

Les effets délétères des actes non pertinents

La pertinence (en prévention, diagnostique, thérapeutique, réadaptation) contribue fortement au respect du premier principe de l'exercice médical : *primum non nocere*¹.

La sous-utilisation des soins, définie comme la non-réalisation d'actes médicalement justifiés, est en grande partie la cause des dommages pour les patients associés aux soins [37]. Les retard et absence de diagnostic et de traitement concernent une proportion élevée des prises en charge de patients porteurs de maladie chronique. Le chiffre de 50 % est souvent

1. « D'abord ne pas nuire »

avancé dans les pays développés [19]. Cette sous-utilisation est la conséquence d'erreurs par omission qui sont à peu près aussi fréquentes que les erreurs par commission [38]. Les conséquences en termes de perte de chance et de dommage pour les patients n'ont pas été estimées à large échelle.

La surutilisation des soins, définie comme la réalisation d'actes non médicalement justifiés, peut également créer des dommages aux patients, soit directement par les complications des tests diagnostiques ou des traitements, soit indirectement en générant des résultats positifs (vrais-

positifs ou faux-positifs) nécessitant la poursuite d'explorations, voire des diagnostics en excès, conduisant à terme à des erreurs et des événements indésirables associés aux soins [20]. De surcroît, l'annonce de résultats faussement positifs peut avoir des conséquences psychologiques importantes pour les patients [7]. Enfin, nous incluons dans cette liste les prises en charge agressives au regard des effets attendus, dans les maladies graves comme en fin de vie, qui détériorent la qualité de vie des patients, ou plus simplement qui ne tiennent pas compte des préférences de patients [35].

Philippe Michel
Direction
organisation,
qualité, risques
et usagers,
Hospices civils
de Lyon

seraient nécessaires, et que d'un autre côté, certains patients subissent des traitements ou des examens, alors qu'ils n'en ont pas besoin... Et cela ne dépend ni de leur condition (pathologies, comorbidités...), ni de leur préférence. Ces soins, lorsqu'ils ne sont pas les plus adaptés à la situation du patient, sont qualifiés de « non pertinents ». À noter qu'il faut distinguer la notion de soin justifié et de soin pertinent : hospitaliser un patient pour une chirurgie est justifié mais non pertinent, si cette même chirurgie peut être faite en ambulatoire.

Ces variations interrogent la capacité de notre système de santé à assurer une égalité « de traitement » sur l'ensemble du territoire et mettent en cause l'efficacité des soins délivrés. Pour les institutions nationales, garantes de la santé de la population et responsables des finances publiques, il apparaît nécessaire de réduire ces variations des pratiques afin, non seulement, d'améliorer l'accès à des soins de qualité mais aussi d'améliorer la pertinence des soins délivrés. Car d'une part, il faut rappeler que des soins sont toujours potentiellement dangereux pour le patient et l'exposition à ce risque n'a pas lieu d'être si l'acte est injustifié et que d'autre part, ces actes occasionnent des dépenses importantes qui seraient mieux utilisées autrement. Reste à trouver les moyens de persuader des professionnels qui sont les seuls à pouvoir agir sur ces actes inutiles.

Davantage la priorité des institutions que celle des professionnels

Pour les soignants qui vivent au quotidien les conséquences des économies imposées par les établissements de santé, par les agences régionales de santé et par le ministère, la pertinence des soins reste encore un concept flou. Il est souvent dominé par l'impression qu'il s'agit d'une nouvelle justification pour réduire encore les moyens dont ils disposent, pour surveiller leurs

pratiques et finalement pour faire peser la pression de tout un système sur eux.

Si certains directeurs, responsables qualité ou professionnels de santé, s'emparent du sujet, c'est loin d'être le cas dans toutes les équipes médicales ; travailler à l'analyse et l'amélioration de sa pratique requiert un temps que tout le monde ne choisit pas de s'accorder. Mais pour le médecin, ce n'est pas un luxe, c'est une nécessité. De par son métier, et même s'il n'a qu'une obligation de moyen, il doit proposer au patient les meilleurs soins compte tenu de son état. Savoir quelle est la prise en charge la plus adéquate relève de l'évaluation des pratiques. Le médecin, en tant que prescripteur, a un rôle central au sein de l'équipe. Les équipes paramédicales interviennent dans l'exécution de cette prescription et même si elles permettent parfois de repérer des erreurs dans les prescriptions médicales, c'est le médecin qui porte la responsabilité de la prescription et c'est donc à lui de prescrire le traitement le plus approprié au patient.

Apparemment, il semble y avoir un consensus au sein de la communauté médicale pour considérer qu'une large part des actes et prescriptions réalisés sont inutiles. Après une enquête réalisée auprès de 800 médecins, la Fédération hospitalière de France a avancé le chiffre de 30 %. Effectivement, lorsque l'on interroge les soignants, ils sont prompts à souligner que tel ionogramme sanguin a été « prescrit mais même pas regardé au retour du laboratoire », que tel scanner est fait « en attendant l'IRM » ou que telle prescription médicamenteuse est faite « pour que le patient ne soit pas venu pour rien ». Les soignants connaissent bien le problème des examens faits de manière systématique et ces prescriptions indésirables. Mais ils les justifient aussi par le fait que « le patient ne peut pas repartir sans rien », que « c'est lui qui l'a demandé » ou