

## **Les recommandations du programme « Choisir avec soin » portent sur la surutilisation d'examens et de traitements médicaux inutiles**

***Parmi les nouvelles recommandations : les tomodensitométries de la tête ne sont pas nécessaires après un traumatisme crânien mineur ET les psychostimulants sont à éviter comme intervention de première intention pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants d'âge préscolaire.***

Edmonton, le 2 juin 2015 - Les nouvelles recommandations publiées aujourd'hui par [Choisir avec soin](#) proposent, en tête de liste, d'éviter les tomodensitométries pour un traumatisme crânien mineur ainsi que les psychostimulants chez les enfants d'âge préscolaire atteints de TDAH.

La recommandation au sujet des tomodensitométries a été formulée par l'Association canadienne des médecins d'urgence. Elle reconnaît que la plupart des adultes et enfants atteints d'un traumatisme crânien mineur n'ont pas subi de lésion cérébrale grave nécessitant qu'ils soient hospitalisés ou opérés. De plus, elle souligne qu'en faisant passer une tomodensitométrie de la tête aux patients qui ne présentent pas de signes de blessures importantes, on les expose inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître leur risque de développer un cancer au cours de leur vie.

La recommandation d'éviter les psychostimulants comme traitement de première intention pour les enfants d'âge préscolaire atteints de TDAH reconnaît le besoin de soumettre ces enfants à une évaluation. En effet, il faudrait d'abord tenter de détecter la présence d'autres agents stressants environnementaux, comme la négligence, les mauvais traitements ou l'exposition à la violence familiale avant d'opter pour les médicaments comme solution. Dans certains cas, la solution passe par l'éducation et le soutien des parents, suivis par des conseils sur la prise en charge comportementale et le placement en milieu communautaire. Cette recommandation est le fruit d'un effort concerté de l'Association des psychiatres du Canada, de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

La publication aujourd'hui de [49 nouvelles recommandations](#), parallèlement à la conférence annuelle 2015 de l'Association canadienne des médecins d'urgence à Edmonton, porte à plus de 150 le nombre de recommandations de Choisir avec soin offertes aux patients et aux médecins. Le nombre d'organismes médicaux au Canada qui ont formulé des recommandations dans le cadre de Choisir avec soin s'élève maintenant à 29. Le programme a été bien accueilli par de nombreux groupes de défense des droits des patients et des intérêts publics. Plusieurs ont fait l'éloge de l'effort entrepris par Choisir avec soin afin de fournir aux patients de l'information qui les aide à engager le dialogue avec leur médecin concernant leurs soins.

L'Association médicale canadienne (l'AMC) est un partenaire de premier plan de Choisir avec soin, qui vise à mettre les meilleures données probantes à la disposition des médecins et des patients. Les organisateurs de Choisir avec soin utilisent un langage simple et du matériel d'information adapté aux patients pour compléter les listes de « cinq pratiques à remettre en question » dans les spécialités médicales. Des efforts sont déployés afin de diffuser à grande échelle [le matériel d'information destiné aux patients](#) en ligne, dans les médias sociaux et par d'autres moyens.

## Citations

« Les recommandations publiées aujourd'hui portent sur des examens, des traitements et des interventions qui ne sont pas nécessaires, dont on fait un usage abusif et que les médecins et patients devraient éviter dans ces situations, a affirmé la D<sup>re</sup> Wendy Levinson, présidente de Choisir avec soin. En évitant ces examens et traitements quand ils ne sont pas nécessaires, on améliore les soins et on réduit les effets secondaires potentiels. »

« La relation médecin-patient repose sur la communication, la confiance et le partage d'information pour assurer des soins de la meilleure qualité. Choisir avec soin est un outil précieux tant pour le patient que le médecin », a souligné le D<sup>r</sup> Chris Simpson de l'Association médicale canadienne.

## **Organismes médicaux nationaux qui publient aujourd'hui une nouvelle liste de pratiques à remettre en question ou à éviter :**

- [Association canadienne des médecins d'urgence](#)
- [Société canadienne de médecine d'hôpital](#)
- [Association canadienne de médecine nucléaire](#)
- [Association canadienne de chirurgie pédiatrique](#)
- [Association des psychiatres du Canada](#)
- [Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent](#)
- [Académie canadienne de psychiatrie gériatrique](#)
- [Société canadienne du rachis](#)
- [Société canadienne de médecine transfusionnelle](#)

- [Société canadienne de chirurgie vasculaire.](#)

-30-

Pour plus d'information ou pour prévoir une entrevue, veuillez communiquer avec :

Ciana Van Dusen  
Communications AMC  
Courriel : [ciana.vandusen@cma.ca](mailto:ciana.vandusen@cma.ca)  
Tél. : 613-731-8610, poste 2229

*Choisir avec soin* est une campagne qui vise à aider les médecins et les patients à engager un dialogue au sujet des examens, des traitements et des interventions qui ne sont pas nécessaires. De plus, elle vise à soutenir les médecins de manière à ce qu'ils aident leurs patients à faire des choix judicieux et efficaces en vue d'assurer des soins de qualité. Choisir avec soin a vu le jour en Ontario et a rapidement été adoptée par toutes les associations médicales provinciales et territoriales, qui ont mis en place des moyens d'appuyer l'adoption des listes de Choisir avec soin. La campagne a atteint une envergure nationale au Canada.

*L'Association médicale canadienne (l'AMC)* est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC est un organisme professionnel sans but lucratif qui représente plus de 80 000 médecins du Canada et réunit 12 associations médicales provinciales et territoriales et 60 organisations médicales nationales. L'AMC a pour mission d'aider les médecins à prendre soin des patients. L'AMC exercera son leadership pour mobiliser et servir les médecins, et elle agira en qualité de porte-parole national pour défendre les normes les plus élevées en matière de santé et de soins de santé.

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

### **1 Ne prescrivez pas de tomodensitométrie de la tête pour les adultes ou les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur (à moins que l'intervention soit prescrite par une règle de décision clinique pertinente).**

Il arrive souvent que des enfants et des adultes se présentent à l'urgence pour un traumatisme crânien mineur. On parle de traumatisme crânien mineur chez un adulte en présence des critères suivants : score de Glasgow de 13 à 15, patient de 16 ans ou plus, ne prenant aucun anticoagulant oral, sans trouble de l'hémostase connu ni fracture ouverte du crâne évidente. Chez l'enfant, on parle de traumatisme crânien mineur en présence des critères suivants : blessure subie il y a moins de 24 heures associée à une perte de conscience observée, à une amnésie manifeste, à une désorientation constatée, à des vomissements persistants (plus d'un épisode) ou à une irritabilité persistante (pour les enfants de moins de deux ans), chez un patient présentant un score de Glasgow de 13 à 15. La plupart des adultes et des enfants atteints d'un traumatisme crânien mineur n'ont pas subi de lésion cérébrale grave nécessitant qu'ils soient hospitalisés ou opérés. En faisant passer une tomodensitométrie (TDM) de la tête aux patients qui ne présentent pas de signes ou symptômes de blessures importantes, vous les exposez inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître leur risque de développer un cancer au cours de leur vie. Cette pratique augmente également la durée des séjours et le risque de mauvais diagnostic. Il existe plusieurs études qui indiquent que les médecins ne devraient pas demander de tomodensitométrie de la tête pour les patients ayant subi un traumatisme crânien mineur, mais n'ayant pas connu de perte de conscience, d'amnésie ou de confusion, à moins que des règles de décision clinique validées n'indiquent le contraire (règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête [Canadian CT Head Rule] pour les adultes, règle CATCH ou règle PECARN pour les enfants).

### **2 Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes atteints de bronchite ou d'asthme ou aux enfants atteints de bronchiolite.**

On voit souvent à l'urgence des patients en détresse respiratoire présentant des bronchospasmes ou un râle sibilant, à la fois chez les enfants (bronchiolite) et chez les adultes (bronchite ou asthme). La plupart des patients présentant ces symptômes n'ont pas d'infection bactérienne, de sorte qu'une antibiothérapie ne permettrait pas de traiter le problème ou d'influencer l'évolution clinique (ex : hospitalisation). L'administration inappropriée d'antibiotiques peut exposer les patients à des risques inutiles (allergies, éruption cutanée, autres effets secondaires) et entraîner de la diarrhée. Ces prescriptions contribuent également au problème global de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques dans la communauté. Des preuves solides issues de la recherche appliquée recommandent aux médecins d'éviter de prescrire des antibiotiques aux enfants (bronchiolite) et aux adultes (bronchite ou asthme) qui présentent un râle sibilant.

### **3 Ne demandez pas une imagerie de la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale (bas du dos) pour les patients atteints d'une lombalgie non traumatique qui ne présentent aucun signe d'alerte ou indicateur pathologique.**

Il arrive souvent que des adultes se présentent à l'urgence pour des douleurs non spécifiques dans la région lombo-sacrée de la colonne (bas du dos) sans lien avec un trauma important (accident de voiture, chute importante, etc.). L'évaluation de ces patients doit comprendre une vérification ciblée et exhaustive des antécédents ainsi qu'un examen physique complet visant à repérer les « signes d'alerte » qui pourraient indiquer une pathologie importante. Ces signes peuvent inclure, notamment : caractéristiques du syndrome de la queue de cheval; perte de poids; antécédents de cancer; fièvre; sueurs nocturnes; utilisation chronique de corticoïdes généraux; utilisation chronique de drogues illicites par voie intraveineuse; premier épisode de lombalgie chez un patient de plus de 50 ans, et plus particulièrement de plus de 65 ans; réflexes anormaux; perte de force motrice et perte de sensation dans les jambes. En l'absence de signes d'alerte, les médecins ne devraient pas demander une imagerie radiologique pour les patients se présentant en raison d'une lombalgie non spécifique. L'imagerie de la colonne pour une lombalgie symptomatique n'offre aucun avantage : elle expose inutilement les patients aux rayonnements ionisants, contribue à l'engorgement des hôpitaux et ne permet pas d'améliorer les résultats cliniques.

### **4 Ne demandez pas de radiographie du cou pour les patients dont le résultat de la règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale est négatif.**

Les douleurs cervicales résultant d'un trauma (comme une chute ou un accident de voiture) sont un motif courant de visite à l'urgence. Très peu de patients qui se présentent pour cette raison ont toutefois des lésions pouvant être détectées par radiographie (rayons X). La vérification des antécédents, la réalisation d'un examen physique et l'utilisation de règles de décision clinique (règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale, ou Canadian C-Spine Rule) peuvent permettre de reconnaître les patients alertes et dans un état stable qui ne présentent pas de lésions médullaires cervicales et qui n'ont donc pas besoin de radiographie. La règle canadienne a été validée et mise en œuvre de façon concluante dans divers centres canadiens. Les médecins ne devraient pas faire passer de radiographie, à moins que la règle recommande le contraire. En faisant passer ce test inutilement, vous retardez les soins, risquez d'accroître les douleurs et les résultats indésirables (en raison de l'immobilisation prolongée sur une planche dorsale), et exposez les patients aux rayonnements ionisants sans qu'ils puissent en tirer un quelconque avantage. La stratégie recommandée réduira la proportion de patients alertes devant passer une radiographie.

