



Bronchiolite : **EN FAIRE MOINS** **C'EST MIEUX**

**Trousse d'outils pour l'évaluation et la prise en charge de la
bronchiolite pour les services de soins primaires et d'urgence**

V1

Dernière mise à jour :
Novembre 2023

Cette boîte à outils a été révisée et soutenue par :



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Nurse Practitioner
Association of Canada



Association des
infirmières et infirmiers
praticiens du Canada



Table des matières

Introduction	4
Recommandations	5
Tableau de prise en charge de la bronchiolite	6
Outils de prise en charge pour les prestataires de soins de santé et la patientèle	7
Amélioration de la qualité dans la pratique	9
Ressources	10
Références	11

Introduction



La bronchiolite est une infection respiratoire d'origine virale courante qui touche principalement les nourrissons et les enfants de moins de deux ans et qui provoque un large éventail de symptômes. Le virus respiratoire syncytial (VRS) ainsi que plusieurs autres virus courants, y compris le SRAS-CoV-2, peuvent causer une bronchiolite.

Le diagnostic de bronchiolite se fonde sur l'évaluation clinique plutôt que sur le dépistage diagnostique. Malgré des recommandations de Choisir avec soin et un nombre élevé de directives cliniques, on continue de surutiliser plusieurs examens et traitements chez les enfants atteints d'une bronchiolite typique. Des études ont montré que plus de la moitié des enfants ont fait l'objet d'au moins une forme de surutilisation¹, ce qui peut parfois causer des préjudices.

Facteurs de surutilisation

Les soins aux enfants atteints de bronchiolite sont prodigués dans plusieurs milieux de pratique différents, des soins primaires aux hôpitaux de soins actifs en passant par la médecine d'urgence, où varie le degré de connaissances des guides de pratique clinique sur la prise en charge des enfants atteints de maladies respiratoires. Plusieurs prestataires de soins de santé peuvent éprouver un malaise à l'idée d'« attendre et d'observer » l'évolution chez un enfant symptomatique ou qui ne se sent pas bien, ou subir des contraintes de temps qui limitent le recours à cette pratique. Ils peuvent aussi ressentir une pression exercée par la gestion des attentes des familles et des personnes proches aidantes. Ce sont ces obstacles psychologiques, à la fois individuels et systémiques, qui poussent souvent à demander des examens et des traitements inutiles.

Modification des pratiques

La phase 1 de cette trousse d'outils propose des conseils pratiques pour réduire le recours à des examens et des traitements inutiles dans les cas typiques de bronchiolite chez les enfants qui se présentent aux services de soins primaires ou d'urgence. La trousse est conçue pour :

- fournir des directives sur l'évaluation et la prise en charge de la bronchiolite chez les enfants et les nourrissons de moins de 24 mois autrement en bonne santé;
- encourager l'adoption de pratiques de communications structurées et efficaces qui permettent de répondre aux préoccupations des personnes proches aidantes concernant le diagnostic, le soulagement des symptômes, l'évolution clinique attendue et l'établissement d'un filet de protection;
- procurer aux prestataires de soins de santé et à la patientèle des outils mettant l'accent sur la gestion des symptômes afin de lever certains obstacles à l'élimination de la surutilisation d'examen et de médicaments pour le diagnostic et le traitement de la bronchiolite.

Recommandations

Ne demandez pas de radiographie pour les enfants atteints de bronchiolite, de croup, d'asthme ou d'un premier épisode de respiration sifflante.

Médecine d'urgence pédiatrique – Choisir avec soin Canada et Choisir avec soin États-Unis

Chez les enfants présentant un premier épisode de respiration sifflante ou des signes cliniques caractéristiques de l'asthme, de la bronchiolite ou du croup, les radiographies permettent rarement d'arriver à des résultats cliniques d'importance. De plus, elles exposent la patientèle à des radiations, augmentent le coût des soins et prolongent la durée du séjour au service des urgences. Les lignes directrices nationales et internationales insistent d'ailleurs sur la valeur de l'anamnèse et de l'examen physique pour poser un diagnostic exact et exclure toute pathologie sous-jacente grave. On a aussi montré une association entre la réalisation de radiographies en l'absence de signes cliniques pertinents, qui peuvent révéler des infiltrats disséminés ne résultant pas d'une pneumonie bactérienne, et la surutilisation des antibiotiques. La pneumonie bactérienne étant rare chez les enfants âgés de plus de deux mois, on ne devrait pas prescrire systématiquement de radiographies, sauf en présence de signes cliniques tels qu'une hypoxie importante, des anomalies focales à l'examen des poumons, une maladie persistante ou une détresse respiratoire grave. [Lire la justification.](#)

Les antibiotiques ne devraient pas être utilisés dans les cas d'infections virales respiratoires (sinusites, pharyngites et bronchiolites).

American Family Physician et Society of Hospital Medicine – Choisir avec soin États-Unis

Les antibiotiques n'aident ni à éliminer les infections virales respiratoires comme la bronchiolite ni à prévenir les complications qui en découlent. Un recours non justifié aux antibiotiques peut entraîner des effets secondaires et d'autres préjudices, comme l'émergence d'une résistance antimicrobienne, compliquer l'évaluation clinique et en compromettre l'exactitude. Les données montrent que les personnes proches aidantes veulent un diagnostic et de l'aide pour soulager les symptômes, pas nécessairement des antibiotiques. [Lire la justification \(en anglais seulement\).](#)

Ne prescrivez pas de dépistage viral simultané pour les malades chez qui l'on soupçonne une infection virale respiratoire.

Médecine d'urgence pédiatrique – Choisir avec soin Canada et Choisir avec soin États-Unis

Le diagnostic des infections virales respiratoires repose sur les signes cliniques et n'exige généralement pas de test de confirmation. Il n'y a pas suffisamment de données fiables confirmant les effets du recours à un dépistage viral simultané (c.-à-d. un test dépistant simultanément 8 à 20 virus ou plus) sur les résultats cliniques ou la prise en charge. Par conséquent, dans la majorité des lignes directrices cliniques nationales et internationales, on n'en recommande pas l'utilisation systématique. De plus, certains tests de dépistage viral sont coûteux, et les prélèvements nasopharyngés peuvent être inconfortables pour les enfants. Le dépistage viral simultané peut être envisagé chez la patientèle présentant un risque élevé (p. ex. personne immunovulnérable) ou lorsque les résultats influenceront directement les décisions en matière de traitement (p. ex., l'usage d'antiviraux contre la grippe ou le SRAS-CoV-2) ou les recommandations actuelles de santé publique locale (par exemple, isolement pour le SRAS-CoV-2). [Lire la justification.](#)






N'utilisez pas systématiquement l'oxymétrie de pouls continue chez les enfants atteints d'une infection respiratoire aiguë, sauf s'ils reçoivent déjà une oxygénothérapie.

American Family Physician et Society of Pediatric Hospital Medicine – Choisir avec soin États-Unis

Plusieurs nourrissons et enfants atteints de bronchiolite peuvent subir des épisodes transitoires de désaturation sans conséquences cliniques. L'oxymétrie de pouls peut entraîner un surdiagnostic d'hypoxémie et une oxygénothérapie qui ne procure aucun bienfait à l'enfant. Elle contribue également à augmenter les hospitalisations inutiles, à l'utilisation superflue de ressources et à la prolongation des séjours hospitaliers. En l'absence d'autres signes de détresse respiratoire, la désaturation n'est qu'un signe isolé qui ne doit pas modifier la prise en charge d'un enfant qui semble autrement en bonne santé. [Lire la justification \(en anglais seulement\).](#)

Bronchiolite : ÉVALUATION INITIALE ET PRISE EN CHARGE

La bronchiolite est un diagnostic clinique, et les tests de dépistage **N'AJDENT PAS** à poser le diagnostic. Envisager ce diagnostic chez les nourrissons présentant un prodrome d'infection des voies respiratoires supérieures (toux, rhinorrhée), une respiration sifflante et/ou des crépitations accompagnés d'une gêne respiratoire (geignement expiratoire, battement des ailes du nez, tirage) ou d'une fréquence respiratoire accrue.

	SIGNES CLINIQUES POUR LE DIAGNOSTIC (CONSULTER LE TABLEAU DE LA SCP) ²	EFFECTUER UNE PRISE EN CHARGE DE SOUTIEN		
		✓ MESURES À PRENDRE	✗ À NE PAS PRESCRIRE	OUTILS ET DISPOSITIONS
LÉGER	<ul style="list-style-type: none"> Détresse respiratoire légère ou absente « Happy Wheezer » Alimentation adéquate 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un apport adéquat de fluides : alimentation régulière en petites quantités Aspirer les voies nasales au besoin, particulièrement avant l'alimentation Administrer des antipyrétiques pour soulager la fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> Radiographie pulmonaire Salbutamol ou épinéphrine Antibiotiques Corticostéroïdes Saturation en O₂ Dépistage viral simultané Analyse sanguine de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer en consultation externe, prendre en charge généralement à domicile Consulter les outils de pratique pour les prestataires de soins de santé et les familles Indiquer quand demander des soins plus poussés Assurer un suivi étroit si nécessaire
MODÉRÉ	<ul style="list-style-type: none"> Détresse respiratoire modérée, FR > 60 Alimentation inadéquate 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un apport adéquat de fluides : alimentation régulière en petites quantités Aspirer les voies nasales au besoin, particulièrement avant l'alimentation Administrer des antipyrétiques pour soulager la fièvre Surveiller la saturation en O₂ pour prévenir l'hypoxémie (< 90 %) 	<ul style="list-style-type: none"> Radiographie pulmonaire Salbutamol ou épinéphrine Antibiotiques Corticostéroïdes Oxymétrie de pouls continue (sauf si sous oxygénothérapie) Dépistage viral simultané Physiothérapie pulmonaire Analyse sanguine de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> Une période d'observation est souvent nécessaire; une évaluation en salle d'urgence (SU), une hospitalisation peut être nécessaire (consulter le guide d'admission) Consulter les outils de pratique pour les prestataires de soins de santé et les familles Indiquer quand demander des soins plus poussés En cas de congé, assurer un suivi étroit
GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Détresse respiratoire grave Incapacité de s'alimenter Hypoxémie réfractaire Léthargie Apnée 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirer les voies nasales Administrer des antipyrétiques pour soulager la fièvre Envisager des voies d'hydratation de rechange avec les personnes proches aidantes (nasogastrique, orogastrique, intraveineuse) Monitoring de l'oxymétrie Oxygénothérapie de maintien lorsque la saturation en O₂ < 90 % (préférence aux canules nasales à faible débit d'abord) Si les symptômes graves persistent malgré les mesures ci-dessus, envisager d'utiliser des canules nasales à haut débit chauffées nasal cannula 	<ul style="list-style-type: none"> Un diagnostic différentiel doit guider les examens et les traitements. Restreindre l'utilisation des éléments ci-dessus (pour les cas de maladie modérée) lorsque la bronchiolite a été exclue du diagnostic. 	<ul style="list-style-type: none"> Une évaluation en SU, une hospitalisation peut être nécessaire (consulter les lignes directrices d'hospitalisation) Envisager la possibilité de transfert vers un niveau plus élevé de soins Consulter les outils de pratique pour les prestataires de soins de santé et les familles
ENVISAGER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL				
<ul style="list-style-type: none"> Asthme (respiration sifflante récurrente, atopie) Pneumonie Croup (stridor) ou coqueluche (toux et apnée) Aspiration d'un corps étranger (signes sur un seul côté, absence de prodrome) Laryngomalacie (stridor, peut être liée à la position) Myocardite virale (fatigue, pâleur, tachycardie persistante) 				
OUTILS POUR APPUYER LES MEILLEURES PRATIQUES				
<ul style="list-style-type: none">  Ordonnance adaptée aux infections virales  Outils TREKK pour les parents (en anglais seulement)  Feuillet d'information pour les familles  Ensemble d'ordonnances sur la bronchiolite (le cas échéant) 				
<ul style="list-style-type: none">  GUIDE D'ADMISSION Détresse respiratoire grave Besoin d'apport en O₂ (pour maintenir la saturation > 90 %) Déshydratation/faible apport de liquides Cyanose ou apnée Famille incapable d'affronter la situation À prendre en considération chez les nourrissons présentant un risque élevé de maladie grave (nés à moins de 35 semaines de gestation, de moins de trois mois, maladie cardiorespiratoire importante sur le plan hémodynamique, immunodéficience) 				

* Sauf si indiqué cliniquement (c.-à-d. déshydratation; nourrissons fébriles de moins de deux mois)

Outils de prise en charge de la bronchiolite



1. ORDONNANCES ADAPTÉES AUX INFECTIONS VIRALES


Les parents et les personnes proches aidantes cherchent à soulager les symptômes de leur enfant, et les antibiotiques n'aident pas ces derniers à guérir. Une ordonnance adaptée aux infections virales est un moyen utile de « faire quelque chose » qui permet de transmettre des stratégies pour soulager les symptômes et de lancer une conversation pour expliquer pourquoi les antibiotiques et d'autres traitements sont inutiles.

Rx Pédiatrie
POUR LES ENFANTS DE 3 MOIS ET PLUS

Nom du/de la patient(e) : _____
Date : _____

Les symptômes de votre enfant semblent indiquer une infection virale :

- Rhume (infection des voies respiratoires supérieures) – la toux peut durer de 3 à 4 semaines
- Bronchiolite/bronchite – la toux peut durer de 3 à 4 semaines
- Mal de gorge (pharyngite virale)
- Otite moyenne (infection de l'oreille moyenne)
- Sinusite aiguë (infection des sinus)
- Autre infection respiratoire virale : _____

 **Votre enfant n'a pas besoin d'antibiotique, car les antibiotiques ne traitent pas les infections virales.** Un recours non justifié aux antibiotiques pourrait réduire leur efficacité contre une infection bactérienne future. Les antibiotiques peuvent causer des effets secondaires (p. ex., la diarrhée et des éruptions cutanées) et, dans de rares cas, des complications graves comme des réactions allergiques ou des dommages aux reins ou au foie.

Pour aider votre enfant à se sentir mieux pendant que son corps combat le virus :

- Assurez-vous qu'il ou elle boive beaucoup de liquide et se repose.
> Il faut nourrir les bébés plus fréquemment en utilisant de plus petites portions (jusqu'à l'obtention de la quantité totale de nourriture par jour habituelle).

↓ Télécharger

COMMENT METTRE EN PLACE CET OUTIL?

Différentes options s'offrent à vous pour fournir une ordonnance adaptée aux infections virales, selon les technologies auxquelles vous et votre patientèle avez accès :

- Imprimez l'ordonnance adaptée aux infections virales et lisez-la à voix haute avec la patiente ou le patient.
- Si l'ordonnance adaptée aux infections virales est intégrée à votre système de DME, remplissez-la et envoyez-la par courriel directement aux parents et aux personnes proches aidantes.
- Invitez la patiente ou le patient à consulter le site Web de [Choisir avec soin](#) pour mieux comprendre l'ordonnance.

2. FEUILLET D'INFORMATION POUR LA FAMILLE

Les symptômes de la bronchiolite peuvent être pénibles pour l'enfant comme pour les personnes proches aidantes, surtout que certains d'entre eux (la toux et les changements dans l'apport alimentaire) peuvent persister quelques semaines. Utilisez les sources d'information à l'intention de la patientèle ci-dessous pour discuter avec des personnes proches aidantes des moyens d'aider l'enfant à se sentir mieux.

La bronchiolite:
Ce que c'est et comment aider son enfant

Choisir avec soin

La bronchiolite est une infection virale du système respiratoire qui touche généralement les enfants de moins de deux ans. De nombreux virus peuvent la causer, mais le plus courant est le virus respiratoire syncytial (VRS).

Voici les réponses à quelques-unes des questions les plus fréquentes sur la bronchiolite:

Quels sont les symptômes?

- Écoulement nasal
- Toux et respiration sifflante
- Fièvre
- Perte d'appétit

La fièvre devrait disparaître en quelques jours, mais la toux peut persister jusqu'à trois à quatre semaines.



↓ Télécharger

COMMENT METTRE EN PLACE CET OUTIL?

- Imprimez le document pour lancer une conversation sur les symptômes et les risques possibles.
- Envoyez les documents à la patiente ou au patient à l'aide de méthodes sécurisées approuvées.
- Invitez-les à consulter le site Web de Choisir avec soin Canada pour prendre connaissance des ressources pour la patientèle.

3. AFFICHES ET ÉCRANS DE VEILLE

Les affiches et les écrans de veille peuvent être des moyens efficaces de sensibiliser et d'établir les attentes avant et durant une consultation.

CLINICIENS

UNE BRONCHIOLITE À TRAITER?

UNE RADIOGRAPHIE OU UNE ORDONNANCE NE SERVIRONT À RIEN.

RADIOGRAPHIE? C'EST NON!

Le diagnostic de bronchiolite repose sur l'anamnèse et l'examen physique. Le recours à des radiographies pulmonaires peut mener à un diagnostic erroné de pneumonie bactérienne et à une antibiothérapie inutile.



PRESCRIPTION? PASSONS!

Les ordonnances d'antibiotiques, de corticostéroïdes et d'inhalateurs sont inutiles pour traiter la bronchiolite. Leur prise peut également entraîner des effets secondaires et d'autres préjudices, y compris l'émergence d'une résistance antimicrobienne.

↓ Télécharger

PATIENTS



MOINS DE TESTS, PLUS DE SIESTES

La bronchiolite est due à un virus qui peut causer une toux, une respiration sifflante, des éternuements et parfois des difficultés respiratoires chez les enfants, qui n'ont habituellement besoin que de repos pour se sentir mieux, et non d'exams ou de traitements comme des radiographies pulmonaires ou des antibiotiques.

Consultez votre prestataire de soins de santé pour des conseils sur les moyens d'aider votre enfant à se sentir mieux.

↓ Télécharger

CLINICIENS



↓ Télécharger

PATIENTS



↓ Télécharger

COMMENT METTRE EN PLACE CET OUTIL?

- Imprimez l'affiche et installez-la dans la salle d'attente ou dans les salles d'exams de votre cabinet.
- Elle peut aussi être utilisée comme écran de veille pour les ordinateurs de votre cabinet ou intégrée aux informations diffusées sur les téléviseurs de votre salle d'attente.
- Si vous offrez des consultations virtuelles, vous pouvez poser l'affiche à un endroit visible derrière vous.

4. EXEMPLE D'ENSEMBLE D'ORDONNANCES

Les ensembles d'ordonnances standardisés visent à faciliter les bons gestes chez les prestataires de soins de santé pour que ces gestes s'harmonisent aux pratiques de soins fondées sur les données probantes et réduisent les variations inutiles dans la pratique.

ENSEMBLE D'ORDONNANCES SUR LA BRONCHOLITE AIGUË
Directives : Nourrissons âgés < 24 mois se présentant aux services d'urgence et chez qui l'on soupçonne une bronchiolite aigüe

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
NUMÉRO DE DOSSIER	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE	SEXE
JJ-MM-AAAA	
ADRESSE	

POIDS (kg) :	ALLERGIES <input type="checkbox"/> Aucune allergie connue à des médicaments
--------------	--------------------------------------------------------------------------------

Le diagnostic de la bronchiolite repose sur l'anamnèse et l'examen physique; aucune analyse de laboratoire ou radiographie pulmonaire de routine n'est nécessaire. La prise en charge repose sur un traitement conservateur. Il n'existe aucune donnée probante appuyant l'administration de salbutamol, de bromure d'ipratropium, de corticostéroïdes généraux ou par inhalation, ou d'antibiothérapie systématique.

Initiales du ou de la prestataire de soins de santé Date et heure :	PRESCRIPTIONS	Consignation par l'inf. aut. Initiales/heure
	<p>ÉVALUATION INITIALE :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tous les signes vitaux (FC, FR, TA, SaO₂, température) toutes les quatre heures</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Surveillance intermittente de la SaO₂ toutes les deux heures</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance continue de la SaO₂ (SEULEMENT pour les cas de bronchiolite grave ou nécessitant une oxygénothérapie)</p> <p>PREMIERS SOINS INITIAUX :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Repositionner et aspirer les voies nasales, au besoin</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réduire les manipulations au minimum et tamiser les lumières</p> <p><input type="checkbox"/> Lancer l'alimentation orale (si sécuritaire, c.-à-d. gêne respiratoire légère à modérée, sans oxygénothérapie)</p> <p><input type="checkbox"/> Si l'alimentation orale n'est pas tolérée, insérer une sonde NG et lancer l'alimentation</p>	

↓ Télécharger

COMMENT METTRE EN PLACE CET OUTIL?

Il existe un certain nombre de mécanismes pour intégrer les ensembles d'ordonnances à la pratique :

- les intégrer à votre système de DME;
- les ajouter à vos ordonnances sur papier; utiliser l'ensemble d'ordonnances comme référence lorsque vous remplissez un formulaire distinct de commande.

5. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS VOTRE CABINET

Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) proposent une feuille de route qui vous aidera à vous attaquer aux questions de qualité et atteindre les objectifs d'amélioration.

Amélioration de la qualité dans votre cabinet

Étapes	Description	Exemples
1. Déterminer les lacunes dans la qualité et clarifier le problème	Comprendre les problèmes principaux que l'on souhaite améliorer. On y parvient en examinant les données de base (on peut utiliser un petit échantillon) pour repérer les domaines à améliorer. On peut analyser le problème en profondeur avec l'équipe pour dégager les facteurs et les raisons expliquant une lacune dans la qualité.	Passer en revue les dossiers de 10 patientes et patients atteints de bronchiolite. Si plus de 8,8 % de la patientèle (c.-à-d. une personne) a reçu une ordonnance de salbutamol, on excède les indices de référence publiés (consultez les références); il s'agit d'une lacune en matière de qualité. Des outils d'amélioration de la qualité (AQ) comme les diagrammes en arête de poisson ou de Pareto peuvent être utiles pour mieux comprendre la lacune.
2. Établir un objectif SMART	Prendre en compte les éléments suivants : S : Spécifique M : Mesurable A : Atteignable R : Réaliste T : Temporellement limité	« Réduire de 20 % l'administration de salbutamol chez la patientèle atteinte de bronchiolite par rapport aux saisons de référence d'ici la fin avril 2016. »
		<ul style="list-style-type: none"> • Uniformiser la prise en charge : adopter la distribution d'ordonnances adaptées aux infections virales lors des congés, l'ensemble d'ordonnances cliniques et le parcours de soins¹.

↓ Télécharger

COMMENT METTRE EN PLACE CET OUTIL?

- Utilisez ce modèle de PAQ pour cerner les domaines d'amélioration, établir une stratégie décrivant des mesures et des interventions précises pour s'attaquer à ces questions et consigner la surveillance régulière, la collecte de données et l'évaluation des changements mis en œuvre.

Pour plus de renseignements sur les outils et la façon de les télécharger, consulter

www.choisiravecsoin.org/bronchiolite/

Ressources

Société canadienne de pédiatrie

La bronchiolite : recommandations pour le diagnostic, la surveillance et la prise en charge des enfants de un à 24 mois

[Télécharger](#)

Pédagogie (Plateforme de formation en ligne de la SCP)

[Télécharger](#)

TREKK (Partage des connaissances pédiatriques en urgence)

Recommandation de base : La bronchiolite

[Télécharger](#)

Evidence Repository: Bronchiolitis (en anglais)

[Télécharger](#)

Outil pour les familles (en anglais)

[Télécharger](#)

The Lancet

Bronchiolitis (en anglais)

[Télécharger](#)

Références

- 1 Wolf, E. R. et coll. Patient, Provider, and Health Care System Characteristics Associated With Overuse in Bronchiolitis. [En ligne] *Pediatrics*. 2021; vol. 148, no 4 : p. e2021051345. doi : 10.1542/peds.051345-2021-. Cyberpublication, le 23 septembre 2021. PMID : 34556548; PMCID : PMC8830481.
- 2 Société canadienne de pédiatrie. Cours Pédagogie [En ligne]. <https://pedagogy.cps.ca/#/catalog/36fcfd4f-73a0-4c33-b9e5-f3bdd3ac4a3f>

Références supplémentaires

1. Mahant, S. et coll. Rates in Bronchiolitis Hospitalization, Intensive Care Unit Use, Mortality, and Costs From 2004 to 2018. [En ligne] *JAMA pediatrics*. 2022; vol. 176, no 3 : p. 279–270.
2. Pelletier, J. H. et coll. Trends in Bronchiolitis ICU Admissions and Ventilation Practices: 2019 2010-. *Pediatrics*. 2021; vol. 147, no 6 : p. e2020039115. [En ligne] Accessible ici : <https://doi.org/10.1542/peds.039115-2020>.
3. Michimasa, F. et coll. Trends in Bronchiolitis Hospitalizations in the United States: 2016–2000. [En ligne] *Pediatrics*. 2019; vol. 144, no 6 : p. e20192614.
4. House, S. A. et coll. Trends Over Time in Use of Nonrecommended Tests and Treatments Since Publication of the American Academy of Pediatrics Bronchiolitis Guideline. [En ligne] *JAMA network open*. Février 2021; vol. 4, no 2 : p. e2037356.
5. Gill, P. J. et coll. Identifying Conditions With High Prevalence, Cost, and Variation in Cost in US Children's Hospitals. [En ligne] *JAMA Netw Open*. 2018, vol. 4, no 7 : p. e2117816. doi :10.1001/jamanetworkopen.2021.17816.
6. Gill, P. J. et coll. Prevalence, Cost, and Variation in Cost of Pediatric Hospitalizations in Ontario, Canada. [En ligne] *JAMA network open*. 2022; vol. 5, no 2 : e2147447. doi :10.1001/jamanetworkopen.2021.47447
7. Stollar, F. et coll. Frequency, Timing, Risk Factors, and Outcomes of Desaturation in Infants With Acute Bronchiolitis and Initially Normal Oxygen Saturation. [En ligne] *JAMA network open*. 2020; vol. 3, no 12 : p. e2030905.
8. Principi, T. et coll. Effect of Oxygen Desaturations on Subsequent Medical Visits in Infants Discharged From the Emergency Department With Bronchiolitis. [En ligne] *JAMA pediatrics*. Juin 2016; vol. 170, no 6 : p. 608–602.
9. Tejedor-Sajo, J. et coll. Improving Bronchiolitis Care in Outpatient Settings Across a Health Care System. [En ligne] *Pediatric Emergency Care*. Novembre 2019; vol. 35, no 11 : p. 798–791.
10. Montejo, M. et coll. Initiatives to reduce treatments in bronchiolitis in the emergency department and primary care. [En ligne] *Archives of disease in childhood*. 2021; vol. 106, no 3 : p. 300–294.
11. Montejo, M. et coll. Reducing Unnecessary Treatments for Acute Bronchiolitis Through an Integrated Care Pathway. [En ligne] *Pediatrics*. 2021; vol. 147, no 6 : p. e20194021.
12. Montejo, M. et coll. Reducing Unnecessary Treatment of Bronchiolitis Across a Large Regional Health Service in Spain. [En ligne] *Pediatrics*. 2022; vol. 150, no 2021053888 : 5. doi : 10.1542/peds.053888-2021.
13. Dunn, M. et coll. Reducing Albuterol Use in Children With Bronchiolitis. [En ligne] *Pediatrics*. Janvier 2020; vol. 145, no 1 : p. e20190306.
14. Mahant, S. et coll. Intermittent vs Continuous Pulse Oximetry in Hospitalized Infants With Stabilized Bronchiolitis: A Randomized Clinical Trial. [En ligne] *JAMA pediatrics*. Mai 2021; vol. 175, no 5 : p. 474–466.
15. Lin, J. et coll. High-flow nasal cannula therapy for children with bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. [En ligne] *Archives of disease in childhood*. 2019; vol. 104, no 6 : p. 576–564.
16. Kepreotes, E. et coll. High-flow warm humidified oxygen versus standard low-flow nasal cannula oxygen for moderate bronchiolitis (HFWHO RCT): an open, phase 4, randomised controlled trial. [En ligne] *The Lancet (édition britannique)*. Mars 2017; vol. 389, no 10072 : p. 930–939.
17. Franklin, D. et coll. A Randomized Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis. [En ligne] *NEJM*. 2018; vol. 378, no 12 : p. 1131–1121.
18. Udurgucu, M. et coll. Comparison of Two Weaning Methods from Heated Humidified High-Flow Nasal Cannula Therapy in Pediatric Intensive Care Unit. [En ligne] *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. Juin 2022; vol. 35, no 2 : p. 85–79.
19. Siraj, S. et coll. Reducing High-flow Nasal Cannula Overutilization in Viral Bronchiolitis. [En ligne] *Pediatric quality & safety*. 2021; vol. 6, no 4 : p. e420.
20. Charvat, C. et coll. Quality Initiative to Reduce High-Flow Nasal Cannula Duration and Length of Stay in Bronchiolitis. [En ligne] *Hosp Pediatr*. 2021; vol. 11, no 4 : p. 318–309.
21. Mittal, S. et coll. Successful Use of Quality Improvement Methodology to Reduce Inpatient Length of Stay in Bronchiolitis Through Judicious Use of Intermittent Pulse Oximetry. [En ligne] *Hospital pediatrics*. 2019; vol. 9, no 2 : p. 78–73.
22. Ralston, S. et coll. Effectiveness of quality improvement in hospitalization for bronchiolitis: a systematic review. [En ligne] *Pediatrics*. 2014; vol. 134, no 3 : p. 581–571.
23. Parikh, K. et coll. Establishing benchmarks for the hospitalized care of children with asthma, bronchiolitis, and pneumonia. [En ligne] *Pediatrics*. 2014; vol. 134, no 3 : p. 562–555. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1052>.
24. Ralston, S. et coll. The Evolution of Quality Benchmarks for Bronchiolitis. [En ligne] *Pediatrics*. 2021; vol. 148, no 3 : p. e2021050710.

