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

1 Ne posez pas et ne laissez pas en place une sonde urinaire sans faire une réévaluation.

L'utilisation de sondes urinaires chez les patients hospitalisés est courante. Leur utilisation est associée à des préjudices évitables tels que l'infection du tractus urinaire, la septicémie et le delirium. Les lignes directrices recommandent d'évaluer de façon routinière les indications pour les sondes urinaires et de réduire au minimum leur durée d'utilisation. Les indications appropriées incluent l'obstruction urinaire aiguë, les maladies graves et les soins de fin de vie. Il a été démontré que les stratégies qui réduisent l'utilisation inappropriée de sondes urinaires diminuent le nombre d'infections associées aux soins de santé.

2 Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour une bactériurie asymptomatique sauf aux femmes enceintes.

Le traitement inapproprié de la bactériurie asymptomatique est une des principales utilisations à mauvais escient des antimicrobiens. Les cliniciens doivent éviter le recours aux antibiotiques étant donné qu'il ne présente pas d'avantages et qu'il comporte des risques de préjudices tels que les infections à Clostridium difficile et l'apparition d'organismes résistants aux antimicrobiens. La majorité des patients hospitalisés présentant une bactériurie asymptomatique n'ont pas besoin d'antibiotiques sauf les femmes enceintes et les patients qui subissent des interventions chirurgicales urologiques invasives. Dans tous les autres cas, le traitement antimicrobien doit être prescrit aux patients présentant des symptômes d'infections des voies urinaires en présence de bactériurie.

3 Ne prescrivez pas de benzodiazépines ni d'autres sédatifs-hypnotiques aux personnes âgées comme traitement de première intention de l'insomnie, de l'agitation ou du delirium.

L'insomnie, l'agitation et le delirium sont courants chez les patients âgés, et les médecins en milieu hospitalier leur prescrivent souvent des somnifères ou des sédatifs. Cependant, des études menées auprès de personnes âgées ont montré que les benzodiazépines et autres sédatifs-hypnotiques augmentent considérablement le risque de morbidité (tels que les chutes, le delirium et les fractures de la hanche) et de mortalité. Il faut éviter d'utiliser ces médicaments comme traitement de première intention de l'insomnie, de l'agitation ou du delirium. Il faut plutôt envisager d'abord d'autres traitements non pharmacologiques.

4 Ne faites pas systématiquement d'examens de neuro-imagerie (tomodensitométrie, examen d'IRM, Doppler carotidien) pour évaluer une simple syncope chez les patients dont l'examen neurologique est normal.

La syncope est un trouble courant défini comme une perte transitoire de conscience, associée à l'incapacité à maintenir le tonus postural et à un rétablissement immédiat, spontané et complet. Les cas de patients présentant une perte transitoire de conscience associée à des causes neurologiques (telles que les crises convulsives et les accidents vasculaires cérébraux) sont rares et doivent être différenciés de ceux qui font une véritable syncope. Alors que les troubles neurologiques peuvent parfois entraîner une perte transitoire de conscience, les examens de neuro-imagerie offrent peu d'avantages en l'absence de signes ou de symptômes associés à des pathologies neurologiques.

5 Ne prescrivez pas systématiquement de tomodensitométrie de la tête pour les patients hospitalisés délirants, en l'absence de facteurs de risque.

Le delirium est un problème commun des patients hospitalisés. En l'absence de facteurs de risque pour des causes intracrâniennes de delirium (comme un récent traumatisme crânien ou une chute, de nouveaux signes de localisation neurologique et une baisse du niveau de conscience soudaine ou inexplicable et prolongée), une tomodensitométrie de routine de la tête offre un faible rendement diagnostique. Les lignes directrices suggèrent une approche par étapes pour la prise en charge d'un nouveau delirium chez les patients hospitalisés et recommandent d'envisager la tomodensitométrie de la tête seulement pour les patients présentant certains facteurs de risque.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de médecine hospitalière (SCMH) a formulé ses cinq principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » en créant un sous-comité du programme au sein de son comité d'amélioration de la qualité (AQ). Les membres du sous-comité représentent un groupe diversifié de médecins hospitaliers de partout au Canada, exerçant dans divers milieux. On a demandé aux membres de la SCMH par courriel et dans le site Web de la Société de suggérer des examens et traitements à revoir, et des suggestions reçues, une liste provisoire de 16 recommandations a été dressée. On a demandé aux membres de considérer leur pertinence pour la médecine hospitalière, leur fréquence et leur potentiel de préjudice. Le comité d'AQ a passé en revue chaque recommandation et effectué une revue de la littérature afin de déterminer la solidité de la preuve à l'appui. Les recommandations n'ayant pas suffisamment de données probantes à l'appui ont été retirées de la liste. Tous les membres de la SCMH ont été invités à classer les 12 recommandations restantes à l'aide d'un outil électronique anonyme de sondage sur le Web. Les neuf recommandations ayant obtenu les plus hautes notes ont été sélectionnées pour un second vote dans lequel les notes du premier tour de scrutin ont été révélées aux participants. Les cinq recommandations affichant le plus haut degré d'accord ont été sélectionnées et soumises au conseil d'administration aux fins d'approbation de la liste définitive.

Sources

1

Colli J, Tojuola B, Patterson AL, Ledbetter C, Wake RW. National trends in hospitalization from indwelling urinary catheter complications, 2001-2010. *Int Urol Nephrol*. février 2014;46(2):303-8.

Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et coll. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2010;50(5):625-63.

Jain P, Parada JP, David A, Smith LG. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. 10 juillet 1995;155(13):1425-9.

Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbart AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 25 novembre 2010;363(22):2124-34.

Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, et coll. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. mai 2014;35(5):464-79.

Miller BL, Krein SL, Fowler KE, Belanger K, Zawol D, Lyons A, et coll. A multimodal intervention to reduce urinary catheter use and associated infection at a Veterans Affairs Medical Center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. juin 2013;34(6):631-3.

O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J, Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med*. 7 juin 2011;154(11):746-51.

Ramanathan R, Duane TM. Urinary tract infections in surgical patients. *Surg Clin North Am*. décembre 2014;94(6):1351-68.

2

Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et coll. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2011;52(5):e103-20.

Lin E, Bhushal Y, Horwitz D, Shelburne SA 3rd, Trautner BW. Overtreatment of enterococcal bacteriuria. *Arch Intern Med*. 9 janvier 2012;172(1):33-8.

Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society; Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2005;40(5):643-54.

Nicolle LE, Mayhew WJ, Bryan L. Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med*. juillet 1987;83(1):27-33.

Rotjanapan P, Dosa D, Thomas KS. Potentially inappropriate treatment of urinary tract infections in two Rhode Island nursing homes. *Arch Intern Med*. 14 mars 2011;171(5):438-43.

Trautner BW. Asymptomatic bacteriuria: when the treatment is worse than the disease. *Nat Rev Urol*. 6 décembre 2011;9(2):85-93.

3

Allain H, Bentué-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, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, Wang Z, Dell RM, VanRiper KB. 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.

Gillis CM, Poyant JO, Degrado JR, Ye L, Anger KE, Owens RL. Inpatient pharmacological sleep aid utilization is common at a tertiary medical center. *J Hosp Med*. octobre 2014;9(10):652-7.

4

Alboni P, Brignole M, Menozzi C, Raviele A, Del Rosso A, Dinelli M, et coll. Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 1er juin 2001;37(7):1921-8.

Grossman SA, Fischer C, Bar JL, Lipsitz LA, Mottley L, Sands K, et coll. The yield of head CT in syncope: a pilot study. *Intern Emerg Med*. mars 2007;2(1):46-9.

Mendu ML, McAvay G, Lampert R, Stoehr J, Tinetti ME. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med*. 27 juillet 2009;169(14):1299-305.

Schnipper JL, Ackerman RH, Krier JB, Honour M. Diagnostic yield and utility of neurovascular ultrasonography in the evaluation of patients with syncope. *Mayo Clin Proc*. avril 2005;80(4):480-8.

Sheldon RS, Morillo CA, Krah AD, O'Neill B, Thiruganasambandamoorthy V, Parkash R, et coll. Standardized approaches to the investigation of syncope: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Can J Cardiol*. Mars-Avril 2011;27(2):246-53.

Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I, Callans DJ, Cohen MI, Ellenbogen KA, et coll. AHA/ACCF Scientific Statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation: in collaboration with the Heart Rhythm Society: endorsed by the American Autonomic Society. *Circulation*. 17 janvier 2006;113(2):316-27.

Sun BC, Costantino G, Barbic F, Bossi I, Casazza G, Dipaola F, et coll. Priorities for emergency department syncope research. *Ann Emerg Med*. décembre 2014;64(6):649-55.e2.

Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS), Moya A, Sutton R, Ammirati F, et coll. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*. novembre 2009;30(21):2631-71.

- British Geriatrics Society. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital [Internet]. Janvier 2006 [Consulté le 9 avril 2015]. En ligne : <http://www.bgs.org.uk/index.php/clinicalguides/170-clinguidedeliriumtreatment?showall=&limitstart=1>.
- Hardy JE, Brennan N. Computerized tomography of the brain for elderly patients presenting to the emergency department with acute confusion. *Emerg Med Australas.* octobre 2008;20(5):420-4.
- Hirano LA, Bogardus ST Jr, Saluja S, Leo-Summers L, Inouye SK. Clinical yield of computed tomography brain scans in older general medical patients. *J Am Geriatr Soc.* avril 2006;54(4):587-92.
- Lai MM, Wong Tin Niam DM. Intracranial cause of delirium: computed tomography yield and predictive factors. *Intern Med J.* avril 2012;42(4):422-7.
- Michaud L, Büla C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, Burnand B; Delirium Guidelines Development Group. Delirium: guidelines for general hospitals. *J Psychosom Res.* mars 2007;62(3):371-83.
- Pompeii P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc.* août 1994;42(8):809-15.
- Theisen-Toupal J, Breu AC, Mattison ML, Arnaout R. Diagnostic yield of head computed tomography for the hospitalized medical patient with delirium. *J Hosp Med.* août 2014;9(8):497-501.
- Vijayakrishnan R, Ramasubramanian A, Dhand S. Utility of Head CT Scan for Acute Inpatient Delirium. *Hosp Top.* Janvier-Mars 2015;93(1):9-12.

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 médecine d'hôpital

La Société canadienne de médecine d'hôpital (SCMH) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Fondée en 2001, la SCMH est la section canadienne de la Society of Hospital Medicine des États-Unis. La SCMH s'engage à promouvoir la prestation des meilleurs soins possible à tous les patients hospitalisés. Par ses activités de formation, de sensibilisation et de recherche, elle appuie les médecins hospitalistes du Canada.