



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).

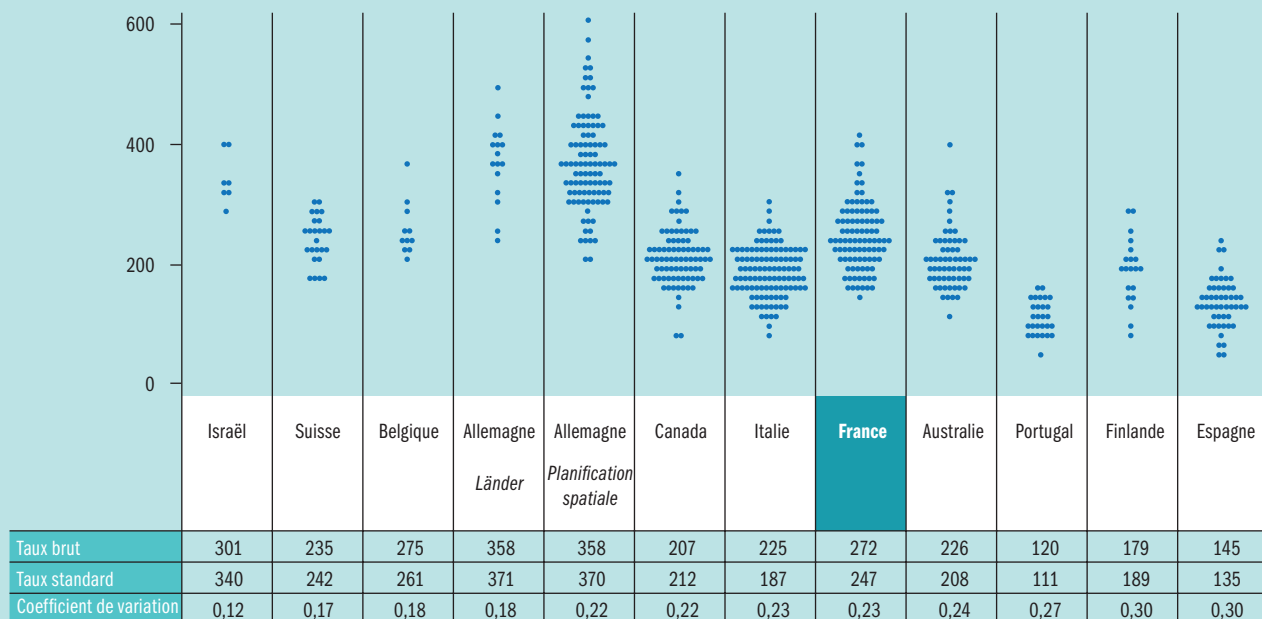
D'importantes variations ont également été mises en évidence pour d'autres actes. En ce qui concerne les admissions médicales en hospitalisation complète – sans chirurgie et hors accouchement normal, les taux les plus élevés sont observés en Israël, en Allemagne et en Australie, avec plus de 12 000 admissions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

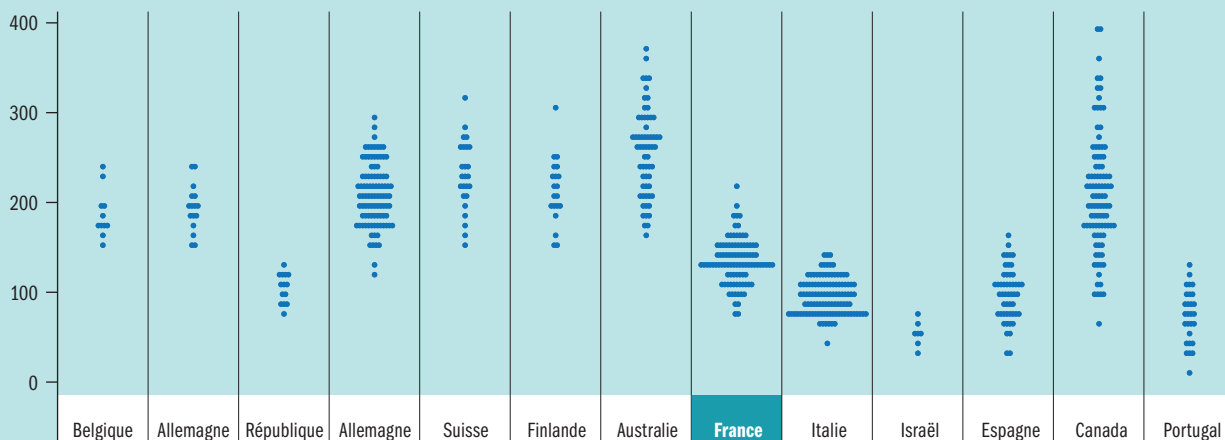
Source : Estimations des auteurs basées sur les données fournies par les pays dans le cadre du projet OCDE.



