



Perspectives et éclairage international

Les taux de recours aux soins varient largement d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, la campagne *Choosing Wisely*, dont l'objectif est la juste prescription, est menée par et avec les professionnels et les patients. En France, un atlas des variations des pratiques informera les usagers qui pourront ainsi être acteurs de leur prise en charge.

Observer les variations des taux de recours aux soins : un outil diagnostic pour encourager la pertinence des actes

Valérie Paris
Divya Srivastava
Annalisa Belloni
Gaetan Lafortune

Organisation
de coopération
et de développement
économiques (OCDE)

Une abondante littérature, dont les premiers articles remontent aux années 1930, porte sur les variations géographiques des pratiques médicales. Elle constate invariablement que le taux de recours aux soins varie largement d'un pays à l'autre, mais aussi entre zones géographiques d'un même pays. En 2014, l'OCDE a publié pour la première fois des analyses sur les variations géographiques observées entre pays, mais aussi entre régions¹.

Cette étude inclut 13 pays : la France, l'Australie, la Belgique, le Canada, la République Tchèque, la Finlande, l'Allemagne, Israël, l'Italie, le Portugal, l'Espagne, la Suisse et l'Angleterre. Elle porte sur un sous-ensemble

1. Cet article se base sur le rapport *Geographic Variations in Health Care, What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* publié en septembre 2014 par l'OCDE, dans lequel le lecteur pourra trouver les références de toutes les études mentionnées.

d'activités qui sont à la fois coûteuses et fréquentes. Afin de pouvoir comparer simultanément les taux d'interventions entre pays et entre régions d'un même pays, tous les taux ont été standardisés par âge et sexe, en utilisant comme référence la structure démographique de l'ensemble des pays de l'OCDE. Cette standardisation permet de supprimer les variations dues aux différences de structure démographique mais ne prétend pas supprimer la totalité des dissimilitudes de besoins médicaux selon les populations.

Chaque pays était libre de choisir l'unité géographique qui lui semblait la plus pertinente et pour laquelle les données étaient disponibles. Ceux-ci ont donc fourni une information pour un nombre d'unités géographiques variant de 7 (en Israël) à 150 en Angleterre. La taille des unités géographiques varie sensiblement : l'unité géographique la plus petite compte 16 000 habitants (un canton suisse) tandis que la plus grande en compte

6,5 millions (la communauté de Madrid). Ces différences de taille ont un impact sur les variations mesurées puisque plus les unités sont petites, plus la dispersion des taux de recours a des chances d'être élevée.

Parmi tous les actes médicaux étudiés dans ce rapport, les taux d'interventions cardiaques présentent les variations les plus importantes. Ils varient selon un ratio de 1 à 3 d'un pays à l'autre, et on observe le plus grand coefficient de variations entre unités géographiques dans plus de la moitié des pays étudiés. Concernant l'angioplastie coronarienne, les taux nationaux les plus élevés sont observés en Allemagne et en Israël, où ils dépassent 340 interventions pour 100 000 personnes, et les plus faibles se retrouvent au Portugal et en Espagne, où ils sont sans doute sous-estimés du fait que seul le secteur public est pris en compte. En termes de variations interrégionales, Israël et la Suisse affichent les plus faibles variations, tandis que la Finlande et l'Espagne ont les plus élevées. En France, les variations interdépartementales sont relativement élevées, le taux départemental le plus haut est près de trois fois celui du plus faible (figure 1).

Les taux d'arthroplastie du genou varient également fortement, dans un ratio de 1 à 4 entre pays. L'Australie, la Suisse, la Finlande, le Canada et l'Allemagne ont les

taux standardisés moyens les plus élevés, dépassant 200 interventions pour 100 000 habitants, tandis que les taux sont inférieurs à 150 dans plusieurs pays. Israël a le taux le plus faible, avec 56 interventions pour 100 000 personnes. Les arthroplasties du genou varient également dans un ratio de 1 à 2, ou 1 à 3, entre régions dans la plupart des pays, et dans un ratio de 1 à plus de 5 au Canada, au Portugal et en Espagne (figure 2).

