

VARIATIONS DE PRATIQUES

Article pour le rapport annuel 2018

Annexe

INAMI – Service des Soins de Santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la qualité

Cellule Soins Efficaces
Pascal Meeus
Virginie Dalcq
Anneleen Van Geystelen

Les variations de pratique dans les soins de santé peuvent s’observer selon une ou plusieurs perspectives. Les axes d’analyses retenus ici sont les variations :

- internationales
- par genre
- par classes d’âge
- géographiques (par région, province et arrondissement en Belgique)
- par statut social (selon le régime de remboursement des soins)
- par type de prise en charge (séjour hospitalier ou hospitalisation de jour et ambulatoire)
- par les tendances d’évolution des taux de recours
- selon les techniques utilisées

Variations internationales

Dans une logique de benchmarking les taux de recours observés en Belgique pour une pratique donnée sont comparés aux taux relevés dans d’autres pays qui ont configuration comparable de système de soins de santé. Cette démarche a par exemple été menée au sujet de la chirurgie bariatrique. Les différents taux de recours de la chirurgie bariatrique sont relevés régulièrement par l’IFSO¹ qui compte une cinquantaine de membres à travers le monde. En ne retenant parmi ceux-ci que les pays membres de l’Union européenne, on peut alors constater que, pour l’année 2014², la Belgique se trouve en première place pour le taux de recours le plus élevé à la chirurgie bariatrique (Figure 1). Ces résultats sont évidemment très surprenants, d’autant plus qu’ils ne peuvent pas être mis en lien avec la prévalence de l’obésité dans notre pays qui est proche de la moyenne européenne. A titre indicatif, si nous regardons à l’échelle européenne, parmi les 17 pays de l’Union Européenne repris dans l’étude de l’IFSO, la Belgique occupe le huitième rang pour les hommes et le neuvième rang pour les femmes en termes de prévalence de l’obésité³.

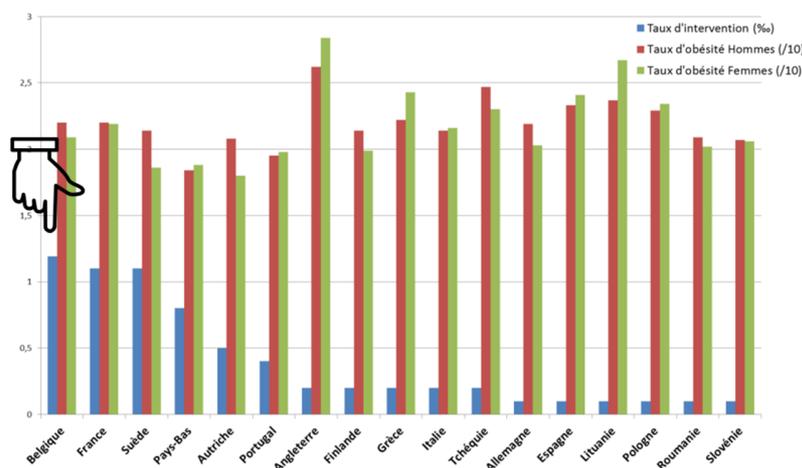


Figure 1 : Taux d'intervention de chirurgie bariatrique dans l'Union Européenne, comparés aux prévalences d'obésité

¹ International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

² Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vitiello, A., Zundel, N., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017, Sept). Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*, 27(9), pp. 2279–2289.

³ Selon les prévalences nationales renseignées par l’OMS pour l’année 2014 : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

Variations par genre

Si certaines variations de prise en charge selon le genre sont intrinsèquement liées à la pratique elle-même (hystérectomie, échographie de la prostate, ...), il n'en est pas forcément de même pour d'autres types de pratique moins assignées à un genre de manière inhérente. Lorsque des variations par genre sont observées, il convient alors de s'interroger avec leur adéquation avec l'épidémiologie des indications menant à cette pratique afin de voir si les variations observées sont effectivement concordantes avec le sex-ratio attendu. Dans le cas de l'intervention coronaire percutanée, nous observons par exemple en 2017 un taux de recours nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes qui pose, dans ce cas-ci, la question d'une éventuelle sous-utilisation (« underuse ») chez les femmes (Figure 2).

