

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

### **1 Ne recourez pas systématiquement aux études de neuro-imagerie (TDM, IRM ou Doppler carotidien) pour l'évaluation d'une simple syncope chez les patients dont l'examen neurologique est normal.**

Bien qu'il s'agisse d'une cause rare de syncope, les médecins doivent considérer une source neurologique pour chaque patient présentant une perte de conscience transitoire. En l'absence de signes ou de symptômes associés à des causes neurologiques de syncope (par exemple, mais sans s'y limiter, à des déficits neurologiques focalisés), l'utilité des études de neuro-imagerie présente un intérêt limité. Malgré l'absence de preuve de l'utilité diagnostique de la neuro-imagerie chez les patients présentant une véritable syncope, les professionnels de la santé continuent d'effectuer des tomodensitométries (TDM) du cerveau. Ainsi, l'utilisation inappropriée de cette modalité d'imagerie diagnostique entraîne des coûts élevés et soumet les patients à des risques d'exposition au rayonnement.

### **2 N'installez pas ou ne laissez pas en place des sondes urinaires sans avoir une indication acceptable (comme une maladie grave, une obstruction ou des soins palliatifs).**

L'utilisation de sondes ou de cathéters urinaires sans avoir une indication acceptable augmente la probabilité de développer une infection qui entraîne une hausse du taux de morbidité et des coûts de soins de santé. La bactériurie associée au cathéter conduit souvent au mauvais usage d'antimicrobiens et à des complications secondaires, notamment l'émergence d'organismes résistants aux antimicrobiens et d'infections au Clostridium difficile. Une étude antérieure a montré que les médecins ignorent souvent l'usage d'une sonde urinaire chez leurs patients. L'utilisation de cathéters urinaires a été jugée inappropriée dans 50 % des cas, l'incontinence urinaire étant répertoriée comme la raison la plus commune justifiant l'installation inappropriée et continue d'un cathéter urinaire. Les lignes directrices de pratique clinique appuient le retrait ou l'évitement des cathéters urinaires inutiles pour réduire le risque d'infections urinaires associées aux sondes.

### **3 Ne transfusez pas de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes d'une maladie coronarienne active, d'insuffisance cardiaque ou d'un AVC.**

Les indications pour une transfusion sanguine dépendent de l'évaluation clinique et sont également guidées par l'étiologie de l'anémie. Aucune mesure de laboratoire et aucun paramètre physiologique unique ne peuvent prédire la nécessité d'une transfusion sanguine. Les transfusions sont associées à une morbidité et à une mortalité accrue chez les patients à haut risque qui sont hospitalisés. Les effets indésirables varient de légers à graves et comprennent des réactions allergiques, des réactions hémolytiques aiguës, l'anaphylaxie, des lésions pulmonaires aiguës post-transfusionnelles, une surcharge circulatoire associée à la transfusion et une septicémie. Des études de stratégies de transfusion, qui ont été menées auprès de plusieurs populations de patients, suggèrent qu'une approche restrictive est associée à de meilleurs résultats.

### **4 En milieu hospitalier, ne commandez pas de tests VTC et d'analyses chimiques de façon répétée au détriment de la stabilité clinique et laboratoire.**

Les analyses sanguines répétées fréquemment sont associées à des conséquences néfastes pour le patient hospitalisé, comme l'anémie iatrogène et la douleur. Une étude canadienne a montré d'importantes réductions de l'hémoglobine à la suite de la phlébotomie. Comme l'anémie chez les patients hospitalisés est associée à la prolongation du séjour et à la hausse des taux de réadmission et des exigences de transfusion, réduire les examens inutiles peut améliorer les résultats. Des études confirment que la réduction sécuritaire de tests de laboratoire répétitifs n'a pas d'effets négatifs sur les événements indésirables, les taux de réadmission, l'utilisation de soins intensifs ou la mortalité. Des interventions de laboratoire réduites ont également permis d'importantes économies.