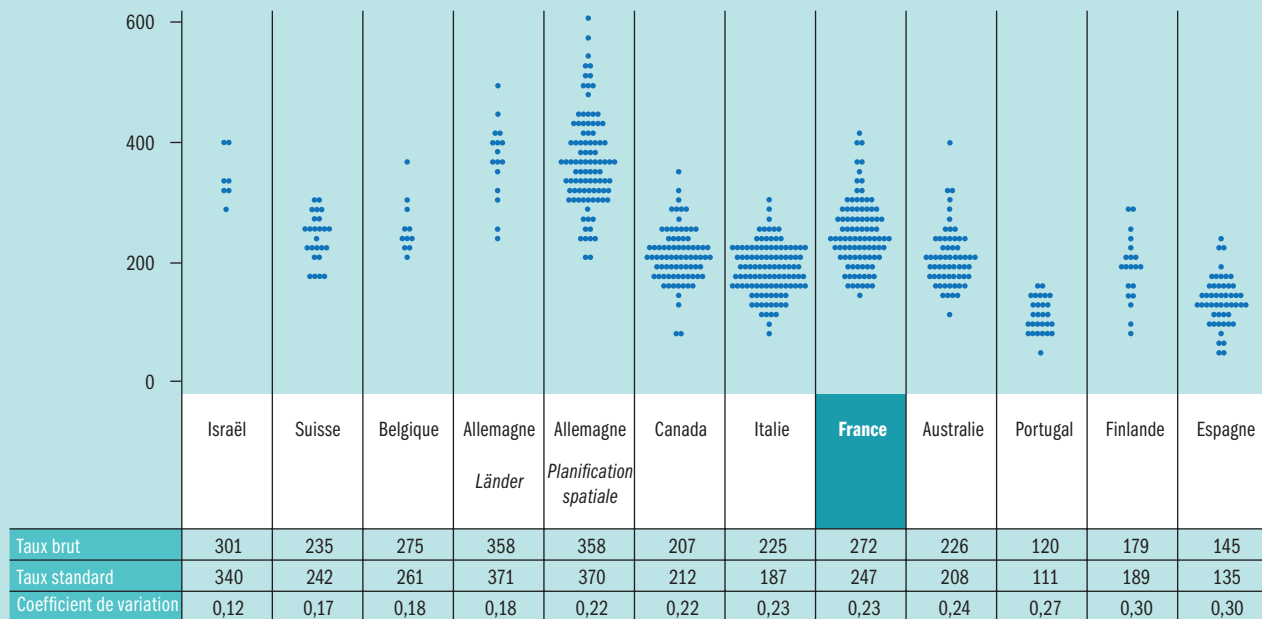
D'importantes variations ont également été mises en évidence pour d'autres actes. En ce qui concerne les admissions médicales en hospitalisation complète – sans chirurgie et hors accouchement normal, les taux les plus élevés sont observés en Israël, en Allemagne et en Australie, avec plus de 12 000 admissions pour 100 000 habitants.

Les taux de césariennes sont 50 % plus élevés en Italie, au Portugal, en Australie, en Suisse et en Allemagne, où un tiers des accouchements se fait par césarienne, qu'en Finlande où seulement 20 % des accouchements sont réalisés par césarienne. Les variations interrégionales pour la césarienne sont souvent inférieures à celles observées pour les autres interventions étudiées. C'est en Belgique que les variations des taux de césariennes sont les plus faibles, mais le taux provincial le plus

figure 1

Taux d'angioplastie coronarienne par pays et par zone géographique, 2011 ou dernière année disponible

Taux standardisés pour 100 000 habitants



Chaque point représente une zone géographique. Les pays sont classés par ordre croissant d'amplitude des variations entre régions. Les taux ont été standardisés par âge et sexe en utilisant comme référence la structure démographique de l'ensemble des pays de l'OCDE.