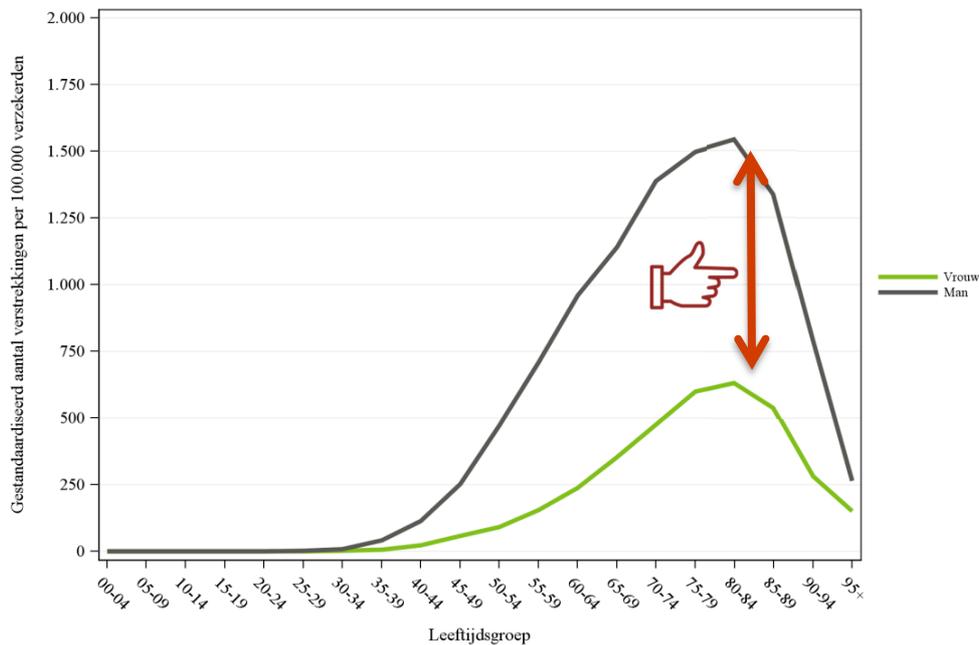


Figure 2 : Comparaison des taux de recours standardisés féminins et masculins (pour 100 000) en 2017

Variations par classes d'âge

Tout comme pour les variations liées au genre, des variations liées à l'âge peuvent aussi s'expliquer par l'épidémiologie d'une affection ou encore par une politique particulière comme celle d'un dépistage. Des variations liées à l'âge pourront donc être qualifiées d'injustifiées si elles ne sont pas concordantes avec ces paramètres. Elles peuvent aussi être considérées comme injustifiées s'il était observé un coefficient de variation élevé pour une ou plusieurs classes d'âge malgré des taux de recours totaux significatifs pour ces mêmes classes d'âge. Dans l'exemple de la mammographie, les recommandations actuelles préconisent le dépistage du cancer du sein de 50 jusqu'à 69 ans. Si le coefficient de variation est relativement stable dans ces classes d'âges (Figure 3), on constate qu'il est nettement plus élevé dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans. L'augmentation du coefficient de variation dans ces classes d'âge témoigne probablement d'une incertitude des prescripteurs quant à l'indication de la mammographie à ces âges-là.

