Choisir avec soin® : une remise en question concernant cinq examens, interventions et traitements de la médecine d'urgence

Amy H. Y. Cheng, MD, MBA*; Sam Campbell, MB, BCh†; Lucas B. Chartier, MDCM, MPH‡; Tom Goddard, MD†; Kirk Magee, MD, MSc†; Jill McEwen, MD§; Atul K. Kapur, MD, MSc¶; Brian R. Holroyd, MD, MBA‖††; Suneel Upadhye, MD, MSc‡‡; Stephanie Couperthwaite, BA‖; Brian H. Rowe, MD, MSc‖**††

RÉSUMÉ

Objectifs : Choisir avec soin (CAS) est une initiative pour encourager un dialogue entre médecins et patients au sujet de l'utilisation appropriée, fondée sur les donées probantes, des examens, interventions et traitements médicaux. Nous présentons ici la liste des cinq recommandations les plus importantes de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) et le processus entrepris pour leur élaboration.

Méthodes : Le groupe de travail de l'ACMU composé d'experts (GTCE) a utilisé une technique d'établissement de consensus afin d'élaborer une liste de 52 examens, interventions et traitements en médecine d'urgence dont la valeur en matière de soin a été remise en question. Cette liste a été distribuée aux présidents de comités de l'ACMU, réduite, divisée et distribuée de façon aléatoire à 107 médecins d'urgence canadiens (nommés par le GTCE) qui ont voté sur chaque item selon : la capacité d'agir des médecins d'urgence, l'efficacité, la sécurité, le fardeau économique, et la fréquence d'utilisation. Le GTCE a discuté des items ayant reçu le plus de votes et élaboré, au terme d'un consensus, la liste des cinq recommandations les plus importantes pour CAS.

Résultats : Les cinq recommandations les plus importantes de l'ACMU pour CAS sont : 1) Ne prescrivez pas de tomodensitométrie cérébrale 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 valide); 2) Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes atteints de bronchite ou d'asthme et aux enfants atteints de bronchiolite; 3) Ne demandez pas d'imagerie médicale radiologique 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; 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; et 5) Ne prescrivez pas d'antibiotiques après avoir drainé un abcès cutané non compliqué, sauf en présence de cellulite étendue.

Conclusions : En utilisant une formule de méthodes mixtes, le GTCE a produit la liste des cinq recommandations les plus importantes pour médecins d'urgence. La liste a été rendue publique lors de la Conférence de l'ACMU, le 2 juin 2015, et devrait servir de base pour la mise en oeuvre des efforts à venir.

INTRODUCTION

Contexte

Choisir avec soin® est une initiative d'intendance des ressources mise sur pied par l'American Board of Internal Medicine Foundation en 2012. Choisir avec soin® encourage le dialogue entre les médecins et les patients au sujet de la nécessité des examens, des interventions et des traitements médicaux dont l'utilisation peut nuire inutilement aux patients et engendrer des coûts additionnels au système de santé.[1] Depuis ses débuts, plus de 80 associations de spécialistes aux États-Unis ont établi des listes de cinq examens couramment prescrits ou actes pratiqués dans leur pratique, dont la nécessité devrait être remise en question. L'American College of Emergency Physicians (ACEP) s'est joint de façon tardive au programme Choisir avec soin®. Toutefois, depuis sa participation initiale, l'ACEP a publié deux listes contenant un total de 10 recommandations.[2]

Du *Division de la médecine d'urgence, département de médecine, University of Toronto, Toronto, ON; †Département de la médecine d'urgence, Dalhousie University, Halifax, NS; ‡Département de médecine d'urgence, University Health Network, Toronto, ON; §Département de médecine d'urgence, University of British Columbia, Vancouver, BC; ¶Département de médecine d'urgence, Université d'Ottawa, Ottawa, ON; ‖Département de médecine d'urgence et **école de santé publique, University of Alberta, Edmonton, AB; ††Alberta Health Services, Edmonton, AB; et ‡‡Division de la médecine d'urgence, département de médecine, McMaster University, Hamilton, ON.

Correspondance avec: Dr. Amy H. Y. Cheng, 30 Bond Street, 1-008 Shuter, Toronto, ON M5B1W8; Email: ChengAm@smh.ca

© Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM 2017:1-10 DOI 10.1017/cem.2017.1

Choisir avec soin® (CAS) du Canada a été lancé en 2014 en partenariat avec l'Association médicale canadienne.[3] Depuis avril 2014, plus de 35 associations de médecins spécialistes ont établi des listes de cinq examens ou interventions les plus problématiques dans leur pratique. Au printemps 2014, l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a été invitée à dresser une telle liste pour CAS. L'ACMU a choisi de trouver des volontaires pour son groupe de travail CAS composé d'experts afin d'élaborer sa liste, par le biais d'un processus scientifique rigoureux.

