

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

1 Ne demandez pas d'examens et d'analyses qui ne modifieront pas le plan de prise en charge du patient.

Les examens pourraient ne pas modifier le plan de prise en charge du patient pour plusieurs raisons. Dans certains cas, la probabilité pré-test d'un état clinique est faible et d'autres examens ne sont pas nécessaires (p. ex. dépistage du cancer du sein chez les jeunes femmes à faible risque de cancer du sein). Les examens préopératoires avant une intervention chirurgicale à faible risque lorsque les risques de complications sont faibles sont également un autre exemple. Dans d'autres cas, un patient à risque élevé peut justifier le traitement, peu importe le résultat qu'il obtiendrait aux examens. Ainsi, ses examens n'influeraient pas sur la décision définitive de le traiter (p. ex., le dépistage de la thrombophilie est inutile chez un patient qui présente une embolie pulmonaire non provoquée à risque élevé de récurrence, car ce patient devrait recevoir un traitement anticoagulant de durée indéfinie). Autant que possible, les médecins résidents devraient consulter les règles de décision clinique basées sur des données probantes pour les aider à choisir les examens ou traitements appropriés, notamment le score de Wells ou la règle PERC (critères d'exclusion de l'embolie pulmonaire), la règle canadienne d'utilisation de la tomodensitométrie de la tête chez les victimes de trauma et le score Centor de probabilité d'une infection bactérienne chez les patients adultes présentant un mal de gorge.

2 Ne demandez pas de reprises d'analyses de laboratoire pour des patients hospitalisés dont l'état clinique est stable.

Plusieurs facteurs expliquent la reprise quotidienne des analyses de laboratoire bien que l'état du patient soit stable (ordonnance quotidienne sans date d'arrêt, besoin non réévalué des analyses, etc.). Selon les études d'observation, les médecins résidents demandent une formule sanguine complète de routine et un dosage des électrolytes quotidiens plus souvent que les médecins traitants. Les phlébotomies quotidiennes contribuent à l'inconfort du patient et à l'anémie iatrogénique. Les études appuient la réduction sécuritaire des analyses de laboratoire répétitives lorsque l'état clinique du patient est stable sans répercussions négatives sur les résultats pour les patients, y compris le taux de réadmission, l'utilisation des soins intensifs, les événements indésirables ou la mortalité. Les analyses de laboratoire devraient être demandées dans un but précis directement lié à un plan de prise en charge particulier pour le patient.

3 Ne prescrivez pas de traitement intraveineux lorsqu'une option orale est appropriée et tolérée.

Les patients reçoivent souvent des ordonnances de médicaments intraveineux (IV) lorsque des options orales sont disponibles, appropriées et tout aussi biodisponibles. Voici quelques exemples courants : antibiotiques fortement biodisponibles par voie orale (p. ex. fluoroquinolones); traitements oraux de remplacement potassique (plus efficaces que les traitements IV de remplacement); inhibiteurs de la pompe à protons, y compris dans le contexte de nombreux cas de saignement gastro-intestinal aigu, traitements oraux de remplacement de la vitamine B12 (par opposition aux injections intramusculaires, y compris dans le contexte de l'anémie pernicieuse). Les cathéters IV périphériques augmentent le risque de complications, notamment d'extravasation, d'infection et de thrombophlébite. De plus, l'administration intraveineuse des médicaments est souvent beaucoup plus coûteuse, réduit la mobilité du patient et augmente la durée du séjour hospitalier sans compter la charge de travail du personnel infirmier et de la pharmacie.

4 Ne demandez pas d'interventions et d'examens non urgents qui retarderont le congé des patients hospitalisés.

Le congé est souvent retardé en raison d'examens qui ne changeront pas la prise en charge aiguë. Parmi les exemples, notons les biopsies; les tests d'imagerie pour poursuivre les recherches sur les découvertes fortuites; l'évaluation non urgente par un spécialiste, les résultats d'analyses sanguines qu'on attend dans le cadre d'un examen diagnostique non urgent et l'échocardiographie d'un patient qui présente une insuffisance cardiaque légère. Le retard des congés contribue au surachalandage des hôpitaux et nuit à l'efficacité des soins. Surtout, le séjour plus long constitue un facteur de risque d'infections nosocomiales, de la thromboembolie veineuse, des plaies de pression, de l'immobilité, de la malnutrition et du déconditionnement. Il convient d'envisager de faire passer les examens en consultation externe lorsque c'est possible et qu'un bon suivi peut être assuré.

