

La qualité en médecine d'urgence: progrès réalisés jusqu'à maintenant, défis à venir

Christopher M.B. Fernandes, MD

L'AUTORISATION PRÉALABLE: SUIVRE LES RÈGLES N'EST PAS GAGE DE QUALITÉ

Les médecins travaillant dans les services d'urgence (SU) étaient souvent considérés comme des médecins de passage, qu'il fallait suivre de près en ce qui concerne l'utilisation des ressources et la gestion des risques. Au cours des premières années, les médecins débutants pouvaient gagner plus d'argent en cumulant les postes aux SU. Souvent, les patients étaient vus par des spécialistes non préparés à affronter le tout nouveau champ de pratique appelé « médecine d'urgence ». Il s'est produit inévitablement des erreurs, et des protocoles ont été élaborés et mis en œuvre dans le but de limiter les erreurs. Les spécialistes étrangers à la médecine d'urgence s'appuyaient sur leur bon jugement pour essayer de diminuer les erreurs. On nous a enseigné les techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales des grands blessés (*Advanced Trauma Life Support* [ATLS])—un cours élaboré uniquement par des chirurgiens, avec le concours minimal de médecins travaillant dans les SU.¹ Les anesthésistes ont dicté quels médicaments utilisés pour l'intubation ou la sédation, les radiologistes ont décidé quels examens d'imagerie diagnostique étaient urgents et les cardiologues ont exigé d'être appelés pour l'instauration du traitement thrombolytique. Aucune autre spécialité n'a reçu plus de lignes directrices et d'avis de sociétés professionnelles que la nôtre.

En médecine, la mesure habituelle de recours de tous les spécialistes et de tous les généralistes qui ne peuvent résoudre un problème durant les heures normales de travail est d'envoyer les patients aux SU; alors, pourquoi avoir délégué des pouvoirs aux autres dans tant de domaines?

En rétrospective, certains conseils et certaines recommandations étaient malavisés ou erronés. Souvent, nous faisons mieux lorsque nous élaborons nos propres lignes de conduite que lorsque d'autres tracent les limites pour nous. Rien d'étonnant à cela—souvent notre environnement et notre travail ont un caractère tellement unique ou ont tellement l'air désordonné que seul un médecin d'urgence peut y voir clair. Alors, avons-nous peur encore de parler franchement?

Un aspect fondamental du concept de la qualité est la définition des soins appropriés; les soins inappropriés n'ont pas de qualité. Le caractère approprié des soins, ou leur pertinence, comprend l'innocuité, l'efficacité, l'efficience, et la prestation équitable de soins axés sur le patient. La pertinence, c'est également se demander si on a fait la bonne chose. Par exemple, on nous a souvent reproché que nous ne disposions pas de bonnes données probantes sur les demandes de tomodensitométrie (TDM) de la tête, mais les auteurs de l'article « Canadian CT Head Rule » et d'autres chercheurs ont démontré^{2,3} qu'il en était autrement.

Pourtant, l'argument est encore avancé par certains pour soutenir que bon nombre des examens par imagerie demandés par nos spécialistes sont inutiles. L'étude de Dhanoa et de ses collègues, contenue dans le présent numéro du *JCMU*, donne à penser que cela ne serait pas vrai pour au moins une organisation.⁴ Malgré les possibilités accrues de demande de TDM, échelonnées sur plusieurs années, il n'y a pas eu d'augmentation du recours à l'examen. L'article porte sur l'évaluation d'une règle double sur le recours à la neuroradiologie aux SU, concernant l'autorisation préalable de certains examens par TDM. Il s'agit d'un

Tiré de Département de médecine d'urgence, Université Western, London, ON.

Correspondance à: Dr. Christopher Fernandes, 800 Commissioners Road East, London, ON N6A 5W9; Christopher_fernandes@sympatico.ca.

Cet article a été évalué par des pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

JCMU 2013;15(5):258-260

DOI 10.2310/8000.120971F

examen rétrospectif dans lequel les auteurs, à partir d'un taux d'utilisation défini par le nombre de demandes de TDM par consultation enregistrée par année aux SU, n'ont constaté aucune augmentation statistiquement significative du recours à ce type d'examen après la mise en application de la règle. Les auteurs ont supposé, dans cette étude, que le taux de demande d'imagerie diagnostique, approuvée antérieurement, était approprié. Point important: il faudra répéter l'étude dans d'autres centres, partout au Canada, à l'aide du même outil d'évaluation, afin d'obtenir des comparaisons valables. Toutefois, le concept de développement de la spécialité, en collaboration élargie avec d'autres spécialités, reste toujours vrai.