## 5 Ne prescrivez pas d'antibiotiques après avoir percé et drainé un abcès cutané non compliqué, sauf en présence de cellulite étendue.

Un abcès est un amas de pus accumulé dans une cavité de tissu mou, le plus souvent causé par la bactérie *Staphylococcus aureus* (sensible ou résistante à la méthicilline). La plupart des abcès non compliqués devraient être percés à l'urgence à la suite d'une analgésie locale ou d'une sédation consciente, puis être drainés complètement et faire l'objet d'un suivi approprié. Des recherches indiquent qu'il n'est habituellement pas nécessaire de faire suivre ces interventions d'une antibiothérapie en cas d'abcès non compliqué. Les médecins ne devraient donc pas prescrire d'antibiotiques dans ces cas, sauf chez les patients immunovulnérables, atteints d'une maladie systémique ou qui présentent une cellulite ou une lymphangite étendue.

### Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a créé un groupe d'experts et lui a confié la création d'une liste préliminaire de tests, d'interventions et de traitements potentiellement surutilisés en médecine d'urgence et qui n'améliorent pas les soins. La liste a été soumise aux présidents des sous-comités de l'ACMU, qui ont été invités à formuler des commentaires. Elle a ensuite été envoyée à plus de 100 urgentologues canadiens sélectionnés, auxquels on a demandé de voter sur les différents éléments en fonction des critères suivants : applicabilité (utilité) pour les urgentologues, efficacité, sécurité, fardeau économique et fréquence d'utilisation. Le groupe d'experts de l'ACMU s'est ensuite penché sur les éléments ayant obtenu le plus grand nombre de votes et s'est entendu sur les cinq recommandations à formuler dans le cadre de la campagne « Choisir avec soin ».

### Sources

- Easter JS, Bakes K, Dhaliwal J, Miller M, Caruso E, Haukoos JS. Comparison of PECARN, CATCH, and CHALICE rules for children with minor head injury: a prospective cohort study. *Ann Emerg Med*. 2014; 64(2):145-52, 152.e1-5.

Osmond MH, Klassen TP, Wells GA, Correll R, Jarvis A, Joubert G, Bailey B, Chauvin-Kimoff L, Pusic M, McConnell D, Nijssen-Jordan C, Silver N, Taylor B, Stiell IG; Pediatric Emergency Research Canada (PERC) Head Injury Study Group. CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *CMAJ*. 2010; 182(4):341-8.

Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, McKnight RD, Verbeek R, Brison R, Cass D, Eisenhauer ME, Greenberg G, Worthington J. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet*. 2001; 357(9266):1391-6.
- Farley R, Spurling GK, Eriksson L, Del Mar CB. Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 10:CD005189.

Graham V, Lasserson T, Rowe BH. Les preuves sont insuffisantes pour établir l'efficacité des antibiotiques chez les patients atteints d'asthme aigu (sans signe d'infection). *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (3):CD002741.

Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Traitement antibiotique pour les personnes ayant un diagnostic clinique de bronchite aiguë. *Bibliothèque Cochrane*. 2014; 3:CD000245.
- Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009; 373(9662):463-72.

Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007; 147(7):478-91.

Toward Optimized Practice. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain, 2e édition. Edmonton (Alb.) : Toward Optimized Practice; 2011.
- Michaleff ZA, Maher CG, Verhagen AP, Rebbeck T, Lin CW. Accuracy of the Canadian C-spine rule and NEXUS to screen for clinically important cervical spine injury in patients following blunt trauma: a systematic review. *CMAJ*. 2012; 184(16):E867-76.

Stiell IG, Clement CM, Grimshaw J, Brison RJ, Rowe BH, Schull MJ, Lee JS, Brehaut J, McKnight RD, Eisenhauer MA, Dreyer J, Letovsky E, Rutledge T, MacPhail I, Ross S, Shah A, Perry JJ, Holroyd BR, Ip U, Lesiuk H, Wells GA. Implementation of the Canadian C-Spine Rule: prospective 12 centre cluster randomised trial. *BMJ*. 2009; 339:b4146.

Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, Brison R, Schull MJ, Rowe BH, Worthington JR, Eisenhauer MA, Cass D, Greenberg G, MacPhail I, Dreyer J, Lee JS, Bandiera G, Reardon M, Holroyd B, Lesiuk H, Wells GA. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *N Engl J Med*. 2003; 349(26):2510-8.
- Duong M, Markwell S, Peter J, Barenkamp S. Randomized, controlled trial of antibiotics in the management of community-acquired skin abscesses in the pediatric patient. *Ann Emerg Med*. 2010; 55(5):401-7.

Fridkin SK, Hageman JC, Morrison M, Sanza LT, Como-Sabetti K, Jernigan JA, Harriman K, Harrison LH, Lynfield R, Farley MM; Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* disease in three communities. *N Engl J Med*. 2005; 352(14):1436-44.

Llera JL, Levy RC. Treatment of cutaneous abscess: a double-blind clinical study. *Ann Emerg Med*. 1985; 14(1):15-9.

Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2014; 59(2):147-59.

### 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 l'Association canadienne des médecins d'urgence

L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'ACMU est le principal organisme médical voué à la représentation, à l'éducation et à la défense des intérêts des urgentologues canadiens et de leurs patients, notamment en ce qui a trait aux enjeux en milieu de travail. L'ACMU représente plus de 2000 urgentologues partout au Canada. Son siège social est situé à Ottawa, et elle fait partie des membres fondateurs de la Fédération internationale de la médecine d'urgence. L'ACMU contribue à l'application des connaissances en publiant le *Journal canadien de la médecine d'urgence* et en organisant des tournées de formation et d'autres activités d'EMC ainsi que son propre congrès annuel.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

## **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 inexplicée 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.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

## 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, Hackbarth 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, Bhusal 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, 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.  
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.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

- 5** 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=>.
- 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.
- Pompei 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](http://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.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**





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

### **1 Évitez l'imagerie cardiaque à l'effort ou la coronographie pour les patients qui ne présentent pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.**

Les patients asymptomatiques à faible risque subissent jusqu'à 45 % des épreuves à l'effort inappropriées. Chez ces patients asymptomatiques, il faut procéder à des examens seulement en présence des éléments suivants : diabète chez les patients de plus de 40 ans, maladie artérielle périphérique ou taux annuel d'événements coronariens supérieur à 2 %.

### **2 Évitez le recours à la scintigraphie thyroïdienne en médecine nucléaire pour évaluer des nodules thyroïdiens chez les patients qui présentent une fonction thyroïdienne normale.**

La scintigraphie thyroïdienne en médecine nucléaire ne permet pas de déterminer de façon concluante si des nodules thyroïdiens sont cancéreux ou non, et même les nodules froids à la scintigraphie nécessiteraient une biopsie. La scintigraphie thyroïdienne en médecine nucléaire est utile pour évaluer le fonctionnement des nodules thyroïdiens pour les patients qui présentent une hyperthyroïdie.

### **3 Évitez l'angiographie par tomодensitométrie pour diagnostiquer une embolie pulmonaire chez les jeunes patients, en particulier les femmes, qui présentent une radiographie pulmonaire normale. Envisagez plutôt la scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion (V/Q).**

Lorsque la question clinique est de savoir si une embolie pulmonaire est présente ou non, une scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion (V/Q) peut fournir la réponse avec une dose globale de rayonnement plus faible que l'angiographie pulmonaire par tomодensitométrie. La dose de rayonnement de la scintigraphie pulmonaire en médecine nucléaire, reçue au niveau du sein chez la femme, est beaucoup plus faible que la dose émise par tomодensitométrie avec utilisation de boucliers de protection des seins. L'imagerie peut ne pas être nécessaire pour les patients pour qui la probabilité clinique d'embolie pulmonaire est faible et dont le dosage des D-dimères à haute sensibilité est négatif.

### **4 Évitez les scintigraphies osseuses de routine pour les hommes qui présentent un cancer de la prostate à faible risque.**

Les patients à faible risque de maladie métastatique, d'après des critères fondés sur le taux d'antigène prostatique spécifique et le score de Gleason, n'ont pas besoin d'une scintigraphie osseuse pour la stadification du cancer. Les scintigraphies osseuses peuvent être utiles si les antécédents du patient ou le résultat de l'examen physique peuvent faire soupçonner une atteinte des os.

### **5 Évitez de répéter les examens d'ostéodensitométrie par DEXA plus d'une fois aux deux ans en l'absence de facteurs de risques élevés ou de nouveaux facteurs de risque.**

L'utilité de répéter l'examen DEXA plus d'une fois aux deux ans, particulièrement pour les patients stables, est limitée par plusieurs facteurs, notamment le taux anticipé de perte osseuse qui n'est pas susceptible d'être détecté à intervalles plus courts et les erreurs de mesure qui peuvent rendre les examens répétés non fiables. Ces facteurs peuvent être exacerbés si l'on n'utilise pas les mêmes appareils DEXA pour les examens. Pour les patients stables, l'intervalle entre les ostéodensitométries peut être prolongé, et une répétition pourrait ne pas être nécessaire.

## Comment la liste a été établie

L'Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN) a formulé ses cinq principales recommandations dans le contexte du programme « Choisir avec soin » en demandant d'abord à son groupe de travail nouvellement formé pour le programme de revoir les listes « Choosing Wisely » de la Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI) et de l'American Society of Nuclear Cardiology (ASNC). Comme les listes américaines reflétaient les mêmes enjeux que ceux rencontrés au Canada, le groupe de travail de l'ACMN a donné son accord de principe à ces listes, a sélectionné les procédures les plus susceptibles de remise en question et a ajouté deux de ses propres recommandations. La liste a ensuite été distribuée au conseil d'administration de l'ACMN et à l'ensemble des membres pour commentaires. Le premier élément a été adopté avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, ©2012 American Society of Nuclear Cardiology. Les éléments 2 et 4 ont été adoptés avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, ©2013 Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging.

