

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 N'utilisez pas d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes particuliers d'infection urinaire.

Des études de cohortes n'ont révélé aucun effet adverse associé à la bactériurie asymptomatique chez les hommes et les femmes âgés. Des études sur le traitement antimicrobien de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées ne montrent aucun avantage et font état d'une augmentation des effets antimicrobiens indésirables. Des critères de consensus ont été définis pour caractériser les symptômes cliniques particuliers qui, lorsqu'ils sont associés à une bactériurie, définissent l'infection urinaire. Le dépistage et le traitement de la bactériurie asymptomatique sont recommandés avant les procédures urologiques pour lesquelles des saignements des muqueuses sont prévus.

2 N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium.

Des études menées à grande échelle montrent invariablement que les risques d'accidents de la route, de chutes et de fractures de la hanche menant à une hospitalisation et au décès peuvent plus que doubler chez les personnes âgées consommant des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques. La dose requise pour améliorer le sommeil avec un sédatif hypnotique se situe à 13, alors que la dose nécessaire pour nuire n'est que de 6. Les patients âgés, leurs proches aidants et les professionnels de la santé devraient reconnaître ces dangers potentiels lorsqu'ils évaluent des stratégies pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium. L'utilisation des benzodiazépines doit être réservée aux personnes éprouvant des symptômes de sevrage alcoolique/délirium tremens ou un grave trouble d'anxiété généralisée réfractaire aux autres traitements. Prescrire ou interrompre des sédatifs hypnotiques à l'hôpital peut avoir une incidence considérable sur leur utilisation à long terme. Des thérapies cognitivo-comportementales, de brèves interventions comportementales et des protocoles de diminution progressive de la dose de benzodiazépines se sont avérés bénéfiques dans la cessation de consommation de sédatifs hypnotiques. Ces interventions non pharmacologiques sont également bénéfiques pour améliorer le sommeil.

3 Ne conseillez pas un tube d'alimentation percutanée pour les patients atteints de démence avancée, mais offrez plutôt l'alimentation orale.

Une alimentation méthodique à la main pour les patients atteints de démence grave est au moins aussi bonne que le gavage sur le plan des résultats en matière de mortalité, de pneumonie par aspiration, d'état fonctionnel et de confort du patient. La nourriture est l'élément nutritif privilégié. L'utilisation de suppléments nutritionnels oraux peut s'avérer bénéfique. Le tube d'alimentation est associé à l'agitation, à l'augmentation de l'utilisation de moyens de contention physiques et chimiques et à l'aggravation des escarres.

4 N'utilisez pas d'antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les personnes atteintes de démence présentent souvent de l'agressivité, de la résistance aux soins et d'autres comportements difficiles ou perturbateurs. Dans de tels cas, des médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais leurs avantages sont limités et ils peuvent causer des dommages graves, y compris la mort prématurée. L'utilisation de ces médicaments doit être limitée aux cas où les mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou d'autres personnes. Le fait de déterminer et de traiter les causes du changement de comportement peut rendre un traitement médicamenteux inutile.

5 Évitez d'utiliser des médicaments connus pour provoquer une hypoglycémie afin d'atteindre une hémoglobine de A1c < 7,5 % chez de nombreux adultes de 65 ans et plus; un contrôle modéré constitue généralement une meilleure option.

Il n'existe aucune preuve que l'utilisation de médicaments pour parvenir à un contrôle glycémique intense chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2 est bénéfique (A1c sous 7,0 %). Chez les adultes qui ne sont pas âgés, à l'exception de la réduction à long terme de l'infarctus du myocarde et de la mortalité avec la metformine, l'utilisation de médicaments pour atteindre des taux d'hémoglobine glyquée inférieurs à 6 % est associée à des méfaits, y compris des taux de mortalité plus élevés. Le contrôle intense a montré de façon constante qu'il produit des taux d'hypoglycémie plus élevés chez les personnes âgées. Compte tenu de la longue période (environ 8 ans) nécessaire pour obtenir des avantages théoriques du contrôle intense, les objectifs glycémiques doivent refléter les objectifs du patient, son état de santé et son espérance de vie. Des objectifs glycémiques raisonnables seraient de 7,0 % à 7,5 % chez les adultes âgés en bonne santé ayant une longue espérance de vie, de 7,5 % à 8,0 % chez ceux ayant une comorbidité modérée et une espérance de vie de < 10 ans, et de 8,0 % à 8,5 % chez ceux présentant de multiples comorbidités et une espérance de vie plus courte.

Comment cette liste a-t-elle été créée?