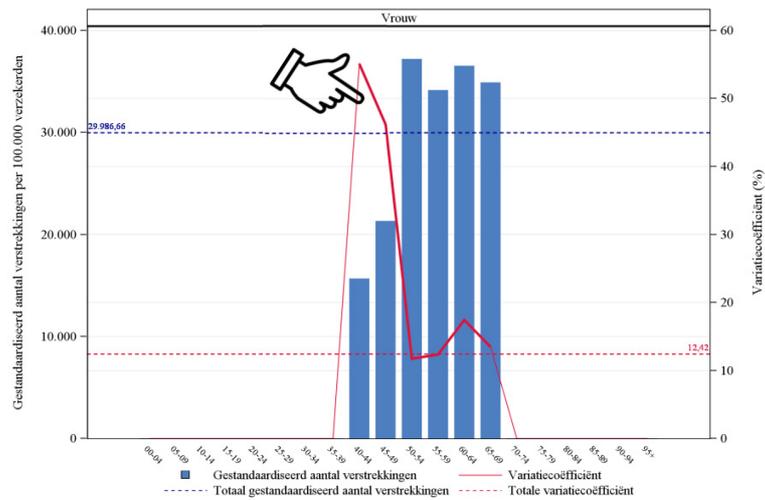


Figure 3 : Taux de recours standardisé de mammographie pour les femmes âgées de 40 à 69 ans par 100 000 assurés et coefficient de variation selon les arrondissements, par groupe d'âge et par genre pour l'année 2017

Variations géographiques

Les variations géographiques sont des variations observées dans les pratiques selon le domicile de l'assuré. Elles peuvent s'observer à différentes échelles : au niveau régional, provincial ou par arrondissement.

Vu la standardisation des données selon l'âge, le sexe et le statut social (régime de remboursement) des assurés, ces variations quand elles sont présentes témoignent de comportements de prestations différents selon les zones du pays et peuvent donc a priori être considérées comme injustifiées.

Ces variations peuvent être illustrées de différentes manières. Une des possibilités de les évaluer est de représenter les taux de recours à une pratique par arrondissement dans un graphique en dot-plot. Ceci est utile afin de mettre en évidence des regroupements de données, des trous dans la répartition ainsi que des valeurs extrêmes. Dans le cas, par exemple, de l'échographie carotidienne (Figure 4), les données montrent un ratio entre les valeurs extrêmes d'une valeur approximative de 4 (ratio max/min).

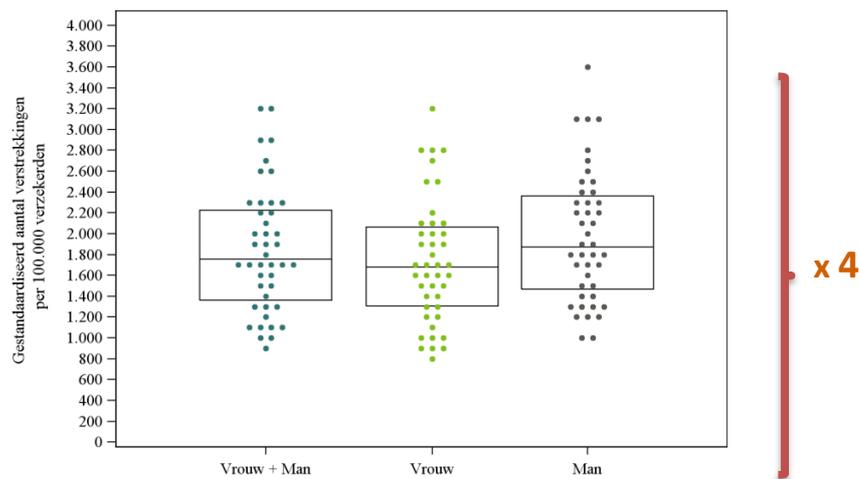


Figure 4 : Répartition en « dot plot » des taux de recours standardisés à l'échographie carotidienne par arrondissement selon le genre

Une autre représentation possible des données de variations géographiques est le funnel plot. Les taux de recours par arrondissement sont alors positionnés selon la taille de leur population. Les intervalles de confiance prennent ici une forme typique qui ressemble à un entonnoir (« funnel ») : pour les petites tailles de population, la variation attendue est plus importante que celle des arrondissements à grandes populations. Les arrondissements situés au-delà des limites supérieures et inférieures des intervalles de confiance de 99,7% peuvent alors être définis comme « outliers ». Dans l'exemple de la chirurgie maxillaire (Figure 5), on peut alors constater qu'un arrondissement, avec une taille de population importante, se démarque fortement avec un taux de recours nettement plus élevé que ceux retrouvés dans les autres arrondissements, ce qui le positionne bien au-delà de la limite supérieure de l'intervalle de confiance.