Les médecins d'urgence prennent des décisions importantes dans un délai limité au sujet du diagnostic et du traitement des patients qui sont souvent atteints de maladies aiguës ou qui sont blessés. Le service d'urgence (SU) est le point d'entrée du système de soins de santé pour beaucoup de patients et sa performance (c.-à-d. le temps d'attente et la durée du séjour dans le SU) est souvent au centre de l'attention du gouvernement et du public. CAS est particulièrement pertinent en médecine d'urgence, car les médecins d'urgence jouent un rôle important dans l'utilisation et l'allocation de ressources limitées en soins de santé.[4]

Une abondance de documentation récente remet en question l'utilité et les risques potentiels d'investigations et de traitements couramment effectués dans les SU, tels que l'imagerie médicale et la surutilisation d'antibiotiques. Des études sur l'utilisation de l'imagerie médicale dans les SU, par exemple, ont révélé que l'utilisation de la tomodensitométrie a doublé au cours des deux dernières décennies en Amérique du Nord. Il demeure toutefois incertain si cette augmentation du recours à l'imagerie médicale a améliorée les résultats pour les patients et la qualité des soins obtenus.[5-7] En fait, les médecins sont de plus en plus inquiets par rapport à l'exposition potentiellement inutile aux radiations pour tous les patients, particulièrement pour ceux subissant un tomodensitogramme, et par le coût additionnel encouru par les études d'imagerie médicale injustifiées.[7-9] Ainsi, les associations professionnelles en médecine d'urgence (ACEP) et en radiologie (l'American College of Radiology et l'Association canadienne des radiologistes) ont commencé à plaider pour une réduction du nombre d'examens d'imagerie médicale potentiellement coûteux et dommageables dans les services d'urgence, par l'évitement des tomodensitométries du crâne chez les patients présentant des blessures mineures à la tête et une simple céphalée, de l'imagerie médicale de la colonne lombaire chez les patients présentant des lombalgies et des radiographies de la cheville sans signe clinique de fracture.[8,10]

Une étude récente menée au moyen d'une vaste base de données nationale aux États-Unis a démontré qu'en 2011, un nombre stupéfiant de 265,5 millions de traitements aux antibiotiques a été prescrit (équivalant à 842 ordonnances par 1000 personnes).[11] La prescription appropriée d'antibiotiques est nécessaire pour diminuer la résistance aux antibiotiques dans la collectivité et pour réduire les torts inutiles aux patients tels que les allergies, les éruptions et la diarrhée provoquée par les antibiotiques.

L'ACMU soutient fermement l'initiative CAS et a rejoint ses pairs partout en Amérique du Nord dénonçant les excès en médecine. Cet article décrit l'élaboration de la liste des cinq examens, interventions et traitements dont l'utilisation devrait être remise en question par les médecins d'urgence canadiens. Il existe suffisamment de preuves permettant de démontrer que leurs torts et leurs coûts potentiels l'emportent sur tous les bénéfices qu'ils peuvent possiblement fournir.

MÉTHODES

Méthodologie, population étudiée et contexte

Une technique nominale et une méthode Delphi modifiée ont été utilisées afin de générer la liste des cinq principaux items CAS pour la médecine d'urgence.[12,13] Nous avons sollicité la participation des médecins d'urgence canadiens (membres et non membres de l'ACMU) de divers horizons en matière de données démographiques, de formation, de lieu, de type et de durée de pratique. Les médecins d'urgence n'exerçant actuellement pas au Canada ont été exclus.

Phase 1 : Création de la liste initiale

Le groupe de travail de l'ACMU composé d'experts (GTCE) pour le programme Choisir avec soin® a été créé en mars 2014. Le GTCE a été chargé de dresser la liste initiale d'examens, d'interventions et de traitements courants dans les services d'urgence, considérés comme ayant une valeur limitée dans la pratique de la médecine d'urgence et dont l'utilisation pourrait facilement être réduite sans compromettre les soins. *A priori*, le GTCE a décidé que les recommandations de CAS seraient choisies selon cinq principes directeurs (par ordre

1	Capacité d'agir	Les recommandations devraient être des investigations, traitements et procédures qui sont sous le contrôle du médecin d'urgence.
2	Efficacité	Les recommandations devraient être appuyées par des preuves cliniques.
3	Sécurité	Les recommandations devraient viser la réduction de torts potentiels aux patients (c.-à-d. douleur, exposition aux rayonnements, temps passé au service d'urgence, etc.).
4	Fardeau économique	Les recommandations devraient viser une réduction des coûts ou du fardeau économique sur le système de soins de santé.
5	Fréquence d'utilisation	Les recommandations devraient être basées sur les investigations ou les procédures qui sont couramment utilisées dans le service d'urgence.

Image 1. Cinq principes directeurs pour l'élaboration de la liste CAS pour la médecine d'urgence

décroissant d'importance) : la capacité d'agir des médecins d'urgence, l'efficacité, la sécurité, le fardeau économique et la fréquence d'utilisation. L'image 1 présente les cinq principes directeurs et leurs définitions.

Le GTCE était composé de dix médecins d'urgence canadiens bénévoles provenant de services d'urgence de centres hospitaliers universitaires et de services d'urgence communautaires dont la pratique inclut les soins aux adultes seulement ou une combinaison de soins aux adultes et aux enfants. Chaque membre du GTCE devait inviter trois experts additionnels (médecins d'urgence adulte et pédiatrique) pour donner de plus amples commentaires permettant d'élargir et de raffiner la liste initiale. Ces 30 experts additionnels ont été choisis parce qu'ils étaient en mesure de commenter sur la liste initialement élaborée selon leur type de pratique (adultes, combinaison adultes/pédiatrie), lieu de la pratique (enseignement en milieu urbain, communauté urbaine, en milieu rural), type de formation (FRCPC, CCMF-MU, etc.) et années de pratique. Il n'était pas nécessaire que les experts travaillent un « équivalent temps plein » minimal pour participer.

