

Normes de l'ACMU : la médecine d'urgence et sa tour d'ivoire?

Samuel G. Campbell, MB, BCh

VOIR ARTICLE CONNEXE À LA PAGE 443

ENGLISH VERSION ON PAGE 461

Les lignes directrices de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) pour la prise en charge des états septiques élaborées par Green et ses collaborateurs¹ présentent un excellent guide de pratique, facile à utiliser et fondé sur des données probantes, pour la prise en charge du sepsis dans le contexte d'un service d'urgence de soins tertiaires. On reconnaît depuis longtemps que certains décès causés par le sepsis pourraient être évités, et qu'une prise en charge appropriée en salle d'urgence²⁻⁶ pourrait améliorer la situation. En 2004, onze organisations de divers pays, y compris l'American College of Emergency Physicians⁷, ont élaboré conjointement un document pour guider la prise en charge des états septiques dans tout le continuum des soins hospitaliers, y compris dans les urgences.

Dans la plupart des cas, le diagnostic initial et le traitement des états septiques ne sont pas réalisés par des intensivistes dans l'unité de soins intensifs, mais par des médecins de première ligne dans les urgences ou les centres de soins d'urgence. En médecine d'urgence, il n'est souvent pas possible de référer les patients septiques à d'autres spécialistes en raison de l'urgence de la situation et du manque de temps. Il est donc approprié d'élaborer des lignes directrices expressément pour les médecins d'urgence. Ces derniers devraient être fiers qu'au Canada, leur association soit la première association de médecins d'urgence à élaborer et à promouvoir indépendamment de telles lignes directrices précisément pour l'utilisation de ses membres.

L'énoncé de mission du Comité des normes de l'ACMU

traite entre autres de la reconnaissance « d'une responsabilité partagée pour faire en sorte que le niveau de soins fournis dans chaque milieu d'urgence soit de la plus haute qualité et soit fondée sur les meilleures données scientifiques possible »⁸. En 2007, le Comité des normes a adopté l'instrument AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)⁹ pour l'évaluation des lignes directrices soumises à l'approbation de l'ACMU. Les lignes directrices sur la prise en charge des états septiques présentées par Green et ses collaborateurs répondent aux normes prescrites, et leur adoption a été recommandée au conseil de direction de l'ACMU.

Dans l'esprit de l'énoncé de mission susmentionné, il convient que l'ACMU encourage ses membres à produire des documents comme celui-ci et, dans la mesure du possible, à se conformer aux lignes directrices. La mention « dans la mesure du possible » soulève toutefois de nombreuses questions :

- Qui devrait observer ces lignes directrices et dans quelle mesure?
- Est-ce que les médecins pourraient être « jugés » négativement s'ils ne les observent pas?
- Les administrateurs des hôpitaux devraient-ils veiller à ce que nous ayons à notre disposition l'équipement et la formation nécessaires pour nous conformer à ces normes?
- Si je suis un médecin de famille (MF) qui fournit des soins d'urgence et que je ne suis pas familier avec bon nombre de ces recommandations, qu'est-ce que cela signifie pour moi?

Président, Comité des normes de l'ACMU, du département de médecine d'urgence de l'Université Dalhousie et du Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II, Halifax, N.-É.

Les opinions exprimées dans les éditoriaux sont celles des auteurs; elles ne reflètent pas nécessairement celles du JCMU ou de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

CJEM 2008;10(5):464-6

En effet, un des objectifs poursuivis par le Comité des normes dans le cadre de son mandat est de « veiller à ce que les normes de pratique proposées soient suffisamment souples pour permettre leur application dans divers milieux d'urgence qui tiennent compte des différences géographiques, politiques et culturelles au pays »⁸.

Le Comité des normes estime que les directives en question sont simples et claires, mais certaines des recommandations formulées par Green et ses co-auteurs (comme celles concernant la pose d'un cathéter veineux central ou d'un cathéter artériel) ne sont pas couramment pratiquées dans de nombreuses urgences en région rurale au Canada, et les médicaments tels que la protéine C activée ne figurent probablement pas sur le formulaire de ces mêmes hôpitaux. Bon nombre de fournisseurs de soins de santé non spécialisés en médecine d'urgence pourraient se sentir mal à l'aise dans un tel milieu, s'ils devaient suivre certaines des recommandations concernant, par exemple, l'administration d'inotropes et la ventilation mécanique. Les médecins en région rurale prodiguent des soins à 31,4 % de la population¹⁰. Est-ce que l'ACMU devrait promouvoir des directives qui pourraient ne pas s'adapter au milieu rural?

