



CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES LABORATOIRES
DE BIOLOGIE MEDICALE : PRATIQUE, GESTION
ET UTILISATION

Bruxelles, Belgique, 25-28 novembre 1980

Point de l'ordre du jour I.B.b.

DU MAUVAIS USAGE DES SERVICES DE LABORATOIRE

par

le Dr Edward L. Cavanaugh
Director, Laboratory Management Consultation Office
Bureau of Laboratories Center for Disease Control
Atlanta, Georgia, Etats-Unis d'Amérique



Par usage impropre des services de laboratoire on entend à la fois la surutilisation et la mauvaise utilisation. Il est fait un usage impropre de ces services "chaque fois que l'on obtient des données superflues ou répétitives, ou que l'on obtient des données par ailleurs valables au mauvais moment, selon des séquences aléatoires ou illogiques, ou encore lorsqu'il n'est pas tenu compte des données obtenues ou qu'elles sont recueillies au prix de trop de temps, d'efforts ou de sacrifices financiers excessifs."¹ Dans certaines conditions, il arrive, aux Etats-Unis, que les services de laboratoire soient mal utilisés.

Aux Etats-Unis, dans les années 1970, le recours aux services de laboratoire augmentait au taux annuel d'environ 15 à 18 %, soit davantage que le taux annuel d'accroissement de la population, de l'inflation, des mesures législatives, de l'évolution de la morbidité ou de tout autre coefficient légitimement comparable.

De nos jours, environ 6 milliards d'épreuves de laboratoire sont exécutées chaque année, au prix de plus de 18 milliards de dollars par an. Cette débauche d'analyses, aggravée chaque année comme on l'a vu, semble bien indiquer qu'il y a parfois abus, et qu'il convient de se demander dans quelle mesure cette surutilisation dissimule une mauvaise utilisation.

Les études citées dans les ouvrages spécialisés décrivent certains cas d'espèces et un petit nombre de laboratoires; elles n'en révèlent pas moins qu'il y a effectivement, dans une certaine mesure, abus des services de laboratoire.

Lors d'une enquête sur l'utilisation des laboratoires par les médecins d'un grand centre médical, les chercheurs ont relevé "sur une période de 60 jours ... une mauvaise utilisation des laboratoires cliniques lors d'examens sur des malades présentant une faible teneur en hémoglobine ... dans au moins 40 % des cas."²

D'autres chercheurs ont signalé que, sur quatre ans, dans un grand centre médical, la moyenne des dépenses de laboratoire par admission est passée de \$185 à \$361, soit environ 95 % d'augmentation, et qu'il n'était pas inhabituel que les frais de laboratoire représentent de 5 à 25 % de l'ensemble de la facture hospitalière.³

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Ils assortissaient les chiffres ainsi fournis de ce commentaire : "Attirer et fixer ainsi l'attention sur le problème de l'utilisation inefficace de laboratoires, tel est le prix à payer pour l'accumulation d'épreuves auxquelles sont soumis les malades en ces temps d'instabilité économique et d'inflation."³

On trouve d'autres renseignements sur la surutilisation et l'augmentation des coûts dans un autre rapport. Entre 1966 et 1970, Griner et Liptzin, du Centre médical de l'Université de Rochester, ont constaté que le nombre des examens de laboratoire avait augmenté de 95 % tandis que leur prix de revient s'accroissait de 229 %.⁴

Dans une quatrième étude, les chercheurs ont constaté "un recours massif aux méthodes éliminatoires systématiques dont bon nombre ne respectant pas les critères fixés pour l'utilisation quotidienne," et noté que cela confirmait "l'opinion d'autres chercheurs selon lesquels les examens multiples pratiqués sur des malades asymptomatiques pourraient faire l'objet d'une utilisation excessive."⁵

Dans la même étude, les chercheurs ont constaté un "décalage ... entre ce que les médecins savent de l'efficacité des différentes méthodes de diagnostic et l'usage systématique qui en est fait."⁵ Ainsi, il semblerait que les médecins emploient des méthodes dont ils savent qu'elles ne présentent pas d'intérêt pour le diagnostic ou le traitement. Aucune explication n'a été fournie pour expliquer ces comportements.

