

Trop ou pas assez?

La sur- et la sous-utilisation des soins en médecine

John-Paul Vader

Maintenir la qualité des soins en maîtrisant les coûts de la santé requerra les aptitudes d'un équilibriste. Car il faudra réduire la sur-utilisation des soins tout en évitant de créer ou d'aggraver leur sous-utilisation. C'est surtout le médecin de premier recours qui est appelé à marcher sur cette corde raide dans la grande arène politico-sanitaire et dans le dialogue avec son patient.

La qualité des soins en médecine comporte trois éléments:

- la qualité de l'indication à un examen ou une intervention;
- la qualité technique de l'exécution de l'examen, de l'intervention;
- la qualité humaine de la prise en charge du patient.

Le premier de ces éléments, qui sera le sujet de ce papier, concerne l'adéquation, ou le caractère *approprié*, de l'indication. Les nouvelles politico-sanitaires du début de l'été passé indiquent que nos autorités (re)découvrent la troisième exigence de la LAMal pour la prise en charge des soins. En plus d'être «efficaces» et «économiques», la loi stipule que ceux-ci doivent être «*appropriés*». On n'a pas fini d'en entendre parler. Sans une approche rigoureuse face à cette exigence légale, il y a risque de confusion entre «*approprié*» et «*économique*».

L'indication inappropriée: clef de voûte de la sur-utilisation

Une indication est reconnue *adéquate ou appropriée* si le bénéfice attendu par et pour le patient est supérieur aux risques encourus. La meilleure façon de déterminer le caractère approprié (l'adéquation) d'un examen ou d'une intervention est de se baser sur des études cliniques randomisées. Cependant, pour bon nombre de situations rencontrées en pratique, il n'existe malheureusement pas d'études rigoureuses de tel ou tel acte médical. Les études randomisées sont rarement re-

présentatives de la pratique médicale quotidienne et ne concernent souvent qu'un petit nombre d'indications cliniques. En l'absence d'études randomisées, d'autres approches doivent aider le praticien à trouver la meilleure évidence disponible pour juger le caractère approprié de son indication. Il y a *sur-utilisation* lorsque des soins sont prodigués alors que l'indication est considérée inadéquate/inappropriée.

Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses études ont documenté la prise en charge inappropriée des patients à tous les niveaux: prévention, diagnostic, thérapie, réhabilitation, palliation. Ces études utilisent en général une approche rétrospective, jugeant a posteriori le caractère approprié des soins prodigués. Cette approche souffre de plusieurs insuffisances, la plus ennuyeuse étant peut-être que ses résultats arrivent trop tard: trop tard pour le médecin qui désire donner les meilleurs soins possibles, trop tard pour le patient qui a déjà reçu des soins «inappropriés».

L'indication nécessaire: élément sine qua non pour déterminer la sous-utilisation

Contrastant avec la situation de la sur-utilisation, il y a peu d'études qui ont examiné la sous-utilisation, et rarissimes sont celles qui examinent les deux phénomènes simultanément. Une explication de la disette d'études sur ce sujet est liée aux difficultés de réalisation. D'abord au niveau de la détermination de la sous-utilisation. Il ne suffit pas de constater que des soins appropriés ne sont pas fournis pour dire qu'il y a sous-utilisation. Si une intervention est appropriée, cela ne veut pas dire qu'une autre approche alternative ne l'est pas. Et c'est peut-être cette approche alternative que le couple médecin-patient a choisie. Ainsi, si on veut parler de la sous-utilisation des soins, il faut des critères plus stricts que l'adéquation. Pour cela on utilise le concept de soins «nécessaires». La *sous-utilisation* des soins signifie que ces derniers n'ont pas été proposés au patient alors qu'ils étaient jugés nécessaires par rapport à sa condition. Dire qu'un acte ou examen médical est nécessaire implique, en plus de l'adéquation de l'indication, que l'ampleur et la probabilité du bénéfice pour le patient soient particulièrement élevés. Certains diraient

Résumé d'une conférence principale SSSP, 25^e Congrès suisse de médecine générale / Congrès scientifique de la Société suisse de santé publique / Congrès scientifique de la Société suisse de médecine de l'addiction, à Lugano, le 7 septembre 2002

Correspondance:
John-Paul Vader
Privat-docent à l'Université de Lausanne
Président du Conseil scientifique de la Société suisse de santé publique
Institut de médecine sociale et préventive
Université de Lausanne
Rue du Bugnon 17
CH-1005 Lausanne
john-paul.vader@hospvd.ch

même qu'il serait une faute professionnelle de ne pas offrir de tels soins à son patient et que ceux-ci devraient être le seul choix éthique que le médecin est en droit de proposer.

A la difficulté au niveau de la définition de la sous-utilisation des soins s'ajoute la difficulté d'appliquer une telle définition dans le but d'étudier ce phénomène. Pour étudier la *sur*-utilisation d'une intervention, il suffit d'identifier les personnes qui l'ont reçue, puis de voir quelle proportion des interventions a été inappropriée. Par contre, pour examiner la sous-utilisation d'une intervention, on devrait, en principe, contacter toute personne qui ne l'a pas eue. C'est dire l'ampleur du problème. Malgré ces difficultés, des études de ce phénomène commencent à paraître.

Les études de notre groupe à Lausanne figurent comme œuvre de pionnier dans ce domaine. En examinant deux procédures apparentées (gastroscopie et colonoscopie), nous avons pu démontrer à l'aide de critères rigoureusement développés, que pour l'une (gastroscopie) la sur- et la sous-utilisation différaient peu, les deux existant simultanément dans la même population, à la même proportion [1, 2]. Pour l'autre (colonoscopie) nous avons démontré que la sous-utilisation prédominait clairement [3].

Conclusion

Sur- et sous-utilisation des procédures médicales peuvent coexister simultanément dans la même population. Pour une intervention donnée, les poids relatifs de l'une et de l'autre vont varier considérablement, tantôt la sur-utilisation prédominant, tantôt la sous-utilisation. Il est à craindre que les efforts – tout à fait légitimes – pour réduire la sur-utilisation des soins ne conduisent à créer ou aggraver la sous-utilisation. L'utilisation vraiment appropriée – ni trop, ni trop peu – des interventions, qu'elles soient préventives, diagnostiques ou thérapeutiques, est vitale pour assurer des soins médicaux de qualité. Cela ne conduira pas forcément à une réduction des dépenses sanitaires, mais certainement à une meilleure utilisation des ressources limitées du budget de la santé.

Références

- 1 Froehlich F, Burnand B, Pache I, Vader JP, Fried M, et al. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy: a prospective study in primary care. *Gastrointest Endosc* 1997;45:13–9.
- 2 Froehlich F, Pache I, Burnand B, Vader JP, Fried M, et al. Underutilization of upper gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology* 1997;112:690–7.
- 3 Vader JP, Pache I, Froehlich F, et al. Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting. *Gastrointest Endosc* 2000;52:593–9.