N'est-il pas ironique que Dhanoa et ses collègues aient écrit dans le rapport: « Bien que le plan d'étude ne permette pas de déterminer la chose, les résultats semblent indiquer que les demandes de TDM, en neuroradiologie, après les heures normales de travail, sont vraisemblablement appropriées... »? Est-ce que le fait de suivre les « règles » d'une autre spécialité définit la pertinence? Il n'y a pas si longtemps (et encore aujourd'hui), certains chirurgiens pédiatres voulaient obtenir une TDM de l'abdomen pour chaque enfant susceptible de subir une appendicectomie. Autrefois, on nous conseillait d'employer les stéroïdes dans les cas de sepsie et de lésion de la moelle épinière, d'administrer de l'aminophylline dans les cas d'insuffisance cardiaque congestive, et de normaliser le plus rapidement possible la pression artérielle chez les patients hypertendus exempts de symptômes. La définition de la pertinence des soins change au fil du temps: ce qui autrefois était considéré comme bon peut rapidement devenir inacceptable. Il n'est pas impossible que le fait de s'être appuyé sur des lignes directrices ou des recommandations non validées n'ait pas donné les meilleurs résultats cliniques qui soient, et cela doit nous forcer à toujours remettre en question les points de vue imposés de l'extérieur.

Comment peut se définir la qualité des soins de santé? Une définition possible, provenant de l'« Hospital of the Decade »^{5,6} (Virginia Mason Medical Center), est l'équation de la qualité suivante:

$$Q = A \times (O + S) / W$$

où « Q » désigne la qualité; « A », la pertinence (*appropriateness*); « O », les résultats (*outcomes*); « S », les services; et « W », le gaspillage (*waste*).⁷ Alors, comment

cette définition s'applique-t-elle à la médecine d'urgence aujourd'hui?

Les résultats sont importants. Avant l'arrivée des règles sur l'utilisation de la TDM de la tête, certains patients ont connu une détérioration grave de leur état et sont morts en raison de délais dans l'exécution, en temps opportun, d'exams par imagerie diagnostique (O = résultats); ces délais ont entraîné la mort par hémorragie intracrânienne importante. Toutefois, dans le contexte d'un meilleur accès aux examens de diagnostic aux SU et de restrictions imposées à l'accès aux examens non urgents (dans les collectivités), la tentation de succomber à l'« appel insidieux de l'utilisation » existe toujours. Par exemple, est-il nécessaire que les médecins d'urgence demandent une échographie pratiquée au service de radiologie pour écarter la présence de kystes de l'ovaire ou de calculs biliaires chez un patient dans un état stable? À partir de l'exemple des échographies pratiquées aux SU,⁸ il faudrait envisager la possibilité que d'autres examens de diagnostic demandés aux SU puissent donner le même degré d'uniformité. Alors, si un examen est susceptible de déterminer le sort d'un patient (admission/congé, opération immédiate/pas d'opération), il est probablement approprié (A = pertinence); sinon, peut-être qu'il pourrait être reporté et réalisé dans la collectivité. Ce n'est que par un exercice rigoureux de l'utilisation des ressources que nous garderons notre crédibilité aux yeux des collègues, y compris de ceux exerçant en imagerie diagnostique (W = gaspillage).

Tout aussi important que cette utilisation appropriée des ressources en imagerie diagnostique est le besoin évident de développement continu des capacités en médecine d'urgence. Plus nous montrons aux résidents comment interpréter des examens comme l'échographie et la TDM, plus nous sommes en mesure de communiquer avec nos collègues en imagerie diagnostique. L'acquisition de nouvelles habiletés dans l'utilisation de l'échographie au SU quand il est nécessaire d'avoir recours à des ressources extérieures au service, comme la TDM, confère de la crédibilité.

Toutefois, des défis restent à relever. Certes, un meilleur accès à des examens comme la TDM améliorera le flux, mais il nous faut reconnaître que d'autres facteurs influent également sur les soins aux patients. L'encombrement des urgences⁹ reste un problème de taille, partout au Canada. Bien que l'accent ait été mis sur la capacité (augmentation du