On a pu identifier de nombreux facteurs qui contribuent à l'extraordinaire inflation de l'utilisation et du prix de revient des services de laboratoire. Les principaux peuvent être groupés en six catégories : aspects judiciaires, éducation et formation des médecins, amélioration des soins, forfaits, techniques nouvelles/améliorées et motivations pécuniaires.

1. Aspects judiciaires. Dans certains cas, les épreuves de laboratoire sont demandées pour couvrir le médecin en cas de procès pour négligence dans l'exercice de la médecine et non pas pour l'aider à mieux s'acquitter du diagnostic, du dépistage ou de la surveillance - qui sont les trois principaux motifs pour lesquels on ordonne des analyses de laboratoire. Une étude sur la question a montré que les médecins n'ordonnaient que 1 % des épreuves par souci de se prémunir d'un point de vue juridique. Cependant, comme on demandait aux médecins de se rappeler les motifs qui leur avaient fait ordonner un certain échantillon d'épreuves commandées auparavant, il se pourrait que les résultats aient subi une certaine distorsion.

2. Formation des médecins. Pendant les études de médecine, l'internat et le résidanat, le nombre des services de laboratoire disponibles est à peu près illimité. L'habitude de pouvoir disposer à peu près à volonté des laboratoires, le souci de "bien faire" et le manque de formation solide quant à l'utilisation efficace des laboratoires font que les médecins sont mal préparés à se servir de ces services très coûteux.

Certains textes consacrés au problème de savoir si l'enseignement et la formation ont un retentissement sur la façon dont les médecins utilisent les laboratoires ont été passés en revue.

Russe a présenté des preuves montrant que l'enseignement et la formation en matière de sélection des épreuves et d'utilisation des laboratoires ne sont pas adaptés. Il a fait valoir qu'"un autre abus du laboratoire réside dans la mauvaise habitude qu'ont de nombreux médecins d'ordonner automatiquement une série répétitive d'épreuves et de continuer les recherches une fois qu'une ou plusieurs des valeurs initiales ont été trouvées positives."⁷ Il affirme encore : "Bien souvent, lorsqu'on exécute un ensemble d'épreuves - complet hépatique ou hémogramme par exemple - il arrive que l'une des valeurs soit trouvée anormale. Cette observation pourrait être significative et doit donc être suivie - mais non pas au prix de la répétition de l'ensemble des épreuves, alors que tout ce dont on a besoin c'est d'une réédition de l'épreuve en question."⁷

Les résultats de la recherche et les observations personnelles sont catégoriques : l'utilisation des services de laboratoire dans des conditions de rentabilité et d'efficacité n'est pas enseignée dans les facultés de médecine, pas plus qu'au cours de l'internat et du résidanat. Même si l'on ne dispose pas de données définitives, il ne semble guère faire de doute que l'ignorance du bon usage des épreuves de laboratoire contribue au problème de l'abus des services de laboratoire.

L'éducation permanente devrait pouvoir influencer sur les pratiques suivies en matière d'épreuves de laboratoire. Il a été dit, tant dans les publications que verbalement, que les difficultés liées à l'abus des épreuves pourraient être résolues moyennant une éducation permanente visant à modifier les comportements des praticiens qui ont des analyses à faire exécuter. Dans tout le pays, des cours ont été mis au point et organisés avec, pour objectif avéré, la volonté de mieux informer les médecins sur le bon usage des épreuves de laboratoire.

