



Analyse des connaissances des parents concernant la bronchiolite et plus particulièrement sur les critères de gravité : étude qualitative lors de la saison épidémique 2024-2025

Anthony Sely

► To cite this version:

Anthony Sely. Analyse des connaissances des parents concernant la bronchiolite et plus particulièrement sur les critères de gravité : étude qualitative lors de la saison épidémique 2024-2025. Médecine humaine et pathologie. 2025. dumas-05283715

HAL Id: dumas-05283715

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05283715v1>

Submitted on 25 Sep 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2025

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 05 juin 2025

par

M. SELY Anthony

Né le 2 avril 1995 à Paris

TITRE DE LA THÈSE :

Analyse des connaissances des parents concernant la bronchiolite et plus particulièrement sur les critères de gravité : étude qualitative lors de la saison épidémique 2024-2025.

Président : Madame le Professeur DUPONT Claire

Membres : Docteur CHOMBART Thomas, Directeur de thèse

Docteur CHATELIER Christian

Année Universitaire 2024/2025**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUTTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe

Madame Amélie LOPEZ

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	BAZILLE Céline	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume (<i>disponibilité</i>)	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BUI Thanh-Huy Eric	Psychiatrie d'adultes
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DERNIS Emmanuelle	Rhumatologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaële	Gynécologie – Obstétrique
Mme	FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
M.	FISCHER Marc-Olivier (<i>disponibilité</i>)	Anesthésiologie et réanimation
M.	FUZELLIER Jean-François	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUCZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUZIER Roman	Gynécologie-obstétrique
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses et tropicales
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HUMBERT Xavier	Médecine générale
----	----------------	-------------------

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ASSOCIES

Mme	BALENÇON Martine	Pédiatrie
Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	COUETTE Pierre André	Médecine Générale
Mme	DIMASSI BEN ROMDHANE Kaouther	Gynécologie-Obstétrique
Mme	NOEL DE JAEGER Sophie	Médecine générale
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
Mme	OLLIVIER Isabelle	Hépatogastroentérologie
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2024/2025**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUTTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe

Madame Amélie LOPEZ

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme	BOULANGER Marion	Neurologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	CABÉ Nicolas	Addictologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
M.	DOLLADILLE Charles	Pharmacologie clinique
M.	DRIGNY Joffrey	Médecine physique et réadaptation
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRAVEY François	Bactériologie-virologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	HODZIC Amir	Physiologie
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
M.	LANOT Antoine	Néphrologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
Mme	MAITRE Elsa	Hématologie
M.	MENAHAM Benjamin	Chirurgie digestive
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie

M.	TURPIN Yann-Loïc	Dentisterie restauratrice
M.	VILLAIN Cédric	Gériatrie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

Mme	AMBROISE Constance	Prévention, épidémiologie, économie santé, odonto., légale
Mme	ARMAND Andrey	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	BEN YAHIA Mohamed Mehdi	Anesthésie-réanimation
Mme	BIZAOUI Varoona	Génétique
M.	BOUDIN Guillaume	Gériatrie
M.	BOYER Emile	Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale
M.	CAUCHY Marceau	Médecine générale
Mme	CHICOT Dorothée	Médecine générale
M.	CLANET Romain	Médecine d'urgence
Mme	DAUVIN Estelle	Médecine générale
M.	KIRCHGESNER Alexandre	Psychiatrie d'adultes
M.	LE TARNEC Hervé	Dentisterie restauratrice
Mme	MINARD Alexandra	Dentisterie restauratrice
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	POULLAIN Pierre	Médecine générale
M.	SAVOURÉ Damien	Dentisterie restauratrice
M.	WAGNER François Xavier	Dentisterie restauratrice

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale

Remerciements

Au **Professeur Claire DUPONT**, je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse et l'intérêt que vous portez à celle-ci. Je vous remercie encore pour votre enseignement et votre bienveillance lors de mon passage en pédiatrie.

Au **Docteur Thomas CHOMBART**, mon sauveur, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tes retours et surtout pour ton temps que je sais très précieux ! Merci pour toute ton aide et écoute lors de mon stage en pédiatrie et enfin je garde avec moi particulièrement le souvenir de notre dernière garde ensemble, j'en ai le sourire rien que d'y repenser.

Au **Docteur Christian CHATELIER**, merci d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Tu es un modèle professionnel et spirituel pour moi. J'ai débuté mon internat de médecine générale avec toi et c'est un réel honneur que tu me fais d'être là aujourd'hui.

A mes parents, cette thèse c'est avant tout la vôtre... Vous qui êtes partis de presque rien et qui m'avez toujours tout donné. Merci pour votre soutien et d'avoir toujours cru en moi. Vous êtes mes modèles. Je vous dois tout. Je vous aime.

A ma merveilleuse, incroyable, stupéfiante, unique femme Laura, rencontré sur les bancs de la fac. Qui l'eut cru et pourtant nous voilà 10 ans plus tard... un mariage, 1 Marceau et bébé 2 en route et un amour pour Harry Potter et Disney intact. Je profite de l'occasion pour te dire Merci. Merci pour tout ton soutien et ton amour au quotidien. Merci de m'avoir motivé à faire et terminer cette thèse. Merci d'être la femme et la mère que tu es. Moi aussi j'ai de la chance de t'avoir, rappelles toi en toujours, Je t'aime.

A ma sœur Alison, je suis fière d'être ton frère. Battante dès tes premières secondes dans ce monde, je te sais une force incroyable. Tu pourras toujours compter sur moi, ma maison sera toujours la tienne. Je t'aime ne t'oublies jamais.

A mes grands-parents qui m'ont élevé une partie de ma vie et qui m'ont inculqué des valeurs si chères à mon cœur. Je vous aime.

Merci à ma belle-famille pour votre accueil et accessoirement vos délicieux repas, merci à vous **Karine, Manu, Guillaume, Carla, Geneviève, Michel, Parrain Olivier** et j'ai aussi une pensée pour **papi Roland** et **mamie Jaja** que j'ai trop peu connu.

Merci à **toutes mes Aï, mes cousines et cousins** avec qui j'ai grandi et qui m'ont fait grandir. Je pense à vous, très souvent.