CETTE TROUSSE D'OUTILS A ÉTÉ PRÉPARÉE PAR :

OLIVIA OSTROW, M.D., FAAP

Responsable de la pédiatrie, Choisir avec soin Canada
Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants malades

GUYLÈNE THÉRIAULT, M.D., CCMF

Coresponsable des soins primaires, Choisir avec soin Canada

J. A. MICHELLE BAILEY, M. SC., M.D.

Directrice médicale, Soins virtuels de santé, Services de santé de l'Alberta

MARIA JOSE CONEJERO, M.D.

Pédiatre hospitaliste, Université pontificale catholique du Chili

COLLEEN FOX

Conseillère, Groupe consultatif de patients et membres de leurs familles

KATIE GARDNER, M. Sc., M.D., FRCPC

Pédiatre urgentologue, responsable clinique, Centre de soins de santé IWK,
Choisir avec soin Nouvelle-Écosse

ZAHRA HUSSEIN, M.S.P., MBA

Responsable provinciale des soins primaires, Réseau d'amélioration de la santé
Child Health BC, Régie provinciale des services de santé

MARIE-PIER LIRETTE, M.B. Ch.B., MRCPCH, FAAP, FRCPC

Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants malades

CLAIRE SEATON, M.D., FRCPC

Pédiatre, Hôpital pour enfants de la C.-B.

JENNIFER YOUNG, M.D., CCMF (MU)

Médecin de famille, Collingwood (Ontario)
Médecin-conseil, Collège des médecins de famille du Canada

KAREN KARAGHEUSIAN, B. Serv. Soc., M. S. P.

Gestionnaire de projets, Choisir avec soin Canada

Cette trousse d'outils de Choisir avec soin est protégée par une licence de Creative Commons (Attribution 4.0 licence internationale-non commerciale-non modifiable). Pour voir une copie de la licence, visitez le <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.