	Le médecin de soins primaires s'assure de la mise en place des mesures éducatives et de surveillance adaptées à l'évaluation du nourrisson par les professionnels de premier recours et les réseaux bronchiolite.
AE	Le réseau de soins de second recours est sollicité en cas d'urgence, de la nécessité d'une vigilance accrue quotidienne comprenant jours fériés et WE, ou d'incertitude sur la conduite à tenir. Ce réseau de soins ne se limite pas à l'hôpital et dépend des organisations locales et territoriales. Les communautés professionnelles territoriales de santé, une fois installées, pourront jouer un rôle dans le circuit patient et l'adressage de recours.
AE	Le circuit de soins de troisième et dernier recours concerne les nourrissons ayant une forme grave soit initiale soit secondaire, requérant alors un transport médicalisé, ou des nourrissons ayant une forme modérée nécessitant des soins de support (oxygène, nutrition) ou à haut risque d'évoluer vers une forme grave.
Retour à domicile des nourrissons ayant eu un recours hospitalier	
AE	Pour les enfants sortant des urgences ou d'une hospitalisation, les parents doivent être informés par les équipes hospitalières à propos des signes d'alerte devant conduire à consulter à nouveau, et recevoir d'éventuels conseils nutritionnels. Ces consignes de surveillance par les acteurs du circuit de soins de premier recours doivent être remises sur un support écrit, et un courrier court ainsi qu'un RV avec le médecin de soins primaires est nécessaire dans les 24h à 72h selon l'état clinique.
AE	Il est nécessaire de s'assurer que l'évolution est favorable à moyen terme.
AE	Les médecins qui suivent le nourrisson doivent s'assurer de la guérison au maximum 4 et 6 semaines avec normalisation complète de l'examen clinique. La persistance d'une toux quotidienne au-delà de ce délai, diurne ou nocturne, d'une polypnée au repos, de signes de luttés, d'une auscultation anormale, ou d'un retentissement pondéral, impose un avis spécialisé pour poursuivre les investigations, et en particulier dépister précocement une bronchiolite oblitérante. Une toux légère habituellement diurne peut être observée jusqu'à 4 semaines.

Circuit du patient (suite)

Critères de sortie d'hospitalisation et évolution à moyen terme

AE	La sortie d'hospitalisation est indiquée après la constatation d'une amélioration clinique stable, avec une SpO2 en air ambiant au minimum de 92%, et une autonomie alimentaire avec une prise des apports supérieure à 50% des ingesta habituels.
AE	Il est recommandé avant la sortie d'hospitalisation de s'assurer de la bonne compréhension des parents sur les signes d'alerte à surveiller à domicile.
AE	Lors de l'évolution naturelle d'une BA, une toux résiduelle isolée peut persister jusqu'à 4 semaines (C). Il est recommandé d'adresser le nourrisson à un pédiatre en cas d'évolution inhabituelle : persistance des signes respiratoires quotidiens à 4 semaines, fièvre secondaire inexplicée, retentissement pondéral à moyen terme.

Une fiche de « conseils de surveillance pour les parents au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation » pour un 1^{er} épisode de Bronchiolite aiguë du nourrisson a été proposée par le groupe de travail.

Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois) Conseils de surveillance pour les parents au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation

Votre bébé a une « bronchiolite aiguë ». Ses symptômes peuvent évoluer surtout les deux premiers jours.

Certains signes, s'ils persistent après un lavage de nez, nécessitent de prendre un rendez-vous avec un médecin pour que votre bébé soit réexaminé.

Voici certains signes, qui s'ils persistent après un lavage de nez, nécessitent de prendre un rendez-vous avec un médecin pour que votre bébé soit réexaminé :

Son comportement change et vous paraît inhabituel (il est fatigué ; moins réactif ou très agité ; geint un peu).
Sa respiration est devenue plus rapide.
Il devient gêné pour respirer et il creuse son thorax.
Il augmente sa gêne respiratoire (il creuse plus son thorax).
Il boit moins bien sur plusieurs repas consécutifs.

Des paramètres nécessitent de contacter le 15 d'emblée :

Il devient bleu, autour de la bouche.
Il fait un malaise.
Il fait des pauses respiratoires
Sa respiration devient lente tout en restant très gêné pour respirer.
Il ne réagit plus, est très fatigué, dort tout le temps, geint.
Il refuse de boire les biberons ou de prendre le sein.

Suivez les conseils de votre médecin.