A mon meilleur ami Maxime, c'est toi qui m'as permis en grande partie de réussir médecine. J'ai le souvenir de ton visage juste après nos résultats PACES et de nous revoir nous laisser se tomber dans les bras. Saches que je te serai infiniment reconnaissant pour ta présence lors de l'année du concours. En tout cas, en attendant nos prochains tête à tête au restaurant, je vous salue. Tempora mori, tempora mundis recorda.

A mon autre meilleur ami Kevin, mon plus vieil ami, merci pour tout. De nos conversations qui pouvaient durer toute une nuit à ta présence dès que j'en ai besoin. Merci pour tous les souvenirs et surtout ceux à venir, ensemble.

A Pauline, aujourd'hui la thèse achève une partie de ma vie que j'ai débuté aussi avec toi. Une rencontre qui aurait pu être anodine... et qui finalement avec beaucoup de spontanéité, d'écoute, de bienveillance une amitié incroyable. J'ai hâte de voir nos enfants grandir ensemble. Vive les mariés !

A Emeline, merci pour toutes ces vaisselles faites en fin de soirée. Merci pour toutes les attentions que nous portes à toutes et à tous. Saches que je suis admiratif de tout ton parcours et de l'énergie que tu nous portes au quotidien.

Au groupe de copains, merci à vous, **Alexis, Antoine, Axelle, Cécile, Laura, Quentin, Solène**. Merci pour toutes ces vacances et celles à venir. Merci pour les parties endiablées de Uno et de ne jamais me laisser seul au moment des lacs du Connemara.

A Larry, une des plus belles rencontres que la médecine m'ait offertes. Je suis heureux d'avoir pu découvrir un bout de l'Europe avec toi, j'en garde des souvenirs incroyables. Merci pour tout le soutien indirect qu'on s'est donné durant tous nos partiels.

A tous ceux qui m'ont accompagné durant mes stages, ceux qui m'ont aidé directement ou indirectement. Aux patients qui m'ont permis de prendre connaissance de la fragilité mais également la beauté de la vie, Merci.

Enfin, Merci à toi **Marceau**, tu ne sais pas encore lire à l'heure actuelle mais sache que tu fais le bonheur de toutes les personnes qui t'entourent, ton papa le premier. En attendant ton petit frère ou ta petite sœur, je sais déjà que tu feras le meilleur grand frère du monde. Je t'aime.

Abréviations

IC Intervalle de confiance

HAS Haute autorité de santé

SpO2 Saturation pulsée en oxygène

P Participant

VRS Virus respiratoire syncytial

INDEX Tableaux et figures

Figure 2 :	Flow chart d’inclusion des participants	5
Tableau 1 :	Caractéristiques des participants	5

Sommaire

1	Introduction.....	1
2	Matériel et méthode.....	3
2.1	Type de l'étude	3
2.2	La population étudiée	3
2.3	Le recueil des données.....	3
2.3.1	Le recrutement.....	3
2.3.2	Le guide d'entretien	4
2.3.3	Enregistrement et retranscription des données.....	4
2.4	Analyse des données	4
2.5	Considération éthique.....	4
3	Résultats	5
3.1	Caractéristique de la population	5
3.2	Les connaissances globales de la bronchiolite.....	5
3.2.1	La clinique de la bronchiolite	5
3.2.2	Notion d'évolution de la maladie	6
3.2.3	Les traitements dans la bronchiolite	6
3.3	Les critères de gravité	6
3.4	Dangerosité de la bronchiolite	7
3.5	La prise en charge par les parents.....	8
3.6	Les mesures de prévention	8
3.6.1	L'immunisation	8
3.6.2	Les mesures de prévention au domicile.....	8
3.7	Les sources d'informations.....	9
4	Discussion	10
4.1	Les résultats	10
4.2	La validité de l'étude	10
4.3	Les forces de l'étude.....	11
4.4	Les limites de l'étude.....	11
5	Conclusion.....	13
6	Bibliographie	14
7	Annexes.....	16
7.1	Annexe 1 : Le guide d'entretien.....	16
7.2	Annexe 2 : Grille CORECQ avec correspondance des items dans la thèse.....	17

1. INTRODUCTION

La bronchiolite est une infection virale aiguë des voies respiratoires inférieures qui touche principalement les nourrissons de moins de deux ans. Elle se manifeste par une obstruction des petites bronches, entraînant une sécrétion accrue de mucus et des difficultés respiratoires plus ou moins sévères.

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est le principal agent responsable de la bronchiolite, représentant environ 80 % des cas. Ce virus est hautement contagieux et se transmet par contact direct ou indirect avec des surfaces contaminées. (3,4)

En France, on estime chaque année que 30% des nourrissons soit environ 460 000 enfants seront touchés par la bronchiolite. Une majorité des cas survenant entre mi-octobre et mars, période épidémique classique. (1,2)

Chaque année en France, la bronchiolite est responsable d'environ 30 000 hospitalisations chez les nourrissons. L'impact sur le système de santé est considérable, avec une saturation régulière des services de pédiatrie et de réanimation pédiatrique en période hivernale. (5)

La Haute autorité de santé (HAS) a émis des recommandations définissant des critères objectifs d'hospitalisation. (1) Certains sont notamment liés à la gravité du tableau clinique. Les critères motivant une hospitalisation sont :

- Détresse respiratoire modérée à sévère
- SpO₂ < 92 % ou cyanose
- Difficulté d'alimentation (dès < 50% sur 3 prises consécutives)
- Age < 2 mois
- Antécédant de prématurité, de pathologie respiratoire ou cardiaque, immunodépression
- Contexte sociale ou familiale défavorable
- Echec de la prise en charge initiale à domicile

Le traitement de la bronchiolite est essentiellement symptomatique. Il repose sur le contrôle de la fièvre, l'hydratation, le lavage nasal et, en cas de forme sévère, l'oxygénothérapie ou la ventilation assistée en hospitalisation. (1)

La prévention repose principalement sur des mesures hygiéniques, telles que le lavage des mains, l'évitement des contacts rapprochés avec des personnes infectées et la limitation des expositions aux environnements collectifs en période épidémique. (1)

Une avancée majeure dans la prévention est l'émergence récente de l'immunoprophylaxie par anticorps monoclonaux. Le palivizumab (Synagis®) a montré une réduction significative des hospitalisations. (6) Néanmoins, il est administré mensuellement aux nourrissons à risque uniquement : les prématurés de 32 SA ou moins de 6 mois avant le début de la période épidémique ou moins de 2 ans en cas de dysplasie bronchopulmonaire ou atteint d'une cardiopathie congénitale. (7) Il tend à être remplacé par de nouvelles stratégies de prévention. (8)