Phase 2 : Élaboration des sujets par la section de l'ACMU et les présidents de comités

Les présidents des 13 sections de l'ACMU, les comités permanents et les comités de pratique reliés à la pratique, à la médecine fondée sur des données probantes ou à la qualité des soins (Annexe A) ont reçu un sondage par courriel leur demandant de suggérer des items potentiels additionnels pour CAS. Au moyen de la méthode de Dillman modifiée, on a demandé aux présidents si chacun des items à choisir dans la liste élaborée à la phase 1 devait être inclus dans la liste finale de CAS.[14] Les présidents ont également été incités à fournir des suggestions pour tout autre sujet qui, à leurs yeux, méritait d'être ajouté à la liste CAS. Les réponses au sondage ont été analysées, les variables admissibles de CAS ayant reçu une approbation inférieure à 50 % de ce groupe ont été retirées de la liste initiale et toutes nouvelles variables potentielles ont été ajoutées. Le sondage de l'ACMU envoyé aux présidents est inclus dans le Supplément 1.

Phase 3 : Perfectionnement de la liste par un groupe d'experts pour l'amélioration des sujets

Dans la phase 3, la méthode bootstrap a été appliquée et chaque membre du GTCE a identifié environ dix collègues médecins d'urgence additionnels (qui ne faisaient pas partie de la phase 2) d'un bout à l'autre du Canada afin de fournir des données permettant de raffiner la liste élaborée à la phase 2. Le GTCE a tenté d'attirer des médecins d'urgence de provinces non représentées dans le GTCE (c.-à-d. T.-N., SK, MB, Î.-P.-É, N.-B.) grâce à des contacts personnels.

Pour garantir que les caractéristiques socio-démographiques des membres du groupe d'experts pour l'amélioration des sujets (GEAS) étaient représentatives de celles des médecins d'urgence de partout au pays, les informations démographiques sur chaque membre du GEAS ont été récoltées incluant l'âge, le sexe, la formation (CCMF-MU, FRCPC, autre), le nombre d'années de pratique, le milieu principal de pratique (universitaire, urbain, rural), le type de pratique (adultes, combinaison adulte/pédiatrie) et l'emplacement (province).

Les variables admissibles de la phase 2 ont été divisées de manière aléatoire en deux ensembles et

envoyées à des groupes égaux du GEAS. Chaque membre du GEAS a classé chaque variable admissible au moyen d'une échelle de Likert de sept points selon les cinq principes directeurs : la capacité d'agir, l'efficacité, la sécurité, le fardeau économique et la fréquence d'utilisation. Un exemple de question du sondage GEAS se trouve dans le Supplément 2.

Phase 4 : Réduction de la liste par le groupe de travail composé d'experts

Les scores généraux médians ont été calculés avec un intervalle interquartile, et des calculs de scores médians similaires ont été obtenus pour chacune des cinq questions et pour chaque item du sondage GEAS de la phase 3. Les 15 items les plus importants à choisir ont été identifiés au moyen des critères suivants:

1) Items inclus ayant les 15 plus hauts scores médians;
2) À partir de cette liste de 15, les items avec des scores médians de cinq ou moins pour n'importe quelle des cinq questions conçues à partir des principes directeurs ont été éliminés;
3) Parmi les items restants, les huit plus importants ont été choisis selon les scores les plus élevés (et avec l'intervalle interquartile le plus étroit) dans les cinq questions basées sur les principes directeurs dans l'ordre suivant (du plus important au moins important) : la capacité d'agir, l'efficacité, la sécurité, le fardeau économique et la fréquence d'utilisation.

Phase 5 : Élaboration des recommandations finales de CAS

Les résultats du sondage et les huit items les plus importants de CAS élaborés à la phase 4 ont été présentés au GTCE lors d'une téléconférence. Un consensus a été obtenu après une profonde discussion et sans celui-ci, le groupe de travail poursuivait le dialogue jusqu'à l'obtention d'un accord complet pour un item en particulier. Le groupe de travail a poursuivi ainsi jusqu'à obtenir une entente à 100 % et la finalisation des cinq item CAS pour la médecine d'urgence.

Les descriptions des motifs ont été rédigées par le GTCE pour chacune des recommandations. Au besoin, ces descriptions étaient envoyées à des experts dans le domaine approprié pour garantir leur pertinence et leur exactitude.

Image 2 montre les étapes utilisées pour la sélection des cinq recommandations pour la liste Choisir avec soin® de médecine d'urgence.

Déontologie

Le comité d'éthique de la recherche en santé de la University of Alberta a approuvé le protocole du sondage. Le consentement était implicite lors de la participation au sondage. Bien que les coordonnées des médecins étaient requises, aucun identifiant n'a été utilisé dans l'analyse et les données ont été rapportées en agrégat.