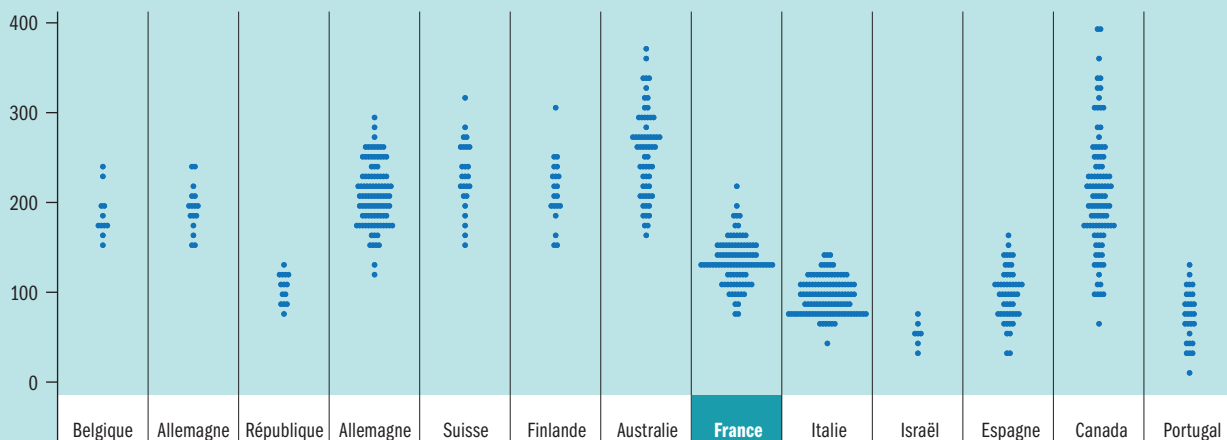
Source : Estimations des auteurs basées sur les données fournies par les pays dans le cadre du projet OCDE.



figure 2

Taux d'arthroplastie du genou par pays et par zone géographique, 2011 ou dernière année disponible

Taux standardisés pour 100 000 habitants



Taux brut	210	215	113	215	257	240	238	133	122	45	106	193	77
Taux standard	186	194	105	209	230	213	257	135	96	56	98	213	74
Coefficient de variation	0,14	0,15	0,16	0,17	0,17	0,18	0,19	0,19	0,20	0,28	0,31	0,32	0,39

Chaque point représente une zone géographique. Les pays sont classés par ordre croissant d'amplitude des variations entre régions. Les données pour le Portugal et l'Espagne n'incluent que les hôpitaux publics. En Espagne, les taux sont reportés en fonction de la localisation de l'hôpital et non en fonction du lieu de résidence du patient. Les taux ont été standardisés par âge et sexe en utilisant comme référence la structure démographique de l'ensemble des pays de l'OCDE.

Source : Estimations des auteurs basées sur les données fournies par les pays dans le cadre du projet OCDE.

haut est tout de même 30 % plus élevé que le taux le plus faible. Les taux de césariennes varient du simple au double entre régions du Canada, de la Finlande, de l'Allemagne et de la Suisse. La France montre des variations interdépartementales plutôt faibles, tandis que l'Espagne et l'Italie battent des records en termes de variations interrégionales. En Italie, certaines provinces du Sud ont des taux 6 fois plus élevés que d'autres provinces.

La fréquence de l'hystérectomie a tendance à décliner dans les pays de l'OCDE grâce à l'apparition de traitements moins invasifs. Cependant, le déclin n'est pas uniforme dans les pays ou les régions.

Les taux d'hystérectomie les plus élevés sont observés au Canada et en Allemagne où plus de 360 hystérectomies pour 100 000 femmes sont pratiquées chaque année. Ils sont presque deux fois plus élevés que ceux observés en Israël, en Espagne, au Portugal ou en République Tchèque.

Dans la plupart des pays, les variations entre régions se situent dans un ratio du simple au double ou de 1 à 3. Le Canada et la République Tchèque ont les niveaux

de variations les plus élevés, dus à certaines valeurs extrêmes observées dans quelques régions.

Quels sont les facteurs à l'origine de telles variations ?