figure 2

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

Taux standardisés pour 100 000 habitants



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. 

Pour un atlas des variations des pratiques en France

L'information sur les droits des usagers de la santé constitue une priorité pour réduire l'asymétrie d'information entre soignants et soignés et permettre aux usagers de pouvoir contribuer aux décisions de santé et aux patients d'être réellement acteurs de leur prise en charge en choisissant au mieux leur parcours de soins. Cette priorité est entrée dans le Code de santé publique depuis plus de 13 ans avec le vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les taux de recours aux soins de la population sur un territoire donné (région, département, territoire de santé) sont le reflet de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins et de leurs pratiques médicales. Les études montrent que les patients qui ont des problèmes similaires sont soignés de façon différente selon leur lieu d'habitation. Les variations dans la pratique médicale posent un problème médical et économique lorsque les variations observées ne sont pas justifiées par le besoin des patients. Elles soulèvent la question de la qualité des soins consommés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation des ressources limitées. Les usagers et les patients méritent de connaître ces informations pour décider des choix relatifs à leur santé. En 1984, John Wennberg a aussi montré que les pratiques médicales évoluent lorsque les médecins disposent de l'information sur les taux dans leur propre voisinage.

Le suivi et la publication de l'information sur la variation des pratiques médicales sont reconnus comme un moyen de soulever des questions et de promouvoir des actions visant à réduire les variations injustifiées. De nombreux pays produisent des Atlas de recours aux soins afin d'interroger systématiquement ces variations, d'informer le grand public et de sensibiliser les professionnels. C'est d'ailleurs souvent la première étape mise en œuvre pour contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins. Le rapport de l'OCDE, paru en septembre 2014, indique ainsi que l'Australie, la Belgique, le Canada, l'Angleterre, la Finlande, l'Italie, l'Espagne et les États-Unis, par exemple, ont déjà publié un atlas national ou produisent régulièrement des atlas thématiques (figures 1 et 2).

Les objectifs auxquels l'atlas peut contribuer sont donc multiples :

- faire un état de la situation et suivre les évolutions de façon régulière pour améliorer la transparence du système (*public reporting*);
- soulever des questions sur l'utilisation des services de santé, susciter un débat parmi les cliniciens, les usagers et les régulateurs sur les raisons de ces dif-

férences observées et inciter à l'amélioration de la qualité des soins délivrés ;

- aider à la prise de décision locale pour augmenter les moyens alloués à une population particulière pour ses soins de santé : c'est ce qui a été fait par le *National Health Service* (NHS), après les publications de 2010 et 2011, avec l'élaboration d'une série d'atlas thématiques qui mettaient l'accent sur des pathologies ou des populations spécifiques : les enfants et les jeunes, le diabète, les maladies rénales et les tests diagnostiques¹.

En France, les données sur l'utilisation des services de santé sont produites en routine et sont accessibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (lire les articles p. 13 et 22), mais elles sont peu visibles et compréhensibles en l'état par les professionnels de santé et par le grand public. Il est nécessaire d'en accompagner la diffusion et d'assurer la pédagogie autour des données standardisées, des écarts de variations, des déterminants des variations observées, de la difficulté à déterminer le « bon » niveau de recours, etc.