RÉSULTATS

Élaboration initiale de la liste

Une liste initiale de 52 variables admissibles a été élaborée à partir des opinions du GTCE de l'ACMU et des opinions de 30 autres médecins d'urgence du Canada identifiés par le biais de la méthode bootstrap par le GTCE.

Élaboration des sujets par la section de l'ACMU et les présidents de comités

Le sondage et la liste initiale des 52 variables admissibles ont été envoyés à 15 présidents de comités de l'ACMU. Avec un total de 3 courriels de rappel, six (40 %) présidents ont répondu. Une nouvelle variable admissible pour CAS a été suggérée dans ce groupe et cinq variables

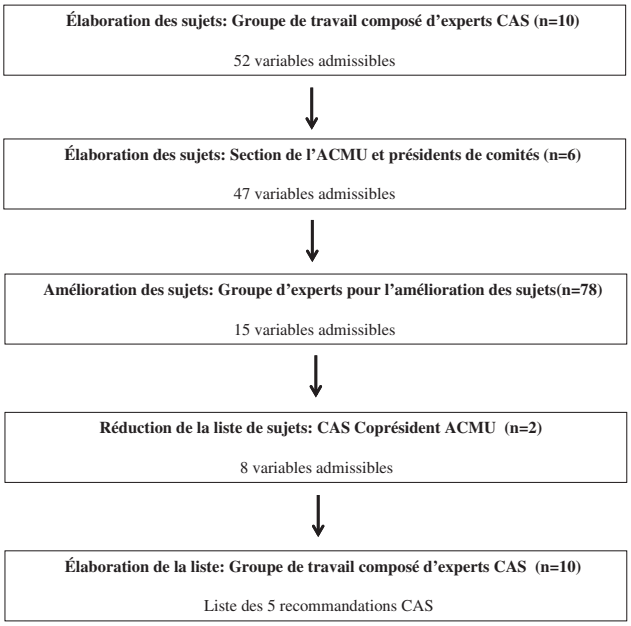

Image 2. Méthode pour la sélection des cinq recommandations de la liste Choisir avec soin® de médecine d'urgence

admissibles ont été retirées ayant reçu un appui de moins de 50 % de la part du groupe. Une liste finale de 47 variables admissibles a été élaborée à partir de cette phase de l'étude.

Perfectionnement de la liste par le groupe d'experts pour l'amélioration des sujets

La liste de 47 variables admissibles a été divisée de façon aléatoire et envoyée à deux groupes de membres de l'ACMU composés de membres du groupe d'experts pour l'amélioration des sujets (GEAS). Des 107 membres du GEAS nommés, 78 (73 %) ont rempli le sondage au complet après trois courriels de rappel. Le tableau 1 présente les informations démographiques des répondants du GEAS. Le GEAS a démontré une vaste représentation dans tout le Canada. En général, les répondants étaient plus souvent des hommes (69 %), avec un âge médian de 46 ans (intervalle interquartile : 40, 54), possédaient des certifications variées, et une médiane de 15 années d'expérience de pratique (intervalle interquartile : 8, 27).

Tableau 1. Informations démographiques pour le groupe d'experts en amélioration des sujets

Facteurs	Résultats
Âge médian (années [intervalle interquartile])	46 (40, 54)
Femme sexe (n [%])	24 (31%)
Formation	
CMFC (MU)	37 (47%)
FRCPC	29 (37%)
ABEM	1 (1%)
Autre	10 (13%)
Années de pratique (médiane [intervalle interquartile])	15 (8, 27)
Type de pratique	
Combinaison adultes/pédiatrie	44 (56%)
Pédiatrie seulement	0 (0%)
Adultes seulement	30 (38%)
Aucune réponse	4 (5%)
Lieu de pratique	
Urbain (Universitaire)	64 (82%)
Rural	7 (9%)
Urbain (sans enseignement)	3 (4%)
Aucune réponse	4 (5%)
Province de pratique	
Ontario	21 (27%)
Québec	14 (18%)
Saskatchewan	8 (10%)
Manitoba	8 (10%)
Alberta	7 (9%)
Colombie-Britannique	7 (9%)
Nouvelle-Écosse	5 (6%)
Nouveau-Brunswick	2 (3%)
Terre-Neuve	2 (3%)
Île du Prince-Édouard	1 (1%)
Aucune réponse	3 (4%)

Réduction de la liste par le groupe de travail composé d'experts de l'ACMU

Au total, 15 des 47 variables admissibles ont reçu un score médian composite de 30 sur une possibilité totale de 35. Les huit items les plus importants ont reçu un score médian de 6 sur 7 (intervalle interquartile : 6, 7) sur la capacité d'agir. À la suite de ce classement, cinq ont reçu un score médian de 6 (intervalle interquartile : 6, 7) dans le domaine des preuves. Finalement, deux ont reçu un score médian de 6 (intervalle interquartile : 6, 7) dans le domaine de la sécurité, et l'item classé le plus haut a reçu un score médian de 6 (intervalle interquartile : 6, 7) dans le domaine du fardeau économique (voir le Tableau 2).

