

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

1 Évitez de transférer les résidents fragiles des centres d'hébergement vers les hôpitaux, à moins que leur confort ou que leurs besoins médicaux urgents ne puissent être assurés dans leur établissement.

Les transferts vers les hôpitaux pour évaluation et traitement sont devenus habituels lorsqu'il y a une détérioration de l'état de santé. Or, dans bien des cas, ces transferts sont peu utiles et peuvent même causer une morbidité accrue. Une étude canadienne a évalué à 47 % la proportion des hospitalisations considérées évitables, tandis qu'une étude américaine récente a fait état d'une proportion de 39 % qui seraient « potentiellement évitables ». Un transfert va souvent de pair avec un séjour prolongé dans un environnement inconnu et stressant pour le patient. Parmi les autres risques, il y a entre autres : délire, infections nosocomiales, effets secondaires des médicaments, carence de sommeil et perte rapide de la force musculaire suite à l'alitement. Les risques dépassent souvent les avantages. Les résidents évalués et traités dans leur établissement bénéficieront de soins plus individualisés, d'un meilleur confort et de soins de fin de vie. Si un transfert est inévitable, il faut donner des instructions préalables claires à l'hôpital receveur quant aux besoins du patient. Le respect du choix des patients est un enjeu fondamental dans toute décision de transfert vers un hôpital. Il faut avoir une compréhension claire des objectifs de soins du patient en tenant compte de son état de santé, de ses valeurs et de ses préférences. Cela réduira les probabilités de transferts inappropriés. Ces objectifs doivent faire l'objet de discussions préalables et fréquentes avec le patient et ses proches, y compris pour identifier si le confort, le fonctionnement et la qualité de vie sont leurs objectifs de soins les plus importants.

2 N'ayez pas d'emblée recours aux antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les personnes atteintes de démence peuvent parfois être dérangeantes, avoir un comportement agressif et résister à leurs soins personnels. Il y a souvent une explication à un comportement (la douleur, par exemple) et le fait d'identifier et de corriger la cause peut rendre un traitement pharmacologique superflu. Lorsqu'un traitement pharmacologique est choisi, des antipsychotiques sont souvent prescrits, mais ils procurent un avantage limité et peuvent causer de graves torts, y compris une mort prématurée. Ces médicaments devraient être limités aux cas où des mesures non pharmacologiques ont déjà été essayées sans succès et lorsque les patients peuvent être un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Lorsqu'un antipsychotique est prescrit, il faut alors exercer une surveillance périodique et fréquemment tenter d'en réduire la dose ou de le cesser afin de prévenir tout préjudice.

3 Ne procédez pas à des tests d'urine par bâtonnet ni à des cultures d'urine en l'absence de signes et symptômes clairs d'infection urinaire (IU).

À moins qu'il y ait des signes manifestes d'infection urinaire tels qu'un inconfort urinaire, une douleur abdominale ou dorsale, une pollakiurie, une urgence mictionnelle ou de la fièvre, aucun test ne devrait être effectué. Les tests révèlent souvent la présence de bactéries dans l'urine; en effet, jusqu'à 50 % des échantillons testés démontrent la présence de bactéries en l'absence de symptômes locaux affectant l'appareil uro-génital. Les tests superflus et le traitement des bactériuries asymptomatiques au moyen d'antibiotiques entraînent un risque accru de diarrhée et d'infection à *Clostridium difficile*. De plus, la surutilisation d'antibiotiques contribue à une augmentation des bactéries qui leur deviendront résistants.

4 Ne posez pas de sonde d'alimentation parentérale à des personnes atteintes de démence avancée. Aidez-les plutôt à s'alimenter.

La pose d'une sonde d'alimentation parentérale ne prolonge pas l'espérance de vie des patients atteints de démence et n'améliore pas leur qualité de vie. Si l'état de santé du résident s'est détérioré et qu'il manifeste des problèmes de santé récurrents et évolutifs, c'est qu'il arrive peut-être au terme de sa vie et qu'il ne tirera alors aucun avantage de la pose d'une sonde d'alimentation. Les sondes d'alimentation sont souvent posées pour éviter que les patients n'aspirent leurs aliments ou deviennent dénutris. Des études montrent que les sondes d'alimentation ne rendent pas les patients plus confortables et ne les soulagent pas. Les sondes d'alimentation peuvent causer des surcharges hydriques, de la diarrhée, des douleurs abdominales et de l'inconfort ou même des lésions causées par la sonde elle-même. Une sonde d'alimentation peut en fait accroître le risque d'aspiration et de pneumonie d'aspiration. Chez les personnes qui souffrent de démence avancée et qui ont de la difficulté à manger, on doit privilégier l'assistance à l'alimentation plutôt que de leur installer une sonde d'alimentation parentérale.

5 Ne maintenez pas ou n'ajoutez pas de médicaments à long terme sauf s'ils sont clairement indiqués et qu'on en attend un bienfait raisonnable chez le patient.

La pharmacothérapie à long terme devrait être cessée si elle n'est plus requise (p. ex., antiacides, antihypertenseurs) puisqu'elle peut réduire la qualité de vie des résidents et n'avoir que peu d'utilité chez un aîné fragile dont l'espérance de vie est limitée (p. ex., statines, médicaments contre l'ostéoporose). Les médicaments prescrits dans le but d'atteindre des résultats objectivables et précis chez les adultes vivant dans la communauté (p. ex., glycémie, tension artérielle) pourraient au contraire avoir des effets négatifs sur la mobilité, le fonctionnement, la mortalité et la qualité de vie des aînés fragiles en établissements de soins de longue durée.

6 Ne demandez pas de tests de dépistage ou de routine pour des maladies chroniques simplement parce qu'un prélèvement sanguin est effectué.

À moins d'être certain qu'un traitement pourrait améliorer la qualité de vie du patient, n'effectuez pas ces tests. Les tests de routine peuvent mener à un traitement inapproprié et nuisible chez des résidents fragiles qui arrivent au terme de leur vie et contribuer aussi à une mauvaise utilisation des ressources limitées de soins de santé qui méritent d'être utilisées plus judicieusement.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée du Canada (ACDMSLD) a établi la liste de ses 6 grandes recommandations sous la supervision de son directeur. Les membres de l'ACDMSLD ont été invités à participer par courriel à l'élaboration de cette liste. Deux médecins bénévoles se sont joints au directeur pour former un groupe de travail : Choisir avec soin. Pour représenter les patients, des patients du groupe «Patients pour la sécurité des patients du Canada», ayant à leur tête un représentant, se sont joints au groupe de travail. Comme point de départ, les listes préparées par l'«Association américaine des directeurs médicaux» et par la «Société canadienne de gériatrie» ont été passées en revue. Aucune de ces listes n'était spécifique aux patients âgés résidant en établissement de soins de longue durée. Le processus visait à présenter des recommandations valides et pertinentes pour ces patients canadiens et notre système de soins de santé. Lors de discussions en petits groupes au sein du groupe de travail, les six recommandations ont été proposées. Le document a par la suite été distribué aux membres du conseil d'administration de l'ACDMSLD pour commentaires additionnels et approbation.

Sources

- 1** Walker JD, Teare GF, Hogan DB, et coll. Identifying potentially avoidable hospital admissions from Canadian long-term care facilities. *Med Care*. Février 2009; vol. 47, no 2 : p. 250-254. PMID : 19169127.
Walsh EG, Wiener JM, Haber S, et coll. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and Home- and Community-Based Services waiver programs. *J Am Geriatr Soc*. Mai 2012; vol. 60, no 5 : p. 821-829. PMID : 22458363.
- 2** Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. Septembre 2012; vol. 169, no 9 : p. 946-953. PMID : 22952073.
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; vol. 14, no 3 : p. 191-210. PMID : 16505124.
Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, 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; vol. 13, no 6 : p. 503-506.e2. PMID : 22342481.
- 3** High KP, Bradley SF, Gravenstein S, et coll. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Le 15 janvier 2009; vol. 48, no 2 : p. 149-171. PMID : 19072244.
Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, 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; vol. 40, no 5 : p. 643-654. PMID : 15714408.
Stone ND, Ashraf MS, Calder J, et coll. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Octobre 2012; vol. 33, no 10 : p. 965-977. PMID : 22961014.
- 4** Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, et coll. Oral feeding options for people with dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. Mars 2011; vol. 59, no 3 : p. 463-472. PMID : 21391936.
Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, et coll. 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; vol. 58, no 3 : p. 580-584. PMID : 20398123.
Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Base de données des révisions systématiques Cochrane*. Le 15 avril 2009; no 2 : CD007209. PMID : 19370678.
Sorrell JM. Use of feeding tubes in patients with advanced dementia: are we doing harm? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Mai 2010; vol. 48, no 5 : p. 15-18. PMID : 20415291.
Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, et coll. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc*. Octobre 2012; vol. 60, no 10 : p. 1918-1921. PMID : 23002947.
- 5** Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et coll. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. Le 1er mai 2008; vol. 358, no 18 : p. 1887-1898. PMID : 18378519.
Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, et coll. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging*. Octobre 2012; vol. 29, no 10 : p. 829-837. PMID : 23044639.
James PA, Oparil S, Carter BL, et coll. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. Le 5 février 2014; vol. 311, no 5 : p. 507-520. PMID : 24352797.
Muntner P, Bowling CB, Shimbo D. Systolic blood pressure goals to reduce cardiovascular disease among older adults. *Am J Med Sci*. Août 2014; vol. 348, no 2 : p. 129-134. PMID : 24978394.
Tinetti ME, Han L, Lee DS, et coll. Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older adults. *JAMA Intern Med*. Avril 2014; vol. 174, no 4 : p. 588-595. PMID : 24567036.
- 6** American Medical Directors Association (AMDA). Health maintenance in the long term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2012.
Clarfield AM. Screening in frail older people: an ounce of prevention or a pound of trouble? *J Am Geriatr Soc*. Octobre 2010; vol. 58, no 10 : p. 2016-2021. PMID : 20929471.
Gill TM. The central role of prognosis in clinical decision making. *JAMA*. Le 11 janvier 2012; vol. 307, no 2 : p. 199-200. PMID : 22235093.
Gross CP. Cancer screening in older persons: a new age of wonder. *JAMA Intern Med*. Octobre 2014; vol. 174, no 10 : p. 1565-1567. PMID : 25133660.
Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 17 juillet 2012; vol. 157, no 2 : p. 120-134. PMID : 22801674.
Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, et coll. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. *JAMA Intern Med*. Octobre 2014; vol. 174, no 10 : p. 1558-1565. PMID : 25133746.
van Hees F, Habbema JD, Meester RG, et coll. Should colorectal cancer screening be considered in elderly persons without previous screening? A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*. Le 3 juin 2014; vol. 160, no 11 : p. 750-759. PMID : 24887616.

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 cinq 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.

À propos de l'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Son objectif est d'améliorer la capacité de leadership des médecins dans les centres de soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins, mais surtout la qualité de vie des patients.