### **5 N'effectuez pas systématiquement d'examens préopératoires (comme une radiographie des poumons, une échocardiographie ou un test cardiaque à l'effort) chez les patients subissant des chirurgies à faible risque.**

Les examens préopératoires courants pour des chirurgies à faible risque sont la source de délais inutiles, d'une détresse possible chez les patients et de coûts importants pour le système de soins de santé. De nombreuses études et lignes directrices soulignent le manque de bénéfices prouvés des examens préopératoires courants (par exemple, une radiographie des poumons, une échocardiographie, etc.) chez les patients devant subir une chirurgie à faible risque. Les analyses économiques suggèrent d'importantes économies possibles découlant de la mise en œuvre de lignes directrices.

## **Comment cette liste a-t-elle été créée?**

La Société canadienne de médecine interne (SCMI) a établi la liste de ses cinq recommandations dans le cadre du programme *Choisir avec soin* en convoquant un comité de vingt membres représentant un groupe diversifié d'internistes généraux venant de partout au Canada, reflétant un large éventail de régions géographiques, de milieux de pratique, de types d'établissements et d'expériences. Le comité a choisi d'adopter les recommandations préexistantes déjà publiées qui ont fait l'objet d'un examen rigoureux de *Five Things Physicians and Patients Should Question* (© 2013 American College of Physicians; © 2012 Society of Hospital Medicine; © 2013 Society of General Internal Medicine), les recommandations de l'American College of Physicians High Value Cost Conscious Care et les « choses à ne pas faire » du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni. De plus, les membres ont apporté des recommandations fondées sur l'expérience et la pertinence de la pratique. De façon anonyme, chaque membre du comité a été invité à présenter son classement électronique de toutes les recommandations en ligne. Chacune des recommandations a été notée. Le taux de réponse a été de cent pour cent (19 sur 19). Les membres du comité ont examiné les recommandations les mieux classées et sont parvenus à un consensus sur une liste de cinq recommandations. La liste des cinq recommandations a été présentée au cours d'un forum ouvert de la SCMI et au conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle 2013 de la SCMI à Toronto, au Canada. Les membres de la SCMI qui ont assisté à la réunion du conseil et à la séance d'information sur *Choisir avec soin* ont également eu l'occasion de livrer leurs commentaires. Des améliorations mineures à la liste ont été apportées et, ensuite, approuvées par le comité. Le conseil de direction de la SCMI approuve et soutient pleinement la liste définitive des recommandations de la SCMI en lien avec *Choisir avec soin*.

## **Sources**

**1**

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. Le 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. Le 27 juillet 2009; 169(14):1299-305.

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. Le 17 janvier 2006; 113(2):316-27.

Sheldon RS, Morillo CA, Krahn 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. Résumé en français ici : [http://www.onlinetcjc.ca/article/S0828-282X\(10\)00003-6/abstract](http://www.onlinetcjc.ca/article/S0828-282X(10)00003-6/abstract).

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.

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, et coll. « Guidelines for the diagnosis and management of syncope » (version 2009), Eur Heart J. Novembre 2009; 30(21):2631-71.

**2**

Bartlett JG. « A call to arms: The imperative for antimicrobial stewardship », Clin Infect Dis. Août 2011; 53 Suppl 1:S4-7.

Gardam MA, Amihod B, Orenstein P, Consolacion N, Miller MA. « Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections », Clin Perform Qual Health Care. Juillet-septembre 1998; 6(3):99-102.

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. Le 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. Le 10 juillet 1995; 155(13):1425-9.

Peleg AY, Hooper DC. « Hospital-acquired infections due to gram-negative bacteria », N Engl J Med. Le 13 mai 2010; 362(19):1804-13.

Saint S, Wiese J, Amory JK, Bernstein ML, Patel UD, Zemencuk JK, et coll. « Are physicians aware of which of their patients have indwelling urinary catheters? », Am J Med. Le 15 octobre 2000; 109(6):476-80.

**3**

Bracey AW, Radovancevic R, Riggs SA, Houston S, Cozart H, Vaughn WK, et coll. « Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: Effect on patient outcome », Transfusion. Octobre 1999; 39(10):1070-7.

Carson JL, Carless PA, Hebert PC. « Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion », Cochrane Database Syst Rev. Le 18 avril 2012; 4:CD002042.

Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, et coll. « A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion requirements in critical care investigators, Canadian Critical Care Trials Group », N Engl J Med. Le 11 février 1999; 340(6):409-17.

Marik PE, Corwin HL. « Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: A systematic review of the literature », Crit Care Med. Septembre 2008; 36(9):2667-74.

Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et coll. « Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire », CMAJ. 2011. DOI:10.1503/cmaj.10077. Publié en ligne seulement.

Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepcion M, Hernandez-Gea V, Aracil C, et coll. « Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding », N Engl J Med. Le 3 janvier 2013; 368(1):11-21.

**4**

Attali M, Barel Y, Somin M, Beilinson N, Shankman M, Ackerman A, et coll. « A cost-effective method for reducing the volume of laboratory tests in a university-associated teaching hospital », Mt Sinai J Med. Septembre 2006; 73(5):787-94.

Lin RJ, Evans AT, Chusid AE, Unterbrink ME. « Anemia in general medical inpatients prolongs length of stay and increases 30-day unplanned readmission rate », South Med J. Mai 2013; 106(5):316-20.

Smoller BR, Kruskall MS. « Phlebotomy for diagnostic laboratory tests in adults. Pattern of use and effect on transfusion requirements », N Engl J Med. Le 8 mai 1986; 314(19):1233-5.

Thavendiranathan P, Bagai A, Ebidia A, Detsky AS, Choudhry NK. « Do blood tests cause anemia in hospitalized patients? The effect of diagnostic phlebotomy on hemoglobin and hematocrit levels », J Gen Intern Med. Juin 2005; 20(6):520.

- Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, Brown KM, Han Y, Townsend CM,Jr, et coll. « Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery », Ann Surg. Septembre 2012; 256(3):518-28.
- Chee YL, Crawford JC, Watson HG, Greaves M. « Guidelines on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures », British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol. Mars 2008; 140(5):496-504.
- Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. « Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery », Anesth Analg. Février 2009; 108(2):467-75.
- Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischmann KE, et coll. « ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery », J Am Coll Cardiol. Le 23 octobre 2007; 50(17):e159-241.
- Fritsch G, Flamm M, Hepner DL, Panisch S, Seer J, Soennichsen A. « Abnormal pre-operative tests, pathologic findings of medical history, and their predictive value for perioperative complications », Acta Anaesthesiol Scand. Mars 2012; 56(3):339-50.
- Institute of Health Economics. « Routine preoperative tests - are they necessary? » [Internet]. Mai 2007 [consulté le 10 février 2014]. Disponible ici : [http://www.ihe.ca/documents/IHE\\_Report\\_Routine\\_Preoperative\\_Tests\\_May\\_2007.pdf](http://www.ihe.ca/documents/IHE_Report_Routine_Preoperative_Tests_May_2007.pdf).
- May TA, Clancy M, Critchfield J, Ebeling F, Enriquez A, Gallagher C, et coll. « Reducing unnecessary inpatient laboratory testing in a teaching hospital », Am J Clin Pathol. Août 2006; 126(2):200-6.
- National Institute for Clinical Excellence. « Preoperative tests: The use of routine preoperative tests for elective surgery » [Internet]. Juin 2003 [consulté le 10 février 2014]. Disponible ici : <http://www.nice.org.uk/nicemedialive/10920/29094/29094.pdf>.

## 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](http://www.choisiravecsoin.org). Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

## À propos de la Société canadienne de médecine interne

La Société canadienne de médecine interne (SCMI) est une fière partenaire de *Choisir avec soin*. La SCMI est une société médicale nationale regroupant des médecins spécialistes œuvrant dans la vaste discipline de la médecine générale interne. Les membres de la SCMI prodiguent des soins médicaux spécialisés aux adultes atteints de maladies complexes et multisystémiques dans des hôpitaux communautaires et universitaires, et ce, partout au Canada. Les membres de la SCMI sont des enseignants en médecine et des résidents. Ils sont des chefs de file dans la recherche en santé et l'amélioration de la qualité des soins. La SCMI compte plus de 1 100 membres et associés.