Élaboration finale des recommandations de CAS

Le GTCE a analysé les résultats du sondage, et les huit items les plus importants de CAS ont été élaborés. Quatre des items ont été combinés pour n'en faire que deux en raison de similitudes : « Évitez les antibiotiques chez les enfants atteints de bronchiolite aiguë » a été combiné avec « Évitez les antibiotiques chez les patients atteints de bronchite aiguë ». De plus, « Ne prescrivez pas de tomodensitométrie de la tête pour des patients qui présentent un traumatisme crânien mineur (à moins que l'intervention soit prescrite par la règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête) » a été combiné avec « Ne prescrivez pas de tomodensitométrie de la tête pour des patients en pédiatrie présentant un traumatisme crânien à faible risque (à moins que l'intervention soit prescrite par la règle Catch) ». Les résultats des huit items les plus importants ont été révisés et la liste finale des cinq items les plus importants de CAS ACMU a été élaborée par consensus (voir l'image 3). Les résultats de la sélection ont été perfectionnés dans les langues courantes par le comité national de CAS en versions française et anglaise pour publication et distribution (Annexes B et C). La liste des cinq items CAS les plus importants

Tableau 2. Résultats du sondage du groupe d'experts en amélioration des sujets pour les 15 variables de choix les plus importantes

		Scores médians (intervalle interquartile) pour chacun des cinq principes directeurs				
	Variables	Capacité d'agir	Efficacité	Sécurité	Fardeau économiqueue	Fréquence
1	Ne demandez pas de TDM de la tête pour des patients ayant subi un traumatisme crânien mineur (à moins que l'intervention soit prescrite par la règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête).	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (6,6.5)
2	Évitez les antibiotiques pour les enfants atteints de bronchiolite aiguë.	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (5,7)	6 (5,7)
3	Ne demandez pas d'imagerie radiologique de la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale pour des patients atteints d'une lombalgie non traumatique qui ne présentent aucun signe d'alerte.	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (5,7)	6 (5,6.25)	6 (5,6)
4	Ne demandez pas de radiographie du cou pour des patients dont le résultat de la règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale est négatif.	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (5,6.75)	6 (5,6.75)	6 (5,6)
5	Évitez les antibiotiques pour des patients souffrant d'une bronchite aiguë.	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (5.5,6)	6 (5.5,7)	6 (5.5,7)
6	Ne demandez pas de tomodensitométrie de la tête pour des patients en pédiatrie ayant souffert d'un traumatisme crânien mineur à faible risque (à moins d'un résultat positif à la règle CATCH).	6 (6,7)	6 (5.5,7)	6 (6,7)	6 (5.25,7)	6 (4.25,6)
7	Ne demandez pas de tomodensitométrie de la tête pour des patients au SU souffrant d'une syncope.	6 (6,7)	6 (5,6.75)	6 (5,7)	6 (5,7)	6 (4.25,6)
8	Évitez les antibiotiques lors d'incision et drainage d'un abcès sauf en présence d'une cellulite étendue.	6 (6,7)	6 (5.75,7)	6 (5,7)	6 (5,6.25)	6 (5,7)
9	Ne demandez pas d'imagerie avant le résultat de la règle décisionnelle (Wells) +/- DD.	6 (5,6)	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (5,7)
10	Évitez les antibiotiques ou utilisez la stratégie de traitement « wait and see » pour des patients souffrant d'un mal de gorge sans complications	6 (5,7)	6 (6,7)	6 (6,7)	6 (5,7)	6 (5,7)
11	Ne demandez pas de radiographie du pied ou de la cheville pour des patients dont le résultat des règles d'Ottawa pour la cheville /le pied était négatif.	6 (5,6)	6 (6,7)	6 (5,6)	6 (5,6.25)	6 (5.75,7)
12	Évitez les antibiotiques ou utilisez la stratégie de traitement « wait and see » pour des patients souffrant d'une otite moyenne-aiguë sans complications.	6 (5,7)	6 (6,7)	6 (5,6)	6 (5,7)	6 (5,7)
13	N'admettez pas de patients souffrant d'une pneumonie communautaire à moins que le score de gravité soit > 90 (hypoxie , pneumonie) ou admission pour une raison sociale.	6 (5,6)	6 (5,6)	6 (5,6)	6 (6,7)	6 (4,6)
14	Évitez l'insertion de sonde de Foley chez tout patient à moins d'indication contraire.	6 (5,6.5)	6 (5,6)	6 (5,7)	6 (5,6.5)	6 (5,7)
15	Limitez les demandes de radiographies thoraciques pour des patients souffrant d'asthme à moins d'indications contraires (pneumothorax, pneumonie soupçonnés, absence de réponse).	6 (6,6.5)	6 (5,6)	6 (5,6)	6 (5,6)	6 (5,6)

Remarque : Nous avons demandé à chaque répondant du sondage d'évaluer chaque variable au moyen d'une échelle de Likert de sept points basée sur les cinq principes directeurs. Les cellules ombrées représentent les réponses ayant les scores médians les plus élevés avec les intervalles interquartiles les plus étroits et les plus élevés.

de l'ACMU a été publiée après la séance plénière présentée par Dre Wendy Levinson lors de la conférence scientifique annuelle de l'ACMU à Edmonton, AB, le 2 juin 2015.