## Sources

- 1** Hendel RC, Abbott BG, Bateman TM, Blankstein R, Calnon DA, Leppo JA, et coll. The role of radionuclide myocardial perfusion imaging for asymptomatic individuals. *J Nucl Cardiol*. Février 2011; 18(1):3-15.  
Hendel RC, Berman DS, Di Carli MF, Heidenreich PA, Henkin RE, Pellikka PA, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 Appropriate Use Criteria for Cardiac Radionuclide Imaging: A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the American Society of Nuclear Cardiology, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and the Society of Nuclear Medicine. *J Am Coll Cardiol*. Le 9 juin 2009; 9:53(23):2201-29.
- 2** American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, et coll. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. Novembre 2009; 19(11):1167-214.  
Lee JC, Harris AM, Khafagimimum FA. Thyroid scans. *Aust Fam Physician*. Août 2012; 41(8):584-86.  
Welker MJ, Orlov D. Thyroid nodules. *Am Fam Physician*. Le 1er février 2003; 67(3):559-66.
- 3** Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. Le 29 novembre 2007; 357(22):2277-84.  
Burns SK, Haramati LB. Diagnostic imaging and risk stratification of patients with acute pulmonary embolism. *Cardiol Rev*. Janvier-février 2012; 20(1):15-24.  
Fesmire FM, Brown MD, Espinosa JA, Shih RD, Silvers SM, Wolf SJ, et coll. Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with suspected pulmonary embolism. *Ann Emerg Med*. Juin 2011; 57(6):628-652.e75.  
Freeman LM, Haramati LB. V/Q scintigraphy: alive, well and equal to the challenge of CT angiography. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. Mars 2009; 36(3):499-504.  
Freeman LM, Stein EG, Sprayregen S, Chamarthy M, Haramati LB. The current and continuing important role of ventilation-perfusion scintigraphy in evaluating patients with suspected pulmonary embolism. *Semin Nucl Med*. Novembre 2008; 38(6):432-40.  
Hurwitz LM, Yoshizumi TT, Goodman PC, Nelson RC, Toncheva G, Nguyen GB, et coll. Radiation dose savings for adult pulmonary embolus 64-MDCT using bismuth breast shields, lower peak kilovoltage, and automatic tube current modulation. *AJR Am J Roentgenol*. Janvier 2009; 192(1):244-53.  
McCullough CH Primak AN, Braun N, Kofler J, Yu L, Christner J. Strategies for reducing radiation dose in CT. *Radiol Clin North Am*. Janvier 2009; 47(1):27-40.  
Niemann T, Nicolas G, Roser HW, Müller-Brand J, Bongartz G. Imaging for suspected pulmonary embolism in pregnancy-what about the fetal dose? A comprehensive review of the literature. *Insights Imaging*. Novembre 2010; 1(5-6):361-372.  
Parker MS, Hui FK, Camacho MA, Chung JK, Broga DW, Sethi NN. Female breast radiation exposure during CT pulmonary angiography. *AJR Am J Roentgenol*. Novembre 2005; 185(5):1228-33.  
Radiation dose to patients from radiopharmaceuticals (addendum 2 to ICRP publication 53). *Ann ICRP*. 1998;28(3):1-126.  
Stein EG, Haramati LB, Chamarthy M, Sprayregen S, Davitt MM, Freeman LM. Success of a safe and simple algorithm to reduce use of CT pulmonary angiography in the emergency department. *AJR Am J Roentgenol*. Février 2010; 194(2):392-7.
- 4** Abuzalouf S, Dayes I, Lukka H. Baseline staging of newly diagnosed prostate cancer: a summary of the literature. *J Urol*. Juin 2004; 171(6 Pt 1):2122-7.  
American Urological Association. Five Things Physicians and Patients Should Question [Internet]. Février 2013 [cité le 16 mars 2015]. En ligne : <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-urological-association/>.  
Eberhardt SC, Carter S, Casalino DD, Merrick G, Frank SJ, Gottschalk AR, et coll. ACR Appropriateness Criteria prostate cancer--pretreatment detection, staging, and surveillance. *J Am Coll Radiol*. Février 2013; 10(2):83-92.  
Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast T, et coll. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *Eur Urol*. Janvier 2014; 65(1):124-37.  
Kim L, Min M, Roos D, Nguyen L, Yeoh E. Are staging investigations being overused in patients with low and intermediate risk prostate cancer? *J Med Imaging Radiat Oncol*. Février 2015; 59(1):77-81.  
Makarov DV, Desai RA, Yu JB, Sharma R, Abraham N, Albertsen PC, et coll. The population level prevalence and correlates of appropriate and inappropriate imaging to stage incident prostate cancer in the medicare population. *J Urol*. Janvier 2012; 187(1):97-102.  
Wollin DA, Makarov DV. Guideline of Guidelines: Prostate Cancer Imaging. *BJU Int*. Le 26 février 2015.
- 5** Brown JP, Josse RG; Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ*. Le 12 novembre 2002; 167(10 Suppl):S1-34.  
Committee on Practice Bulletins-Gynecology, The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin N. 129. Osteoporosis. *Obstet Gynecol*. Septembre 2012; 120(3):718-34.  
Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et coll. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*. Octobre 2014; 25(10):2359-81.  
Lim LS, Hoeksema LJ, Sherin K; ACPM Prevention Practice Committee. Screening for osteoporosis in the adult U.S. population: ACPM position statement on preventive practice. *Am J Prev Med*. Avril 2009; 36(4):366-75.  
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 1er mars 2011; 154(5):356-64.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

### **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 L'Association canadienne de médecine nucléaire**

L'Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'ACMN vise l'excellence dans l'exercice de la médecine nucléaire diagnostique et thérapeutique en veillant au maintien des compétences des spécialistes en médecine nucléaire, en établissant des lignes directrices cliniques et en favorisant la recherche biomédicale. Nous collaborons avec tous les professionnels de la médecine nucléaire afin de veiller à ce que les Canadiens aient accès aux meilleurs services possibles en médecine nucléaire.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

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

### **1 Ne demandez pas systématiquement une échographie pour une hernie ombilicale ou inguinale.**

Les hernies ombilicales et inguinales sont l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles un patient pédiatrique peut avoir besoin d'être référé en chirurgie. Les antécédents médicaux et l'examen physique suffisent généralement pour poser un diagnostic. L'utilisation routinière de l'échographie pour diagnostiquer ces deux troubles est inutile et n'aidera pas le chirurgien pédiatrique à poser un diagnostic.

### **2 Ne demandez pas de dosage de la protéine C réactive pour les enfants soupçonnés d'avoir une appendicite.**

L'appendicectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes chez les enfants. Le diagnostic d'appendicite devrait être fondé sur les résultats cliniques jumelés à une imagerie, au besoin. L'expérience montre que le dosage de routine de la protéine C réactive pour les patients soupçonnés d'avoir une appendicite n'est pas nécessaire et n'aidera pas le médecin à poser un diagnostic.

### **3 Envisagez d'abord l'échographie comme option avant de faire une tomodensitométrie pour évaluer une appendicite possible chez les enfants.**

Bien que la tomodensitométrie soit précise pour évaluer l'appendice chez les enfants, l'échographie est presque aussi bonne dans des mains expérimentées. Le médecin peut poser un diagnostic d'appendicite en se basant sur l'histoire et l'examen physique seuls. Si l'imagerie est nécessaire, l'échographie (y compris les échographies en série) est l'examen initial à privilégier chez les enfants. Si les résultats de l'échographie sont équivoques, le médecin peut alors demander une tomodensitométrie. Cette approche réduit les risques potentiels associés aux radiations et est très précise, affichant une sensibilité et une spécificité de 94 %.

### **4 Ne demandez pas d'échographie de routine pour les enfants dont les testicules ne sont pas descendus.**

Le testicule non descendu est l'anomalie congénitale génito-urinaire la plus courante chez les garçons. Le diagnostic se fait après un examen physique et, si nécessaire, des tests d'imagerie. L'expérience montre qu'il n'est pas nécessaire de demander une échographie de routine pour les enfants présentant un testicule non descendu présumé avant de les diriger vers un chirurgien pédiatrique.

### **5 Ne reportez pas la consultation à un spécialiste au-delà de l'âge de 6 mois en cas de testicule non descendu.**

L'âge idéal pour la correction chirurgicale des testicules non descendus est entre 6 mois et 1 an. L'orchidopexie ne devrait pas être effectuée avant l'âge de 6 mois, car les testicules peuvent descendre spontanément pendant les premiers mois de la vie. Selon les meilleures données probantes, l'orchidopexie est recommandée entre l'âge de 6 et 12 mois. La chirurgie pendant cette période peut optimiser les fonctions de la spermatogenèse.

### **6 Ne reportez pas au-delà de l'âge de 2 semaines les tests de bilirubine totale et conjuguée (directe) pour un nouveau-né présentant un ictère persistant.**

L'atrésie des voies biliaires se manifeste cliniquement avant l'âge de 2 semaines par une jaunisse due à une hyperbilirubinémie conjuguée et des selles décolorées et pâles. Il faut faire un test sanguin de bilirubine totale et conjuguée (directe) pour tous les nourrissons présentant un ictère persistant au-delà des deux premières semaines de vie. Si la fraction de bilirubine conjuguée (directe) est supérieure à 20 % de la bilirubine totale, il faut rapidement diriger le nourrisson vers un spécialiste pour détecter la présence possible d'atrésie des voies biliaires. Le diagnostic et une intervention chirurgicale précoces, avant l'âge de 30 jours, offrent les meilleurs résultats pour la survie des patients avec leur propre foie, évitant ainsi une transplantation hépatique. Pour en savoir plus, consultez le site [www.cbar.ca](http://www.cbar.ca).

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

## Comment la liste a été établie

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique (ACCP) a formulé ses six principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » par consensus parmi ses membres lors de sa réunion d'hiver à Calgary (mars 2015).