Une revue de la littérature et le recours aux experts nationaux ont permis de mettre en évidence un certain nombre de déterminants de ces variations.

Par exemple, l'influence de l'offre hospitalière sur les taux d'admissions à l'hôpital (médicaux et chirurgicaux) a été largement documentée et de nombreuses études – mais pas toutes – ont confirmé la loi dite de Rohmer affirmant qu'un lit installé est un lit rempli. Une étude aux États-Unis a montré, par exemple, que le nombre de lits par habitant variait du simple au double dans 313 zones d'attraction hospitalières, et que les patients de Medicare (couverture publique pour les plus de 65 ans) des zones les plus denses en lits avaient 30 % de chance de plus d'être hospitalisés, en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et du « fardeau de la maladie » [21].

D'autres études suggèrent que la disponibilité et la

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.

qualité des services de soins primaires pourraient avoir une influence. Pour certaines pathologies chroniques telles que le diabète, des soins primaires de qualité sont supposés réduire le taux d'hospitalisations. Au Canada, en 2006, le taux d'admissions dites « sensibles aux soins ambulatoires », c'est-à-dire pour des affections qui pourraient être traitées par des soins primaires, était plus de 60 % plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines [9]. De même, l'éloignement de l'hôpital et l'insuffisance de services de soins primaires dans certains territoires canadiens expliquent une part des variations observées dans les taux d'hospitalisations médicales [10].

Du côté de la demande, plusieurs études ont montré l'influence de facteurs sociodémographiques sur les taux de recours aux soins. Par exemple, une étude de 2000 a montré que les taux d'admissions pour 66 *primary care groups*, en Angleterre, étaient fortement corrélés non seulement avec la prévalence de maladies chroniques, mais aussi avec le degré de précarité sociale [36]. Au Canada, les zones plutôt pauvres ont des taux d'hospitalisations sensibles aux soins ambulatoires, plus élevés que les zones plus aisées.

- De même, les différences dans les taux d'interventions cardiaques ne semblent pas entièrement expliquées par des facteurs cliniques. L'Allemagne, par exemple, a un taux de revascularisations cardiaques plus élevé que d'autres pays, alors que la mortalité due aux maladies ischémiques est similaire à la moyenne observée dans les pays de l'OCDE. Des travaux réalisés en 2003 en Allemagne dans plus de 100 hôpitaux ont conclu à une surutilisation de 10 % des interventions de revascularisation tandis que dans un quart des cas, la pertinence de l'intervention était incertaine. Une étude conduite à la fin des années 1990 au Canada a trouvé de fortes variations entre provinces et régions dans la probabilité de recourir à une revascularisation après un infarctus du myocarde. En France, une étude a comparé les taux locaux de revascularisation, ajustés par le taux d'hospitalisation pour maladie ischémique dans trois régions. Elle a montré que les habitants des régions à faible densité de population, avec un niveau d'éducation inférieur et/ou un niveau de revenu plus faible, ont moins de chances de recourir à ce type d'interventions.

- Dans le cas de l'arthroplastie du genou, quelques études semblent confirmer un lien entre les taux d'intervention et la morbidité. En France, les régions du nord-est ont des taux d'arthroplastie du genou plus élevés, mais aussi une prévalence plus élevée d'ostéoarthrose. Cependant, en Allemagne, une étude publiée en 2011 a montré pour des groupes de régions que les variations dans la prévalence de l'arthrose étaient faibles comparées aux variations dans les taux d'arthroplastie du genou, suggérant que le besoin clinique n'était pas le seul facteur explicatif de ces variations. Quelques études ont montré que le style de pratique joue un rôle important. Par exemple, une étude publiée aux

États-Unis a analysé les taux d'arthroplastie du genou standardisés par âge, sexe et origine ethnique observés dans des zones d'attractivité hospitalières contiguës pour les patients de *Medicare*. Les taux varient dans un ratio de 1 à 2,4 qui n'est probablement pas attribuable à des différences dans les besoins ou les préférences des patients. Les auteurs attribuent ces différences à ce qu'ils appellent les « signatures chirurgicales », ou styles des pratiques des chirurgiens, qui persistent dans le temps. Une autre étude au Canada, portant sur les régions de la plus grande province, l'Ontario, a conclu que l'opinion ou même l'enthousiasme des chirurgiens orthopédiques pour cette intervention était le principal déterminant « actionnable » des variations observées et a préconisé d'agir sur ces préférences pour réduire les variations géographiques d'arthroplastie.