5 Ne demandez pas d'examen effractifs lorsque des options moins invasives sont disponibles et tout aussi efficaces.

Il faut envisager l'ensemble des examens disponibles lorsqu'on envisage des examens diagnostiques ou de dépistage. Il est prudent d'envisager l'option la moins invasive ayant un degré de sensibilité et de spécificité similaire pour guider la prise de décision clinique afin de minimiser les risques potentiels pour le patient. Par exemple, pour le diagnostic d'une appendicite aiguë chez les enfants, il convient d'envisager l'échographie avant la tomographie. En plus de ne pas nécessiter de rayonnements ni de produit de contraste, l'échographie s'est révélée équivalente à la tomographie pour le diagnostic et la prise en charge de l'appendicite aiguë à l'égard de plusieurs paramètres cliniques pertinents, notamment le délai d'administration d'antibiotiques, le délai d'appendicectomie, le taux d'appendicectomie négative, le taux de perforation et la durée du séjour hospitalier. La réalisation d'un test respiratoire non invasif à l'urée plutôt qu'une endoscopie invasive pour prouver l'éradication de *H. pylori* est un autre bon exemple. Le degré de sensibilité et de spécificité du test respiratoire à l'urée est supérieur à d'autres examens diagnostiques et le risque de préjudice pour le patient est minime comparativement à l'endoscopie.

Comment la liste a été établie

Médecins résidents du Canada a établi la liste de ses cinq recommandations pour la campagne Choisir avec soin en formant un groupe de travail composé de cinq résidents représentant différentes spécialités et régions géographiques. Le groupe a choisi six critères pour l'élaboration des recommandations : la situation doit 1) se produire souvent pendant le programme de résidence, 2) être pertinente pour les résidents, 3) contribuer à façonner les comportements futurs, 4) constituer une pratique que les résidents pourraient facilement aborder pendant leur formation, 5) porter sur l'utilisation de tests, de traitements et d'interventions par les résidents et 6) contribuer à la création d'un système de santé plus économiquement durable et axé sur la rationalisation des coûts. Le groupe de travail a produit une liste de 20 recommandations potentielles avec preuves à l'appui. Le comité de la pratique de Médecins résidents du Canada a examiné la liste des recommandations et en a retenu 12 pour la consultation à l'échelle nationale. On a ensuite fait part des recommandations aux résidents partout au Canada au moyen d'un questionnaire en ligne. On leur a demandé de classer les recommandations par ordre d'importance en fonction des critères établis pour leur élaboration. Plus de 750 résidents des associations provinciales ont fourni leurs commentaires, et les notes pondérées pour chaque recommandation ont ensuite été calculées. Le groupe de travail a discuté des résultats et en a tenu compte pour établir la liste finale des cinq recommandations. Le conseil d'administration de Médecins résidents du Canada a donné son appui et adopté officiellement la liste des recommandations des résidents.

Sources

- 1 Feely MA, et coll. Preoperative testing before noncardiac surgery: guidelines and recommendations. *Am Fam Physician*. Le 15 mars 2013; vol. 87, no 6 : p. 414-418. PMID : 23547574.

Kirkham KR, et coll. Preoperative laboratory investigations: rates and variability prior to low-risk surgical procedures. *Anesthesiology*. Avril 2016; vol. 124, no 4 : p. 804-814. PMID : 26825151.

Kirkham KR, et coll. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. *JAMC*. 2015; vol. 187, no 11 : p. E349-358. PMID : 26032314.

Rolfe A, et coll. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013; vol. 173, no 6 : p. 407-416. PMID : 23440131.

Rusk MH. Avoiding unnecessary preoperative testing. *Med Clin North Am*. Sept. 2016; vol. 100, no 5 : p. 1003-1008. PMID : 27542420.

Stevens SM, et coll. Guidance for the evaluation and treatment of hereditary and acquired thrombophilia. *J Thromb Thrombolysis*. Janv. 2016; vol. 41, no 1 : p. 154-164. PMID : 26780744.

Stevens SM, et coll. Thrombophilic evaluation in patients with acute pulmonary embolism. *Semin Respir Crit Care Med*. 2017; vol. 38, no 1 : p. 107-120. PMID : 28208204.
- 2 Choisir avec soin. [L'Association canadienne des pathologistes : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Le 29 oct. 2014. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).

Choisir avec soin. [La Société canadienne de médecine interne : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Le 2 avril 2014. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).

Ellenbogen MI, et coll. Differences in routine laboratory ordering between a teaching service and a hospitalist service at a single academic medical center – a survey and retrospective data analysis. *South Med J*. 2017; vol. 110, no 1 : p. 25-30. PMID : 28052170.