### Sources

- 1** LeBlanc KE, LeBlanc LL, LeBlanc KA. Inguinal hernias: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 15 juin 2013;87(12):844-8.  
Miller J, Cho J, Michael MJ, Saouaf R, Towfigh S. Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. *JAMA Surg*. Octobre 2014;149(10):1077-80.
- 2** Amalesh T, Shankar M, Shankar R. CRP in acute appendicitis--is it a necessary investigation? *Int J Surg*. 2004;2(2):88-9.  
Jangjoo A, Varasteh AR, Bahar MM, Meibodi NT, Aliakbarian M, Hoseininejad M, et al. Is C-reactive protein helpful for early diagnosis of acute appendicitis? *Acta Chir Belg*. Juillet-Août 2011;111(4):219-22.  
Shogilev DJ, Duus N, Odom SR, Shapiro NI. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *West J Emerg Med*. Novembre 2014;15(7):859-71.
- 3** Krishnamoorthi R, Ramarajan N, Wang NE, Newman B, Rubesova E, Mueller CM, et al. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology*. Avril 2011;259(1):231-9.  
Rosen MP, Ding A, Blake MA, Baker ME, Cash BD, Fidler JL, et al. ACR appropriateness criteria@ right lower quadrant pain--suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol*. Novembre 2011;8(11):749-55.  
Saito JM, Yan Y, Evashwick TW, Warner BW, Tarr PI. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. *Pediatrics*. Janvier 2013;131(1):e37-44.  
Schuh S, Chan K, Langer JC, Kulik D, Preto-Zamperlini M, Aswad NA, et al. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use. *Acad Emerg Med*. Avril 2015;22(4):406-14.  
Wan MJ, Krahn M, Ungar WJ, Caku E, Sung L, Medina LS, et al. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis--a markov decision analytic model. *Radiology*. Février 2009;250(2):378-86.
- 4** Tasian GE, Copp HL. Diagnostic performance of ultrasound in nonpalpable cryptorchidism: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. Janvier 2011;127(1):119-28.  
Tasian GE, Yiee JH, Copp HL. Imaging use and cryptorchidism: determinants of practice patterns. *J Urol*. Mai 2011;185(5):1882-7.
- 5** Chan E, Wayne C, Nasr A; FRCSC for Canadian Association of Pediatric Surgeon Evidence-Based Resource. Ideal timing of orchiopexy: a systematic review. *Pediatr Surg Int*. Janvier 2014;30(1):87-97.  
Kim SO, Hwang EC, Hwang IS, Oh KJ, Jung SI, Kang TW, et al. Testicular catch up growth: the impact of orchiopexy age. *Urology*. Octobre 2011;78(4):886-9.  
Kollin C, Karpe B, Hesser U, Granholm T, Ritzén EM. Surgical treatment of unilaterally undescended testes: testicular growth after randomization to orchiopexy at age 9 months or 3 years. *J Urol*. Octobre 2007;178(4 Pt 2):1589-93; discussion 1593.
- 6** Lignes directrices pour la détection, la prise en charge et la prévention de l'hyperbilirubinémie chez les nouveau-nés à terme et peu prématurés (35 semaines d'âge gestationnel ou plus) – Version abrégée. *Paediatr Child Health*. Mai 2007;12(5):401-18.  
Schreiber RA, Barker CC, Roberts EA, Martin SR, Alvarez F, Smith L, et al. Biliary atresia: the Canadian experience. *J Pediatr*. Décembre 2007;151(6):659-65, 665.e1.  
Wildhaber BE, Majno P, Mayr J, Zachariou Z, Hohlfield J, Schwoebel M, et al. Biliary atresia: Swiss national study, 1994-2004. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Mars 2008;46(3):299-307.

### 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 L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Elle se consacre à l'amélioration de la santé des enfants et s'efforce de faire une différence dans la vie des enfants, des adolescents et de leur famille, en améliorant la qualité des soins grâce à l'éducation et la recherche. L'Association s'intéresse particulièrement au diagnostic et au traitement des anomalies congénitales, des cancers pédiatriques et des traumatismes, et à la recherche dans ces domaines.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**



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

### **1 N'utilisez pas d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les adolescents.**

De récentes études confirment une hausse dramatique de l'utilisation d'antipsychotiques atypiques ainsi que des effets secondaires comme l'obésité, qui représente déjà un problème de santé majeur chez cette population. Il est plus prudent d'essayer d'abord des stratégies non pharmacologiques, comme des modifications comportementales et l'adoption de bonnes habitudes de sommeil (élimination des siestes, arrêt de l'utilisation d'appareils électroniques une heure avant le coucher, limitation de consommation de produits contenant de la caféine). Si ces interventions échouent, l'étape suivante à envisager devrait être la prise de mélatonine pendant une courte période.

### **2 N'utilisez pas d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) comme intervention de première intention pour traiter la dépression légère à modérée chez les adolescents.**

Les études indiquent clairement que les antidépresseurs sont moins efficaces chez les enfants et les adolescents de 17 ans et moins. Le traitement de première intention pour ces groupes d'âge devrait donc être la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle. En outre, il faut toujours porter une attention particulière à la sécurité environnementale et au soutien parental afin de détecter tout cas de négligence ou de mauvais traitements. Une fois que ces possibilités ont été écartées, une approche psychopédagogique portant sur l'importance d'un horaire de sommeil régulier, d'une bonne alimentation et de l'activité physique serait une bonne intervention de première intention pour assurer un soutien au développement sain et adapté à l'âge.

### **3 N'utilisez pas d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter les cas de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et trouble de comportement perturbateur concomitant.**

Le traitement du TDAH doit d'abord passer par une éducation adéquate des patients et des familles, des interventions comportementales, des traitements psychologiques et des mesures d'adaptation en milieu scolaire. Si ces approches ne suffisent pas, il est indiqué de prescrire un stimulant et de procéder à une analyse comportementale pour veiller à ce que l'enfant reçoive un soutien suffisant à l'école et à la maison. Chez les enfants présentant également un trouble de comportement perturbateur (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites), il est préférable d'envisager l'utilisation d'agonistes alpha-2 adrénergiques (comme la guanfacine) et d'atomoxétine avant le recours à des antipsychotiques atypiques (comme la rispéridone).

### **4 N'utilisez pas de psychostimulants comme intervention de première intention pour traiter le TDAH chez les enfants d'âge préscolaire.**

Les enfants d'âge préscolaire atteints de TDAH doivent faire l'objet d'une évaluation visant à détecter la présence d'autres troubles neuro-développementaux ou d'agents stressants environnementaux, comme la négligence, les mauvais traitements ou l'exposition à la violence familiale. Le traitement passe d'ailleurs par l'éducation et le soutien des parents, suivis par des conseils sur la prise en charge comportementale et le placement en milieu communautaire.

### **5 Ne prescrivez pas d'emblée des antipsychotiques pour traiter l'insomnie primaire, peu importe l'âge du patient.**

Les antipsychotiques de deuxième génération, comme l'olanzapine et la quétiapine, ont des propriétés sédatives et sont souvent prescrits pour traiter l'insomnie, une utilisation non indiquée sur l'étiquette. Ces médicaments présentent un risque important d'effets secondaires comme la prise de poids et les complications métaboliques, même aux faibles doses utilisées pour traiter l'insomnie. Par ailleurs, chez les patients atteints de démence, ils peuvent entraîner des effets secondaires graves, soit l'augmentation du risque d'événements cérébrovasculaires et de décès.

## **6 Ne demandez pas systématiquement d'analyse toxicologique qualitative (dépistage urinaire de drogues) pour les patients psychiatriques qui se présentent à l'urgence.**

Les dépistages toxicologiques qualitatifs de l'urine ne semblent pas améliorer la prise en charge des patients psychiatriques à l'urgence, en raison du risque de faux positifs, de faux négatifs, de vrais positifs sans lien avec le tableau clinique ou très peu pertinents à cet égard ainsi que du retard dans l'évaluation et la prise en charge psychiatrique qu'entraîne l'exécution de l'analyse.

## **7 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter les symptômes dépressifs légers ou sous-syndromiques chez les adultes.**

Les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse dans les cas de dépression modérée ou grave. Pour les patients présentant des symptômes légers ou sous-syndromiques, une évaluation complète, une surveillance et un soutien continus, des interventions psychosociales et la modification des habitudes de vie devraient être envisagés en premier recours. Ces interventions permettraient d'éviter les effets secondaires des médicaments et d'établir des facteurs étiologiques qui pourraient être importants dans l'évaluation et la prise en charge futures. Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour les patients atteints de dépression légère persistante qui ont des antécédents de dépression plus grave ou chez qui les autres interventions ont échoué.

## **8 Ne demandez pas d'emblée de neuro-imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou examen d'IRM) pour un premier épisode psychotique en l'absence de signes ou de symptômes pouvant évoquer une pathologie intracrânienne.**

Les signes et symptômes pouvant évoquer une pathologie intracrânienne sont les céphalées, la nausée et les vomissements, les manifestations rappelant une crise convulsive et l'apparition des symptômes à un âge plus tardif. Plusieurs études ont conclu que l'utilisation systématique de la neuro-imagerie pour un premier épisode psychotique n'a aucune incidence significative sur la prise en charge clinique. Les risques associés à l'exposition aux rayonnements ainsi que le retard du traitement sont autant d'autres arguments contre cette pratique.

## **9 Ne poursuivez pas d'emblée un traitement de benzodiazépines amorcé lors d'une hospitalisation en soins de courte durée sans avoir effectué un examen rigoureux du cas et dressé un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, idéalement avant le congé de l'hôpital.**

Les benzodiazépines, bien qu'elles soient utiles pour le soulagement à court terme de l'anxiété et de l'insomnie, sont associées à une vaste gamme d'effets secondaires et de problèmes à long terme, notamment des déficits cognitifs et psychomoteurs ainsi que l'abus et la dépendance. Elles sont utilisées couramment en milieu hospitalier pour traiter l'anxiété et l'insomnie associées soit avec le problème à l'origine de l'hospitalisation, soit avec l'hospitalisation elle-même. Une fois le problème traité, les doses de benzodiazépines devraient être progressivement réduites, puis arrêtées. Les patients qui continuent le traitement après leur départ de l'hôpital devraient faire l'objet d'un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, lequel devrait être décrit dans la feuille du résumé au congé et l'ordonnance remises au patient à son congé.

## **10 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter la dépression en présence concomitante d'un problème actif de consommation d'alcool sans avoir d'abord envisagé une période de sobriété suivie d'une réévaluation de la persistance des symptômes dépressifs.**

La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation d'alcool nécessite l'évaluation du rôle que joue l'alcool comme facteur étiologique des symptômes dépressifs. Des études ont montré que les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse lorsqu'ils sont réservés au traitement de symptômes persistant après une période de sobriété de deux à quatre semaines. En outre, des études font état de la disparition des symptômes dépressifs suivant une période de sobriété sans prise d'antidépresseurs chez un pourcentage élevé des patients. La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation, notamment de dépendance à l'alcool, passe par une évaluation et un traitement parallèles.

## **11 Ne prescrivez pas d'emblée de stratégies de traitement d'antipsychotiques combinés ou à dose élevée aux patients atteints de schizophrénie.**

Dans la pratique clinique, on utilise des antipsychotiques atypiques combinés ou à dose élevée chez les patients atteints de schizophrénie dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par un ou plusieurs antipsychotiques atypiques utilisés à une dose standard. Selon une méta-analyse récente, ces stratégies n'entraîneraient aucune amélioration cliniquement significative pour les patients dont la schizophrénie n'est pas bien contrôlée par un ou plusieurs antipsychotiques atypiques utilisés à une dose standard. En ce qui concerne l'innocuité, aucune différence cliniquement significative n'a été observée entre le traitement combiné ou à dose élevée et la monothérapie à dose standard.