La Société canadienne de gériatrie (SCG) a établi la liste de ses cinq recommandations pour le programme *Choisir avec soin* en réunissant d'abord un petit groupe de ses membres du conseil d'administration et les présidents des comités pour évaluer la liste proposée par l'American Geriatrics Society (AGS) dans le cadre de la campagne Choosing Wisely®. Confiant que les recommandations de l'AGS reflètent les soins gériatriques au Canada, le groupe a présenté la liste à la direction de la SCG. Après l'examen initial de la direction de la SCG, chaque sujet a été étudié en détail par des gériatres canadiens sélectionnés et d'autres spécialistes ayant l'expertise clinique et de recherche appropriée. Ce processus a été entrepris pour s'assurer que les recommandations et les renseignements de base pour chaque sujet étaient valides et pertinents pour les patients canadiens et pour notre système de santé. Enfin, les cinq recommandations ont été adoptées avec l'autorisation de *Five Things Physicians and Patients Should Question*. © 2012 American Geriatrics Society

Sources

1

- Abrutyn E, Mossey J, Berlin JA, Boscia J, Levison M, Pitsakis P, et coll. « Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? » Ann Intern Med. Le 15 mai 1994; 120(10):827-33.
Nicolle LE. « Asymptomatic bacteriuria in the elderly », Infect Dis Clin North Am. Septembre 1997; 11(3):647-62.
Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM, et coll. « Infectious diseases society of america guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults », Clin Infect Dis. Le 1er mars 2005; 40(5):643-54.
Nordenstam GR, Brandberg CA, Oden AS, Svanborg Eden CM, Svanborg A. « Bacteriuria and mortality in an elderly population », N Engl J Med. Le 1er mai 1986; 314(18):1152-6.

2

- Allain H, Bentue-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. « Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: A comparative review », Drugs Aging. 2005;22(9):749-65.
American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. « American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults », J Am Geriatr Soc. Avril 2012; 60(4):616-31.
Finkle WD, Der JS, Greenlund S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, et coll. « Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults », J Am Geriatr Soc. Octobre 2011; 59(10):1883-90.
McMillan JM, Aitken E, Holroyd-Leduc JM. « Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients », CMAJ. Le 19 novembre 2013; 185(17):1499-505.

3

- Allen VJ, Methven L, Gosney MA. « Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: Systematic review and meta-analysis of clinical outcomes », Clin Nutr. Décembre 2013; 32(6):950-7.
Finucane TE, Christmas C, Travis K. « Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence », JAMA. Le 13 octobre 1999; 282(14):1365-70.
Gabriel SE, Normand SL. « Getting the methods right—the foundation of patient-centered outcomes research », N Engl J Med. Le 30 août 2012; 367(9):787-90.
Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, Lee TJ, Ersek M, Garrett J, et coll. « Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: A randomized, controlled trial », J Am Geriatr Soc. Novembre 2011; 59(11):2009-16.
Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. « Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia », J Am Geriatr Soc. Mars 2010; 58(3):580-4.
Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, Gozalo PL, Rhodes RL, Lima JC, et coll. « Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: A five-state study », J Am Geriatr Soc. Mai 2011; 59(5):881-6.

4

- Brodaty H, Arasarathnam C. « Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia », Am J Psychiatry. Septembre 2012; 169(9):946-53.
Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et coll. « Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia », Ann Intern Med. Le 5 juin 2007; 146(11):775-86.
Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, et coll. « Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: Population based retrospective cohort study », BMJ. Le 26 février 2005; 330(7489):445.
Joller P, Gupta N, Seitz DP, Frank C, Gibson M, Gill SS. « Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia », Can Fam Physician. Mars 2013; 59(3):255-60.
Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. « Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: Systematic review », BMJ. Le 10 juillet 2004; 329(7457):75.
Rochon PA, Normand SL, Gomes T, Gill SS, Anderson GM, Melo M, et coll. « Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia », Arch Intern Med. Le 26 mai 2008; 168(10):1090-6.
Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. « Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: Meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials », Am J Geriatr Psychiatry. Mars 2006; 14(3):191-210.
Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, et coll. « Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review », J Am Med Dir Assoc. Juillet 2012; 13(6):503,506.e2.

5

- « Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). UK prospective diabetes study (UKPDS) group », Lancet. Le 12 septembre 1998; 352(9131):854-65.
ACCORD Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, Ismail-Beigi F, Buse JB, et coll. « Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes », N Engl J Med. Le 3 mars 2011; 364(9):818-28.
Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Jr, Bigger JT, et coll. « Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes », N Engl J Med. Le 12 juin 2008; 358(24):2545-59.
ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, et coll. « Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes », N Engl J Med. Le 12 juin 2008; 358(24):2560-72.
Association canadienne du diabète. « Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », Can J Diabetes. Décembre 2013; 37:S599-S672-Supplément 6.
Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et coll. « Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes », N Engl J Med. Le 8 janvier 2009; 360(2):129-39.
Finucane TE. « "Tight control" in geriatrics: The emperor wears a thong », J Am Geriatr Soc. Août 2012; 60(8):1571-5.
Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et coll. « Diabetes in older adults: A consensus report », J Am Geriatr Soc. Décembre 2012; 60(12):2342-56.
Montori VM, Fernandez-Balsells M. « Glycemic control in type 2 diabetes: Time for an evidence-based about-face? » Ann Intern Med. Le 2 juin 2009; 150(11):803-8.

Au sujet de *Choisir avec soin*

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne *Choisir avec soin* reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de la Société canadienne de gériatrie

La Société canadienne de gériatrie (SCG) est une fière partenaire de *Choisir avec soin*. La SCG compte 375 membres qui ont un intérêt pour les soins de santé destinés aux personnes âgées. On trouve parmi eux des spécialistes en gériatrie et en soins aux aînés, des médecins de famille et des professionnels paramédicaux. Les objectifs de la SCG consistent à favoriser l'excellence dans les soins médicaux prodigués aux aînés canadiens, à promouvoir un niveau de recherche élevé dans le domaine de la gériatrie/gérontologie et à améliorer l'éducation dispensée aux médecins canadiens sur le vieillissement et ses défis cliniques.