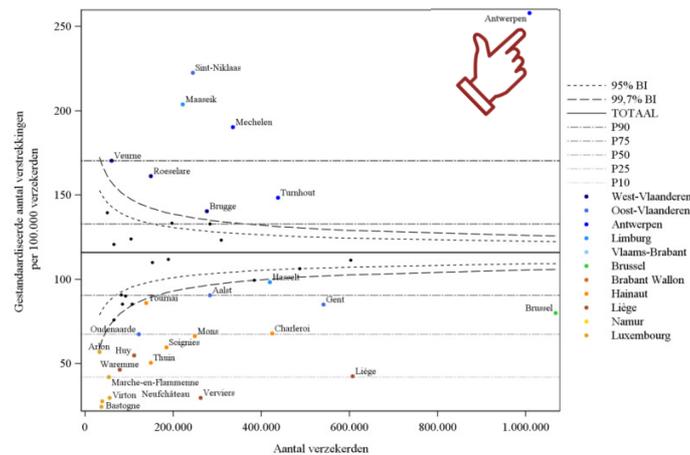


Figure 5 : Répartition en « funnel plot » des taux de recours standardisés à la chirurgie maxillaire pour la période 2015-2017 par arrondissement selon le nombre d'assurés

Une autre manière de représenter les variations de pratiques qui est probablement aussi la plus intuitive est la cartographie. Les écarts des taux de recours dans chaque arrondissement par rapport à la moyenne nationale sont alors représentés sur la carte du pays selon un code de couleurs qui permet de juger rapidement de la répartition des variations selon leur importance d'une part et, d'autre part, de pouvoir constater si les arrondissements montrant les écarts les plus prononcés à la moyenne montrent une logique de rapprochement géographique.

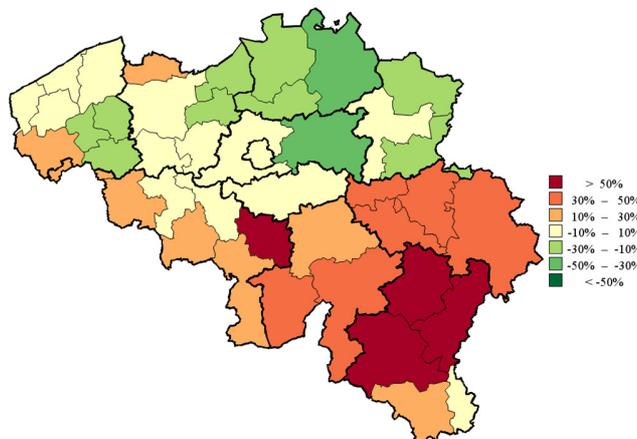


Figure 6 : Carte de répartition par arrondissement des taux de recours standardisés à la thyroïdectomie pour la période 2015-2017

On peut par exemple observer dans le cas de la thyroïdectomie (Figure 6) un gradient nord-sud marqué de variabilité par rapport à la moyenne des taux de recours par arrondissement.

Un indicateur essentiel de l'importance des variations géographiques est sûrement le coefficient de variation dont il a déjà été question plus haut dans le cadre des variations par classes d'âge (0). Le coefficient de variation est une mesure relative de la dispersion des données autour de la moyenne (écart-type/moyenne). Un coefficient de variation élevé témoigne donc d'une variabilité des pratiques parmi les arrondissements. Il est resté toutefois difficile de fixer une valeur seuil d'un coefficient de variation trop élevé.