Ainsi, pour capitaliser sur les travaux déjà menés en France sur l'amélioration de la pertinence des soins, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute Autorité de santé (HAS), la Caisse nationale d'assurance maladie des salariés (CnamTS), l'ATIH, en partenariat avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), se sont engagés dans l'élaboration du premier atlas national sur les variations des pratiques médicales.

Dans la littérature relative à la variabilité des pratiques médicales, on distingue en général trois catégories de soins au regard de la pertinence de soins : les soins hautement efficaces pour lesquels il existe un consensus général sur leur efficacité et les conditions d'utilisation (la population concernée par le traitement); les soins dont le bénéfice net est incertain et inégal selon les groupes de patients; les soins dont l'efficacité n'a pas été démontrée pour lesquels le bénéfice marginal est très faible, voire négatif [44, 50, 55]. Ce premier atlas national se concentrera sur les interventions qui rentrent dans les deux dernières catégories pour lesquelles les bénéfices pour certains patients peuvent être questionnés et pour lesquelles la HAS et/ou la CnamTS proposent des outils destinés à clarifier les indications.

L'atlas a vocation à contenir, outre des cartes illustrant les variations des pratiques selon les départements, des éléments de problématique et de recommandations (lorsque disponibles) pour chaque acte et la pathologie

Zeynep Or

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)

Morgane Le Bail
Arnaud Fouchard

Direction générale de l'offre de soins

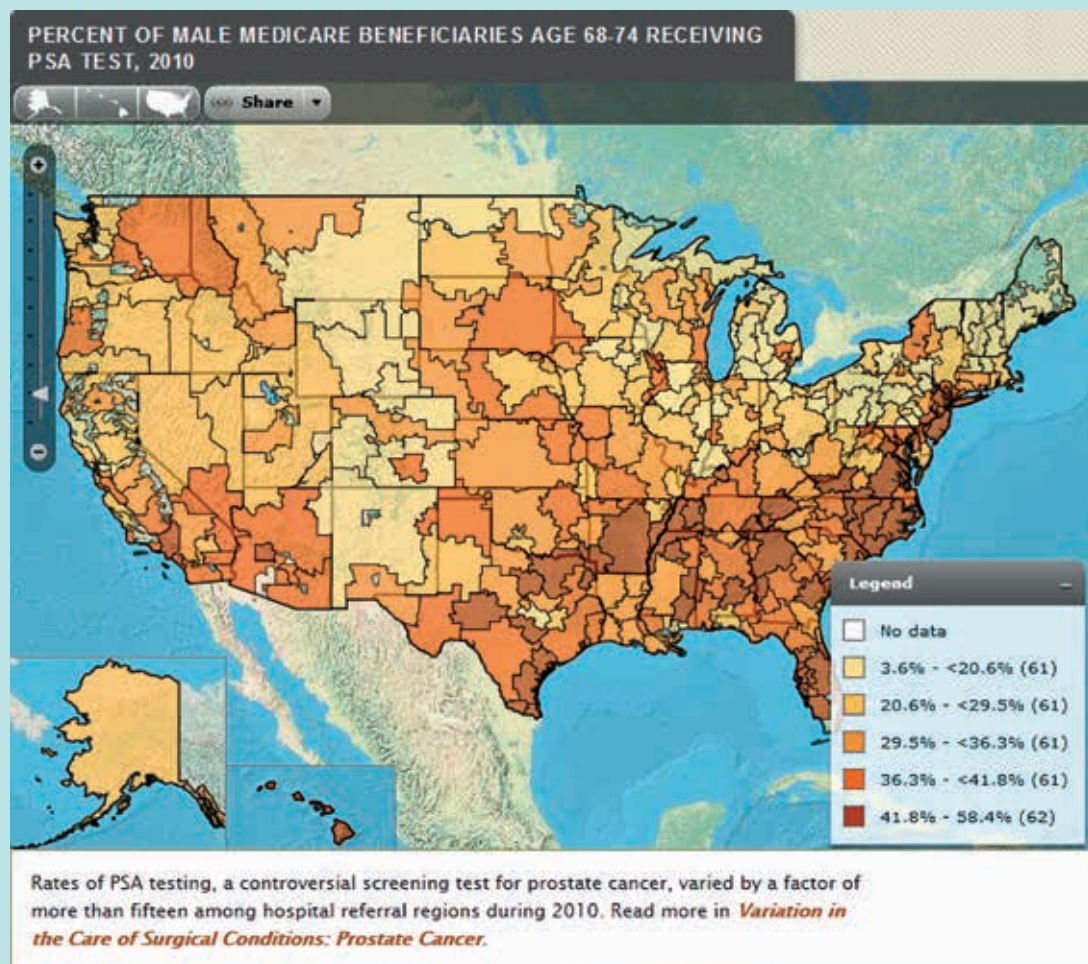
Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 57.