DISCUSSION

La campagne Choisir avec soin® Canada encourage le dialogue entre les médecins et les patients au sujet de la

1	Ne prescrivez pas de tomodensitométrie cérébrale 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 valide).
2	Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes atteints de bronchite ou d'asthme ou aux enfants atteints de bronchiolite.
3	Ne demandez pas d'imagerie radiologique 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.
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.
5	Ne prescrivez pas d'antibiotiques après avoir drainé un abcès cutané non compliqué, sauf en présence de cellulite étendue.

Image 3. Liste des cinq recommandations les plus importantes pour Choisir avec soin Canada pour la médecine d'urgence

nécessité d'examens, d'interventions et de traitements médicaux dont l'utilisation peut occasionner des torts inutiles au patient et faire encourir des coûts additionnels au système de soins de santé. Les médecins d'urgence prennent des décisions importantes dans un délai limité au sujet du diagnostic et du traitement de patients qui sont atteints de maladies aiguës ou qui sont blessés. Le service d'urgence (SU) est souvent le point d'entrée du système canadien de soins de santé pour de nombreux patients et la performance du SU et sa capacité de traitement sont souvent le au centre de l'attention du gouvernement et du public. Par conséquent, les médecins d'urgence jouent un rôle majeur dans l'utilisation et l'allocation de ressources en soins de santé.[4]

Le groupe de travail de l'ACMU composé d'experts pour CAS a utilisé une méthode mixte d'établissement de consensus pour élaborer les cinq recommandations les plus importantes de CAS pour la médecine d'urgence.

1re recommandation : Ne prescrivez pas de tomodensitométrie cérébrale 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 valide)

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 en présence d'un score de coma de Glasgow de 13 à 15 associé à un ou plusieurs des éléments suivants : perte de conscience, amnésie post-traumatique et désorientation objectivée. La plupart des adultes et des enfants ayant eu un traumatisme crânien mineur n'ont pas subi de lésion cérébrale grave nécessitant une hospitalisation ou une opération. En ordonnant une tomodensitométrie (TDM) cérébrale aux patients qui ne présentent pas de signes ou de symptômes de blessures graves, 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 de séjour et le risque de poser un diagnostic erroné. Plusieurs études cliniques démontrent que les médecins ne devraient pas prescrire de tomodensitométrie cérébrale pour les patients ayant subi un traumatisme crânien mineur à moins qu'une des règles de décision clinique validée n'indique le contraire (règle canadienne d'utilisation de la TDM cérébrale [Canadian CT Head Rule] pour les adultes, règle CATCH ou règle PECARN pour les enfants).[15-17]

2e recommandation : Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes atteints de bronchite ou d'asthme et aux enfants atteints de bronchiolite

On voit souvent se présenter au service d'urgence des patients souffrant de détresse respiratoire découlant de bronchospasmes ou des râles sibilants, à la fois chez les enfants (c.-à-d, bronchiolite/asthme) et chez les adultes (c.-à-d bronchite ou asthme). La plupart des patients présentant ces symptômes n'ont pas d'infection bactérienne demandant un traitement aux antibiotiques ou susceptible d'influencer l'évolution clinique (c.-à-d. : hospitalisation). Malgré cela, l'administration inappropriée d'antibiotiques survient et expose les patients à des risques inutiles (c.-à-d des allergies, éruption cutanée ou autres effets indésirables) et peut augmenter les risques pour le patient de souffrir de diarrhée induite par les antibiotiques (la colite découlant du C. Difficile). Ces ordonnances contribuent également à l'augmentation de la résistance aux antibiotiques dans la communauté, et limitent l'efficacité des antibiotiques conventionnels pour le traitement de légitimes infections bactériennes. Des preuves solides issues de la recherche appliquée recommandent aux médecins d'éviter de prescrire des antibiotiques aux enfants et aux adultes qui présentent un râle sibilant.[18-20]

3e recommandation : Ne demandez pas d'imagerie médicale de la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale 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 au service d'urgence pour des douleurs non précises dans la région lombo-sacrée de la colonne sans lien avec un trauma important (c.-à-d, un accident de voiture, charge axiale aiguë, hyperflexion aiguë, etc.). L'évaluation de ces patients souffrant de lombalgie 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, sans s'y limiter : des caractéristiques du syndrome de la queue de cheval ; une perte de poids ; des antécédents de cancer ; une fièvre ; des sueurs nocturnes ; l'utilisation chronique de corticoïdes généraux, l'utilisation chronique de drogues illicites par voie intraveineuse ; un premier épisode de lombalgie non précise chez un patient de plus de 50 ans, et plus particulièrement chez ceux de plus de 65 ans ; des réflexes anormaux ; une perte de force motrice et une perte de sensation dans les jambes. En l'absence de signes d'alerte, les médecins ne devraient pas demander d'imagerie pour les patients se présentant en raison d'une lombalgie non précise. L'imagerie médicale du bas de la colonne vertébrale pour une lombalgie symptomatique n'améliore pas les résultats : elle expose inutilement les patients aux rayonnements ionisants, contribue à l'engorgement des hôpitaux et ne représente pas une valeur ajoutée.[21-23]

4e recommandation : Ne demandez pas de radiographie du cou pour les patients dont le résultat à la règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale est négatif

Les douleurs cervicales résultant d'un trauma sont un motif courant de visite au service d'urgence. Très peu de patients qui se présentent pour cette raison ont toutefois des lésions pouvant être détectées par radiographie. La vérification des antécédents, la réalisation d'un examen physique et l'utilisation de règles de décision clinique (c.-à-d la 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 ne présentant pas de lésions médullaires cervicales et qui n'ont donc pas besoin de radiographie.[24,25] 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.[26] Faire passer ces tests inutilement retarde les soins, peut accroître les douleurs et les résultats indésirables (en raison de l'immobilisation prolongée sur une planche dorsale), et expose 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.