Si nous faisons l'exercice à titre illustratif de visualiser la distribution des coefficients de variation d'une centaine de pratiques médicales variées et distinctes en Belgique (Figure 7), nous pouvons constater que cette distribution se fait selon une courbe de Gauss centrée sur une moyenne de coefficient de variation autour de 33. Même sans valeur seuil, nous pouvons tout de même en déduire que les pratiques montrent des variations géographiques globalement élevées et que la question des variations de pratique par des variations géographiques n'est donc pas anecdotique en Belgique.

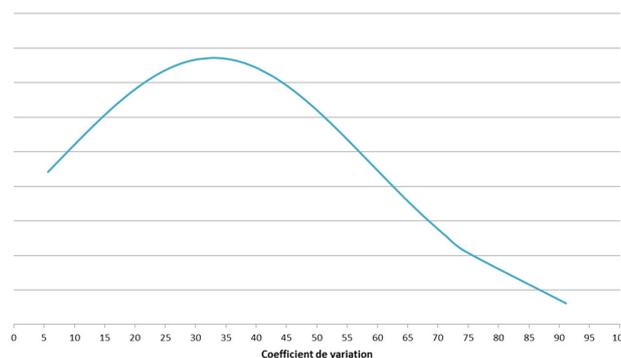


Figure 7 : Courbe de distribution en fréquences relatives des coefficients de variations de 102 pratiques médicales distinctes en Belgique pour la période 2015-2017

Variations par statut social

Le statut social des assurés peut être approché dans les bases de données grâce au régime de remboursement des soins dont ils sont bénéficiaires. Etudier ces variations permet de s'assurer que l'accès aux soins de santé est bien équitable. Un taux de recours à une certaine pratique plus élevé dans la catégorie des assurés sans régime préférentiel de remboursement que la catégorie bénéficiant d'un régime préférentiel serait en effet le témoin d'une certaine iniquité d'accès à cette pratique.

C'est ce que l'on peut par exemple observer dans le cas des interventions sur les varices des membres inférieurs (Figure 8) où l'on constate de manière assez généralisée pour toutes les provinces que les taux de recours sont nettement plus élevés chez les assurés ne bénéficiant pas d'un régime préférentiel de remboursement (ratio de 1,46).

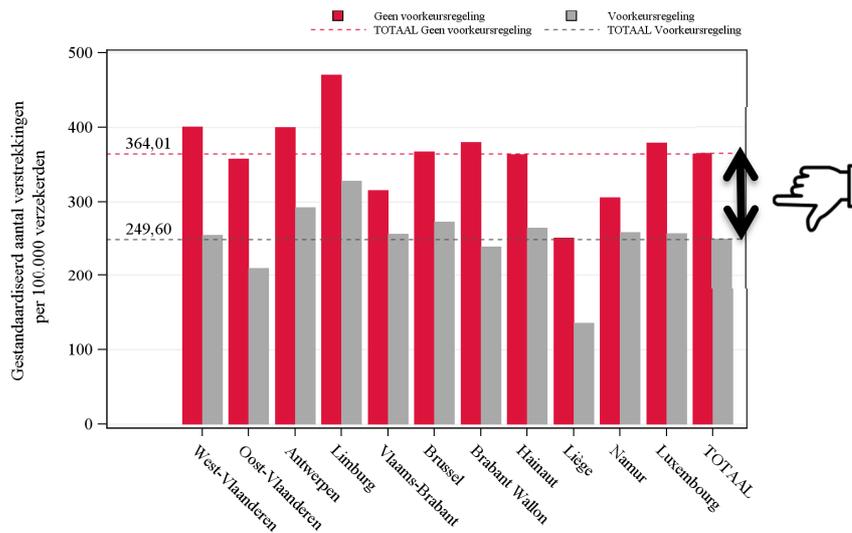


Figure 8 : Taux de recours standardisé aux interventions sur les varices des membres inférieurs en 2017 selon le régime de remboursement et selon les provinces

Variations par type de prise en charge

Des variations peuvent aussi s’observer selon le type de prise en charge proposée à l’assuré pour une même pratique. Nous comparons alors à travers les zones géographiques (régions, provinces ou arrondissements) les prise en charges en hôpital de jour et en séjour hospitalier.