1. <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/>



figure 1

Carte illustrant les variations de dépistage par le *Prostate Specific Antigen* (PSA) aux États-Unis en 2010, issue du Dartmouth Atlas of Health Care



Source : Variation in the care of surgical conditions : prostate cancer, Dartmouth Institute. http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/Prostate_cancer_report_12_03_14.pdf

correspondante, afin de faciliter l'interprétation des variations par un grand public.

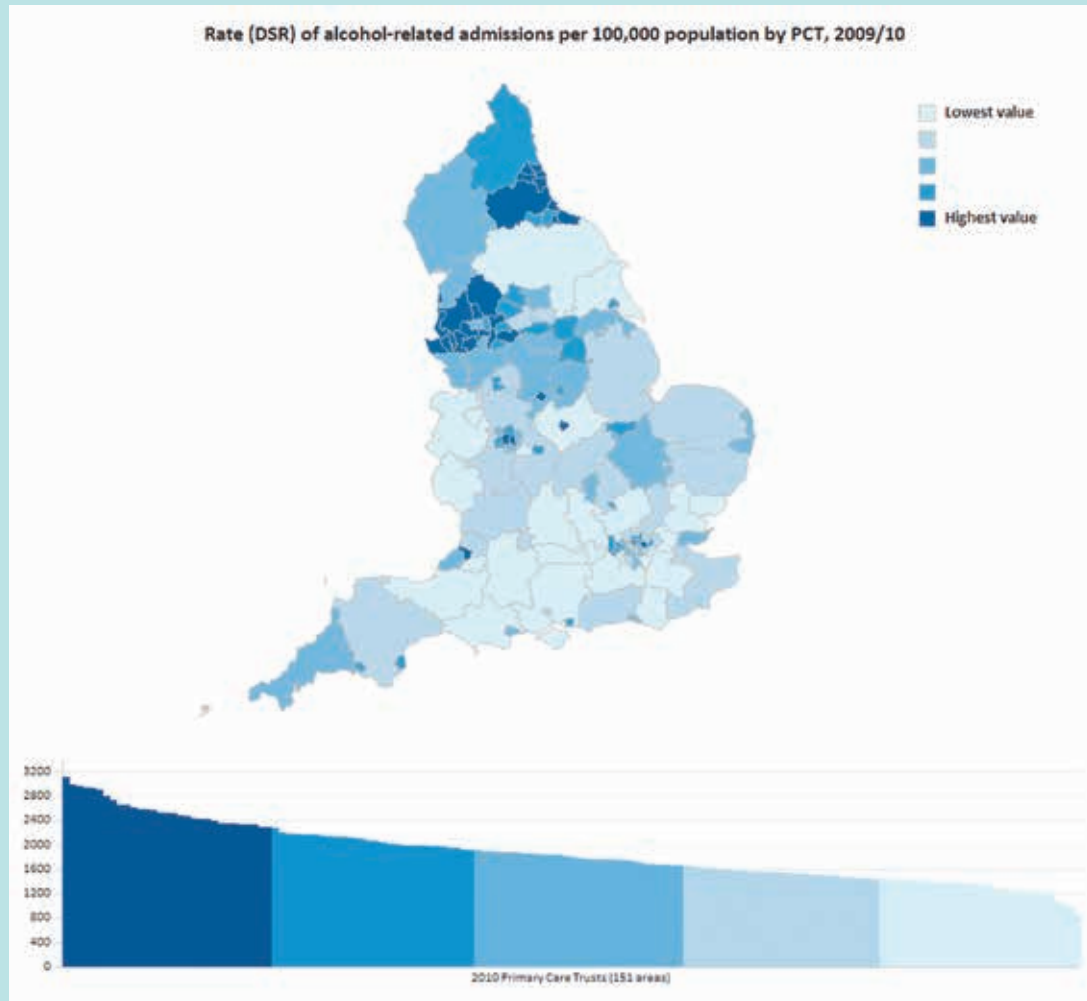
Ce premier atlas vise avant tout à sensibiliser les professionnels de santé et le grand public sur la variabilité des pratiques et les convaincre de l'utilité de cette démarche de suivi régulier. Pour cette première édition, il est limité dans le nombre de thématiques couvertes. L'objectif est de poursuivre cet exercice en élargissant progressivement les thématiques couvertes et en affinant la connaissance des problématiques de pertinence.