En aout 2023, le nirsevimab (Beyfortus®), un anticorps monoclonal à longue durée d'action, a été proposé chez tous les nourrissons de moins d'un an en une dose unique. Les études confirment une protection efficace face au VRS. Cette étude française estime que

l'administration du nirsevimab a permis d'éviter environ 5800 hospitalisations. Cela correspond à une réduction de 23% du nombre total d'hospitalisation pour bronchiolite à VRS chez les nourrissons de moins de 24 mois et de 35% chez les nourrissons de 0 à 2 mois. L'efficacité du nirsevimab serait estimée à 73% (61-84). Sur une base de 215 000 administrations, 39 doses administrés permettraient d'éviter une hospitalisation. (9)

En complément de cette nouvelle stratégie de prévention, il est proposé depuis juin 2024 de vacciner les femmes enceintes entre les 32^e et 36^e semaines d'aménorrhée via l'Abrysvo®. Une étude d'avril 2024 a objectivé une efficacité vaccinale dans la prévention des hospitalisations liées au VRS chez les nourrissons.

Dans les 90 premiers jours, on retrouve 10 cas d'hospitalisations chez des nourrissons vaccinés contre 31 cas chez des nourrissons non vaccinés soit une efficacité du vaccin de 67,7 % [IC à 99,7% : 15,9-89,5]. Dans les 180 premiers jours, 19 cas d'hospitalisations chez les nourrissons vaccinés contre 44 cas chez les non vaccinés, soit une efficacité du vaccin de 56,8 % [IC à 97,58% : 10,1-80,7]. (10)

A notre connaissance, il n'existe pas à ce jour d'étude comparant directement l'efficacité de l'Abrysvo et du nirsevimab. Mais de nombreuses études sont en cours.

La reconnaissance précoce des signes de gravité est essentielle pour une prise en charge optimale et une réduction du risque de complications. Parmi les signes d'alerte, on retrouve (1) :

- Une somnolence/comportement inhabituels
- La fréquence respiratoire < 30 ou > 70 cycles/minute
- La fréquence cardiaque < 80 ou > 180 battements/minute
- Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal, balancement thoraco-abdominal, battement des ailes du nez)
- Le refus alimentaire

Des études ont montré qu'une meilleure connaissance de ces signes par les parents pourrait permettre un recours plus adapté aux soins et réduire les hospitalisations. Parmi elles, une étude finlandaise a suggéré qu'un niveau éducationnel plus bas chez les parents était associé à une augmentation significative du risque d'hospitalisation pour VRS chez les nourrissons, avec une élévation du risque d'admission de 1,33 [IC 95% : 1,20-1,47]. Une éducation parentale plus faible pourrait donc conduire à une moindre reconnaissance des signes précoces de bronchiolite et à un recours tardif aux soins. (12)

Partant de ce constat, nous avons construit cette étude afin d'analyser les connaissances de la globalité des parents sur la bronchiolite et tout particulièrement sur les critères de gravité.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative, menée sous la forme d'entretiens semi-dirigés afin d'explorer les connaissances des parents d'enfant de moins d'un an sur la bronchiolite et, plus particulièrement, sur les critères de gravité de cette pathologie.

L'entretien semi-dirigé permet de s'adapter aux réponses des participants et d'apporter des nuances importantes dans la compréhension des critères de gravité.

L'enquêteur ayant mené les entretiens était un médecin généraliste remplaçant, il s'agit également de l'auteur. C'était son premier travail de recherche.

2.2. LA POPULATION ETUDIEE

Les participants de cette étude devaient être parents de nourrisson de moins d'un an. Les critères d'exclusion étaient les parents faisant l'objet d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice ou mesures dites alternatives) et les parents exerçant une profession dans le domaine médical.

2.3. LE RECUEIL DES DONNEES

2.3.1. Le recrutement :

Le processus de recrutement s'est déroulé en plusieurs étapes.

Le premier contact avec les participants s'est effectué exclusivement lors d'une consultation en cabinet de médecine générale. Cela a permis d'expliquer les objectifs de l'étude et de recueillir le consentement oral initial. Les parents intéressés ont communiqué leur numéro de téléphone afin d'être contacté ultérieurement. Une partie du recrutement a été réalisé avec l'aide directe du Dr Christian CHATELIER, médecin généraliste à Lion sur mer, au sein de sa patientèle.

Le second contact, cette fois-ci téléphonique, a permis de fixer un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien. Le choix s'est porté sur des entretiens par téléphone plutôt qu'en présentiel. Cela permettait également une participation facilitée tout en garantissant un cadre confidentiel et propice aux échanges. D'autre part, l'échange en visioconférence n'a pas été retenu pour des raisons logistiques et organisationnelles.

Cet appel a également permis de réexpliquer les objectifs de l'étude aux participants qui n'avaient pas été recrutés par l'auteur.

Le nombre de participants a été déterminé sur le principe de saturation des données, c'est-à-dire l'absence de nouvelles données exploitables malgré de nouveaux entretiens. La saturation des données a été atteinte après 9 entretiens.

Au final, les phases de recrutement et d'entretiens se sont déroulées du 1^{er} Novembre 2024 au 30 Janvier 2025.

2.3.2. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien se divise en trois parties (Annexe 1) :

L'étude des connaissances générales des participants sur la bronchiolite : notamment son vecteur, ses symptômes, ses traitements et les moyens de prévention dans sa forme simple.

La seconde partie s'intéressait surtout aux critères de gravité de la bronchiolite et la prise en charge envisagée par les participants.

La dernière partie permettait de recueillir les sources d'informations utilisées par les participants sur la bronchiolite.

Le guide était flexible afin de pouvoir s'adapter aux différentes réponses des participants.

2.3.3. Enregistrement et Retranscription des données :

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal intégré à l'ordinateur personnel de l'auteur. Quelques notes écrites ont été faites durant les entretiens.

Les entretiens ont été par la suite retranscrits intégralement sur le logiciel Word et anonymisés, sans reformulation et en respectant les pauses et hésitations des participants. L'ensemble des verbatims est consultable sur demande par les membres du jury de thèse.

Tous les enregistrements ont été supprimés après retranscription. Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes.

2.4. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données s'est faite selon une approche d'analyse thématique.⁽¹³⁾ Cela a consisté à identifier et à classer les idées principales exprimées par les participants.

La méthode de l'étude suivait les critères de scientificité de la grille COREQ. (annexe 2)

2.5 CONSIDERATION ETHIQUE

L'avis du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé du CHU de Caen Normandie (CLERS) a été sollicité. Après examen de la demande, il a été considéré que cette étude ne nécessitait pas d'avis éthique.

Le consentement des parents a été recueilli oralement lors de la phase de recrutement au cabinet, puis confirmé lors du premier contact téléphonique et à nouveau au début de chaque entretien. Aucun participant n'a demandé les résultats de l'étude.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population

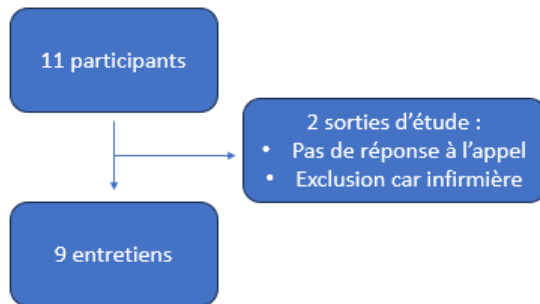


Figure 1 : Flow chart d'inclusion des participants

Un participant n'a finalement pas répondu à l'appel pour l'entretien. Au cours d'un des entretiens, il s'est avéré que la participante était infirmière. L'entretien n'a donc pas été enregistré ni exploité.

Participants	Age	Genre	Nombre d'enfants	Antécédent de bronchiolite	Profession
P1	39	F	2	Non	Assistante maternelle
P2	33	F	2	Non	Secrétaire
P3	35	F	2	Non	Assistante maternelle
P4	43	F	4	Oui	Femme au foyer
P5	25	F	1	Non	Aide-soignante
P6	30	F	2	Oui	Commerciale
P7	23	F	1	Oui	Commerciale
P8	38	F	3	Non	Employée
P9	31	F	1	Oui	Orthophoniste

Les participantes seront nommées par la lettre « P » suivie de leur numéro à présent. Il est à noter que seules des mères ont été interrogées.

3.2. Les connaissances globales de la bronchiolite

3.2.1. La clinique de la bronchiolite.

De manière générale, les parents interrogés ont une bonne connaissance de la bronchiolite. Ils la qualifient comme une infection pulmonaire d'origine virale.

P1 : « Alors pour moi la bronchiolite c'est une inflammation des bronches. Il me semble que c'est à cause d'un virus. L'enfant attrape un virus et s'attaque aux bronches »

P2 : « Alors pour moi c'est une maladie respiratoire qui touche les nourrissons, donc au niveau des bronchioles les toutes petites alvéoles au niveau des poumons. Voilà, c'est ce que je peux en dire. Je pense que c'est viral, une maladie virale. »

Les symptômes sont bien identifiés par les parents qui citent principalement la toux et la fièvre. Quatre parents sur 9 évoquent l'écoulement nasal.

P3 : « la toux j'imagine, sinon hormis ça la fièvre mais sinon non je vois pas trop. »

3.2.2. Notion d'évolution de la maladie

Trois parents sur 9 perçoivent la bronchiolite comme une aggravation progressive d'un simple rhume.

P5 : « C'est une infection respiratoire qui peut évoluer très vite »

P7 : « En fait c'est pas tout de suite une bronchiolite mais c'est un rhume qui se transformerait. »

P8 : « Alors j'imagine que c'est si on a tendance à laisser trainer un rhume ça peut donner une bronchiolite. »

3.2.3. Les traitements dans la bronchiolite

Les traitements sont globalement bien connus. Tous les parents mentionnent le Paracétamol (Doliprane®) et la majorité (5 parents sur 9) évoquent spontanément les lavages de nez. Un tiers des parents évoquent l'utilisation d'antibiotiques, bien qu'avec une certaine incertitude quant à leur indication.

P3 : « Hum... je dirais un antibiotique, je sais pas ? »

P4 : « quand j'ai des antibiotiques c'est vraiment pour traiter la bronchiolite qui passe pas »

P6 : « pas forcément besoin d'antibiotique en systématique je ne sais pas trop ? »

Enfin, 4 parents sur 9 considèrent la Ventoline® comme un traitement de première intention, mais un seul parent a évoqué un lien avec un diagnostic d'asthme du nourrisson.

P3 : « puis je sais pas si c'est asthmatiforme je sais pas de la Ventoline un truc comme ça ? »

P9 : « Oui mon fils en fait oui qui avait par la suite un asthme du nourrisson il a fait plusieurs bronchiolites avant qu'on diagnostique un asthme du nourrisson »

Le fractionnement des repas n'a jamais été mentionné comme traitement possible dans la bronchiolite.

3.3. Les critères de gravité

Lorsque l'on demande aux parents selon eux quels sont les critères de gravité dans la bronchiolite, le critère prédominant est la difficulté respiratoire. Tous les parents ont au moins cité un signe de lutte respiratoire avec notamment la polypnée qui revient chez 5 parents sur 9, tout comme les difficultés alimentaires.

P1 : « Alors je pense que c'est d'abord les difficultés respiratoires, qu'il respire trop vite. (...) je pense que ça pourrait m'inquiéter si je vois que mon enfant a des difficultés à manger »

P2 : « Je pense déjà la respiration et le fait qu'elle ne s'alimente plus par exemple. (...) une respiration un peu courte des trucs comme ça (...) au niveau de ses côtes là je crois que c'est un peu plus, euh... un peu plus enfoncé que d'habitude. »

P3 : « tout ce qui est au niveau de l'abdomen ça se creuse, aussi au niveau de la carotide au niveau du cou (...) Que ça siffle c'est ça ? ou que ça soit rapide ? (...) Qu'il mange moins bien. »

P4 : « il n'arrive plus à respirer, quand on regarde au centre des omoplates ça creuse aussi et quand il mange pas beaucoup et quand la fièvre ne descend pas au bout de 3 jours »

P5 : « une respiration trop rapide, de la toux, encombrement respiratoire, tirage abdominale »

P6 : « Des difficultés à respirer alors après ce qu'on peut regarder c'est si éventuellement ça creuse au niveau des cotes des clavicules si je ne me trompe pas le battement des ailes du nez voilà (...) La cyanose déjà si bébé devient un peu bleu ça pourrait montrer un manque d'oxygène je ne sais pas c'est peut-être gravissime pour le coup »

P7 : « Les ailes du nez aussi qui peuvent jouer ? (...) peut être si il respire trop vite ? (...) il était très somnolent plus que d'habitude »

P8 : « c'est surtout s'il tousse beaucoup, que la toux devienne grasse, qu'il respire vite »

P9 : « C'est tout de suite les signes de tirages que j'ai en tête donc le tirage costal, au niveau des clavicules (...) le fait que l'enfant se nourrisse de moins en moins et le sommeil aussi le sommeil altéré, le vomissement aussi voilà »

3.4. Dangerosité de la bronchiolite.

Lorsqu'ils sont interrogés sur les symptômes de la bronchiolite simple, 8 parents sur 9 mentionnent spontanément des difficultés respiratoires ou des signes de gravité, soulignant une perception de la maladie avec une atteinte respiratoire significative. Parmi eux, les quatre parents ayant un enfant avec des antécédents de bronchiolite font partie de ceux qui rapportent ces difficultés respiratoires, témoignant d'une cohérence entre leur vécu et leur perception de la maladie.

P4 : « La toux, quand le nez coule et un sifflement à la fin, on peut parfois entendre un sifflement, il va respirer moins bien et la fièvre aussi »

P6 : « Des difficultés à respirer alors après ce qu'on peut regarder c'est si éventuellement ça creuse au niveau des cotes des clavicules si je ne me trompe pas, le battement des ailes du nez voilà. »

P8 : « Ça commence initialement par le nez qui coule et de la toux puis ça évolue et ça donne une gêne respiratoire et une toux très importante »

P9 : c'est tout de suite les signes de tirages que j'ai en tête donc le tirage costal, au niveau des clavicules alors parfois pour moi il y a un encombrement du nez avant donc les sécrétions nasales qui tombent après dans les bronches. »

Par ailleurs, 5 parents sur 9 considèrent la bronchiolite comme une pathologie dangereuse. Cependant, cette perception de dangerosité ne semble pas directement liée à l'expérience personnelle, puisque parmi ces cinq parents, un seul (P7) a un enfant ayant déjà présenté un épisode de bronchiolite.

P2 : « mais ça fait peur »

P3 : « Je sais que c'est une maladie qui touche les bronches qui peut être très dangereuse pour les enfants. »

P5 : « Je sais que ça peut être très très grave pour les nourrissons et d'ailleurs je pense aussi chez les enfants de façon générale (...) alors ça peut aller jusqu'à la détresse respiratoire, une respiration trop rapide, de la toux, encombrement respiratoire, tirage abdominale, euh... c'est ce qui me vient à priori. »

P7 : « Moi quand j'entends bronchiolite c'est difficulté respiratoire (...) Oui et surtout il l'a eu une deuxième fois un peu plus grand vers 11 mois et là aussi ça m'a inquiété, mais moins inquiété que s'il était encore bébé. Parce qu'on nous avait dit que la bronchiolite en dessous de 3 mois pouvait être très dangereuse »

P8 : « c'est une grosse bronchite qui ... où il arrive à des grosses complications. Ça peut être grave »

Au final, chaque parent aura soit mentionné des difficultés respiratoires ou des signes de lutte, même en cas de bronchiolite simple, soit exprimé son inquiétude quant à la dangerosité de cette maladie.

3.5. La prise en charge par les parents

Tous les parents interrogés adoptent une prise en charge cohérente en cas d'apparition de critères de gravité. En présence de signes alarmants, ils mentionnent systématiquement l'appel à un professionnel de santé, soit le médecin traitant, le SAMU [15] ou la consultation aux urgences pédiatriques.

P4 : « Si je remarque un de ces signes déjà j'appelle le 15 et je reste bien au téléphone et je suis ce qu'on me dit de faire. »

P7 : « Je suis directement allé aux urgences j'ai même pas pris le temps d'appeler le SAMU, je me suis dit on y va direct »

P8 : « Bah pour moi c'est les urgences pédiatriques directement. »

3.6. Les mesures de prévention

3.6.1. L'immunisation

La prévention est un aspect bien connu des parents interrogés. 8 parents sur 9 évoquent spontanément la vaccination comme mesure préventive. Dans le cas de la bronchiolite, il s'agit plutôt d'une immunisation. Ainsi le Beyfortus®, anticorps monoclonal récemment introduit dans la prévention de la bronchiolite, semble déjà connu par les parents en sortie de la maternité.

P1 : « concernant la vaccination pour la bronchiolite, je sais qu'il y a un vaccin mais j'aimerais plus d'informations sur le vaccin et il me semble qu'il y a un vaccin pour la maman »

P3 : « alors je sais qu'il y a un vaccin qui est sortie mais qui a été en rupture directement »

P7 : « on en avait déjà beaucoup entendu parler déjà à la maternité il s'est fait vacciné contre la bronchiolite à 2 jours »

3.6.2. Les mesures de prévention au domicile

Concernant les moyens de prévention mis en place par les parents pour éviter une récurrence ou une aggravation de la bronchiolite, une grande majorité des parents adoptent des mesures d'hygiène rigoureuses. Le lavage des mains est quasi systématique avant de s'occuper de l'enfant, et l'aération de la chambre est une pratique courante (7 parents sur 9).

De plus, les parents font preuve de vigilance en limitant les contacts en cas de bronchiolite, notamment avec des personnes malades ou dans des environnements à risque de contamination.

P1 : « Alors je pense qu'il y a surtout le lavage de nez, des mains, des objets qui entourent l'enfant. Nous on aère souvent la pièce, on a évité au maximum les contacts et les visites les premières semaines de la vie pour éviter les risques, donc on a demandé aux gens de ne pas venir dans le premier mois au moins. »

3.7. Les sources d'informations

En ce qui concerne les sources d'information des parents sur la bronchiolite, la totalité d'entre eux fait confiance en leur médecin traitant (médecin généraliste pour 8 parents, et pédiatre pour 1 parent sur 9).

Par ailleurs, une grande majorité des parents (7 parents sur 9) effectuent des recherches sur Internet, en consultant des sites officiels tels que ceux de la Sécurité sociale, en visionnant des vidéos explicatives notamment sur le site YouTube ou en s'appuyant sur des fiches d'information.

P3 : « Oui c'est vrai qu'on a tendance à vite aller sur internet. »

P6 : « Et bien je pense que c'est les médecins qu'on a consulté à la suite des bronchiolites des enfants et aussi sur le site Ameli »

Toutefois, la diversité des sources disponibles en ligne représente un défi pour les soignants, qui doivent guider les patients vers des informations fiables et scientifiquement validées, afin d'éviter la diffusion de conseils inadaptés ou erronés.

P1 : « Alors oui comme tout le monde j'imagine, après j'essaie de faire confirmer les informations que je trouve sur internet. (...) Après je sais pas si c'est toujours fiable mais on arrive toujours à avoir à peu près des informations. »

4. Discussion

4.1. Les résultats

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance des parents sur la bronchiolite et tout particulièrement leur connaissance des critères de gravité. Ainsi, concernant ces derniers, la difficulté respiratoire est le signe le plus largement identifié, suivi des troubles alimentaires et des signes de lutte respiratoire.

Notre étude montre une bonne compréhension générale de la maladie par les parents, avec une identification précise des symptômes, notamment la toux, la fièvre et, dans une moindre mesure, l'écoulement nasal. Les traitements sont également bien connus avec notamment une prise en charge de la fièvre via l'utilisation du Paracétamol chez tous les parents. De plus, les parents adoptent une prise en charge cohérente en cas de signes de gravité et ont une bonne connaissance des mesures de prévention, notamment par l'immunisation et les règles d'hygiène. Par ailleurs, une perception marquée de la dangerosité de la bronchiolite a été observée, sans forcément de lien avec un antécédent de bronchiolite.

Enfin, la majorité des parents utilisent Internet pour s'informer, ce qui pose un défi pour les professionnels de santé. Ces derniers doivent accompagner les patients dans l'identification de sources fiables afin de transmettre les bonnes recommandations. L'information et l'éducation des familles sur la bronchiolite sont un enjeu important afin d'optimiser la prise en charge de cette pathologie fréquente. L'étude montre d'ailleurs que tous les parents font confiance en leur médecin traitant comme source d'information sûre concernant cette maladie.

4.2. La validité de l'étude

Le fait que la difficulté respiratoire soit le critère de gravité le plus cité est cohérent avec la nature anxiogène de ce symptôme, qui est un facteur majeur de consultation aux urgences. (14)

La bonne connaissance de la bronchiolite par les parents peut s'expliquer quant à elle par la fréquence élevée de cette pathologie chez les nourrissons, associée à une large diffusion des informations par les professionnels de santé et les médias. (15)

L'implication des parents dans la prise en charge et leur réflexe de contacter rapidement un professionnel de santé démontrent une sensibilisation efficace aux risques associés à la maladie. (16)

Par ailleurs, la mention des antibiotiques par un tiers des parents souligne encore une confusion fréquente sur leur indication dans les infections virales, malgré les efforts de communication sur ce sujet. (17)

La perception de la bronchiolite comme une maladie dangereuse peut s'expliquer par la représentation socioculturelle des infections respiratoires chez le nourrisson et les expériences personnelles de certains parents. Une enquête de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire a montré que 80% des parents ont accepté le traitement préventif contre la bronchiolite, 90% des parents considérant la bronchiolite pouvant être une maladie potentiellement grave pour leur enfant. (18)

Les parents peuvent être submergés par la masse d'informations disponibles en ligne à l'heure actuelle. Leur médecin devient alors un filtre fiable qui va valider ou corriger des informations qu'ils ont pu lire en amont.

Plusieurs études ont démontré une méconnaissance de la bronchiolite par les parents. (19–21) Cela diffère avec les résultats de notre étude. Ce résultat peut être expliqué par un biais de sélection puisque seuls les parents ayant accepté de participer ont été interrogés. Il est possible que ces parents soient plus sensibilisés aux questions de santé infantile que la moyenne, ce qui pourrait surestimer le niveau de connaissance global.

Par ailleurs, certaines études ont rapporté une sous-estimation des signes de gravité par les parents. (22) Dans notre étude, ces critères ont été relativement bien identifiés, ce qui pourrait s'expliquer par une meilleure sensibilisation récente des parents, notamment via les campagnes de prévention.

L'identification spontanée du Beyfortus® par une majorité des parents est un résultat notable, illustrant une diffusion rapide de l'information sur les nouvelles stratégies de prévention. (9)

En revanche, aucun parent n'a mentionné l'arrêt du tabac ou la limitation de l'exposition au tabagisme actif et passif comme mesure de prévention. Pourtant de nombreuses études ont établi un lien entre le tabagisme (même passif) et les maladies respiratoires infantiles. Ce résultat était attendu, puisqu'aucune des parents interrogés n'étaient fumeurs. (23)

4.3. Les forces de l'étude

Le sujet abordé par ce travail demeure important. La bronchiolite constitue une pathologie fréquente du nourrisson, souvent à l'origine d'un recours aux soins non programmé. Si le sujet de l'identification des signes de gravité a déjà fait l'objet de plusieurs travaux, l'approche retenue ici via une étude qualitative, permet d'en proposer un éclairage complémentaire et différent. Elle permet de mieux cerner les leviers décisionnels des parents pour une orientation précoce et adaptée dans le parcours de soins.

L'utilisation d'une étude qualitative est adaptée à la problématique. Le choix d'entretiens semi-dirigés a permis d'apporter des nuances et de la spontanéité dans les réponses des participants. Cela a également permis d'éviter un biais d'induction relatif aux questionnaires fermés.

Les participants ont été recrutés dans le cadre de consultations de médecine générale, ce qui reflète une situation authentique et représentative du contexte de soins primaires.

L'étude s'est appuyée sur une analyse thématique structurée et a suivi les recommandations de la grille COREQ, gage de qualité méthodologique. Le consentement éclairé a été obtenu à plusieurs reprises pour chaque participant, et les données ont été anonymisées et protégées conformément aux bonnes pratiques.

4.4. Les limites de l'étude

Notre étude présente certaines limites.

Seules des femmes ont été interrogées, ce qui représente une limite dans la possibilité d'extrapoler nos résultats à la population générale.

Nous ne pouvons pas exclure un biais de sélection puisque seules les participantes qui ont accepté d'échanger autour de la bronchiolite ont été interrogées.

Des biais externes comme la présence des enfants ou le fait d'être en voiture ont parfois pu déranger les échanges. Ce fut le cas pour 2 participantes. Les entretiens au domicile à des horaires choisis et maîtrisés par les participantes ont permis de réduire ces biais externes.

Certains parents avaient déjà eu un contact médical récent pour un épisode de bronchiolite, ce qui a pu orienter leurs réponses et influencer leur perception personnelle au profit des connaissances rapportées. De plus, par le mode de recrutement, les participants ont pu anticiper l'entretien en réalisant des recherches en amont. Raison pour laquelle le temps entre le second contact avec les participants et l'entretien était de l'ordre de quelques jours au maximum.

5. Conclusion

La bronchiolite aiguë du nourrisson est une infection virale des voies aériennes inférieures potentiellement sévère, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Cette étude qualitative a permis d'explorer la perception parentale de la bronchiolite, et plus particulièrement la connaissance des critères de gravité. Elle met en lumière une bonne reconnaissance des signes alarmants ainsi qu'une bonne compréhension globale de la maladie par les parents interrogés. Il reste des zones d'incertitude, notamment concernant l'utilisation des antibiotiques.

La difficulté respiratoire est spontanément identifiée comme un critère d'alerte, traduisant l'impact anxiogène de ce symptôme. Les parents montrent également une attitude adaptée face aux signes de gravité, avec un recours fréquent au médecin traitant et une confiance affirmée dans ce dernier comme source d'information fiable.

La présence du Beyfortus® dans les discours parentaux souligne l'efficacité des campagnes de communication récentes.

Cette étude rappelle le rôle central d'Internet dans l'accès à l'information en santé, mettant les professionnels de santé face à un double enjeu : guider les parents dans la hiérarchisation des sources et rétablir, le cas échéant, une information juste et scientifiquement fondée.

Ce travail souligne la nécessité de poursuivre les actions d'information et d'accompagnement autour de la bronchiolite, afin d'optimiser la prise en charge des nourrissons dans un contexte de soins primaires. Une étude analysant les connaissances des parents sur la gravité de la bronchiolite, après ces actions de sensibilisation, permettrait de valider l'intérêt de campagnes régulières.

6. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du 1er épisode de bronchiolite aiguë chez le nourrisson de moins de 12 mois. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118113/fr/prise-en-charge-du-1er-episode-de-bronchiolite-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-12-mois
2. Verstraete M, Cros P, Gouin M, Oillac H, Bihouée T, Denoual H, et al. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson de moins de 1 an : actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO). Arch Pédiatrie. 2014;21(1):53-62.
3. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2010;375(9725):1545-55.
4. Freymuth F, Vabret A, Brouard J, Petitjean J, Duhamel JF, Guillois B. Histoire naturelle de l'infection humaine à virus respiratoire syncytial. J Pédiatrie Puériculture. 1999;12(4):217-24.
5. Bronchiolite : bilan de la surveillance hivernale 2022-2023 | Santé publique France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/bronchiolite-bilan-de-la-surveillance-hivernale-2022-2023>
6. Viguria N, Navascués A, Juanbeltz R, Echeverría A, Ezpeleta C, Castilla J. Effectiveness of palivizumab in preventing respiratory syncytial virus infection in high-risk children. Hum Vaccines Immunother. 17(6):1867-72.
7. Andabaka T, Nickerson JW, Rojas-Reyes MX, Rueda JD, Vrca VB, Barsic B. Monoclonal antibody for reducing the risk of respiratory syncytial virus infection in children. Cochrane Database Syst Rev. 2013. Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd006602.pub4>
8. Howard N, Pudim E. Evolving Strategies for Respiratory Syncytial Virus (RSV): A Review Article of Preventive Agents and Vaccines for RSV. Ann Pharmacother. 2025;10600280241302085.
9. Brault A, Pontais I, Enouf V, Debeuret C, Bloch E, Paireau J, et al. Effect of nirsevimab on hospitalisations for respiratory syncytial virus bronchiolitis in France, 2023–24: a modelling study. Lancet Child Adolesc Health. 2024;8(10):721-9.
10. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EAF, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. N Engl J Med. 2023;388(16):1451-64.
12. Koivisto KM, Nieminen T, Hermunen T, Rantanen M, Saxén H, Madanat-Harjuoja L. Parental Socioeconomic Status and an Infant's Risk of Hospital Admission for Respiratory Syncytial Virus. J Pediatr Infect Dis Soc. 2024;13(11):568-75.
13. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire / Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. Global média santé. Paris La Défense; 2021. 1 vol. (192 p.); ill. en coul., couv. ill. en coul., fig.graph. ; 25 cm. Disponible sur: <https://bibliotheque.univ->

catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/364379/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante-le-guide-pour-reussir-sa-these-ou-son-memoire-groupe-

14. Choi J, Lee GL. Common Pediatric Respiratory Emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2012;30(2):529-63.
15. Rache M. (Thèse 2017) Evaluation des connaissances des parents sur la bronchiolite aiguë du nourrisson : enquête monocentrique aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M232.pdf
16. Bronchiolite : vigilance auprès des nourrissons et des personnes âgées | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2024. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/bronchiolite-vigilance-aupres-des-nourrissons-et-des-personnes-agees>
17. Shamim MA, Padhi BK, Satapathy P, Siddiq A, Manna S, Aggarwal AK, et al. Parents' expectation of antibiotic prescriptions for respiratory infections in children: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Infect Dis.* 2023;10:20499361231169429.
18. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Les parents et la campagne d'immunisation contre la bronchiolite. Disponible sur: <https://afpa.org/pediatre-en-ligne/les-parents-et-la-campagne-de-vaccination-contre-la-bronchiolite/>
19. Gueddari W, Tazi A, Ouardi A, Nani S, Zineddine A. Evaluation des connaissances des parents sur les bronchiolites aiguës. *Pan Afr Med J.* 2014;17:310.
20. Campbell A, Hartling L, Louie-Poon S, Scott SD. Parent Experiences Caring for a Child With Bronchiolitis: A Qualitative Study. *J Patient Exp.* 2020;7(6):1362-8.
21. Gates M, Shulhan-Kilroy J, Featherstone R, MacGregor T, Scott SD, Hartling L. Parent experiences and information needs related to bronchiolitis: A mixed studies systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019;102(5):864-78.
22. Campbell A, Hartling L, Louie-Poon S, Scott SD. Parents' information needs and preferences related to bronchiolitis: a qualitative study. *CMAJ Open.* 2019;7(4):E640-5.
23. Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respir Res.* 2011;12(1):5.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Questionnaire Semi-Dirigé : Connaissance des Parents sur la Bronchiolite

Introduction :

Merci de participer à cette étude sur la bronchiolite. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre les connaissances des parents concernant cette maladie.