Pendant les deux premiers jours, une attention accrue envers votre enfant est nécessaire

Demander l'avis des autres professionnels prenant en charge votre enfant (Infirmière de PMI, professionnels du réseau bronchiolite etc.)

Respecter le ou les RV de de suivi qui vous ont été proposés.

La phase aiguë de la bronchiolite dure en moyenne 10 jours. Une toux légère isolée peut être observée jusqu'à 4 semaines.

Si après 4 semaines, votre enfant est encore gêné pour respirer, consulter votre médecin.

Si vous allaitez votre enfant, et qu'il boit moins bien, parlez en rapidement avec votre médecin ou soignant compétent. Il ne faut pas l'interrompre et il est possible d'avoir un tire-lait pour continuer de l'alimenter avec votre lait.

S'il n'y a pas de recommandation d'éviction de la collectivité la fréquentation de collectivité (crèche, nourrice), la fréquentation de collectivité n'est pas souhaitable en phase aiguë

Technique de lavage du nez (désobstruction rhino-pharyngée DRP)

site AMELI <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/pratiquer-lavage-nez>

La désobstruction rhinopharyngée est un lavage de nez qui consiste à instiller du sérum physiologique dans les narines pour évacuer les sécrétions nasales.

Ce geste est indolore, même s'il peut se révéler désagréable.

Avant de commencer, lavez-vous les mains et munissez-vous de dosettes de sérum physiologique à usage unique.

Ensuite, procédez en cinq étapes :

Allongez votre bébé sur le dos ou sur le côté, et maintenez impérativement sa tête sur le côté. Cela est très important, pour éviter les risques de "fausse route" (passage involontaire de sérum dans les voies respiratoires). Si nécessaire, faites-vous aider pour maintenir votre enfant dans cette position.

Placez doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut, par rapport à la position de votre bébé.

En appuyant sur la dosette, introduisez entièrement son contenu dans la narine. En même temps, fermez la bouche de votre enfant, afin que le sérum ressorte par l'autre narine avec les sécrétions nasales.

Attendez que votre bébé ait dégluti correctement.

Essuyez son nez à l'aide d'un mouchoir jetable.

Répétez cette opération pour l'autre narine en utilisant une autre dosette, en couchant votre bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté.

Environnement autour du nourrisson	
Tabagisme	
A	Le tabagisme passif est un facteur de risque majeur de survenue d'une BA.
C	Le tabagisme passif augmente le risque d'un recours à l'hospitalisation et de transfert en réanimation.
A	Le tabagisme pendant la grossesse est un facteur de risque de développer une BA pendant la première année de vie.
C	Le tabagisme pendant la grossesse est un facteur de risque de gravité chez le prématuré ayant une BA.
A	Il est recommandé d'exclure tout tabagisme dans les lieux de vie et de transport du nourrisson.
AE	Il est recommandé de proposer un sevrage tabagique aux parents pour limiter l'exposition au tabac de ces nourrissons et réduire le risque récidive de BA. Il est recommandé au médecin lors de l'anamnèse de rechercher toutes les autres sources d'agression bronchique dans les lieux de vie du nourrisson (cannabis, cigarette électronique, poêle à bois...)
Température et chauffage	
A	Il est recommandé de maintenir une température à 19°C dans la pièce où séjourne le nourrisson, à l'instar des recommandations sur la prévention de la MIN.
Hygiène et lieux de prise en charge (hôpital, à domicile et chez la nourrice)	
A	Dans les lieux de consultation, il est recommandé avant et après le contact avec tout nourrisson de se désinfecter les mains par friction à l'aide d'une solution hydro-alcoolique ou à défaut se les laver avec de l'eau et du savon ainsi que tout matériel d'examen, et de mettre un masque chirurgical (FP2). Au domicile et chez la nourrice, il est recommandé avant le contact avec tout nourrisson de se nettoyer les mains par friction à l'aide d'une solution hydro-alcoolique ou à défaut se les laver avec de l'eau et du savon.
B	Il est recommandé de limiter les contacts physiques du nourrisson aux parents et de le maintenir à une distance* de 2 mètres en présence de personnes extérieures au cercle familial proche pour limiter les projections de gouttelettes salivaires*.
Crèche, collectivités, autres lieux de promiscuité (grandes surfaces, magasins, ...)	
AE	Il est recommandé pour les nourrissons à haut risque de bronchiolite grave de ne pas fréquenter les collectivités** en période épidémique. Il n'y a pas de recommandation d'éviction de collectivité mais en phase aiguë de BA la fréquentation de la collectivité n'est pas souhaitable

* Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes », Société française d'hygiène hospitalière 2013 ; ** Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes, Haut Conseil de la santé publique, 2012

Fiche pratique

1^{er} épisode de Bronchiolite aiguë (< 12 mois)

Check List	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Critères de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA ▪ Comorbidités cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap ▪ Critères d'environnement ▪ Contexte socio-économique 		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etat général/comportement/hypotonie ✓ Fréquence respiratoire sur 1 minute (FR), fréquence cardiaque ✓ Pauses respiratoires ✓ Signes de lutte respiratoires ✓ SpO2 ou cyanose ✓ Alimentation < ou > 50% des ingesta 		
Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	>50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
	*(à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)		
Interprétation	Les formes légères sont définies par la présence de tous les critères	Les formes modérées sont définies par la présence d'au moins un des critères (non retrouvées dans les formes graves)	Les formes graves sont définies par la présence d'au moins un des critères graves
Prise en charge initiale			
Examens complémentaires	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, ionogramme sang, NFS
Orientation (domicile, hospitalisation, USI réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	Hospitalisation si : <ul style="list-style-type: none"> ▪ SpO2 <92% (indication oxygène) ▪ Support nutritionnel nécessaire ▪ Age < 2 mois ▪ Conditions ne permettant pas le retour à domicile Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement	Hospitalisation systématique Hospitalisation USI / réanimation si : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apnée(s) ▪ Épuisement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) ▪ Augmentation rapide des besoins en oxygène
Oxygène	Non indiqué	Si SpO2 <92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 <94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et >94% à l'éveil
Nutrition	Fractionnement	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation iv

Désobstruction des voies aériennes supérieures	systématique (aspirations naso-pharyngées non recommandées) pluriquotidienne		
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	Non recommandé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non recommandée en hospitalisation ▪ Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire) 	Contre indiquée
	A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)		
Traitements médicamenteux	Pas d'indication : Bronchodilatateur, Adrénaline, sérum salé hypertonique, Antibiothérapie systématique Contre-indication : Sirop antitussif, Fluidifiant bronchique		

Annexe 1. Méthode de travail

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et des représentants des patients et des usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;

L'indépendance d'élaboration des recommandations, de par le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ; la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la RBP (autosaisie) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes les RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage www.has-sante.fr). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP (RPC) et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.
- Le chef de projet veille en particulier à ce que :
- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multi professionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un chef de projet issu du partenariat est désigné pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Plusieurs chargés de projet sont également désignés par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; ils aident également à la rédaction des recommandations.

Au regard des délais de réalisation de ce projet, 2 chargées de projet, ont participé à l'élaboration de l'argumentaire scientifique.

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le(s) chargé(s) de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de travail (voir argumentaire scientifique pour détails).

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Le groupe de travail s'est réuni les 23 février 2018 et 16 mai 2018.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, des professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL² disponible sur le site de la HAS www.has-sante.fr) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

La phase de lecture s'est déroulée du 05 au 30 juin 2019. Sur les 103 personnes sollicitées, 64 ont validé un questionnaire de réponse dans les délais impartis à la consultation (taux de participation

² GRaAL : gestion rationalisée des avis de lecture

62%). L'ensemble des citations et commentaires émis par le groupe de lecture est disponible en document annexe au projet. Plusieurs autres experts ont apporté des commentaires sur le texte initial des recommandations.

Version finale des recommandations

Les citations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations au cours d'une réunion de travail.

Le groupe de travail s'est réuni le 07 juillet 2019. La version finale des recommandations a été proposée par le groupe de travail lors de cette réunion. Les débats ont fait apparaître des divergences de points de vue et un désaccord fort entre les spécialités au sujet des indications à la kinésithérapie respiratoire lors du 1^{er} épisode de bronchiolite aiguë ; ce qui a nécessité un vote en séance afin de confirmer l'abandon et/ou la formulation finale des recommandations qui ont été modifiées.

Lors de cette séance, le groupe de travail a souhaité développer le circuit du patient et le recours aux soins ainsi que l'élaboration d'une liste de conseils de surveillance à adresser aux parents pour le suivi à moyen terme au décours d'une consultation ou d'un recours hospitalier. Une proposition a été faite en ce sens par l'équipe projet à l'issue de cette réunion avec une consultation électronique du 16 au 19 juillet 2019.

En absence de données de haut niveau de preuve sur la kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique pour les nourrissons ayant une forme modérée de BA pris en charge en ambulatoire, l'absence de consensus entre spécialités a été maintenu.

