

## Prescription d'examens d'hémostase dans les services d'urgences : faut-il un senior pour encadrer cette prescription ?

**Requests for haemostasis studies in emergency departments: is a senior doctor needed to regulate these requests?**

F. Carpentier

© SFMU et Springer-Verlag France 2011

Dans ce numéro des *Annales françaises de médecine d'urgence*, Bonnet et al. [1] publient l'intérêt d'une séniorisation sur la prescription des examens d'hémostase dans un service d'urgence (SU). Ils s'appuient sur une étude avant et après mise en place de la séniorisation et du rappel des bonnes pratiques de prescription [1]. Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité des soins.

En 2000, 12 700 000 patients ont été accueillis en France dans les différents SU, avec une augmentation annuelle des passages de 4 % environ, l'afflux dans ces structures nécessite donc la mise en adéquation des moyens face à ce flux sans cesse croissant [2]. Les moyens humains ont fait l'objet de nombreuses publications de circulaires et/ou décrets insistant en particulier sur la présence continue de médecins seniors urgentistes tout au long du nyctémère [3]. La prise en charge dans la plupart des SU fait également intervenir de jeunes internes dont la formation à la médecine d'urgence est hétérogène. Le champ de la médecine d'urgence est très vaste, faisant appel à des connaissances transversales et regroupant des situations de gravités différentes pour lesquelles les internes sont souvent peu préparés et ne se sentent pas compétents pour assumer des responsabilités sans supervision d'un senior [4]. L'objectif de la séniorisation des SU est d'assurer une optimisation de la prise en charge du patient, permettant d'anticiper la prise en charge thérapeutique, d'adapter les moyens diagnostiques, de diminuer les délais d'attente et de fluidifier les filières de soins [5]. Plusieurs études montrent que la validation de la prescription des examens de biologie par un médecin senior entraîne une diminution du volume des examens prescrits sans effet négatif sur la qualité de la prise en charge [5–7].

De nos jours, l'évolution des techniques, la modification de l'offre, le développement de nouvelles analyses ou de nouvelles indications, la multiplication des biomarqueurs sont autant de facteurs expliquant la « surprescription » biologique, ce d'autant plus que l'exercice médical dans les SU est rendu difficile par le contexte, les flux, la pression des délais de prise en charge, la pression d'un spécialiste ou d'un patient, la crainte d'ignorer un diagnostic, l'aspect médico-légal [8]. L'examen complémentaire de routine ou de débrouillage, défini comme un examen effectué sans indication clinique précise, ne devrait actuellement plus être réalisé, y compris dans le contexte de l'urgence. Les tests biologiques de routine, même pathologiques, n'apportent en général aucun changement dans la prise en charge, comme cela a été prouvé par plusieurs études en anesthésie [9,10]. L'American Society of Anesthesiologists (ASA) a publié en 2002 une revue de la littérature démontrant une grande variabilité, d'une part, dans la découverte de tests pathologiques lors des tests de routine ou de tests indiqués par une clinique et, d'autre part, un pourcentage faible de modifications de prise en charge en cas de résultat pathologique [11]. Un effet pervers de la « surprescription » est la probabilité d'attendre le résultat pour engager un geste ou une thérapeutique urgents et/ou d'obtenir des examens faussement positifs, engendrant la réalisation d'autres examens complémentaires, contribuant à diminuer la qualité et à augmenter le coût et la durée de passage dans les SU, déjà très encombrés. En ce qui concerne les tests de coagulation, l'ASA recommande leur réalisation dans les circonstances suivantes : pathologie de la coagulation, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, anticoagulation. Les examens d'hémostase ne sont donc pas exclus de cette réflexion, leur indication aux urgences devrait reposer sur l'état clinique du patient, son âge, ses comorbidités, ses traitements en cours et ne plus être un examen de routine même en situation d'urgence. Ces examens sont retrouvés parmi les prescriptions les plus fréquentes (28 % des passages pour le TCA et 27 % pour le taux de prothrombine) [8]. Plusieurs auteurs

F. Carpentier (✉)

Université Joseph Fourier, Faculté de médecine ; Clinique SAU, pôle urgences-Samu-Smur, CHU de Grenoble, BP 217, F-38043, Grenoble cedex 09, France  
e-mail : fcarpentier@chu-grenoble.fr

soulignent également le gain économique lors de prescriptions « supervisées » et/ou maîtrisées par l'intervention d'un senior [5,6,8].

Les auteurs proposent dans cette étude de modifier, par le biais de la séniorisation, l'accès aux prescriptions du bilan d'hémostase en s'appuyant sur des arguments scientifiques (données de la littérature, recommandations) [1]. Ils ont rédigé une procédure respectant les différents référentiels et les règles de la juste prescription par une formation interne de tous les prescripteurs. Ils ont engagé une évaluation par la mise à disposition d'indicateurs aux différents acteurs et abouti à une diminution du volume du nombre des examens et ainsi du coût. Ils démontrent que l'engagement d'un SU dans la démarche qualité, en mobilisant les acteurs, est possible et efficace [1].

La mise en place de formations théoriques spécifiques lors de l'arrivée des internes ou de jeunes assistants, la diffusion des recommandations professionnelles des sociétés savantes, en particulier celles de la Société française de médecine d'urgence, la rédaction de procédures écrites, partagées, associées à la présence permanente de médecins seniors devraient permettre d'améliorer la prise en charge des patients tout en respectant les démarches diagnostiques et les dépenses. La formalisation consensuelle de protocoles et celle d'algorithmes de prescription des actes de biologie sont une aide à l'amélioration de leur pertinence.

## Références

1. Bonnet P, Devilliers C, Siadi K, et al (2011) Impact de la séniorisation et du rappel des bonnes pratiques sur la prescription d'examens d'hémostase aux urgences pour les adultes. *Ann Fr Med Urg* (in press)
2. Carrasco V, Bobeau D (2003) Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. *Dress* 212:1–8
3. Premier ministre (1995) Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique. *JO* p.10 mai 7688-9
4. Friedman SM, Sowerby, Guo R, et al (2010) perceptions of emergency medicine residents and fellows regarding competence, adverse events and reporting to supervisors. *CJEM* 12:491–9
5. Gerbeaux P, Ledoray V, Torro D, et al (2000) Impact de la « séniorisation » sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences. *Ann Fr Anesth Reanim* 1:62–6
6. Attali M, Barel Y, Somin M, et al (2006) A cost-effective method for reducing the volume of laboratory tests in a university-associated teaching hospital. *Mt Sinai J Med* 73:787–94
7. Dozol A, Gana I, Cocagne B, et al (2010) Identifier, maîtriser et suivre les consommations d'actes de biologie dans un établissement de santé. *Prat Organ Soins* 41:135–41
8. Szymanowicz A, Ramond C, Albinet H, et al (2010) Indicateurs de prescription des examens de biologie aux services des urgences : résultats d'une enquête ciblée du Collège national de biochimie (CNBH). *IBS* 25:129–34
9. Mantha S, Roizen MF, Madduri J, et al (2005) Usefulness of routine preoperative testing: a prospective single observer study. *J Clin Anesth* 17:51–7
10. Bryson GL, Wyand A, Bragg PR (2005) Preoperative testing is inconsistent with published guidelines and rarely changes management. *Can J Anesth* 53:236–41
11. American society of anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation (2002) Practice advisory for preanesthesia evaluation. A report by the American society of anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 96:485–96