Le Comité des normes de l'ACMU croit fermement que les directives approuvées par notre association nationale devraient, sans remords, représenter « le nec plus ultra » des soins. En aucun cas, les lignes directrices ne devraient viser le niveau minimal de soins qui pourraient vraisemblablement être fournis dans toutes les salles d'urgence du Canada sans exception. Elles devraient représenter l'« étalon-or » des soins auquel nous devrions tous aspirer (selon nos capacités idiosyncrasiques), au lieu d'une norme par rapport à laquelle nous devrions tous être jugés. Cela dit, cette aspiration à faire de notre mieux, compte tenu des circonstances, ne devrait pas nous permettre de tolérer un niveau de compétence en deçà des normes établies. Bien qu'il soit irréaliste de s'attendre à ce que nous soyons tous des spécialistes, tout médecin d'urgence devrait posséder un certain niveau de compétence, un attribut non négociable. En acceptant un poste de médecin d'urgence, vous affirmez que vous êtes prêt, selon toute attente, à prendre en charge tout ce que les patients peuvent vous présenter (John M. Tallon, tournée de formation itinérante sur la prise en charge respiratoire en situation d'urgence : communication non publiée), le spectre complet de la septicémie constituant un bon exemple.

Les spécialistes autres que les médecins d'urgence (habituellement des MF) traitent et continueront de traiter les patients qui se présentent à l'hôpital au Canada pour obtenir des soins d'urgence, tout comme ils continueront de fournir des soins obstétricaux, des soins médicaux et

des soins chirurgicaux en plus de soins primaires. Bien que, dans la majorité des cas, ils fournissent d'excellents soins, il est tout aussi déraisonnable de s'attendre à ce qu'ils possèdent la gamme de compétences d'un médecin d'urgence qu'il le serait de s'attendre à ce qu'ils détiennent toutes les compétences d'un obstétricien, d'un interniste ou d'un chirurgien. Ils ne doivent pas être jugés d'après des normes prescrites pour les médecins d'urgence. Le public devrait toutefois être conscient de cette situation (la femme qui accouche sait que le MF présent n'est pas un obstétricien). Les normes auxquelles doivent adhérer les MF relèvent du Collège des médecins de famille du Canada, et non pas de l'ACMU. Toute personne qui se dit spécialiste en médecine d'urgence ou qui travaille dans une salle d'urgence devrait répondre aux normes prescrites pour le rôle.

La question des services d'urgence qui sont dotés de médecins non spécialistes en urgence déborde du cadre de cette discussion, mais elle pourrait être gérée en adoptant une politique franche qui consisterait à ne pas les appeler « services d'urgence »! Le public n'aurait probablement pas d'objection à se présenter dans des « centres de soins urgents », une appellation reflétant davantage la réalité et il saurait, en gros, à quoi s'attendre. Cette question a déjà fait l'objet de débats dans un numéro antérieur du *Journal canadien de la médecine d'urgence*¹¹⁻¹³. La distinction ne signifie nullement que les MF n'ont pas les compétences pour prendre en charge la majeure partie des soins actifs des Canadiens (tout comme ils peuvent prendre en charge la grande partie des soins obstétricaux ou médicaux). Il ne faut pas non plus penser que cette distinction signifie que les MF ne sont pas une composante importante de l'ACMU. En fait, cette mesure sert à tout le moins à protéger les MF qui choisissent de fournir des soins d'urgence et à s'assurer qu'ils ne sont pas tenus de performer selon les normes exigées des médecins d'urgence à temps plein, tout en ayant à maintenir les compétences et les habiletés nécessaires pour exercer les autres aspects de leur travail.

Il importe de noter que ce n'est pas non plus une question de « territoire », comme cela a été le cas dernièrement relativement aux objections des anesthésiologistes à l'utilisation du propofol en salle d'urgence ou des radiologistes relativement à l'utilisation de l'échographie abdominale du traumatisé (Focused Assessment with Sonography for Trauma ou FAST). Les normes de l'ACMU visent au final l'intérêt des patients, et non des médecins. Il faut espérer qu'elles permettront d'améliorer les soins d'urgence, peu importe qui les prodigue. Elles servent de règle d'usage vers laquelle tout médecin doit tendre. Si les recommandations dépassent le champ de pratique ou les capacités du médecin, elles aideront à tout le moins à orienter les soins

du patient. De même, ces directives pourront aider l'interniste ou l'intensiviste consultant dans l'exercice de leurs fonctions.

L'élaboration de lignes directrices et de normes est, et continuera d'être, un ouvrage inachevé. Comme toute association spécialisée, l'ACMU devrait continuer d'aspirer à l'excellence en ce qui concerne les soins prodigués aux patients qui ont besoin des services offerts par sa discipline. Cela englobe le soutien de tous les médecins qui fournissent ces services, y compris ceux qui pratiquent où le « *nec plus ultra* » des soins n'est pas une option réaliste, en les aidant à adapter ses normes à leurs domaines de pratique par le biais de la formation médicale continue et de la collaboration avec d'autres groupes professionnels, tels que la Société de la médecine rurale du Canada.

Si, lors d'une première lecture, les médecins ne pensent pas que ces lignes directrices les aideront en milieu rural, je leur suggère de les lire à nouveau et de ne pas se demander « Est-ce que ces directives s'appliquent à moi? », mais « En quoi peuvent-elles m'être utiles? » Ils devraient adapter et adopter autant des recommandations que possible, et comprendre la pertinence des autres recommandations, afin qu'ils puissent repérer les cas qui pourraient bénéficier d'un transfert très urgent vers l'intervention en question. On ne devrait pas juger de manière injustifiée les médecins en fonction de ces lignes directrices, mais, en tant que fournisseurs de soins de santé engagés, nous devrions tous continuer de tenter de nous rapprocher le plus près possible de cet étalon-or.

Conflits d'intérêts : aucun déclaré.

Références bibliographiques

- Green RS, Djogovic D, Gray S, et al. "Canadian Association of Emergency Physicians sepsis guidelines: the optimal management of severe sepsis in Canadian emergency departments", *CJEM* 2008;10:443-59.
- Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. "Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock", *N Engl J Med*, 2001;345:1368-77.
- Nguyen HB, Rivers EP, Abrahamian FM, et al. "Severe sepsis and septic shock: review of the literature and emergency department management guidelines", *Ann Emerg Med*, 2006;48:28-54.
- Raghavan M, Marik PE. "Management of sepsis during the early 'golden hours'", *J Emerg Med*, 2006;31:185-99.
- De Miguel-Yanes JM, Andueza-Lillo JA, González-Ramallo VJ, et al. "Failure to implement evidence-based clinical guidelines for sepsis at the ED", *Am J Emerg Med*, 2006;24:5539.
- Rivers EP, McIntyre L, Morro DC, et al. "Early and innovative interventions for severe sepsis and septic shock: taking advantage of a window of opportunity", *CMAJ*, 2005;173:1054-65.
- Surviving Sepsis Campaign. International guidelines for management of severe sepsis and septic shock 2008. *Crit Care Med* 2008;36:296-327.
- Comité des normes de l'ACMU. Mandat. Disponible à : www.caep.ca/page.asp?id=6C8BB1063C594F598FABF3BFE5DD0C1C (consulté le 8 août 2008).
- The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Disponible à : www.agreecollaboration.org (consulté le 8 août 2008).
- Société de la médecine rurale du Canada. Disponible à : www.srpc.ca/ (consulté le 8 août 2008).
- Innes G. "Thinking outside the box" [éditorial]. *JCMU*, 2002;4:316.
- Brothers A. "Thinking outside the box" [lettre]. *JCMU*, 2002;4:387.
- Laroque D. "Thinking outside the box" [lettre]. *JCMU*, 2002;4:387.

Correspondance : D^r Sam G. Campbell, Department of Emergency Medicine, QE II HSC, Université Dalhousie, 3021-1796, rue Summer, Halifax NS B3H 3A7; EMSGC@cdha.nshealth.ca