Si tous les experts s'accordent sur la nécessité de réaliser des études de haut niveau de preuve pour évaluer les techniques de modulation de flux en soins primaires (étude randomisées, étude nationale et à plus grande échelle), en particulier de son impact sur le recours hospitalier, le positionnement (absence de recommandation ou non recommandation) sur l'intérêt de la pratique en ambulatoire sur les formes modérées de BA reste vivement discutée selon les spécialités et lieux d'exercice.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP a été soumise à la Commission Recommandation, pertinence, parcours et indicateurs pour avis le 10 septembre 2019 et au Collège de la HAS pour validation. Le Collège s'est réuni le 10 octobre 2019 et le 06 novembre 2019. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Dans le cadre du partenariat engagé avec le CNP de Pédiatrie, la validation par les instances du CNPP a été réalisée entre le 28 11 2019 et le 05 11 2019.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur l'élaboration des recommandations de bonne pratique selon la méthode Recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par la HAS en décembre 2010 : Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode Recommandations pour la pratique clinique³. Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

³ Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été examinées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts⁴ et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts (CGCI).

Le CGCI a validé la participation des experts proposés en février 2016 novembre 2017, février 2018 et juin 2019.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

⁴ Haute Autorité de Santé. Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010

Annexe 2. Fiche outil « évaluation et prise en charge du 1^{er} épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois

Fiche Outil - Novembre 2019

Le premier épisode de bronchiolite aiguë est défini comme le premier épisode aigu de gêne respiratoire (séquence rhinite suivie de signes respiratoires : toux, sibilants et/ou crépitant, accompagnés ou non d'une polypnée et/ou de signes de lutte respiratoire), intervenant à toute période de l'année.

- Les signes de luttés sont définis par la mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sterno-cléido-mastoldiens et un asynchronisme thoraco abdominal.
- Ces recommandations ne concernent pas les enfants de plus de 12 mois et les épisodes récurrents de gêne respiratoire sifflante.
- Devant un 2^{ème} épisode rapproché, chez le nourrisson de moins de 12 mois, il sera nécessaire d'envisager d'autres diagnostics, de prendre en compte d'autres paramètres tels que l'âge, les antécédents (asthme, allergies), les symptômes associés.

EVALUATION INITIALE

Tableau 1. Check List pour l'évaluation initiale (après désobstruction nasale et chez un enfant calme)

Bronchiolite aiguë du nourrisson (<12 mois)	
Evaluation initiale	
Check List	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etat général/comportement/hypotonie ✓ Critères de gravité <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence respiratoire sur 1 minute (> 60/min ou <30/min) • Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min) • Pausés respiratoires • Respiration superficielle • Signes de lutte respiratoires intenses (mise en jeu des muscles accessoires intercostaux inférieurs, sternocléidomastoldiens, et un balancement thoraco abdominal, battements des ailes du nez) • SpO₂ < 92% ou cyanose • Alimentation < 50% de la quantité habituelle sur 3 prises consécutives ou refus alimentaire
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Critères de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> • Age corrigé < 2 mois, prématurité <36 SA • Comorbidités (cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie pulmonaire chronique dont dysplasie broncho-pulmonaire, pathologie neuromusculaire, déficit immunitaire, polyhandicap) • Contexte socio-économique défavorable • Critères d'environnement (recours aux soins ne permettant pas un retour au domicile)

NIVEAUX DE GRAVITE, PRISE EN CHARGE INITIALE

Tableau 2. Critères pour définir le niveau de gravité et prise en charge initiale selon le niveau