Du côté de la demande, plusieurs études menées aux États-Unis ou en Australie montrent que les habitants des zones à faible statut socio-économique ou faible densité de population avaient plus de chance de recourir à l'arthroplastie du genou. Paradoxalement, une étude américaine publiée en 2008 et utilisant des données individuelles concernant une population âgée a trouvé que la probabilité de recevoir une arthroplastie – de la hanche ou du genou – pour les individus ayant un besoin clinique identique, était 50 % inférieure pour les Noirs que pour les Blancs et 30 % inférieure pour les personnes à faible niveau d'étude, que pour les autres.

- En ce qui concerne les césariennes, plusieurs études ont montré que les hôpitaux privés ont tendance à pratiquer plus de césariennes que les hôpitaux publics. C'est vrai en France, en Italie, en Espagne et en Suisse [2, 9, 39, 41, 43]. D'autres études suggèrent que le taux de césarienne est influencé par le type de personnel disponible : plus d'obstétriciens et moins de sages-femmes par lit semblent conduire à davantage de césariennes. Aux États-Unis, le style de pratique des médecins joue également un rôle.

Concernant la demande, on sait que les femmes ayant un statut socio-économique élevé et un haut niveau d'éducation ont plus de chance de donner naissance par césarienne. En Floride par exemple, les femmes non assurées ou couvertes par *Medicaid* (couverture santé publique pour les plus défavorisés) ont moins de chance d'accoucher par césarienne. Au contraire, en Allemagne, une étude des variations régionales des taux de césariennes publiée en 2012 a trouvé que les facteurs socio-économiques jouaient un rôle faible ou négligeable sur les taux observés.

- Les hystérectomies sont plus fréquentes dans les zones à faible niveau d'éducation et de revenu, au moins dans certains pays. C'est le cas en Australie et en Angleterre, mais apparemment pas en Belgique et en Italie. Il y a également davantage d'hystérectomies dans les zones rurales australiennes et canadiennes que dans les zones urbaines, ce qui pourrait être expliqué par la plus grande disponibilité de traitements alternatifs dans les secondes.



Ce que cette revue de littérature sur les déterminants des variations géographiques du recours aux soins nous a enseigné, c'est que ces déterminants sont extrêmement dépendants du contexte. Ainsi, ce qui est mis en évidence dans un pays, n'est pas forcément valide pour un autre pays. Des études nationales ou régionales sont nécessaires pour identifier les déterminants des variations locales des taux de recours.

Malgré tout, il paraît évident qu'une partie des variations observées n'est pas entièrement justifiée par des différences dans les besoins de santé des populations ou par les préférences des patients. Ceci conduit à recommander d'analyser autant que possible l'étendue des variations des taux de recours, dans le but d'améliorer les performances des systèmes de santé.

Quelles sont les stratégies utilisées pour agir sur les variations des pratiques médicales ?

La première étape pour réduire les variations géographiques des taux de recours injustifiés est de les observer et de les rendre publiques. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les gouvernements ou d'autres acteurs publient de manière régulière des Atlas des variations des taux de recours (Royaume-Uni, Espagne, Canada, Allemagne, etc.). C'est une première étape, qui permet d'attirer l'attention des politiques, des médecins et des patients et de diagnostiquer d'éventuels problèmes de sur- ou sous-utilisations d'interventions dans certaines zones. Lorsque les variations observées sont élevées, il est alors important de faire un effort pour comprendre ce qui se passe.

Les pays participant à cette étude ont mis en place des politiques pour réduire les variations suspectées d'être injustifiées.

Quelques pays ont ainsi fixé des objectifs cibles pour les taux d'intervention régionaux de certaines procédures. La Belgique, par exemple, a développé avec les acteurs du système une stratégie pour réduire le taux d'exposition aux radiations ionisantes résultant des examens d'imagerie de 25 %, avec des objectifs régionaux. L'Italie a fixé des taux régionaux cibles pour les césariennes, qui ont probablement contribué au renversement de tendance observé en 2012 dans les provinces où les taux étaient les plus élevés.

Le développement de recommandations de pratiques cliniques et leur suivi sont également un élément clé pour standardiser les pratiques. Dans presque tous les pays étudiés, les sociétés médicales ou les autorités de santé ont produit des recommandations pour les interventions analysées dans ce projet. En Finlande, par exemple, le déclin du taux d'hystérectomie a coïncidé avec la publication de résultats d'un essai clinique qui a influencé les recommandations nationales. On sait cependant que la publication de recommandations n'est pas toujours suffisante, en particulier lorsque celles-ci ne confortent pas les médecins dans leur pratique courante. Il est important de mettre en place des stratégies pour que ces recommandations soient adoptées

et suivies par les professionnels. En Espagne, certains hôpitaux ont mis en place un « protocole d'inclusion » pour évaluer le besoin de recourir à la césarienne pour chaque femme, qui a conduit à une légère réduction de cette pratique.

La production de données au niveau de chaque fournisseur de soins, ainsi que le retour d'information aux médecins sont aussi des outils intéressants. Par exemple au Canada, un rapport récent, publié par le *Cardiac care network* sur les taux de revascularisation par hôpital en Ontario, a permis d'améliorer la transparence et la cohérence des prises de décisions au niveau de chaque hôpital. En Belgique, les hôpitaux ont reçu un *feedback* sur les variations des taux de césariennes, qui a conduit à une convergence des taux entre hôpitaux ayant les plus hauts et les plus bas taux de césariennes. Lorsqu'il existe une forte résistance des fournisseurs à la publication de résultats individuels, ce *feedback* peut éventuellement être fourni aux médecins et aux hôpitaux sans être publié.

Quelques pays ont tenté d'utiliser des incitations financières pour réduire le nombre de césariennes non médicalement justifiées. C'est le cas en France, où l'écart entre les tarifs pour césarienne et accouchement normal a été réduit. En Angleterre, les tarifs ont été totalement alignés. La Corée a introduit un « paiement à la performance » lié au taux de césariennes de l'hôpital.

Enfin quelques politiques sont plus centrées sur le patient. La mesure des « *patient outcomes* » est l'une d'entre elles. En Suède et en Angleterre, une information est systématiquement collectée suite à certaines interventions chirurgicales telles que les arthroplasties de la hanche et du genou sur la mobilité fonctionnelle des patients avant et après l'opération. Cette pratique permet de mieux analyser l'efficacité de ces interventions et peut potentiellement aider à identifier les zones ou les procédures sont surutilisées (diminution des « résultats » pour les patients).

La diffusion d'outils d'aide à la décision pour les patients peut également aider à prendre en compte les préférences de ces derniers. Les États-Unis et le Royaume-Uni publient des aides à la décision pour de nombreuses interventions. Ces outils visent à compléter l'information fournie par les médecins et à aider le patient à mieux évaluer les risques et les bénéfices attachés à différentes options de traitement. Dans certains cas, ils peuvent réduire le recours à des interventions coûteuses. Dans de nombreux cas, les préférences des patients bien informés ne coïncident pas avec les préférences des médecins (souvent plus interventionnistes).

Certaines de ces politiques sont relativement récentes et leur impact n'a pu être totalement évalué. Mais l'élément principal à retenir de nos travaux est qu'il est important d'observer les variations locales de recours aux soins, de tenter de les expliquer et de mettre en œuvre des politiques visant à réduire celles qui paraissent injustifiées. Ces stratégies devraient permettre aux systèmes de santé d'être à la fois plus efficaces et plus équitables. 