Il faut aussi signaler que les taux de recours actuellement utilisés sont calculés à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et qu'elles concernent uniquement les pratiques en établissement de santé et non en ville. Il sera aussi souhaitable à l'avenir de pouvoir disposer des données permettant de comprendre les variations des pratiques en ville.

Enfin il faut être conscient que si la mesure des variations des pratiques médicales est une étape


figure 1

Carte illustrant les admissions pour lesquelles l'alcool est en cause tirée de l'atlas du NHS England 2011



Source : NHS Atlas of Variation, Map 61 : <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/atlas/nhs-atlas-of-variation-in-healthcare-2015>
 © Crown copyright and database rights 2011 Ordnance Survey 100020290.

nécessaire, elle n'est pas suffisante en elle-même. La pertinence des soins médicaux est sous la responsabilité des médecins. Il est donc important de continuer d'investir sur les recommandations de bonne pratique pour clarifier les indications et les non-indications. Compléter ces recommandations en promouvant la comparaison des pratiques des professionnels dans une démarche de *benchmark* à l'aide d'indicateurs pourrait aussi susciter l'évolution des pratiques vers une plus grande cohérence.

Au total, l'information du grand public par la publication d'un atlas des variations des pratiques médicales reste un élément majeur pour contribuer à l'amélioration de la pertinence des soins. Cette démarche a déjà été opérée dans de nombreux pays mais elle manque encore en France. Elle devra s'intégrer dans une perspective pluriannuelle et devra être associée à d'autres outils pour inscrire professionnels et usagers dans une dynamique conjointe de changement des pratiques actuelles. 



« Choisir avec soin » : pertinence et professionnalisme

Maxime Cauterman

Conseiller médical
de la Fédération
hospitalière de
France

Jean Petit

Directeur Qualité et
Gestion des risques,
CHU de Toulouse

Dominique Somme

Gériatre, chef de
service, chercheur
en santé publique,
Faculté de médecine,
Université de
Rennes 1, Service
de gériatrie CHU de
Rennes, Centre de
recherche sur l'action
politique en Europe
UMR 6051

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

Peu de phénomènes concilient autant les enjeux de qualité et d'optimisation des coûts de la santé que les concepts de pertinence des décisions et de bon usage des thérapeutiques et services. Ces phénomènes, plutôt étudiés sous l'angle du mésusage et de la non-pertinence, sont connus et bien documentés depuis de nombreuses années. Par opposition à la définition donnée par le Pr René Mornex dans son rapport à l'Académie nationale de médecine [40], « *la pertinence est la qualité de ce qui est bon à son objet* », mésusage et non-pertinence recouvrent le sur et le sous-usage et le choix inapproprié d'une stratégie thérapeutique ou d'une ressource pour répondre aux besoins d'une personne. Diminuer la non-pertinence ou le mésusage, c'est à la fois supprimer les risques et les coûts inhérents à tout geste, acte, prise de traitement injustifiés.

L'évaluation de ces phénomènes est ancienne, on citera par exemple l'*Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP), développé dès 1981 par Gertman et Restuccia [24, 27]. Son ampleur varie, mais le chiffre de 30 % est régulièrement avancé [34], avec des taux plus importants dans certaines activités que dans d'autres (par exemple, sur la mesure des journées d'hospitalisations des personnes âgées [51]) et selon les méthodes de mesure. En termes de dépense de santé, la non-pertinence est identifiée comme l'un des tout premiers facteurs de progression des dépenses et d'inefficience des systèmes de santé [5].