Forme	Légère	Modérée	Grave
État général altéré (dont comportement)	Non	Non	Oui
Fréquence respiratoire (mesure recommandée sur 1 minute)	< 60/min	60-69/min	≥ 70/min ou < 30/min ou respiration superficielle ou bradypnée (<30/min) ou apnée
Fréquence cardiaque (>180/min ou <80/min)	Non	Non	Oui
Utilisation des muscles accessoires	Absente ou légère	Modérée	Intense
SpO2% à l'éveil en air ambiant	> 92%	90% < SpO2% ≤ 92%	≤ 90% ou cyanose
Alimentation*	> 50%	< 50% sur 3 prises consécutives	Réduction importante ou refus
*à évaluer par rapport aux apports habituels : allaitement maternel et/ou artificiel et/ou diversification)			
Interprétation	Présence de tous les critères	Au moins un des critères modérés (aucun critère des formes graves)	Au moins un des critères graves
Prise en charge initiale			
<u>Orientation</u> (domicile, hospitalisation, USI réanimation)	Retour au domicile avec conseils de surveillance	Hospitalisation si : ✓ SpO2 < 92% (Indication oxygène) ✓ Support nutritionnel nécessaire ✓ Age < 2 mois Hospitalisation à discuter si critères de vulnérabilité ou d'environnement	Hospitalisation systématique Hospitalisation USI / réanimation si : ✓ Apnées ✓ Epuisement respiratoire, capnie (>46-50 mmHg), pH (< 7,34) ✓ Augmentation rapide des besoins en oxygène
Examens complémentaires	Aucun de manière systématique	Aucun de manière systématique	Peuvent se discuter : Radiographies de thorax, mesure de la capnie, Ionogramme sang, NFS
Oxygène	Non indiqué	Si SpO2 < 92% Objectif SpO2 > 90% sommeil et 92% à l'éveil	Si SpO2 < 94% à l'éveil Objectif SpO2 > 90% sommeil et > 94% à l'éveil
Nutrition	Fractionnement	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation intraveineuse (IV)	Fractionnement Si difficultés alimentaires : alimentation entérale en 1ère intention puis si échec hydratation IV
Désobstruction des voies aériennes supérieures	systématique pluriquotidienne (aspirations naso-pharyngées non recommandées)		
Kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique	Non recommandée	Non recommandée en hospitalisation Non recommandée en ambulatoire (absence de données en ambulatoire)	Contre Indiquée
A discuter selon comorbidités (ex : pathologie respiratoire chronique, pathologie neuromusculaire)			
Traitements médicamenteux	Pas d'indication : bronchodilatateur, adrénaline, sérum salé hypertonique, antibiothérapie systématique Contre-indication : sirop antitussif, fluidifiant bronchique		

CIRCUIT DU PATIENT

- Le nourrisson est vu en consultation par le médecin de soins primaires qui évalue et classe le niveau de gravité de la bronchiolite du nourrisson (cf. tableau 2).
- Il convient de tenir compte des 48 premières heures par rapport au début des symptômes respiratoires, période pendant laquelle tout nourrisson est susceptible de s'aggraver (critères de vulnérabilité, environnement favorable ou non à une surveillance fiable ou à un recours aux soins rapide).
- La prise en charge nécessite
 - ✓ d'expliquer aux parents les signes d'alerte (cf. fiche conseil) devant faire consulter de nouveau,
 - ✓ de programmer une nouvelle évaluation dans les 24 à 48h,
 - ✓ d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire quand elle le justifie avec un objectif principal de ne pas perdre de vue des nourrissons pendant cette période critique.
 - ✓ d'informer les parents des recours d'urgence possible dans leur territoire de santé.
- Dans la grande majorité des cas, le recours hospitalier n'est pas nécessaire.

Tableau3. Niveaux de recours de soins

Niveaux	Quand ?	Où ?
1 ^{er} recours	1 ^{ère} consultation (sous 48h) avec évaluation et classification Selon décision de prise en charge (surveillance, nouvelle consultation sous 48-72h selon évolution)	Ambulatoire Médecins de soins primaires, professionnels de premier recours, réseaux bronchiolites...
2 ^{ème} recours	Consultation en cas d'urgence, nécessité d'une vigilance accrue quotidienne comprenant jours fériés et WE, ou d'incertitude sur la conduite à tenir	Hôpital, autres organisations locales et territoriales, futures communautés professionnelles territoriales de santé
3 ^{ème} recours	Forme grave initiale ou secondaire requérant alors un transport médicalisé Forme modérée nécessitant des soins de support (oxygène, nutrition) ou à haut risque d'évoluer vers une forme grave.	Hôpital, unité de soins intensifs ou unité de réanimation

CRITERE D'ORIENTATION EN HOSPITALISATION ET EN REANIMATION

Formes graves

- Les formes graves relèvent d'une hospitalisation systématique.

Formes modérées

- Dans le cas des formes modérées, les signes cliniques et l'évolution sont variables.
- L'hospitalisation doit être discutée au cas par cas après l'évaluation clinique par le médecin de 1^{er} recours en prenant en compte les critères de vulnérabilité et d'environnement (cf. check-list).
- Sont à hospitaliser (unité conventionnelle ou unité d'hospitalisation de courte durée) :
 - Les formes modérées relevant d'une oxygénothérapie (SpO₂% < 92%) et/ou nécessitant un support nutritionnel (diminution d'au moins 50% des apports habituels sur 3 prises successives)
 - Les formes modérées associées à un des critères de vulnérabilité suivant : âge < 2 mois en tenant compte de l'âge corrigé (risque d'apnées), cardiopathie congénitale avec shunt, pathologie neuromusculaire, polyhandicap, déficit immunitaire, contexte médico-socio-économique ou de recours aux soins ne permettant pas un retour à domicile).