## **12 N'utilisez pas d'antipsychotiques comme intervention de première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.**

Les personnes atteintes de démence présentent souvent des symptômes comportementaux problématiques, notamment l'agressivité et la psychose. Il peut alors être nécessaire de prescrire des antipsychotiques. Toutefois, ces médicaments doivent être utilisés avec prudence étant donné que leurs avantages sont limités et qu'ils peuvent occasionner de graves préjudices, notamment le décès prématuré. En ce qui concerne la démence, les antipsychotiques devraient être réservés aux patients chez qui les traitements non pharmacologiques ont échoué et pour qui les symptômes engendrent une souffrance ou une détresse importante ou posent un danger imminent pour le patient ou pour autrui. Une évaluation rigoureuse menant à l'identification et au traitement des causes du changement de comportement peut permettre d'éliminer le recours à ces médicaments. Des études épidémiologiques semblent indiquer que les antipsychotiques classiques (de première génération), comme l'halopéridol, seraient associés à un risque au moins équivalent d'événements indésirables. Cette recommandation ne s'applique pas au delirium ou aux maladies mentales graves comme les troubles de l'humeur ou la schizophrénie.

## **13 N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie.**

Des interventions non pharmacologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale et les interventions comportementales de courte durée se sont avérées utiles dans le traitement de l'insomnie chez les personnes âgées. Des études épidémiologiques ont révélé que le risque d'accident de voiture, de chute et de fracture de la hanche entraînant une hospitalisation ou le décès peut être plus de deux fois plus élevé chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines et d'autres sédatifs-hypnotiques. Le fait de prescrire des sédatifs-hypnotiques ou de cesser l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier peut avoir une incidence considérable sur la consommation à long terme. Ces préjudices potentiels ainsi que d'autres comme les troubles cognitifs doivent être pris en compte dans le choix d'une stratégie de traitement de l'insomnie. Les benzodiazépines devraient être utilisées le moins longtemps possible, et uniquement pour les patients chez qui les traitements non pharmacologiques ont échoué et pour lesquels les troubles du sommeil occasionnent une souffrance ou une détresse considérable.

### **Comment la liste a été établie**

L'Association des psychiatres du Canada (APC) a mis sur pied un groupe de travail comprenant des représentants de son comité des normes professionnelles et de la pratique, de son comité de la recherche et de sa section des membres en formation, ainsi que de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) et de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA). Le groupe comptait également une personne de l'Association canadienne pour la santé mentale possédant une expérience pertinente. Les membres de l'APC, de même que les associations provinciales de psychiatrie, l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) et l'Académie canadienne de médecine psychosomatique (ACMP), ont été invités à fournir des suggestions d'éléments à ajouter à la liste. Le groupe de travail s'est penché sur les suggestions reçues, puis, avec l'aide du réseau clinique stratégique sur la dépendance et la santé mentale des Services de santé de l'Alberta, il a effectué de brèves revues de la littérature sur un certain nombre d'éléments potentiels. Les recommandations ont ensuite été peaufinées lors de téléconférences du groupe de travail, et une version quasi définitive a été renvoyée aux associations provinciales, à l'ACPD et à l'ACMP. Celles-ci ont été invitées à formuler des commentaires finaux, qui ont été pris en considération par le groupe de travail lors de la rédaction de la liste définitive.

Un petit sous-comité de l'ACGP a été mis sur pied, avec l'apport de représentants de l'ACMP et de la Société canadienne de gériatrie (SCG). Le groupe s'est penché sur les recommandations formulées par les membres de l'APC dans le cadre d'un sondage ainsi que sur les recommandations de la SCG, de l'American Geriatrics Society (AGS) et de l'American Psychiatric Association (APA) pour le programme « Choisir avec soin ». Deux recommandations ont été retenues, puis examinées, et des révisions mineures ont été apportées aux paragraphes de description. L'ACGP a axé sa recommandation visant l'utilisation de benzodiazépines et d'autres somnifères sur l'insomnie, plutôt que d'aborder une vaste gamme de problèmes.

Le Comité de direction de l'ACPEA a rédigé une liste provisoire après avoir pris connaissance des recommandations formulées par les membres de l'APC dans le cadre d'un sondage, ainsi que des recommandations de l'APA pour le programme « Choisir avec soin ». La liste a été examinée et peaufinée, et des commentaires supplémentaires ont été recueillis auprès du conseil d'administration de l'ACPEA, de la section de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Alberta Psychiatric Association ainsi que de psychiatres de différentes régions du pays.



## Sources

- 1** Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One*. 17 mai 2013;8(5):e63773.  
Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems. 2e édition. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2010.  
Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children: an American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2006;(29)10:1277-81.  
Owens JA, Moturi S. Pharmacologic treatment of pediatric insomnia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Octobre 2009;18(4):1001-16.  
Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev*. Juin 2003;7(3):215-25.
- 2** Bhatia SK and Bhatia SC. Childhood and Adolescent depression. *Am Fam Physician*. 1er janvier 2007;75(1):73-80.  
Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Novembre 2007;46(11):1503-26.  
Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 novembre 2012;11:CD004851.  
Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): 1. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. Novembre 2007;120(5): e1299-1312.
- 3** Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, et al. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*. Février 2015;60(2):62-76.  
Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 septembre 2012;9:CD008559.  
Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 1er février 2015;60(2):42-51.  
Wilkes TCR, Nixon MK. Pharmacological treatment of child and adolescent disruptive behaviour disorders. *Can J Psychiatry*. Février 2015;60(2):39-41.
- 4** Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH, 3e édition [Internet]. 2011 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <http://www.caddra.ca/fr/directrices>.  
Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M, Swanson J, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Novembre 2006;45(11):1284-93.  
March JS. The preschool ADHD treatment study (PATS) as the culmination of twenty years of clinical trials in pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mai 2011;50(5):427-30.
- 5** Agency for Healthcare Quality and Research. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update [Internet]. Septembre 2011 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/150/778/CER43\\_Off-labelAntipsychotics\\_20110928.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/150/778/CER43_Off-labelAntipsychotics_20110928.pdf).  
Coe HV, Hong IS. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. *Ann Pharmacother*. Mai 2012;46(5):718-22.  
Hermes ED, Sernyak M, Rosenheck R. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. *Sleep*. Avril 2013;36(4):597-600.  
Shah C, Sharma TR, Kablinger A. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacol Res*. Janvier 2014;79:1-8.
- 6** Korn CS, Currier GW, Henderson SO. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency department. *J Emerg Med*. Février 2000;18(2):173-176.  
Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA, Prendergast H, Stair TO. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Acad Emerg Med*. Février 1997;4(2):124-128.  
Schiller MJ, Shumway M, Batki SL. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatr Serv*. Avril 2000;51(4):474-78.  
Tenenbein M. Do you really need that emergency drug screen? *Clin Toxicol*. Avril 2009;47(4):286-91.
- 7** Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Janvier 2011;198(1):11-6.  
Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychosocial and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*. Novembre 2008;69(11):1675-85.  
Esposito E, Wang JL, Adair CE, Williams JV, Dobson K, Schopflocher D, et al. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry*. Décembre 2007;52(12):780-789.  
Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 6 janvier 2010;303(1):47-53.  
Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. Février 2008;5(2):e45.  
National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults [Internet]. Octobre 2009 [consulté le 1er mai 2015] En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.  
National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: evidence update [Internet]. 1er avril 2012 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence>.
- 8** Albon E, Tsourapas A, Frew E, Davenport C, Oyeboode F, Bayliss S, et al. Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. Mai 2008;12(18):iii-iv, ix-163.  
Goulet K, Deschamps B, Evoy F, Trudel JF. Use of brain imaging (computed tomography and magnetic resonance imaging) in first-episode psychosis: review and retrospective study. *Can J Psychiatry*. Juillet 2009;54(7):493-501.  
Khandanpour N, Hoggard N, Connolly D. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. *Clin Radiol*. Mars 2013;68(3):245-50.  
National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology appraisal guidance: Structural neuroimaging in first-episode psychosis [Internet]. Février 2008 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/ta136>.  
Williams SR, Koyanagi CY, Hishinuma ES. On the usefulness of structural brain imaging for young first episode inpatients with psychosis. *Psychiatry Res*. 30 novembre 2014;224(2):104-6.

- 9** Alessi-Severini S, Bolton JM, Enns MW, Dahl M, Collins DM, Chateau D, et al. Use of benzodiazepines and related drugs in Manitoba: A population-based study. *CMAJ Open*. Octobre 2014;2(4):E208-16.
- Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. Mai 2005;18(3):249-55.
- Bell CM, Fischer HD, Gill SS, Zagorski B, Sykora K, Wodchis WP, et al. Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization. *J Gen Intern Med*. Juillet 2007;22(7):1024-29.
- Cunningham CM, Hanley GM, Morgan S. Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact on increasing research and guideline cautions against long-term use. *Health Policy*. Octobre 2010;97(2-3):122-9.
- Grad R, Tamblyn R, Holbrook AM, Hurley J, Feightner J, Gayton D. Risk of a new benzodiazepine prescription in relation to recent hospitalization. *J Am Geriatr Soc*. Février 1999;47(2):184-8.
- Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*. Décembre 2011;106(12):2086-109.
- Olson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*. Février 2015;72(2):136-42.
- Olson M, King M, Schoenbaum M. The popularity of benzodiazepines, their advantages, and inadequate pharmacological alternatives—Reply. *JAMA Psychiatry*. 1er avril 2015.
- Swinson R, Antony M, Katzman MA, Bleay P, Chokka P, Craven M, et al. Lignes directrices : Prise en charge des troubles anxieux. *Can J Psychiatry*. Juillet 2006;51 Suppl 2:1S-93S. En ligne : <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/213>.
- Yokoi Y, Misal M, Oh E, Bellantoni M, Rosenberg PB. Benzodiazepine discontinuation and patient outcome in a chronic geriatric medical/psychiatric unit: a retrospective chart review. *Geriatr Gerontol Int*. Avril 2014;14(2):388-94.
- 10** Hashimoto E, Tayama M, Ishikawa H, Yamamoto M, Saito T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J Neural Transm*. Février 2015;122(2):301-6.
- McIntosh C, Ritson B. Treating depression complicated by substance misuse. *Adv Psychiatr Treat*. Janvier 2001;7(5):357-64.
- National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. Février 2011[consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- Nunes EV, Levin FR. Treatment of co-occurring depression and substance dependence: Using meta-analysis to guide clinical recommendations. *Psychiatr Ann*. Novembre 2008;38(11):nihpa128505.
- Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*. Novembre 2002;81-9.
- Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 4 avril 2005;78(1):1-22.
- 11** Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. A systematic review of combination and high-dose atypical antipsychotic therapy in patients with schizophrenia. Optimal Use Report: CADTH Volume 1, Issue 1B [Internet]. Décembre 2011 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : [http://www.cadth.ca/media/pdf/H0503\\_AAP\\_science-report\\_e.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_science-report_e.pdf).
- Fisher MD, Reilly K, Isenberg K, Villa KF. Antipsychotic patterns of use in patients with schizophrenia: polypharmacy versus monotherapy. *BMC Psychiatry*. 30 novembre 2014;14:341.
- 12** Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action [Internet]. Octobre 2009 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_108302.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_108302.pdf).
- Brodsky H, Arasaratnam 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 al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med*. 5 juin 2007;146(11):775-86.
- Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 26 février 2005;330(7489):445.
- 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*. 10 juillet 2004;329(7457):75.
- 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 al. 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.
- 13** Allain H, Bentué-Ferré 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, et al. 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.
- Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 novembre 2005;331(7526):1169.
- McMillan JM, Aitken E, Holroyd-Leduc JM. Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients. *CMAJ*. 19 novembre 2013;185(17):1499-505.
- Rapoport MJ, Lanctôt KL, Streiner DL, Bédard M, Vingilis E, Murray B, et al. Benzodiazepines and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 21 avril 2009;70(5):663-673.
- Roszkowska J, Geraci SA. Management of insomnia in the geriatric patient. *Am J Med*. Décembre 2010;123(12):1087-90.