Aussi, n'est-il pas étonnant que dans l'histoire de la non-pertinence, ce soit les « payeurs » et les autorités qui aient structuré les premières analyses et démarches de contrôle, notamment au travers de l'étude des variations des taux de recours entre différentes zones géographiques (*utilization review*) et de mise sous accord préalable de certaines procédures. En France, l'Assurance maladie, et en particulier son service médical, a depuis longtemps travaillé sur la chirurgie du canal carpien, sur la chirurgie bariatrique, sur les angioplasties...

Aujourd'hui, l'amélioration de la pertinence demeure un levier clairement identifié pour contenir la croissance des dépenses de santé et, de ce fait, est un axe de travail du programme de gestion du risque commun entre l'État et l'Assurance maladie¹.

Mais dans un contexte d'augmentation des contrôles et de suspicion croissante à l'égard du corps médical (quant au maintien de leurs compétences, à la gestion des conflits d'intérêts avec l'industrie, à leur engagement pour une équité dans l'accès aux soins...), la pertinence

devient aussi un enjeu professionnel. Les médecins reconnaissent l'ampleur du phénomène² et certains leaders de la profession en listent les motifs³ (systèmes de paiement incitatifs au développement des volumes, multiplication et manque de lisibilité des recommandations pour la pratique, pression de l'innovation, pression de la demande des patients, impression de se protéger d'un risque contentieux en multipliant les examens et avis, formation initiale et concours sanctionnant l'oubli d'un examen mais pas l'excès de prescription...) Mais au-delà de la responsabilité sociétale et des préoccupations pour la pérennité de notre système de santé, les cliniciens, et les organisations dans lesquelles ils travaillent, sont davantage sensibles à l'amélioration des situations individuelles, au fait que les patients doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, mais qu'aucune prescription n'est exempte de risque. C'est sur l'évaluation de la balance bénéfique/risque, basée sur la connaissance et les preuves scientifiques, et discutée de manière transparente et honnête avec le patient pour l'ajuster à sa situation individuelle et à ses préférences, que doit reposer toute démarche d'amélioration de la pertinence.

La campagne américaine *Choosing Wisely* – choisir avec soin

Cette vision résume les grandes lignes de la campagne *Choosing Wisely* – « Choisir avec soin » –, lancée en 2011-2012 par la Fondation de l'American Board of Internal Medicine (ABIM). Cette campagne, dont l'objectif est de réduire le recours aux prescriptions, actes et procédures de faible apport pour la santé et à risque d'effets indésirables, repose en effet sur quelques principes clés :

- elle est menée par les professionnels ;
- elle est menée avec et pour les patients ;
- elle est fondée sur les preuves et est transparente.

« Choisir avec soin » est une illustration du professionnalisme, tel que définit par l'ABIM dans sa charte de 2002⁴, notion qui fonde le contrat entre les médecins et la société : placer les intérêts du patient en premier et l'associer aux décisions, s'engager à maintenir sa

2. Les 803 médecins interviewés par TNS pour la FHF estiment que 28 % des actes sont inutiles (24 % selon les spécialistes libéraux, 32 % selon les généralistes et 26 % selon les médecins hospitaliers).

3. Pr René Mornex (Académie nationale de médecine), Pr Claude Girard (CHU Dijon), Pr Henri Escojido (Clinique Clairval – GdS), Dr Marie-José D'Alche-Gauthier (Réseau Qualité Bas-Normand), Dr Rémy Bataillon (HAS), Dr Christian Boehm, Dr Henri Bonfait (Orthorisq), Dr Jean Petit (CHU Toulouse). Pertinence des actes et des stratégies médicales. Communication au JIQHS 2013

4. <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Physician%20Charter.ashx?la=en>

1. Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CnamTS - http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cog_cnamts2010-13.pdf

compétence et son intégrité, participer à une juste utilisation de moyens limités.