Formes légères

- Dans le cas des formes légères, la prise en charge en soins primaires est la règle.
- Le recours hospitalier se justifie au cas par cas après l'évaluation clinique par le médecin de premier recours.

Critères d'hospitalisation en unité de soins intensifs ou de réanimation

- La constatation d'apnée(s)
- Un épuisement respiratoire évalué sur la clinique*, la capnie ($\geq 46-50$ mmHg) et le pH ($\leq 7,34$)
- Une augmentation rapide des besoins en oxygène

**Un épuisement se traduit cliniquement par une diminution des signes de lutttes, polypnée superficielle étou avec des apnées fréquentes voire prolongées*

Annexe 3. fiche outil « conseils de surveillance pour les parents au décours d'une consultation ou d'une hospitalisation »

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois

Fiche Outil - Novembre 2019

CONSEILS DE SURVEILLANCE POUR LES PARENTS AU DECOURS D'UNE CONSULTATION OU D'UNE HOSPITALISATION

Votre bébé a une bronchiolite aiguë.

Ses symptômes peuvent évoluer surtout les deux premiers jours.

- Suivez les conseils de votre médecin.
- Pendant les deux premiers jours, une attention accrue de votre enfant est nécessaire.
- Demandez l'avis des autres professionnels prenant en charge votre enfant (infirmière de PMI, professionnels du réseau bronchiolite, etc.)
- Respectez le ou les rendez-vous de suivi qui vous ont été proposé(s)
- La phase aiguë de la bronchiolite dure en moyenne 10 jours.
- Une toux légère isolée peut être observée jusqu'à 4 semaines.
- Si après 4 semaines, votre enfant est encore gêné pour respirer, consultez votre médecin.
- Si vous allaitez votre enfant, et qu'il boit moins bien, parlez en rapidement avec votre médecin ou soignant compétent. Il ne faut pas interrompre l'allaitement et il est possible d'avoir un tire-lait pour continuer de l'alimenter avec votre lait
- Il n'y a pas de recommandation d'éviction de la collectivité mais la fréquentation de collectivité (crèche, nourrice) n'est pas souhaitable en phase aiguë.
- Respectez les consignes en matière d'environnement autour de votre bébé : pas de tabagisme passif, maintien de la température 19°C dans la pièce...

SIGNES A SURVEILLER

Voici certains signes, qui s'ils persistent après un lavage de nez, nécessitent de prendre un rendez-vous avec un médecin pour que votre bébé soit réexaminé :

- Son comportement change et vous paraît inhabituel (il est fatigué ; moins réactif ou très agité ; geint un peu)
- Sa respiration est devenue plus rapide
- Il devient gêné pour respirer et il creuse son thorax
Il augmente sa gêne respiratoire (il creuse plus son thorax)
- il boit moins bien sur plusieurs repas consécutifs

Des paramètres qui nécessitent de contacter le 15 d'emblée :

- Il devient bleu, autour de la bouche
- Il fait un malaise
- Il fait des pauses respiratoires
- Sa respiration devient lente tout en restant très gêné pour respirer
- Il ne réagit plus, est très fatigué, dort tout le temps, geint

- Il refuse de boire les biberons ou de prendre le sein

TECHNIQUE DE LAVAGE DU NEZ (DESOBSTRUCTION RHINO-PHARYNGÉE)

La désobstruction rhinopharyngée (DRP) est un lavage de nez qui consiste à instiller du sérum dans les narines pour évacuer les sécrétions nasales.

Ce geste est indolore, même s'il peut se révéler désagréable.

Avant de commencer, lavez-vous les mains (eau savonnée ou solution hydro alcoolique) et munissez-vous de dosettes de sérum physiologique à usage unique.

Ensuite, procédez en cinq étapes :

- Allongez votre bébé sur le dos ou sur le côté, et maintenez impérativement sa tête sur le côté. Cela est très important, pour éviter les risques de "fausse route" (passage involontaire de sérum dans les voies respiratoires). Si nécessaire, faites-vous aider pour maintenir votre enfant dans cette position.
- Placez doucement l'embout de la dosette à l'entrée de la narine située le plus haut, par rapport à la position de votre bébé.
- En appuyant sur la dosette, introduisez entièrement son contenu dans la narine. En même temps, fermez la bouche de votre enfant, afin que le sérum ressorte par l'autre narine avec les sécrétions nasales.
- Attendez que votre bébé ait dégluti correctement.
- Essayez son nez à l'aide d'un mouchoir jetable.