### **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 L'Association des psychiatres du Canada**

L'Association des psychiatres du Canada (APC) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'APC est l'association professionnelle nationale à adhésion volontaire des 4 700 psychiatres et des 900 médecins résidents en psychiatrie du Canada. Voix nationale des psychiatres canadiens, l'APC défend les besoins professionnels de ses membres pour combler les besoins en santé mentale des Canadiens, et fait la promotion de l'excellence en enseignement, en recherche et en médecine clinique. Sa mission est de donner une forte voix collective aux psychiatres du pays et de favoriser une communauté dédiée à assurer les normes de pratique professionnelle les plus élevées possible dans les services psychiatriques offerts aux Canadiens.

### **À propos de L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'ACPEA fait la promotion de soins et de services de qualité destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles du Canada par une approche qui englobe les dimensions biologique, psychologique et sociale, fait intervenir des professionnels de plusieurs disciplines et touche de nombreux domaines de la santé et organismes de services.

### **À propos de L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique**

L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique (ACPG) est fière d'être associée à la campagne Choisir avec soin. L'ACPG est un organisme national regroupant des psychiatres voué à la promotion de la santé mentale des personnes âgées au Canada par l'intermédiaire d'activités cliniques, pédagogiques, de recherche et de représentation de ses membres. Fondée en 1991, l'ACPG est considérée comme la porte-parole officielle de la psychiatrie gériatrique au Canada. L'ACPG est membre du Conseil des académies de l'Association des psychiatres du Canada et compte actuellement plus de 300 membres.

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

### 1 Évitez la chirurgie de fusion pour traiter la douleur lombaire axiale mécanique causée par une dégénérescence multiniveau de la colonne, en l'absence de :

- douleur à la jambe, avec ou sans symptômes neurologiques ou signes de compression médullaire correspondante;
- pathologies structurales, telles qu'un spondylolisthésis ou une difformité.

Les chirurgies de fusion des vertèbres sont pratiquées comme traitement principal des maux de dos depuis plus d'un demi-siècle. Or, rien ne prouve hors de tout doute que la chirurgie de fusion soit supérieure à un traitement conservateur global pour les maux de dos, en l'absence d'une pathologie structurale focale et de symptômes mécaniques ou neurologiques correspondants. Il est souvent impossible de localiser la source précise de la douleur. Dans bien des cas, les symptômes sont multifactoriels et peuvent avoir diverses composantes, notamment une douleur centrale n'impliquant pas la colonne vertébrale. L'immense hétérogénéité de la population souffrant de lombalgie entraîne des résultats chirurgicaux imprévisibles et systématiquement défavorables pour les patients qui présentent un trouble dégénératif multiniveau de la colonne vertébrale.

### 2 Ne faites pas systématiquement une imagerie pour les patients atteints de lombalgie, indépendamment de la durée des symptômes, sauf si :

- des éléments cliniques font soupçonner une pathologie sous-jacente grave (présence de signes d'alerte);
- l'imagerie est nécessaire à la planification ou à l'exécution d'une intervention thérapeutique particulière fondée sur des données probantes pour une maladie rachidienne spécifique.

À moins que l'imagerie n'ait une portée directe sur la décision thérapeutique, elle n'est pas requise. Les « anomalies » radiologiques de la colonne vertébrale chez les personnes asymptomatiques sont courantes et elles augmentent avec l'âge. Le taux de résultats faussement positifs est extrêmement élevé chez les personnes dont les symptômes sont dominants au dos (c. à d. douleur lombaire axiale) et la plupart des observations n'ont aucun lien avec le tableau clinique. Dans la majorité des cas de lombalgie, l'imagerie de la colonne vertébrale n'améliore pas les soins aux patients et peut même entraîner des interventions inappropriées et avoir un effet néfaste sur le résultat final. Les signes d'alerte comprennent le syndrome de la queue de cheval, les déficits neurologiques graves ou progressifs et les cas soupçonnés de cancer, d'infection, de fracture et d'abcès ou d'hématome épidual.

### 3 Évitez l'injection périurale de corticoïdes (IPC) pour les patients ayant une lombalgie axiale sans symptômes d'origine radiculaire à la jambe.

Les stéroïdes sont des anti-inflammatoires puissants, mais la lombalgie axiale n'est avant tout pas un état inflammatoire. D'autant plus que le siège de l'inflammation ne serait généralement pas accessible par le canal rachidien. L'IPC donne des résultats beaucoup moins bons pour la lombalgie axiale comparés à la radiculopathie causée par une hernie discale. Même si les effets indésirables graves sont rares, des événements catastrophiques sont possibles et le soulagement des symptômes par l'injection ne dure en général que quelques semaines. Les avantages mineurs de l'IPC dans le cas de la lombalgie axiale ne l'emportent pas sur les risques, même si ces derniers sont rares.

### 4 En présence d'une scoliose idiopathique de l'adolescent (SIA), n'hésitez pas à préconiser un corset orthopédique pour le patient dont le squelette est immature, à qui il reste plus d'un an de croissance et dont l'ampleur de la courbure est de plus de 20 degrés.

Il y a encore beaucoup de controverse au sujet de l'utilisation d'appareil orthopédique (corset ou orthèse) chez les patients atteints de SIA dont la courbure est susceptible de progresser et qui risquent de devoir éventuellement être opérés. Une récente étude de haut niveau a montré de manière convaincante que le port du corset influence l'évolution naturelle de la SIA et qu'il réduit considérablement le besoin d'une opération subséquente chez les patients qui portent un corset approprié. Compte tenu de la diminution associée de l'indication chirurgicale, il y aurait lieu de réévaluer les préjugés défavorables à l'endroit du corset orthopédique.

## **5 Évitez de prescrire une antibiothérapie périopératoire au-delà de la période postopératoire de 24 heures dans les cas non compliqués soumis à une instrumentation qui ne sont pas à risque élevé d'infection ou de contamination de la plaie. L'administration d'une seule dose préopératoire pour les cas de colonne vertébrale sans instrumentation est suffisante.**

Même si une infection de plaie opératoire profonde associée à un implant rachidien peut être une complication dévastatrice, il n'a pas été démontré que l'antibiothérapie périopératoire prolongée en réduit l'incidence. L'avantage de son utilisation prolongée pour les interventions de routine à faible risque n'a pas été démontré et contribue plutôt à la création de souches bactériennes résistantes. Il faut opter pour une approche rationnelle, fondée sur des données probantes.

### **Comment la liste a été établie**

La Société canadienne de la colonne vertébrale (Canadian Spine Society) a établi sa liste de cinq recommandations principales pour la campagne « Choisir avec soin » en compilant les suggestions soumises par ses membres à un comité d'experts. Une liste préliminaire de sept éléments a d'abord été dressée. On a distribué cette liste à tous les membres de la Société par courriel et on les a invités à exprimer leurs préférences, à fournir leurs suggestions sur la façon de formuler les énoncés et à ajouter d'autres éléments qui selon eux devraient y figurer. La liste modifiée a de nouveau été distribuée, révisée, puis retournée aux membres pour une troisième fois. La présente liste est le résultat de l'accord final.

### **Sources**

- 1** Chou R, Baisden J, Carragee EJ, Resnick DK, Shaffer WO, Loeser JD. Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine (Phila (PA))* 1976. 1er mai 2009;34(10):1094-109.  
Jacobs WC, Rubinstein SM, Koes B, van Tulder MW, Peul WC. Evidence for surgery in degenerative lumbar spine disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Octobre 2013;27(5):673-84.
- 2** Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 1er février 2011;154(3):181-9.
- 3** Benyamin RM, Manchikanti L, Parr AT, Diwan S, Singh V, Falco FJ, Datta S, Abdi S, Hirsch JA. The effectiveness of lumbar interlaminar epidural injections in managing chronic low back and lower extremity pain. *Pain Physician*. Juillet-août 2012;15(4):E363-404.  
Choi HJ, Hahn S, Kim CH, Jang BH, Park S, Lee SM, Park JY, Chung CK, Park BJ. Epidural steroid injection therapy for low back pain: a meta-analysis. *Int J Technol Assess Health Care*. Juillet 2013;29(3):244-53.  
Cohen SP, Bickett MC, Jamison D, Wilkinson I, Rathmell JP. Epidural steroids: a comprehensive, evidence-based review. *Reg Anesth Pain Med*. Mai-juin 2013;38(3):175-200.
- 4** Weinstein SL, Dolan LA, Wright JG, Dobbs MB. Effects of bracing in adolescents with idiopathic scoliosis. *N Engl J Med*. 17 octobre 2013;369(16):1512-21.
- 5** Shaffer WO, Baisden JL, Fernand R, Matz PG; North American Spine Society. An evidence-based clinical guideline for antibiotic prophylaxis in spine surgery. *Spine J*. Octobre 2013;13(10):1387-92.

### **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 du rachis**

La Société canadienne du rachis (SCR) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCR est un organisme de concertation composé de neurochirurgiens, de chirurgiens orthopédistes et d'autres professionnels des soins du rachis dont l'intérêt premier est la promotion de l'excellence dans les soins aux patients, la recherche et la formation. La SCR agit à titre de groupe de coordination pour les grandes organisations canadiennes dans le domaine et entretient de solides partenariats avec l'Institut Rick Hansen et les principales universités canadiennes.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

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

### **1 Éviter de transfuser du sang si des traitements autres que la transfusion ou si la simple observation seraient aussi efficaces.**

On ne devrait pas recourir à la transfusion de sang si des alternatives sécuritaires, ne nécessitant pas de transfusion, sont disponibles. Par exemple, les patients présentant une carence en fer sans instabilité hémodynamique devraient être traités par supplémentation de fer.