Dans les faits, la campagne repose sur deux axes principaux :

- La création d'une liste par spécialité médicale de cinq prescriptions à éviter, ou à discuter de manière approfondie avec le patient, car à moindre valeur ajoutée pour la prise en charge et potentiellement porteuses de risques. Ces listes sont déterminées par les professionnels et validées par leurs sociétés savantes. Les critères de choix incluent les volumes élevés et l'existence d'arguments scientifiques forts. Ces listes sont claires et courtes et offrent un cadre de discussion entre le praticien et son patient. Les items sont majoritairement formulés en négatif, « ne pas », et portent notamment sur les prescriptions médicamenteuses (place des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant, place des hypnotiques chez les personnes âgées...), sur les examens d'imagerie (ostéodensitométrie, imagerie cardiaque, échographie thyroïdienne...), moins fréquemment de biologie (dosages de vitamine D, d'hormones thyroïdiennes, ECBU) et sur les dépistages systématiques (par exemple, pathologie coronaire en population générale, mammographie après 75 ans...).
- Une communication en direction des patients, sur des prescriptions particulières, ainsi qu'en direction du grand public sur les enjeux de pertinence et sur le fait que « plus n'est pas mieux ».

Aujourd'hui, « Choisir avec soin » est une initiative à laquelle se sont jointes plus de 80 sociétés savantes aux États-Unis. Il s'agit également d'une campagne mondiale à laquelle participent dorénavant 12 pays, dont 7 en Europe. Au sein du cadre offert par les Nord-américains, ce sont, à une exception près, des sociétés savantes et organisations de soins qui se mobilisent. Les démarches sont la plupart du temps autofinancées, mais quelques projets émergent sur des fonds publics dédiés à la qualité. Le matériau développé est important, il comprend en premier lieu les propositions des professionnels en termes de « listes de 5 », mais également des supports de communication à destination des patients, ainsi que des premières publications scientifiques et discussions dans la presse médicale. Ces dernières permettent d'envisager les points clés de l'acceptabilité

de la démarche tant par les prescripteurs que par les patients, et de se rendre compte à quel point les différences de principes d'action avec d'autres initiatives portées par les autorités peuvent être ténues, mais essentielles. La première différence est que l'objectif n'est pas, en premier lieu, de contrôler les coûts : c'est une démarche de gestion des risques, pas de déremboursement ou désinscription. La seconde est qu'il s'agit d'une démarche portée par les professionnels, qui n'est pas descendante reposant sur un engagement individuel et non pas sur des contrôles de la prescription ; le choix des items figurant dans les listes, s'il est transparent, revient aux professionnels. Cette méthode ascendante est en outre une garantie de pragmatisme et probablement de bonne diffusion. Enfin, « Choisir avec soin » ne formule pas de recommandations systématiques, mais encourage au contraire à prendre en compte les spécificités de chaque patient.

La campagne « Choisir avec soin » peut-elle être déployée en France ? De toute évidence, la pertinence est une préoccupation dans notre pays à l'instar, notamment, des 12 pays déjà engagés. La notion de « médecine sobre » promue par le doyen Mornex semble largement partagée au sein du corps médical. Certaines sociétés savantes, comme celle d'imagerie, sont très en avance sur la question de la juste prescription. Pour la cancérologie, avec les réunions de concertation pluridisciplinaires, des communautés professionnelles ont mis en œuvre des organisations systématiques pour définir les stratégies thérapeutiques les plus pertinentes pour chaque patient. Également, les diverses procédures qualité qui s'imposent aux professionnels, notamment à l'hôpital, font la part belle à l'évaluation des pratiques professionnelles, et la pertinence des prescriptions en constitue un sujet privilégié.

Cet environnement général peut être favorable à une démarche de grande ampleur, pour progresser sur un nombre limité mais significatif d'objectifs de juste prescription, à la condition que le *leadership* soit assuré par les professionnels, supporté par les patients, et surtout que jamais la démarche ne soit menée, à l'instar des anciennes « références médicales opposables », au détriment de la liberté de prescription et du respect du colloque singulier. 