Répétez cette opération pour l'autre narine :

- en utilisant une autre dosette,
- en couchant votre bébé et en lui tournant la tête de l'autre côté.

Site AMELI <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/pratiquer-lavage-nez>

EN SAVOIR PLUS



- HAS
 - ▶ Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois », 2019
 - ▶ Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite (GHM 04M18), 2012
- Santé Publique France (www.santepubliquefrance.fr)
 - ▶ Gripes, bronchites, bronchiolites, rhinopharyngites, rhume. Comment se protéger des infections virales respiratoires?
 - ▶ Votre enfant et la bronchiolite, document patient
<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Votre%20enfant%20et%20la%20bronchiolite>
- AMELI
 - ▶ <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/pratiquer-lavage-nez>

© Haute Autorité de Santé – 2019

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois » – RPC – novembre 2019
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP)*
avec ses structures membres:

Société Française de Pédiatrie (SFP)

Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

Syndicat National de Pédiatres Français (SNPF)

Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU)

Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SPNEH)

Société Française de Néonatalogie (SFN)

Syndicat national des médecins de Protection maternelle et Infantile (SNMPMI)

Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (groupe de spécialité de la Société Française de Pédiatrie) (GPIP)

Groupe Francophone de Réanimation et Urgence Pédiatrique (GFRUP)

Groupe De Pédiatrie Générale (GPG)

Fédération Française des Associations et Amicales de Malades, Insuffisants ou Handicapés Respiratoires (FFAAIR)*

Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK)*

Collège de la Médecine Générale (CMG)*

Société française d'Hygiène Hospitalière (SFHH)*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Christophe Marguet, pédiatre, chef de projet CNP Pédiatrie

Dr Mariam Lahbabi, pédiatre, chargée de projet

Dr Julie Mazon-Donadieu, pédiatre - chargée de projet

Mme Sophie Blanchard, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr. Grégoire Benoist, pédiatre

M. Yann Combret, kinésithérapeute

Dr Liliane Cret Locard, pédiatre

Pr Jean-Christophe Dubus pneumologue- pédiatre

M. Christian Fausser kinésithérapeute[#]

Pr Vincent Gajdos pédiatre

Pr Christèle Gras- Leguen, pédiatre

** Cet expert n'a pu participer à la fin des travaux du GT

[#] Expert en désaccord avec la version définitive de la recommandation de bonne pratique.

► Groupe de lecture

Mme Alexandra Allaire, pharmacien, Paris

Dr Sophie Augros, médecin généraliste, Aime-La Plagne

Dr Fanny Autret, néonatalogiste, Paris

Dr Benjamin Azemar, pédiatre hospitalier, Corbeil-Essonnes

Dr Hervé Haas, urgentiste

Monsieur Philippe Joud, kinésithérapeute[#]