Il peut alors être constaté qu’une pratique comme la cure de la hernie inguinale (Figure 9) qui présente peu de variations géographiques en termes de taux de recours (coefficient de variation = 12,2) montre par contre des différences marquées en termes de choix de type de prise en charge, avec un ratio entre les valeurs extrêmes d’une valeur approximative de 7 (ratio max/min).

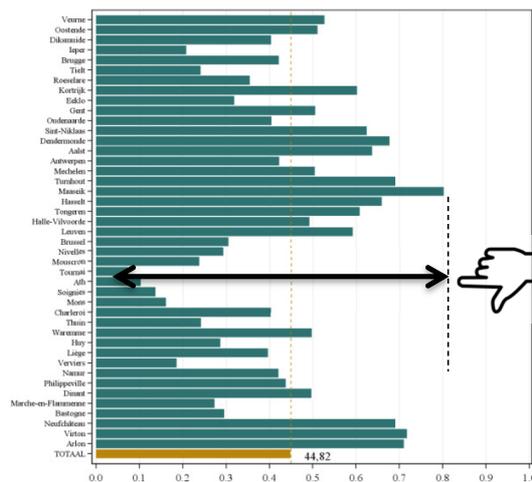


Figure 9 : Pourcentage de prise en charge ambulatoire total et selon les arrondissements de la cure de hernie inguinale en 2017

Variations par les tendances d’évolution

Outre les taux de recours « instantanés » que l’on peut relever pour une année ou une période donnée, il est aussi intéressant de comparer les évolutions de ces taux à travers le pays ou par zones. Des taux

déjà élevés qui tendent vers davantage de progression ne seront par exemple pas interprétés de la même manière que ces mêmes taux élevés qui tendent vers une régularisation.

C'est d'ailleurs ce dernier cas de figure que l'on peut observer à l'analyse des tendances d'évolution des taux de recours à l'amygdalectomie et adénoïdectomie. On constate en effet (Figure 10) que l'arrondissement qui montre les plus hauts taux de recours en 2017 est en fait aussi celui qui montre la plus nette dynamique de régularisation des taux depuis 2012.

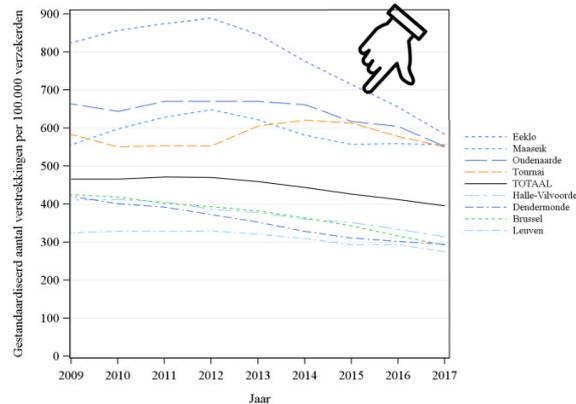


Figure 10 : Evolution par arrondissement du taux de recours standardisé à l'amygdalectomie et adénoïdectomie par 100.000 assurés

Variations selon les techniques utilisées

Une pratique médicale se décline souvent en plusieurs techniques différentes. Comparer ces techniques et leur taux de recours relatifs permet d'affiner les analyses afin de mieux comprendre les différents comportements de prestations médicales. C'est par exemple le cas de la chirurgie bariatrique qui, étudiée dans son ensemble, montre une répartition géographique plutôt tranchée entre le nord et le sud du pays (Figure 11).

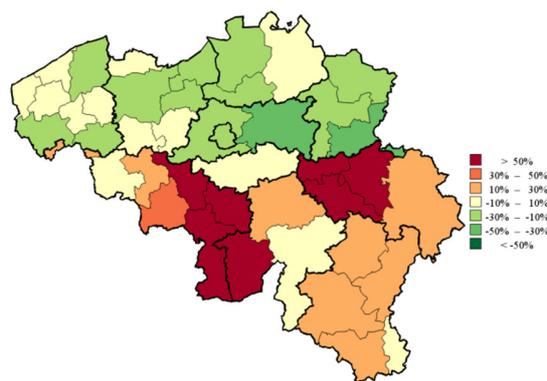


Figure 11 : Carte de répartition par arrondissement des taux de recours standardisés à la chirurgie bariatrique pour la période 2015-2017

En affinant l'analyse en tenant compte du recours aux différentes principales techniques de chirurgie bariatrique actuelles (« bypass », « sleeve » et « banding »), de nouvelles informations nous apparaissent démontrant des choix de techniques très différents selon les régions du pays (Figure 12). Ces taux relatifs de choix de techniques peuvent alors être comparés internationalement au niveau

mondial⁴ (« Données mondiales ») montrant alors malgré des taux de recours globalement élevés une meilleure conformité du choix des techniques dans le sud du pays selon le benchmarking international.

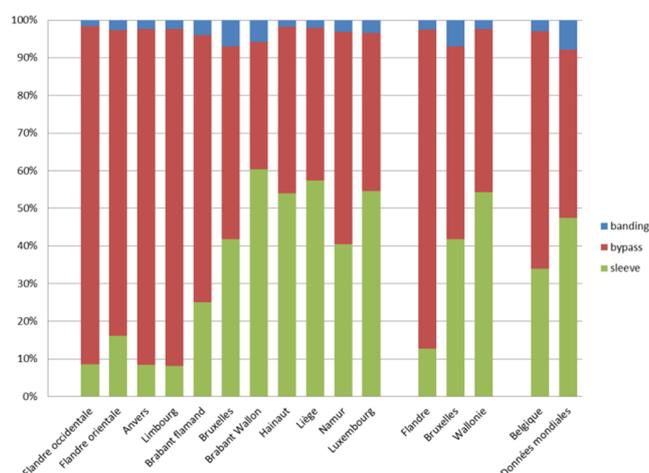


Figure 12 : Répartition des taux d'intervention par type de procédure de chirurgie bariatrique pour l'année 2016

Quelle est la cause de ces variations ?

La cause des variations est rarement unique, mais plus souvent composée en proportions variables de différents facteurs émanant de la triade formée par le patient, le prestataire de soins et leur environnement. On pourra aussi décomposer ces causes en facteurs de causalité liés à la demande ou à l'offre. De manière générale, même si parfois les causes identifiées peuvent révéler une utilisation non optimale des ressources, elles ne peuvent pas toujours être qualifiées d'injustifiées et l'existence de variations n'est donc pas à taxer d'office de manque d'efficacité du système de soins de santé.

Les causes des variations sont de toute façon à envisager au cas par cas selon la thématique analysée et son contexte. Si on reprend la catégorisation de ces facteurs selon la demande et l'offre, voici de manière très sommaire les grandes catégories de causes qui pourront être retrouvées, telles qu'elles ont été répertoriées par le KCE [1], exception faite d'éventuels aléas de codification par les prestataires de soins :

- **Causes liées à la demande :**
 - Epidémiologie de l'affection
 - Variables socio-économiques
 - Choix du patient
- **Causes liées à l'offre :**
 - Densité médicale
 - Accès aux soins
 - Caractéristiques et style de pratique du prestataire de soins

⁴ Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Vitiello, A., Zundel, N., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017,Sept). Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obesity Surgery*, 27(9), pp. 2279–2289.

¹¹ J.Jacques, D. Gillain, F. Fecher, S. Van De Sande, F. Vrijens, D. Ramaekers, N. Swartenbroekx and P. Gillet (2006). Etude des disparités de la chirurgie élective en Belgique Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports vol.42B.