

ÉNONCÉ PAR RAPPORT AUX NIVEAUX DE SOINS EN PRÉHOSPITALIER AU QUÉBEC

Marc Béique, MD

Comité organisateur :

Marc Béique, MD

Stephen Rosenthal, MD

Wayne Smith, MD

Laurent Vanier, MD, PhD

Participants :

Marcel Boucher, MD

François De Champlain, MD

Heather Coombs, MD

Douglas Eramian, MD

Daniel Lefrançois, MD

Sébastien Maire, MD, MSc

Julien Poitras, MD

Eli Segal, MD

Alain Vadeboncoeur, MD

Position conjointe de l'Association des médecins d'urgence du Québec et de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec

Introduction

Cet énoncé est le résultat d'une journée de réflexion menée par des membres des deux associations ayant un intérêt pour le domaine du préhospitalier. La participation s'est faite sur une base volontaire. Dans un premier temps, il y a eu présentation d'articles (18), présentation de *position statements* (3) et une discussion sur les thèmes dégagés et considérés comme les plus importants. Dans un deuxième temps, un sommaire des discussions a été distribué aux participants pour commentaires (lesquels ont été incorporés dans le présent document en autant que possible). Cet exercice ne se voulait pas une revue exhaustive de la littérature. L'énoncé est le point de départ d'une réflexion à approfondir et propose une position initiale aux conseils d'administration des deux associations dans ce dossier.

Énoncés

- 1- **Un effort constant doit être déployé pour consolider les soins de base en préhospitalier dans toutes les régions. La liste des soins de base en ce moment inclut la réanimation et la stabilisation des patients, les manœuvres de maintien des voies aériennes, la RCR, la défibrillation précoce, de même que l'administration des cinq médicaments du programme provincial (nitroglycérine, épinéphrine, ASA, salbutamol, glucagon).**

Quoique des progrès importants vers l'uniformisation des soins aient été faits dans la dernière décennie au Québec, nous croyons que des lacunes existent encore tant à ce niveau qu'à celui de la formation du public en général. Le contrôle de la qualité et la recherche axée sur les meilleures preuves sont essentiels à la consolidation et le développement du préhospitalier.

AMUQ 2006 ; 3(1) : 39-40

Reçu le 10 avril 2006, accepté le 10 avril 2006

Aucun conflit d'intérêt n'a été identifié

Copyright © 2006 par l'Association
des médecins d'urgence du Québec

2- Une fois les étapes de réanimation et de stabilisation consolidées et uniformisées dans l'ensemble de la province, le développement du préhospitalier devrait être centré sur le soulagement sécuritaire des symptômes et des conditions morbides, ainsi que des complications ou effets néfastes qui risquent de survenir en raison de délais de prise en charge.

Le concept de *symptom relief* est en développement et en implantation en Amérique du Nord, mais est limité à quelques symptômes. Nous croyons que le concept doit être élargi et que le Québec doit participer aux avancées dans ce champ par le biais de recherche suivi d'une implantation basée sur la meilleure évidence scientifique disponible.

Les discussions que nous avons eues suggèrent que pour certaines interventions (par exemple l'administration de glucose) la qualité de la littérature nécessaire pour l'approbation de nouvelles manœuvres pourrait être limitée, alors que pour d'autres interventions (par exemple l'intubation), ceci ne peut se faire qu'à l'intérieur d'un cadre évaluatif objectif. Certaines interventions courantes dans les urgences ne sont pas automatiquement généralisables dans le préhospitalier. Nous notons par ailleurs que l'absence d'évidence scientifique de bienfait n'est pas synonyme d'évidence d'absence de bienfait.

Dans cet esprit, le système préhospitalier au Québec se doit de se doter de l'infrastructure nécessaire au niveau personnel (nombre et formation) et du support logistique et financier.

Finalement, tout en garantissant les meilleurs soins à la majorité des patients, nos pratiques ne devraient pas automatiquement laisser pour compte les patients aux prises avec des pathologies moins fréquentes. L'évaluation de l'impact des interventions doit inclure le coût-bénéfice, le maintien des compétences, la fréquence et les délais d'intervention.

3- Faisant partie du réseau de la santé, le préhospitalier doit évoluer de concert avec le reste du réseau. De façon spécifique, il doit tenir compte de mandats spécifiques de certains établissements du réseau. Le patient doit être amené au centre hospitalier le plus apte à lui prodiguer les soins nécessaires, dans le meilleur délai, et avec pour but de le stabiliser et de corriger l'évolution potentiellement néfaste des différentes pathologies, lors de la portion préhospitalière.

Le système préhospitalier est une partie intégrale du réseau. Il peut jouer un rôle critique dans certains domaines spécifiques. La planification des interventions, la distribution des ressources, l'orientation des équipes préhospitalières, etc, doit s'enchaîner dans un esprit de continuité de soins et de services qui débutent lors de la prise en charge du patient par le réseau (centres de communication santé ou centres 911) jusqu'au retour dans la communauté. On peut citer à titre d'exemple le réseau de trauma, l'utilisation d'électrocardiogrammes pour orienter le patient vers certains établissements, les programmes d'orientation des patients avec accident vasculaire cérébral aigu, etc.

4- Le Québec doit saisir les opportunités d'apprentissage qui s'offrent au niveau national et international. Dans son développement, il pourra ainsi profiter des expériences positives et négatives des autres communautés qui ont contribué et contribuent à la recherche et au développement en préhospitalier. Il pourra aussi créer des alliances centrées sur la poursuite de l'excellence et de l'efficacité dans ce domaine. Le réseautage des centres de recherche sur les soins en préhospitalier est potentiellement à l'avantage de tous.