Dr Christophe Milesi, réanimateur pédiatrique

Dr Mirna Salloum, médecin généraliste

M. Alain Tayabaly kinésithérapeute

Dr Olivier Romain pédiatre néonatalogie

Dr Julie Chastang, médecin généraliste**

Dr Marion Bailhache, pédiatre, Bordeaux

Dr Mohamed Ben Said, néonatalogiste, Annonay

Dr Michèle Berlioz Baudoin, pneumo-pédiatre, Monaco

Dr Lisa Bessarion, néonatalogiste, Amiens

M. Didier Billet, masseur-kinésithérapeute, Francheville

- Mme Sophie Blamert, masseur-kinésithérapeute, Saint-Denis
- Dr Pascal Bolot, néonatalogiste, Saint-Denis
- Dr Nicole Bornsstein, médecin généraliste, Evry
- Dr Astrid Botte, réanimateur pédiatrique, Bordeaux
- Mme Hélène Bouchet, masseur-kinésithérapeute, Vence
- Dr Francois-Marie Caron, pédiatre, Amiens
- Dr Jean-Sébastien Casalegno, virologue/biologiste, Lyon
- Dr Jean-Louis Chabernaud, pédiatre hospitalier, Clamart
- Dr Barbara Chavannes, médecin généraliste, Limeil Brevannes
- Dr Emmanuel Cixous, pédiatre hospitalier, Roubaix
- Dr Ophélie Cracco, pédiatre, Nantes
- M. Emmanuel Dandurand, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Dr Charlie De Melo, réanimateur pédiatrique, Strasbourg
- Dr Pierre Demaret, réanimateur pédiatrique, Liège
- M. Gilles Desbois, masseur-kinésithérapeute, Lyon
- Dr Emmanuelle Dessieux, pédiatre, Sallanches
- Dr Simon Dib, pédiatre libéral, Dijon
- Dr Ralph Epaud, pneumo-pédiatre, Créteil
- M. Didier Evenou, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Mme, Alexia Fabre, masseur-kinésithérapeute, Bayonne
- M. Marik Fetouh, kinésithérapeute, Bordeaux
- Dr Caroline Fondrinier, hygiéniste, Libourne
- Dr Philippe Fournier, néonatalogiste, Nîmes
- M. Hugues Gauchez, masseur-kinésithérapeute, Marcq-en-Barœul
- Dr Nathalie Gelbert, Pédiatre libéral, Chambéry
- Dr Lisa Giovannini Chami, pédiatre hospitalier, Nice
- Dr Dominique Girardon-Grichy, médecin généraliste, Montlignon
- M. Pascal Gouilly, masseur-kinésithérapeute, Nancy
- Dr Isabelle Guellec Renne, néonatalogiste, Saint-Denis
- Mme Sophie Jacques, masseur-kinésithérapeute, Rennes
- M. Jean-Claude Jeulin, masseur-kinésithérapeute, Cran-Gevrier
- Mme Michelle Leclerc, masseur-kinésithérapeute, Rouen
- Dr Aurélie Lemaire, pédiatre, Poissy
- Dr Bénédicte Leroux, réanimateur pédiatrique,
- Dr Jean-François Lienhardt, pédiatre libéral, Bondues
- Dr Noella Lode, pédiatre hospitalier, Paris
- Dr Nouredine Loukili, hygiéniste, Lille
- Dr Christine Magendie, pédiatre libéral, Mulhouse
- Mme Isabelle Menier, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Mme Mathilde Meunier, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Dr Fabrice Michel, anesthésiste-réanimateur, Paris
- M. Bruno Pierre, masseur-kinésithérapeute, Picquigny
- Mme Anne Pipet, masseur-kinésithérapeute, Landry
- Dr Marie-Anne Rameix-Welti, virologue, Montigny-le-Bretonneux
- Dr Luc Refabert, pneumo-pédiatre, Paris
- Dr Virginie Rigourd, Néonatalogiste, Paris
- M. Jacques Saugier, masseur-kinésithérapeute, Oye-et-Pallet
- Dr Matthieu Schuers, médecin généraliste, Neufchâtel-En-Bray
- M. Sydney Sebban, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Dr Guillaume Thouvenin, pédiatre hospitalier, Paris
- Dr Caroline Thumerelle, médecin généraliste, Lille
- Dr Eric Van Melkebeke, pédiatre libéral, Plouguernevel
- M. Antoine Verdaguer, masseur-kinésithérapeute, Caen
- Dr Francois Vie Le Sage, pédiatre libéral, Aix-les-Bains
- Dr Bénédicte Vrignaud, réanimation pédiatrique, Nantes

Fiche descriptive

Titre	Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	L'objectif de ces recommandations est d'actualiser celles émises en 2000 et de proposer une prise en charge homogène des nourrissons sur le territoire français dans le cadre d'un parcours de soins coordonné entre l'hôpital et la ville
Patients ou usagers concernés	Les nouveaux nés et les nourrissons âgés de moins de 12 mois ayant une première bronchiolite aiguë
Professionnel(s) concerné(s)	Tout professionnel de santé concerné par la prise en charge de nouveaux nés et des nourrissons âgés de moins de 12 mois présentant un premier épisode aigu de gêne respiratoire : les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins de PMI, les urgentistes, les sages-femmes, tout autre professionnel susceptible de prendre en charge ces enfants
Demandeur	CNPP Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNP de Pédiatrie) Haute Autorité de Santé (HAS), service Bonnes pratiques professionnelles
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Pr. Christophe Marguet, pédiatre ; Sophie Blanchard Musset, chef de projet, service Bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière ; Mme Jessica Layouni
Recherche documentaire	De 2000 à 2018 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Yasmine Lombry, avec l'aide de Mme Laurence Frigères (chef du service Documentation – Information des publics : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Chargées de projet : Dr Julie Mazenq-Donadieu, pédiatre - Dr Mariam Lahbabi, pédiatre
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf . liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du <i>Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts</i> . Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en mois année
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Prise en charge du premier épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois, Fiche Outil

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr