

Par la Direction de l'amélioration de l'exercice

La saison des bronchiolites débute prochainement

4 novembre 2015

Considérant que la saison des bronchiolites débute prochainement, le Collège des médecins du Québec souhaite vous transmettre les résultats d'un projet d'évaluation de la qualité de l'acte réalisé récemment par la Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE).

Il s'agit d'une étude par critères explicites concernant la *Bronchiolite chez les enfants hospitalisés âgés de 0 à 12 mois*.

Les résultats présentés ont été produits par la DAE dans le cadre des programmes de surveillance par indicateurs de l'exercice professionnel des médecins, ces programmes étant déterminés par le comité d'inspection professionnelle.

L'étude visait à établir un profil des pratiques relativement à l'évaluation et à la prise en charge de l'enfant de 0 à 12 mois admis pour une bronchiolite en milieu hospitalier dans les établissements de santé du Québec. Trente-deux centres ont été sollicités. Vingt-sept ont accepté de participer (84 %). Les dossiers étudiés portaient sur des cas habituels de bronchiolite admis en centre hospitalier entre avril 2012 et mars 2013. Des critères d'exclusion ont été appliqués pour l'échantillonnage.¹

L'objectif premier de l'étude étant l'amélioration de la pratique médicale, des résultats personnalisés ont été communiqués aux établissements participants, afin que des pistes d'amélioration soient envisagées et des correctifs apportés, le cas échéant.

Les données recueillies ont été analysées en fonction des recommandations les plus récentes, soit les lignes directrices publiées en 2014 par la [Société canadienne de pédiatrie](#) et par l'[Académie américaine de pédiatrie](#).

Voici les principaux constats résultant de l'analyse des données pour l'ensemble des centres participants.

¹ Critères d'exclusion :

- nouveau-né ayant une bronchiolite pendant le séjour de naissance à l'hôpital
- patient décédé
- patient ventilé de manière invasive ou non (CPAP, BiPAP, canules nasales à haut débit)
- patient avec dysplasie bronchopulmonaire sous oxygénothérapie à domicile
- patient avec déficit immunitaire congénital ou acquis
- patient présentant une cardiopathie complexe, sauf communication interventriculaire, communication interauriculaire ou canal artériel persistant.

Indicateurs d'investigation :

- Chez 84 % des patients, une recherche du virus respiratoire syncytial a été prescrite, alors qu'elle n'est pas recommandée dans les cas habituels.
- Chez 70 % des patients, une radiographie pulmonaire a été prise à l'urgence, alors qu'elle n'est pas recommandée dans les cas habituels.

Indicateurs de surveillance :

- Chez 18 % des patients, le niveau de saturation d'oxygène visé n'était pas consigné au dossier, alors qu'il est toujours recommandé d'en faire mention.
 - Lorsque prescrit, le niveau de saturation d'oxygène visé était généralement à 92 % ou plus, alors qu'il est recommandé de maintenir le niveau de saturation à 90 % ou plus.
- Chez 47 % des patients, une saturométrie en continu a été prescrite. Il n'existe pas de norme quant au pourcentage optimal d'utilisation de la saturométrie en continu, mais il est important de se rappeler d'en faire une utilisation réfléchie.

Indicateurs de traitement pharmacologique :

- Chez 38 % des patients, 3 traitements ou plus de médication adrénergique ont été administrés après l'admission à l'étage, bien que l'adrénaline et le salbutamol ne soient pas recommandés dans les cas habituels.
 - Parmi ces patients, 45 % n'avaient au dossier aucune documentation objective de l'effet des traitements.
- Chez 1 % des patients, l'ipratropium a été prescrit à l'étage. Cette médication n'est pas recommandée dans le traitement de la bronchiolite.
- Chez 15 % des patients, des stéroïdes ont été administrés à l'urgence ou à l'étage. Cette médication n'est pas recommandée dans les cas habituels.
- Chez 40 % des patients, des antibiotiques ont été administrés durant les 24 premières heures du séjour à l'étage. Parmi ceux-ci :
 - 29 % ont reçu des antibiotiques en raison d'une pneumonie;
 - dans 9 % des cas, il n'y avait aucun motif documenté au dossier.

Indicateurs de traitement non pharmacologique :

- Chez 49 % des patients, une hydratation intraveineuse a été prescrite.
- Chez 1 % des patients, une hydratation par voie entérale a été prescrite. Cette voie d'administration est peu utilisée, bien qu'elle soit aussi efficace que l'hydratation intraveineuse, selon quelques études.
- Chez 13 % des patients, la physiothérapie pulmonaire a été prescrite. Elle n'est pas recommandée dans la prise en charge de la bronchiolite.

Nous espérons que ces données auront suscité une certaine réflexion concernant votre pratique et vous amèneront à revoir les plus récentes lignes directrices sur le sujet. À cet effet, nous vous encourageons à prendre connaissance du document de principes *La bronchiolite : recommandations pour le diagnostic, la surveillance et la prise en charge des enfants de un à 24 mois* accessible sur le site Web de la Société canadienne de pédiatrie à l'adresse : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/bronchiolitis>. Les tableaux 3 et 6 portant sur le rôle des épreuves diagnostiques dans les cas classiques de bronchiolite et sur le traitement de la bronchiolite s'avèrent des outils utiles pour le clinicien.

Des résultats plus détaillés de l'étude pourraient faire l'objet d'une présentation. Les médecins intéressés peuvent communiquer avec Dre Monique Robert au 514-933-4441, poste 5201.