5e recommandation : Ne prescrivez d'antibiotiques après l'incision et le drainage d'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).[27] La plupart des abcès non compliqués devraient être incisés au service d'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.[28] Les médecins ne devraient donc pas prescrire d'antibiotiques dans ces cas, sauf chez les patients immunodéficients, atteints d'une maladie systémique ou qui présentent une lymphangite ou une cellulite étendue (cellulite allant au-delà de ce qui recouvre normalement l'abcès).[29]

Ces cinq recommandations représentent des examens, interventions et traitements courants souvent utilisés dans les SU canadiens et dont l'utilisation devrait être remise en question en raison de données probantes de grande qualité qui démontrent que les torts possibles liés à leur utilisation dépassent tout bénéfice potentiel pour le patient. Des cinq recommandations, il est intéressant de noter que deux font référence à l'évitement de l'antibiothérapie inutile et trois font référence à l'évitement d'imagerie médicale inutile. Cela reflète, dans la documentation actuelle, les préoccupations au sujet de torts potentiels de la prescription excessive d'antibiotiques et de la sur-utilisation de rayonnements ionisants.

LIMITATIONS

Il existe certaines lacunes dont il faut discuter. Premièrement, le taux de réponse de la part des présidents des comités de l'ACMU (40 %) a été plus bas que prévu, bien que le taux de réponse de 78 % provenant de médecins pratiquants était plus élevé que dans d'autres sondages de l'ACMU. Deuxièmement, bien que nous croyons que des médecins du SU formant un échantillon représentatif ont été visés et impliqués dans le processus, nous avons été incapables d'évaluer les biais de l'échantillonnage en raison d'exigences éthiques. Troisièmement, les méthodes utilisées pour élaborer les items et atteindre un consensus ont été mises au point par les coprésidents du GTCE avec peu d'antécédents pour les informer. Toutefois, les méthodes utilisées ont été choisies *a priori* et avec pour objectif la réduction du nombre d'items. Quatrièmement, la distribution de la liste (trois imageries médicales et deux antibiotiques) surreprésente possiblement certaines composantes de la pratique, particulièrement en contexte urbain. Nous reconnaissons que la liste sous-représente les maladies pédiatriques et est limitée en terme de sujets; toutefois, des recommandations additionnelles sont prévues pour 2016. Finalement, CAS fournit une plateforme pour commencer la discussion au sujet de l'intendance des ressources dans les SU et la liste de cinq items de l'ACMU identifie ces examens, interventions et traitements auxquels les médecins d'urgence de tout le pays devraient initialement porter attention. Toutefois, nous ignorons si les recommandations de CAS se traduiront éventuellement en politiques d'établissement et en changements individuels de pratique chez les médecins pouvant mener à des résultats améliorés chez les patients. Les prochaines étapes devraient porter sur la création de stratégies locales pouvant aider à traduire les recommandations CAS en pratique. Une campagne publique simultanée sur l'utilisation appropriée de tests de diagnostic et de traitements permettant de fournir au public de l'information similaire à celle que l'on retrouve dans le Consumer Reports aux É.-U. devrait être entreprise.

CONCLUSION

Une méthode à étapes multiples d'établissement de consensus a été utilisée pour élaborer la liste des cinq examens, interventions et traitements en médecine d'urgence les plus importants pour CAS, dont l'utilisation devrait être remise en question. Les cinq recommandations sont simples, pratiques et soutenues par des données probantes : 1) Ne prescrivez pas de tomodensitométrie cérébrale 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 valide); 2) Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes atteints de bronchite ou d'asthme ou aux enfants atteints de bronchiolite ; 3) Ne demandez pas imagerie médicale radiologique 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; 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; et 5) Ne prescrivez pas d'antibiotiques après avoir drainé un abcès cutané non compliqué, sauf en présence de cellulite étendue. Les prochaines étapes devraient porter sur la conception de stratégies locales et régionales pouvant permettre aux recommandations du CAS d'être mises en pratique au quotidien.

Remerciements : Les auteurs étaient tous responsables de la conceptualisation de l'étude. BHR et AC ont conçu le protocole ; BHR a obtenu l'approbation du HREB (http://www.hrea.ca/HREB.aspx) SC, AC et BHR étaient responsables de la collection et de l'analyse de données. AC, SC et BHR avaient accès aux données (y compris les rapports statistiques et les tableaux) pendant l'étude et ont assumé la responsabilité relative à l'intégrité des données et à l'exactitude de l'analyse des données. AC a rédigé le manuscrit, et tous les auteurs ont contribué à sa révision. AC assume la responsabilité de l'article complet, pour le compte de tous ses auteurs. Nous remercions l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) et Alberta Innovates Health Solutions (AIHS) pour le soutien financier tout au long de ce projet. Nous reconnaissons l'aide du Emergency Medicine Research Group (EMeRG®), et du département de médecine d'urgence de la University of Alberta pour la soumission sur l'éthique, la gestion du sondage et l'analyse des données. Nous remercions Dre Lisa Hicks pour son apport à l'élaboration de la méthodologie de la liste initiale de CAS. Le GTCE de l'ACMU aimerait remercier Dre Wendy Levinson et l'équipe entière de Choisir avec soin® Canada pour leur impliquation, leurs encouragements et leur soutien. Nous aimerions finalement également remercier tous les médecins d'urgence d'un bout à l'autre du pays pour leur participation au processus d'élaboration de la liste. BHR est soutenu par l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) en tant que titulaire de la chaire de recherche du Canada de niveau 1 en médecine d'urgence fondée sur les données probantes par le biais du gouvernement du Canada (Ottawa, ON). SC est soutenue

par une aide salariale financée par le EMeRG® de la University of Alberta. BHR et BRH travaillent pour l'Alberta Health Services (AHS) par le biais du Emergency Strategic Clinical Network (ESCN).

Conflit d'intérêts : Aucun de déclaré.

SUPPLEMENTARY MATERIAL

To view supplementary material for this article, please visit https://doi.org/10.1017/cem.2017.1

RÉFÉRENCES

1. ChoosingWisely. Choosing Wisely: An initiative of the ABIM Foundation; 2012. http://www.choosingwisely.org/about-us/ (accessed December 8, 2014).
2. ChoosingWisely. Choosing Wisely - American College of Emergency Physicians Recommendations; 2013. http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-emergency-physicians/ (accessed August 1, 2015).
3. Choosing Wisely. ChoosingWisely Canada; 2014. http://www.choosingwiselycanada.org/about/what-is-cwc/ (accessed December 8, 2014).
4. ACEP. Emergency Physician Stewardship of Finite Resources; 2010. http://www.acep.org/Clinical—Practice-Management/Resource-Utilization-in-the-Emergency-Department–The-Duty-of-Stewardship/ (accessed November 15, 2014).
5. Broder J, Warshauer DM. Increasing utilization of computed tomography in the adult emergency department, 2000–2005. *Emerg Radiol* 2006;13:25-30.
6. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Larson EB. Rising use of diagnostic medical imaging in a large integrated health system. *Health Aff* 2008;27:1491-502.
7. Rao VM. Trends in utilization rates of the various imaging modalities in emergency departments: nationwide Medicare data from 2000 to 2008. *J Am Coll Radiol* 2011;8:706-9.
8. Choosing Wisely. Canadian Association of Radiologists: Five Things Physicians and Patients Should Question. Choosing Wisely Canada; 2014. http://www.choosingwiselycanada.org/recommendations/canadian-association-of-radiologists-2/ (accessed December 8, 2014).
9. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography—an increasing source of radiation exposure. *New Engl J Med* 2007;357:2277-84.
10. ACEP. ACEP Announces List of Tests As Part of Choosing Wisely Campaign; 2013. http://www.acep.org/Clinical—Practice-Management/ACEP-Announces-List-of-Tests-As-Part-of-Choosing-Wisely-Campaign/ (accessed December 8, 2014).
11. Hicks LA, Bartoces MG, Roberts RM, et al. US Outpatient Antibiotic Prescribing Variation According to Geography, Patient Population, and Provider Specialty in 2011. *Clin Infect Dis* 2015;60:1308-16.
12. Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80.
13. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook R. *Consensus Methods Characteristics and Guidelines for Use*. Santa Monica: Rand Corporation; 1991.
14. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*, 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2008.
15. Easter JS, Bakes K, Dhaliwal J, et al. Comparison of PECARN, CATCH, and CHALICE rules for children with minor head injury: A prospective cohort study. *Ann Emerg Med* 2014;64:145-52; 152 e1-5.
16. Osmond MH, Klassen TP, Wells GA, et al. CATCH: A clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *CMAJ* 2010;182:341-8.
17. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001;357:1391-6.
18. 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.
19. Graham V, Lasserson TJ, Rowe BH. Antibiotics for acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;3:CD002741.
20. Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:CD000245.
21. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:463-72.
22. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Int Med* 2007;147:478-91.
23. Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. In: *Economics IoH*, 2nd ed. (ed. Practice TO). Edmonton: Institute of Health Economics Toward Optimized Practice; 2011.
24. Michaleff ZA, Maher CG, Verhagen AP, et al. 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:E867-76.
25. Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *New Engl J Med* 2003;349:2510-8.
26. Stiell IG, Clement CM, Grimshaw J, Brison RJ, Rowe BH, Schull MJ, et al. Implementation of the Canadian C-Spine Rule: prospective 12 centre cluster randomised trial. *BMJ* 2009;339:b4146.
27. Fridkin SK, Hageman JC, Morrison M, et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus disease in three communities. *New Engl J Med* 2005;352:1436-44.
28. 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;55:401-7.
29. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. 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:e10-52.