Un chercheur a voulu vérifier l'hypothèse selon laquelle l'éducation permanente contribuerait à modifier les pratiques suivies en matière d'épreuves de laboratoire, mais il s'est aperçu que ce n'était pas le cas. Si le taux de commande d'un ensemble d'épreuves sur la fonction thyroïdienne devait bien baisser de façon appréciable pendant les trois premiers mois de la période d'enquête, c'était pour retrouver le niveau antérieur au cours des trois mois suivants.⁸

Une autre étude a porté sur les différences de pratiques suivies en matière d'épreuves selon l'établissement dans lequel l'enseignement ou la formation ont été assurés. Les résultats ont montré que la difficulté du diagnostic influence beaucoup plus sur les pratiques suivies en la matière que l'établissement ayant assuré l'enseignement ou la formation. Ce chercheur a constaté que les médecins plus âgés ont tendance à faire appel à des moyens cliniques et techniques plus modestes que leurs confrères plus jeunes lorsque le diagnostic est sans ambiguïté. En revanche, lorsqu'il y a ambiguïté, les médecins plus âgés font davantage appel aux services cliniques, et plus particulièrement techniques, que les jeunes médecins.⁹

3. Meilleure qualité des soins. Un autre facteur qui tend à accroître l'utilisation et, le cas échéant, l'abus des services de laboratoire est l'hypothèse selon laquelle le nombre des analyses se traduit par un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge et, par conséquent, de meilleurs soins pour les malades. En fait, les recherches montrent que, compte tenu de la difficulté qu'il y a à mesurer la qualité des soins médicaux, le nombre des analyses, qu'il s'agisse d'épreuves chimiques ou de batteries de tests, n'améliore pas les soins hospitaliers et ne raccourcit pas la durée de séjour des malades à l'hôpital.¹⁰

4. Systèmes forfaitaires. Ce facteur repose sur cette hypothèse que les malades ne reçoivent pas les soins dont ils auraient besoin du fait des contraintes financières et que dans la mesure où les systèmes à forfait libèrent le médecin de ces contraintes, ce dernier peut recourir plus facilement aux services de laboratoire. Les résultats d'une étude conduite dans le cadre d'une Health Maintenance Organization (HMO) ne corroborent pas, en réalité, ce point de vue. Durant les premiers temps qui ont suivi l'inscription à un régime forfaitaire, on a constaté une baisse sensible des contacts (qu'il s'agisse des malades hospitalisés ou de la consultation externe) au cours des trois premiers mois de l'inscription par rapport aux trois mois suivants. En outre, la plupart des travaux de laboratoire ont été exécutés pour obtenir des données de base et ne représentaient pas des examens excessifs pratiqués sur des malades qui, antérieurement, n'auraient pas eu facilement accès aux services.¹¹

5. Techniques nouvelles ou perfectionnées. Ce facteur repose sur cette hypothèse que, à mesure que l'on met au point des techniques nouvelles ou perfectionnées, les médecins font appel à elles. Les résultats de la recherche montrent que c'est bien le cas. C'est ainsi qu'on peut lire dans un rapport cette affirmation : "Pour améliorer les services, les laboratoires cliniques sont constamment en train d'expertiser de nouvelles méthodes et de nouvelles mesures. Il importe d'envisager, non seulement le retentissement financier, mais encore l'intérêt clinique de l'épreuve inédite ou perfectionnée (précision, spécificité, sensibilité, etc.). Ce n'est que si ces éléments sont jugés favorables que l'on devra adopter les épreuves ou méthodes nouvelles et abandonner les anciennes pratiques."¹²

6. Motivations pécuniaires. Il semble que certains médecins soient amenés à ordonner des analyses de laboratoire parce qu'ils sont financièrement intéressés à leur exécution. Bien que l'on ne connaisse pas d'étude qui soit spécialement consacrée à ce problème, on sait que certains médecins ont financièrement intérêt à demander un maximum d'analyses. Il y a plusieurs systèmes, qu'il s'agisse d'"enveloppes", de frais de location exorbitants, de prises de participation anonymes ou de tarifs forfaitaires pour l'ensemble des épreuves exécutées. De nombreux témoignages, aux Etats-Unis mêmes, montrent que certains médecins tout au moins ne commandent des analyses en surnombre que pour des raisons purement financières.

Que faire dans ces conditions se demandera-t-on ? Le fait que les services de laboratoire donnent lieu à des abus suscite une inquiétude croissante, aux Etats-Unis tout au moins. Dans la mesure où il n'y a pas unanimité sur les facteurs qui expliquent ces abus, de nombreuses études seront nécessaires si l'on veut commencer à envisager les processus ou les méthodes qui permettront de réglementer les services de laboratoire.

Bon nombre d'observateurs admettent qu'une certaine réglementation s'impose et devra effectivement être exercée. En ce qui concerne les Etats-Unis, ou bien la profession fera elle-même sa police, ou bien le Gouvernement, qui acquitte une bonne part de la facture globale des soins de santé, imposera une réglementation. L'intervention de l'Etat sera probablement très coûteuse, mais devant l'escalade des dépenses de santé, il faudra bien en passer par là.

Plusieurs méthodes qui permettraient de lutter contre l'abus des épreuves de laboratoire ont été envisagées, mais aucune n'a été pleinement suivie d'effet. Voici quelques-unes de ces possibilités :

- 1) Limiter le nombre des épreuves en dressant la liste des analyses, par maladie ou affection, que le médecin traitant est en droit d'ordonner.
- 2) Limiter le nombre des épreuves qu'un établissement hospitalier peut offrir, en fonction du nombre des malades attendus, et du genre de pratique médicale assurée dans l'établissement.
- 3) Instaurer un mécanisme officiel permettant d'évaluer chaque malade et de passer en revue les examens ordonnés pour l'épisode morbide dont il s'agit.
- 4) Instaurer une sorte de commission de contrôle, composée de médecins, qui serait chargée de vérifier que les analyses demandées sont justifiées par l'état du malade. En fonction des conclusions de la commission, le médecin pourrait éventuellement ne plus pouvoir ordonner que les analyses les plus courantes.
- 5) Supprimer la batterie de tests automatiquement pratiqués à l'entrée et, en revanche, laisser au médecin ayant ordonné l'admission le soin de demander des analyses pour son malade.
- 6) Modifier les conditions d'agrément des établissements hospitaliers de telle sorte qu'il soit plus facile de lutter contre les abus en matière d'examens de laboratoire.

Références bibliographiques

1. Murphy, John & Henry, J. B. "Effective Utilization of Clinical Laboratories." Human Pathology, Vol. 9, N° 6, novembre 1978, p. 626
2. Wheeler, Lawrence, A., Brecher, George & Sheiner, Lewis, B. "Clinical Laboratory Use in the Evaluation of Anemia." Journal of the American Medical Association, Vol. 238, N° 25, 19 décembre 1977, p. 2712
3. Murphy & Henry, p. 626
4. Hardwick, David, F., Vertinsky, Patricia, Barth, Richard, T., Mitchell, Vance, F., Bernstein, Melvin & Vertinsky, Ilan "Clinical Styles and Motivation: A Study of Laboratory Test Use." Medical Care, Vol. XIII, N° 5, mai 1975, p. 398
5. Greenland, Philip, Mushlin, Alvin, I. & Griner, Paul F. "Discrepancies Between Knowledge and Use of Diagnostic Studies in Asymptomatic Patients." Journal of Medical Education, Vol. 54, novembre 1979, p. 867
6. Wertman, Bradley, G., Sostrin, Stuart, V., Pavlova, Zdene & Lundberg, George D. "Why Do Physicians Order Laboratory Tests ? A Study of Laboratory Test Request and Use Patterns." Journal of the American Medical Association, Vol. 243, N° 20, 23-30 mai 1980, pp. 2080-2082
7. Russe, Henry P. "The Use and Abuse of Laboratory Tests." Medical Clinics of North America, Vol. 53, N° 1, janvier 1969, p. 230
8. Rhyne, Robert L. & Gehlbach, Stephen H. "Effects of an Educational Feedback Strategy on Physician Utilization of Thyroid Function Panels." The Journal of Family Practice, Vol. 8, N° 5, 1979, p. 1005
9. Pineault, Raynald "The Effect of Medical Training Factors on Physician Utilization Behavior." Medical Care, Vol. XV, N° 1, janvier 1977, p. 64
10. Murphy & Henry, p. 626
11. Forthofer, Ron, N. & Glasser, Jay H. "Utilization of Services of an HMO by New Enrollees." American Journal of Public Health, Vol. 69, N° 11, novembre 1979, pp. 1127-1131
12. Murphy & Henry, p. 627

= = =