nombre de lits dans les hôpitaux afin de diminuer l'occupation « chronique » des lits dans les urgences), il faudrait garder à l'avant-scène le flux, de même que tout ce qui gravite autour, notamment les délais d'attente pour les examens de laboratoire^{10,11} et d'imagerie diagnostique¹² ainsi que la réduction du temps d'attente pour les consultations. On ne saurait trop insister sur le rôle prépondérant que jouent les médecins d'urgence dans cet effort.¹³ Compte tenu de la situation économique actuelle, les restrictions budgétaires dans les hôpitaux risquent de réduire l'accès aux services. Un exemple bien documenté est les conséquences dévastatrices qu'a eues la propagation du syndrome respiratoire aigu « sévère » (SRAS)⁹ pour la population au Canada en raison de SU surpeuplés et dépourvus de barrière à la transmission de la maladie. C'est ainsi que l'arrivée récente d'un voyageur en provenance d'Asie, traité dans un SU, à côté d'autres patients soignés pour d'autres problèmes aucunement liés au syndrome, a permis la propagation de la maladie. Des études comme celle de Dhanoa et de ses collègues publiée dans le *JCMU* fournissent des assises scientifiques au principe de la disponibilité continue des ressources, qui font cruellement défaut, au bon moment et à la bonne place. L'utilisation rationnelle des ressources limitées améliore nos relations avec nos partenaires, y compris avec ceux en imagerie diagnostique, et assure le maintien de services grandement nécessaires dans les collectivités (S = services).

D'après Dhanoa et ses collègues, lorsqu'on est forcé d'appliquer des règles avec peu de marge d'autonomie, on s'adapte, et les craintes relatives aux effets défavorables de ce genre de règle peuvent ne pas être fondées. Est-ce que des règles imposées de l'extérieur, en médecine d'urgence, assurent la qualité des soins? Qui d'entre nous n'a pas fait d'entorse aux règles pour demander un examen approprié ou qui n'a pas orienté quelque peu une demande de consultation afin d'influencer le spécialiste? La façon de définir la pertinence des soins dans le contexte de contraintes d'accès et de limitations des ressources posera tout un défi au cours des prochaines années. Une coopération accrue, plutôt que des prises de décision unilatérales en matière de politique, sera essentielle.

Bref, l'équation de la qualité convient très bien aux besoins de la médecine d'urgence. L'étude en question apporte un autre élément de base à l'établissement de notre rôle dans les soins de santé. À mesure que la

médecine d'urgence assume son rôle de chef de file dans la prestation des soins, il devient de plus en plus facile de faire valoir la pertinence des décisions fondées sur des données probantes plutôt que sur la « protection de ses chasses gardées ». Une plus grande collaboration avec nos adversaires d'autrefois rehausse le respect à l'égard de notre spécialité, qui réclame plus d'autonomie et de rapidité dans les prises de décision aux SU. Application rigoureuse de la démarche scientifique et vigilance permettront de maintenir un accès continu aux ressources nécessaires, et ce, en temps opportun.

Intérêts concurrentiels: Aucun déclaré.

RÉFÉRENCES

1. Shoenberger J. Merit badge courses: who benefits? *Emerg Phys Monthly* August 18, 2010.
2. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001;357:1391-6, doi:10.1016/S0140-6736(00)04561-X.
3. Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, et al. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. *N Engl J Med* 2000;343:100-5, doi:10.1056/NEJM200007133430204.
4. Dhanoa D, Burton KR, de Tilley LN, et al. Effect of an automatic preauthorization policy on the utilization rate of after-hours emergency department neuroradiology computed tomography. *CJEM* 2012;14:00-00.
5. Leapfrog Group. Available at: http://www.leapfroggroup.org/news/leapfrog_news/4784721 (accessed June 18, 2012).
6. Kenney C. *Transforming health care*. New York: CRC Press; 2011.
7. Batalden PB, Daley J, Deyo RA, et al. *Lessons learned in changing healthcare... and how we learned them*. Toronto: Longwoods Publishing; 2010.
8. Wis R. *Emergency department echo. The essentials of emergency department ultrasound*. 5th ed. 2004.
9. Fernandes CMB. Emergency department overcrowding: what is our response to the "new normal?" *Acad Emerg Med* 2003; 10:1096-7, doi:10.1111/j.1553-2712.2003.tb00580.x.
10. Fernandes CMB, Walker R, Price A, et al. Root cause analysis of laboratory delays to an emergency department. *J Emerg Med* 1997;15:735-9, doi:10.1016/S0736-4679(97)00158-3.
11. Fernandes CMB, Worster A, Hill S, et al. Root cause analysis of laboratory turnaround times for patients in the emergency department. *CJEM* 2004;6:116-22.
12. Worster A, Fernandes CMB, Malcolmson C, et al. Identification of root causes for emergency diagnostic imaging delays at three Canadian hospitals. *J Emerg Nurs* 2006;32:276-80, doi:10.1016/j.jen.2006.04.002.
13. Watson RQ, Leeson K. On the clock. *Qual Prog* 2011;45-5.