### **2 Éviter de transfuser plus d'un culot globulaire à la fois lorsqu'il faut recourir à une transfusion chez un patient stable ne saignant pas.**

Les indications pour la transfusion de culots globulaires dépendent de l'état clinique du patient et de la cause de l'anémie. Chez un patient stable, qui ne saigne pas, un seul culot globulaire suffit souvent à soulager les symptômes d'anémie ou à hausser le taux d'hémoglobine à un niveau acceptable. Les transfusions sanguines sont associées à une hausse du taux de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés très vulnérables. La décision de transfuser devrait être dictée par les symptômes et par la concentration d'hémoglobine. La transfusion d'un seul culot globulaire devrait être le traitement standard chez le patient hospitalisé qui ne présente pas de saignements. La transfusion d'unités supplémentaires ne doit être prescrite qu'après une réévaluation de l'état du patient et de son taux d'hémoglobine.

### **3 Éviter de transfuser du plasma pour corriger un rapport international normalisé (RIN) légèrement élevé (< 1,8) ou un temps de thromboplastine partielle activée (TTPa) légèrement prolongé avant une procédure.**

Un RIN légèrement élevé ne prédit pas un risque accru de saignement. Par ailleurs, il n'y a pas d'évidence que la transfusion de plasma cause un changement significatif du RIN lorsqu'il est légèrement élevé (< 1,8).

### **4 Éviter de recourir systématiquement à la transfusion de plaquettes chez les patients présentant une thrombopénie secondaire à la chimiothérapie si leur décompte plaquettaire est supérieur à $10 \times 10^9/L$ en l'absence de saignements.**

Un décompte plaquettaire égal ou supérieur à  $10 \times 10^9/L$  assure habituellement une hémostase suffisante. Les transfusions de plaquettes sont associées à des événements défavorables et à des risques. La décision de transfuser des plaquettes doit tenir compte de la cause de la thrombopénie, des affections concomitantes, des symptômes de saignement, des facteurs de risque de saignement et de la nécessité d'une procédure invasive.

### **5 Éviter d'utiliser systématiquement du plasma ou des concentrés de complexe prothrombinique pour obtenir une inversion non urgente de l'anticoagulation par antagonistes de la vitamine K.**

Les patients ayant besoin d'une inversion non urgente de l'anticoagulation par la warfarine peuvent souvent être traités par la vitamine K ou par l'interruption du traitement à la warfarine. Les concentrés de complexe prothrombinique ne devraient servir que chez les patients ayant de graves saignements ou chez ceux devant subir une intervention chirurgicale urgente. Dans un tel contexte, le plasma ne devrait être administré que si l'on ne dispose pas de concentrés de complexe prothrombinique ou que l'utilisation de ceux-ci est contre-indiquée.

## **6 Éviter le traitement par immunoglobulines pour les infections récurrentes, à moins que l'on ait démontré une production d'anticorps inadéquate en réponse aux vaccins.**

La thérapie de remplacement par immunoglobulines (gammaglobulines) n'améliore pas la condition des patients, à moins qu'il y ait une production inadéquate d'anticorps IgG spécifiques en réponse aux vaccinations ou aux infections. En soi, des baisses isolées des taux d'immunoglobulines (isotypes ou sous-classes) ne constituent pas une indication pour la thérapie de remplacement par immunoglobulines. Parmi les exceptions, mentionnons certains troubles immunitaires présumés ou confirmés par analyse génétique. Le dosage des sous-classes d'IgG n'est habituellement pas utile pour déterminer la nécessité d'un traitement par immunoglobulines. Un déficit sélectif en IgA n'est pas une indication pour le traitement par immunoglobulines.

## **7 Éviter de demander des tests prétransfusionnels inutiles (groupe sanguin et recherche d'anticorps) pour tous les patients en chirurgie.**

Les tests prétransfusionnels préopératoires sont superflus pour la grande majorité des patients en chirurgie (p. ex. appendicectomie, cholécystectomie, hystérectomie, réparation d'hernie) puisque ces patients n'ont habituellement pas besoin de transfusion. Demander des analyses prétransfusionnelles pour les patients qui n'auront probablement pas besoin de transfusion implique un prélèvement sanguin inutile chez le patient et l'exécution de tests superflus. Cela peut aussi retarder indûment l'intervention chirurgicale par l'attente des résultats. Pour vous aider à déterminer si des analyses prétransfusionnelles sont nécessaires en vue de certaines interventions chirurgicales, votre hôpital aura peut-être déjà établi une liste d'indications transfusionnelles chirurgicales (Maximum Surgical Blood Order Schedule ou MSBOS) ou des lignes directrices spécifiques pour les analyses prétransfusionnelles selon les pratiques chirurgicales courantes.

## **8 Éviter le recours systématique aux dons de sang autologues ou dirigés périopératoires.**

L'ordonnance systématique de dons autologues ou dirigés en période périopératoire n'est pas indiquée, sauf dans certains cas (par exemple, patients présentant un groupe sanguin rare). On ne dispose d'aucune preuve médicale à l'effet que l'administration de sang autologue (la personne met en réserve son propre sang) ou de sang d'un don dirigé (le sang est donné par un proche/membre de la famille) soit plus sécuritaire que le sang allogénique. En fait, on craint même que les dons dirigés soient plus risqués (taux plus élevés de résultats positifs aux tests de dépistage des maladies infectieuses). La transfusion autologue comporte des risques de contamination bactérienne et d'erreurs administratives (transfusion de la mauvaise unité de sang ou au mauvais patient). En outre, les dons de sang autologues préchirurgicaux peuvent contribuer à l'anémie périopératoire et augmenter ainsi les besoins transfusionnels.

## **9 Éviter d'administrer du sang O négatif sauf aux patients O négatif et, en cas d'urgence, aux femmes aptes à procréer dont on ignore le groupe sanguin.**

Les hommes et les femmes qui ne sont plus aptes à procréer peuvent recevoir des culots globulaires du groupe sanguin O positif. Les réserves de culots globulaires O négatif sont toujours insuffisantes, entre autres en raison de leur surutilisation pour des patients qui ne sont pas O négatif. Pour s'assurer de disposer de culots globulaires O négatif pour les patients qui en ont réellement besoin, leur utilisation devrait se limiter : (1) aux patients O négatif; (2) aux patientes aptes à procréer dont on ignore le groupe sanguin et qui ont besoin d'une transfusion urgente. Dans toute situation d'urgence, il faut administrer les culots globulaires de groupes sanguins spécifiques aux groupes sanguins des receveurs le plus rapidement possible.

## **10 Éviter d'administrer du plasma de groupe AB à des patients qui ne sont pas de groupe AB, à moins de situations d'urgence où on ignore quel est le groupe sanguin ABO du receveur.**

La demande de plasma AB a augmenté. Les personnes AB ne constituent que 3 % des donneurs de sang au Canada. Ces donneurs qui sont de groupe AB sont des donneurs universels de plasma; il s'agit donc du groupe le plus en demande pour les transfusions de plasma. Il faut obtenir le plasma spécifique au groupe sanguin du patient le plus rapidement possible dans les situations d'urgence afin de préserver les réserves de plasma AB pour les patients dont on ignore le groupe sanguin.

### **Comment la liste a été établie**

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, la Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) a établi une liste de recommandations en demandant à ses membres de lui fournir des suggestions, des motifs et des références. Après avoir reçu toutes les suggestions et après la date limite de présentation des suggestions, les membres du Comité de la SCMT ont voté pour la liste cumulative et attribué une cote aux éléments de la liste en fonction de ce que la Société considère le plus important. Au cours d'une conférence téléphonique, les membres du Comité ont discuté de l'issue du vote et travaillé ensemble à revoir la formulation des recommandations et l'ordre de la liste et à trouver des références supplémentaires au besoin.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**

## Sources

- 1** Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB\*. *Ann Intern Med.* Le 3 juillet 2012;157(1):49-58.  
Retter A, Wyncoll D, Pearse R, et coll. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. *Br J Haematol.* Février 2013;160(4):445-464.  
Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2013;2013:638-644.
- 2** Bracey AW, Radovancevic R, Riggs SA, et coll. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. *Transfusion (Paris).* Octobre 1999;39(10):1070-1077.  
Carson JL, Carless PA, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;4:Cd002042.  
Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB\*. *Ann Intern Med.* Le 3 juillet 2012;157(1):49-58.  
Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, 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):409-417.  
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):2667-2674.  
Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, et coll. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ.* Le 23 novembre 2010;182(17):1864-1873.  
Retter A, Wyncoll D, Pearse R, et coll. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. *Br J Haematol.* Février 2013;160(4):445-464.  
Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2013;2013:638-644.  
Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et coll. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* Le 3 janvier 2013;368(1):11-21.
- 3** Abdel-Wahab OI, Healy B, Dzik WH. Effect of fresh-frozen plasma transfusion on prothrombin time and bleeding in patients with mild coagulation abnormalities. *Transfusion (Paris).* Août 2006;46(8):1279-1285.  
Estcourt L, Stanworth S, Doree C, et coll. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:Cd004269.  
Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2013;2013:638-644.
- 4** Guidelines for the use of platelet transfusions. *Br J Haematol.* Juillet 2003;122(1):10-23.  
Estcourt L, Stanworth S, Doree C, et coll. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:Cd004269.  
Slichter SJ, Kaufman RM, Assmann SF, et coll. Dose of prophylactic platelet transfusions and prevention of hemorrhage. *N Engl J Med.* Le 18 février 2010;362(7):600-613.  
Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2013;2013:638-644.
- 5** Holbrook A, Schulman S, Witt DM et coll. Evidence-Based Management of Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9e éd. : American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012; 141(2\_suppl):e152S-e184S.  
Keeling D, Baglin T, Tait C et coll. For the British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin, 4e éd. *Br J Haematol.* 2011; 154:311-324.  
Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CNN). [Internet; consulté le 16 mai 2014]. Groupe de travail du CNN sur les CCP. Recommandations concernant l'utilisation des concentrés de complexe prothrombique au Canada. Disponible ici : <http://www.nacblood.ca/resources/guidelines/PCC-Recommendations-2014-fr-final.pdf>.  
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Antithrombotics: indications and management. Édimbourg (Royaume-Uni) : 2012. 75 p. Rapport no 129.
- 6** Ballow, M. « Immunoglobulin Therapy: Replacement and Immunomodulation », tiré de *Clinical Immunology: Principles and Practice*, 3e édition, Rich RR, dir., St. Louis (MO), Mosby/Elsevier, 2008, p. 1265-80.  
Bonilla FA, Bernstein IL, Khan DA, Ballas ZK, Chinen J, Frank MM, et coll. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *Ann Allergy Asthma Immunol.* Mai 2005;94(5 Suppl 1):S1-63.  
Orange JS, Hossny EM, Weiler CR, Ballow M, Berger M, Bonilla FA, et coll. Use of intravenous immunoglobulin in human disease: a review of evidence by members of the Primary Immunodeficiency Committee of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* Avril 2006;117(4 Suppl):S525-53.  
Stiehm ER, Orange JS, Ballow M, Lehman H. Therapeutic use of immunoglobulins. *Adv Pediatr.* 2010;57(1):185-218.
- 7** Guidelines for implementation of a maximum surgical blood order schedule. The British Committee for Standards in Haematology Blood Transfusion Task Force. *Clin Lab Haematol.* 1990;12(3):321-7.  
Newfoundland and Labrador Provincial Blood Coordinating Office. Guidelines for Maximum Surgical Blood Ordering Schedule, Version 1.0 [Internet]. 28 décembre 2012 [consulté le 28 avril 2015]. En ligne : [http://www.health.gov.nl.ca/health/bloodservices/pdf/Maximum\\_Surgical\\_Blood\\_Ordering\\_Schedule\\_NL2012-044\\_Ver1.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/bloodservices/pdf/Maximum_Surgical_Blood_Ordering_Schedule_NL2012-044_Ver1.pdf).  
Ontario Regional Blood Coordinating Network (ORBCoN). Maximum Surgical Blood Order Schedule (MSBOS): Development Tool, Version 1 [Internet]. 5 décembre 2014 [consulté le 28 avril 2015]. En ligne : <http://transfusionontario.org/en/cmdownloads/categories/inventory-management-toolkits/>.
- 8** Engelbrecht S, Wood EM, Cole-Sinclair MF. Clinical transfusion practice update: haemovigilance, complications, patient blood management and national standards. *Med J Aust.* 16 septembre 2013;199(6):397-401.  
King K, Gottschall JL, éd. *Blood Transfusion Therapy: A Physician's Handbook*, 10e édition, Bethesda (MD), AABB, 2011.  
Lesley P, Clarke G. « Don autologue préopératoire », tiré du *Guide de la pratique transfusionnelle* [Internet]. Clarke G, Charge S, éd. Société canadienne du sang; 2013 [consulté le 28 avril 2015]. En ligne : <http://www.transfusionmedecine.ca/fr/ressources/guide-de-la-pratique-transfusionnelle>.  
Wales PW, Lau W, Kim PC. Directed blood donation in pediatric general surgery: Is it worth it? *J Pediatr Surg.* Mai 2001;36(5):722-5.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**



- 9** British Committee for Standards in Haematology, Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. *Br J Haematol*. Décembre 2006;135(5):634-41.
- The Chief Medical Officer's National Blood Transfusion Committee (UK). The appropriate use of group O RhD negative red cells. Manchester (UK): National Health Service; 2008. 4 p.
- United Blood Services. A New Standard of Transfusion Care: Appropriate use of O-negative red blood cells [Internet]. [Consulté le 28 avril 2015]. En ligne : <http://hospitals.unitedbloodservices.org/pdfs/New-Standard-Transfusion-Care.pdf>.
- 10** Petraszko T. Description et incidence du syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel (TRALI) [Internet]. [Consulté le 5 mai 2015]. En ligne : <http://www.transfusionmedicine.ca/fr/articles/description-et-incidence-du-syndrome-respiratoire-aigu-post-transfusionnel-trali>.
- Société canadienne du sang. Le plasma : ce qu'il faut savoir sur le don de plasma [Internet]. 2015 [consulté le 5 mai 2015]. En ligne : <https://blood.ca/fr/sang/plasma>.
- Société canadienne du sang. Nous avons besoin de votre groupe! 2015 [consulté le 5 mai 2015]. En ligne : <https://blood.ca/fr/sang/nous-avons-besoin-votre-groupe>.
- Yazer M, Eder AF, Land KJ. How we manage AB plasma inventory in the blood center and transfusion service. *Transfusion*. Août 2013;53(8):1627-33.

### 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 transfusionnelle

La Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCMT est une société multidisciplinaire qui promeut et soutient les pratiques exemplaires en médecine transfusionnelle au Canada par le biais de l'éducation, de la communication et des partenariats.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**



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

### **1 Évitez l'intervention percutanée ou la chirurgie comme traitement de première intention pour les patients atteints de maladie artérielle périphérique asymptomatique et pour la plupart des patients présentant une claudication.**

La maladie artérielle périphérique est un marqueur d'une maladie systémique et les patients qui en sont atteints peuvent aussi avoir une maladie athérosclérotique dans d'autres réseaux vasculaires, y compris la circulation coronarienne et carotidienne. Les patients atteints de maladie artérielle périphérique légère à modérée ont un risque sur 5 ans plus élevé d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde et de décès cardiovasculaire que d'amputation. Le traitement initial devrait inclure l'abandon du tabac et la modification des facteurs de risque, le traitement médical et un programme de marche. Le pontage des membres inférieurs et le traitement endovasculaire devraient être réservés aux patients présentant une ischémie menaçant un membre ou une claudication véritablement invalidante.

### **2 Évitez l'endartériectomie carotidienne ou la pose de stents carotidiens pour la plupart des patients asymptomatiques à risque élevé dont l'espérance de vie est limitée.**

La chirurgie carotidienne et la pose de stents carotidiens visent à prévenir les accidents vasculaires cérébraux et, lorsque cette intervention est combinée avec un traitement médical approprié, elle constitue une stratégie efficace pour certains patients, principalement symptomatiques. Le traitement médical seul est une option efficace pour de nombreux patients asymptomatiques. De plus, le traitement médical est plus sécuritaire chez les personnes âgées ou les patients à risque élevé, dont l'espérance de vie est trop courte, pour bénéficier d'une intervention prophylactique.

### **3 Évitez la chirurgie ouverte ou la réparation endovasculaire pour la plupart des patients asymptomatiques présentant de petits anévrismes de l'aorte abdominale (< 5 cm chez les femmes; < 5,5 cm chez les hommes).**

La réparation des anévrismes de l'aorte abdominale chez les patients asymptomatiques est recommandée lorsque le risque de rupture dépasse le risque de réparation. Des essais contrôlés randomisés n'ont pas réussi à prouver que la chirurgie ouverte ou la réparation endovasculaire de la plupart des petits anévrismes présentait un avantage de survie. La réparation peut être envisagée pour des modèles de croissance précis et selon la morphologie de l'anévrisme.

### **4 Évitez la réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale pour la plupart des patients asymptomatiques à risque élevé dont l'espérance de vie est limitée.**

La réparation des anévrismes de l'aorte abdominale chez les patients asymptomatiques est recommandée lorsque le risque de rupture dépasse le risque de réparation et que la réparation est effectuée chez les patients dont l'espérance de vie est suffisante pour leur permettre de bénéficier d'une telle intervention prophylactique. La plupart des patients âgés ou à risque élevé sur le plan médical ont une espérance de vie trop courte et courent un risque plus élevé de complications après la réparation endovasculaire pour la justifier.

### **5 Évitez les échographies inutilement fréquentes chez les patients asymptomatiques présentant de petits anévrismes de l'aorte abdominale. Les anévrismes de moins de 4,5 cm de diamètre devraient faire l'objet d'une échographie de suivi tous les 12 mois.**

La réalisation régulière d'échographies chez les patients asymptomatiques présentant de petits anévrismes de l'aorte abdominale est essentielle pour documenter la croissance de l'anévrisme et décider quand l'intervention est justifiée. L'intervalle entre les examens est dicté par la taille de l'anévrisme et son taux de croissance prévu. Des échographies trop fréquentes peuvent entraîner de l'anxiété inutile pour le patient et ne sont pas rentables.

## Comment la liste a été établie

La Société canadienne de chirurgie vasculaire (SCCV) a formulé ses cinq principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » en demandant à ses membres de suggérer des examens ou des traitements qui ne devraient pas être effectués, devraient être effectués rarement ou ne devraient être effectués que dans certaines situations. Un sous-groupe du Comité de direction de la SCCV a examiné les suggestions des membres et dressé une liste des cinq principales recommandations proposées. Le Comité de direction a fourni une rétroaction concernant cette liste. Les données probantes et la littérature ont été analysées pour s'assurer que ces recommandations étaient fondées sur des données probantes. Le Comité de direction de la SCCV a ensuite approuvé la liste finale.

## Sources

- 1** Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group: Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JF, et coll. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. *J Vasc Surg* 2015;61(3 Suppl):2S-41S.
- 2** Hobson RW, Mackey WC, Ascher E, Murad MH, Calligaro KD, Comerota AJ, et coll. Management of atherosclerotic carotid artery disease: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg* 2008;48:480-6.  
Voeks JH, Howard G, Roubin GS, Malas MB, Cohen DJ, Sternbergh WC, et coll. Age and outcomes after carotid stenting and endarterectomy: the carotid revascularization endarterectomy versus stenting trial. *Stroke* 2011;42(12):3484-90.  
Wach MM, Dumont TM, Shakir HJ, Snyder KV, Hopkins LN, Levy EI, et coll. Carotid artery stenting in nonagenarians: are there benefits in surgically treating this high risk population? *J Neurointerv Surg* 2015;7(3):182-7.
- 3** Cao P, De Rango P, Verzini F, Parlani G, Romano L, Cieri E, CAESAR Trial Group. Comparison of surveillance versus aortic endografting for small aneurysm repair (CAESAR): results from a randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41(1):13-25.  
Lederle FA, Wilson SE, Johnson Gr, Reinke DB, Littooy FN, Acher CW, et coll. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002;346:1437-44.  
Ouriel K, Clair DG, Kent KC, Zarins CK, Positive Impact of Endovascular Options for treating Aneurysms Early (PIVOTAL) Investigators. Endovascular repair compared with surveillance for patients with small abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2010;51(5):1081-7.  
The UK Small Aneurysm Trial Participants. Mortality results for randomized controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet* 1998;352:1649-55.
- 4** EVAR Trial Participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9478):2187-92.
- 5** RESCAN Collaborators, Bown MJ, Sweeting MJ, Brown LC, Powell JT, Thompson SG. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms: a meta-analysis. *JAMA* 2013;309(8):806-13.  
Thompson SG, Brown LC, Sweeting MJ, Bown MJ, Kim LG, Glover MJ, et coll. Systematic review and meta-analysis of the growth and rupture rates of small abdominal aortic aneurysms: implications for surveillance intervals and their cost-effectiveness. *Health Technol Assess* 2013;17(41):1-118.

### 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 chirurgie vasculaire

La Société canadienne de chirurgie vasculaire (SCSV) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Elle est vouée à l'excellence dans la promotion de la santé vasculaire pour les Canadiens grâce à l'éducation, à la recherche, à la collaboration et à la représentation.

**Sous embargo jusqu'au mardi 2 juin 2015, à 10 h.**