Konger RL, et coll. Reduction in unnecessary clinical laboratory testing through utilization management at a US Government Veterans Affairs Hospital. *Am J Clin Pathol*. Mars 2016; vol. 145, no 3 : p. 355-364. PMID : 27124918.

Melendez-Rosado J, et coll. Reducing unnecessary testing: an intervention to improve resident ordering practices. *Postgrad Med J*. Le 19 janv. 2017. Pii : postgradmedj-2016-134513. PMID : 28104806.
- 3 Butler CC, et coll. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency: a systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract*. Juin 2006; vol. 23, no 3 : p. 279-285. PMID : 16585128.

Choisir avec soin. [L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Le 4 sept. 2015. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).

Cyriac JM, et coll. Switch over from intravenous to oral therapy: a concise overview. *J Pharmacol Pharmacother*. Avril 2014; vol. 5, no 2 : p. 83-87. PMID : 24799810.

Dellit TH, et coll. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. Le 15 janv. 2007; vol. 44, no 2 : p. 159-177. PMID : 17173212.

Lau BD, et coll. Budget impact analysis of conversion from intravenous to oral medication when clinically eligible for oral intake. *Clin Ther*. 2011; vol. 33, no 11 : p. 1792-1796. PMID : 22001356.

Tsoi KK, et coll. Meta-analysis: comparison of oral vs. intravenous proton pump inhibitors in patients with peptic ulcer bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. Oct. 2013; vol. 38, no 7 : p. 721-728. PMID : 23915096.

- 4** Bhatia RS, et coll. An education intervention reduces the rate of inappropriate echocardiograms on an inpatient medical service. *JACC Cardiovasc Imaging*. Mai 2013; vol. 6, no 5 : p. 545-555. PMID : 23582360.
- L'Association canadienne des médecins d'urgence. *Overcrowding*. 2017. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).
- Gundareddy VP, et coll. Association between radiologic incidental findings and resource utilization in patients admitted with chest pain in an urban medical center. *J Hosp Med*. Mai 2017; vol. 12, no 5 : p. 323-328. PMID : 28459900.
- Laurencet ME, et coll. Early discharge in low-risk patients hospitalized for acute coronary syndromes: feasibility, safety and reasons for prolonged length of stay. *PLoS One*. Le 23 août 2016; vol. 11, no 8 : p. e0161493. PMID : 27551861.
- McNicholas S, et coll. Delayed acute hospital discharge and healthcare-associated infection: the forgotten risk factor. *J Hosp Infect*. Juin 2011; vol. 78, no 2 : p. 157-158. PMID : 21497945.
- Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust*. 2002; vol. 177: p. 492-495. PMID : 12405891.
- Webster BS, et coll. The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. *Spine (Philadelphia, Pa. 1976)*. Le 1er août 2014; vol. 39, no 17 : p. 1433-1440. PMID : 24831502.
- 5** Aspelund G, et coll. Ultrasonography/MRI versus CT for diagnosing appendicitis. *Pediatrics*. Avril 2014; vol. 133, no 4 : p. 586-593. PMID : 24590746
- Mathews JD, et coll. Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ*. Le 21 mai 2013; vol. 346 : p. f2360. PMID : 23694687
- Mitchell H, et coll. Epidemiology, clinical impacts and current clinical management of Helicobacter pylori infection. Le 6 juin 2016; vol. 204, no 10 : p. 376-380. PMID : 27256648.
- Mostbeck G, et coll. How to diagnose acute appendicitis: ultrasound first. *Insights Imaging*. Avril 2016; vol. 7, no 2 : p. 255-263. PMID : 26883138.
- Perri F, et coll. Helicobacter pylori antigen stool test and 13C-urea breath test in patients after eradication treatments. *Am J Gastroenterol*. Nov. 2002; vol. 97, no 11 : p. 2756-2762. PMID : 12425544.
- Shogilev DJ, et coll. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *West J Emerg Med*. Nov. 2014; vol. 15, no 7 : p. 859-71. PMID : 25493136

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 les professionnels de la santé et les patients sur les tests et examens inutiles afin de faire les choix les plus judicieux 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 professionnels de la médecine.

Pour en savoir davantage au sujet de Choisir avec soin ou pour consulter d'autres listes des examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger, consultez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter [@ChoisirAvecSoin](https://twitter.com/ChoisirAvecSoin).

Au sujet de Médecins résidents du Canada

Médecins résidents du Canada (MRC) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. MRC représente plus de 9 000 médecins résidents au Canada. Créé en 1972, MRC est un organisme à but non lucratif offrant à ses membres une voix nationale unie. MRC collabore avec les autres organismes nationaux de santé dans le but d'encourager l'excellence en formation, en mieux-être et en soins aux patients.