Partie 1 : Connaissances générales sur la bronchiolite

1. Que savez-vous sur la bronchiolite ?
2. Votre ou vos enfant(s) a-t-il (ont-ils) déjà eu un épisode de bronchiolite ?
3. Quels sont, selon vous, les symptômes de la bronchiolite ?
4. Quels sont, selon vous, les traitements de la bronchiolite simple ?
5. Connaissiez-vous des gestes ou des éléments de prévention à mettre en place ?

Partie 2 : Critères de gravité

6. Quels signes vous feraient penser que la bronchiolite de votre enfant est grave ?
7. Que feriez-vous si vous remarquiez ces signes ?

Partie 3 : Conclusion et réflexions

8. Avez-vous déjà reçu des conseils d'un professionnel de santé sur les signes de gravité à surveiller ?
9. Où avez-vous obtenu vos informations sur la bronchiolite ?
10. Quelles informations supplémentaires aimeriez-vous avoir concernant la bronchiolite ?
11. Avez-vous des suggestions sur la manière dont les professionnels de santé pourraient mieux informer les parents sur la bronchiolite ?

7.2. Annexe 2 : Grille COREQ

Numéro	Item	Item correspondant dans cette thèse
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1	Enquêteur	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.1
2	Titres académiques	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.1
3	Activité	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.1
4	Genre	Masculin
5	Expérience et formation	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.1
<i>Relation avec les participants</i>		
6	Relation antérieure	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.1
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.1
<i>Sélection des participants</i>		
10	Echantillonnage	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
11	Prise de contact	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
12	Taille de l'échantillon	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
13	Non-participation	Cité dans le paragraphe de la partie Résultats 4.1
<i>Contexte</i>		
14	Cadre de la collecte de données	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
15	Présence de non participants	Cité dans le paragraphe de la partie Résultats 4.1
16	Description de l'échantillon	Cité dans le paragraphe de la partie Résultats 4.1
<i>Recueil des données</i>		
17	Guide d'entretien	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.2
18	Entretiens répétés	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
19	Enregistrement audio/visuel	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.3
20	Cahier de terrain	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.3
21	Durée	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.3
22	Seuil de saturation	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.1
23	Retour des transcriptions	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 2.5
Domaine 3 : Analyse et résultats		
24	Nombre de personnes codant les données	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 4
25	Description de l'arbre de codage	Non pas de codage
26	Détermination des thèmes	A partir des données des entretiens
27	Logiciel	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 4
28	Vérification par les participants	Cité dans le paragraphe de la partie Méthode 3.3
<i>Rédaction</i>		
29	Citations présentées	Oui et identifiées à chaque participant
30	Cohérences des données et des résultats	Oui analyse thématique
31	Clarté des thèmes principaux	Cité dans le paragraphe de la partie Résultats
32	Clarté des thèmes secondaires	Cité dans le paragraphe de la partie Résultats

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Directeur de Thèse
(qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2024-2025
NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : SELY Anthony

TITRE DE LA THÈSE :

Analyse des connaissances des parents concernant la bronchiolite et plus particulièrement sur les critères de gravité : étude qualitative lors de la saison épidémique 2024-2025.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La bronchiolite aiguë virale est une affection fréquente touchant près d'un tiers des nourrissons de moins de deux ans chaque année en France. La majorité des cas sont bénins, mais la maladie peut évoluer vers des formes sévères nécessitant une hospitalisation. L'identification des signes de gravité constitue un enjeu majeur pour éviter les complications. L'étude présentée vise donc à évaluer les connaissances parentales sur la bronchiolite, en particulier la reconnaissance des signes de gravité.

Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés. Les données ont été analysées selon une approche thématique et la méthodologie a suivi les critères objectifs de qualité de la grille COREQ. Étaient exclus les parents faisant l'objet d'une mesure de protection juridique et les parents exerçant une profession dans le domaine médical.

Au final 9 entretiens individuels ont été menés. Les résultats suggèrent une bonne connaissance de la bronchiolite par les parents. Le critère de gravité le plus cité est la difficulté respiratoire. Tous les parents ont au moins cité un signe de lutte respiratoire. Le paracétamol est systématiquement mentionné comme traitement, tandis que les lavages de nez, la Ventoline® et, à tort, les antibiotiques sont évoqués par certains. Tous les parents déclarent avoir recours à un professionnel de santé en cas de signes inquiétants.

Les parents interrogés démontrent une perception assez juste de la bronchiolite, bien qu'une confusion subsiste sur certains traitements. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les actions d'information et d'éducation, en particulier autour des indications thérapeutiques, afin de soutenir une prise en charge optimale à domicile.

MOTS-CLÉS : bronchiolite, connaissance, qualitatif, critère, gravité

STUDY TITLE :

Parental Knowledge of Bronchiolitis with a Focus on Severity Criteria: A Qualitative Study During the 2024–2025 Epidemic Season

ABSTRACT :

Bronchiolitis is a common respiratory illness that affects nearly one-third of infants under the age of two each year in France. While the majority of cases are mild and self-limiting, the disease can progress to severe forms requiring hospitalization. The timely identification of severity signs is crucial to prevent complications and ensure appropriate care. This study aims to assess parental knowledge of bronchiolitis, with particular emphasis on their ability to recognize signs of clinical severity.

A qualitative study was conducted using semi-structured interviews. Data were analyzed through a thematic approach, and the methodology adhered to the quality criteria outlined in the COREQ checklist. Parents under legal guardianship measures and those working in the medical field were excluded.

In total, 9 individual interviews were included in the final analysis. Findings suggest that parents generally demonstrate a good understanding of bronchiolitis. Paracetamol was consistently mentioned as a treatment option. Nasal irrigation, Ventoline®, and—erroneously—antibiotics were also cited by some participants. The most frequently reported severity indicator was respiratory difficulty. All parents were able to identify at least one sign of respiratory distress. Moreover, all participants stated that they would seek medical advice in the presence of alarming symptoms.

Overall, the parents interviewed displayed a relatively accurate perception of bronchiolitis, although some misconceptions regarding treatment persist. These findings underscore the need to strengthen public health education initiatives, particularly concerning therapeutic indications, to support optimal home-based care and reduce unnecessary consultations or hospitalizations.

KEY WORDS : bronchiolitis, knowledge, qualitative, criterion, severity