

Variations territoriales des pratiques médicales

Zeynep Or(or@irdes.fr)

Institut de recherché et documentation en économie de la santé

Séminaire Inégalités, INSEE

19 mai 2017

Département des ressources et conditions de vie des ménages

Problématique

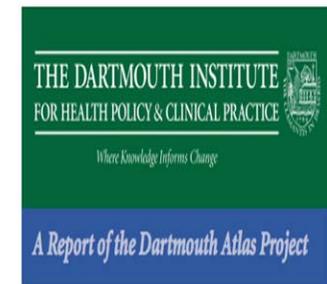
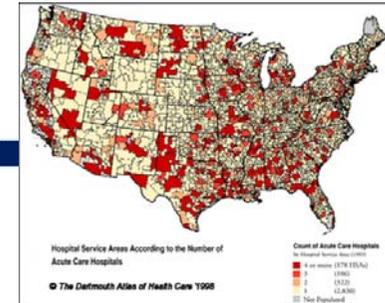
- A problèmes de santé identiques, les patients sont soignés de manière très différente
 - selon leur lieu d'habitation
 - selon leur lieu de traitement (établissement)
- La présence de l'asymétrie d'information en santé est reconnue comme un phénomène déterminant l'offre et la demande de soins (Fuch, 1978; Cromwell et Mitchell, 1986)
- Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par le besoin des patients, **les variations de pratiques médicales posent un problème de nature éthique, thérapeutique et économique**

Littérature sur la variation des pratiques

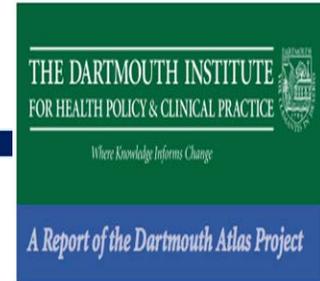
- Les soins peuvent être conditionnés par
 - la capacité médicale locale (de lits, de spécialistes, d'équipement etc.)
 - les incitations financières,
 - la «culture» médicale locale

(Wennberg et al. 1982 ; Corrella et al.2014; Gaynor, 2004)

- Des facteurs non-médicaux (la situation socio-économique des patients) peuvent influencer la demande et l'offre (Reeder-Hayes et al. 2011; Black et al. 2014)



Littérature sur la variation des pratiques



Différents catégories de soins

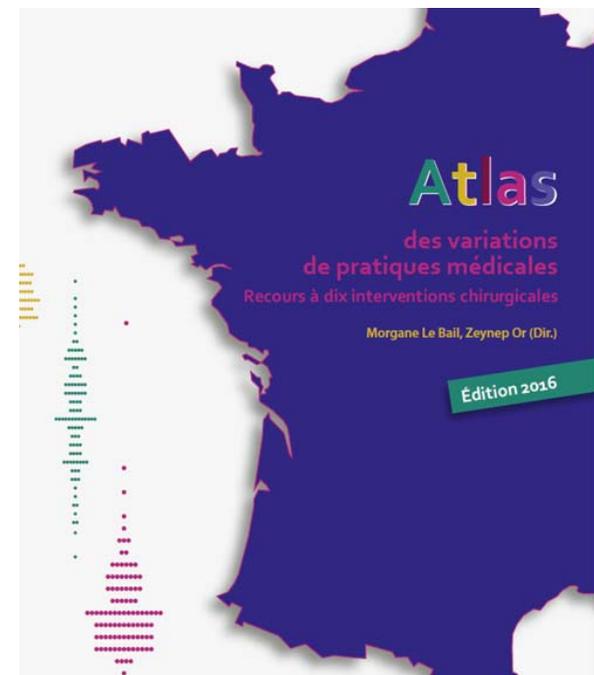
- **les soins efficaces** : existe des preuves solides de l'efficacité et/ou de coût-efficacité avec un consensus général sur leurs conditions d'utilisation (par la population concernée par le traitement)
- **les soins dont le bénéfice net est incertain et inégal** selon les groupes de patients. L'efficacité a été démontré pour un sous-groupe de patients, mais dont certains effets secondaires se révèlent plus importants que les avantages estimés pour les autres
- **les soins dont l'efficacité n'a pas été démontrée** et pour lesquels le bénéfice marginal est très faible, voire négatif pour certains patients

Pourquoi des analyses des variations au niveau territorial ?

- Les taux de recours aux soins de la population, calculés sur un territoire donné sont naturellement le reflet des besoins de soins de la population locale mais également de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins ainsi que de leurs pratiques médicales
- **Analyse territoriale permet de:** repérer des inégalités des ressources, d'utilisation et des résultats de soins
- Fournir un information spécifique sur la performance du système de santé (équité et efficience)
- Identifier des solutions transférables

Premier étape: Atlas des variations des pratiques médicales

- De nombreux pays produisent des atlas de recours aux soins afin d'interroger systématiquement les variations de pratiques, d'informer le grand public et de sensibiliser les professionnels
- En France 1^{re} édition en fin 2016
- IRDES, DGOS, ATIH avec la collaboration de HAS, CNAMTS, ARS
- Avant-propos Pr J. Wennberg et D. Goodman (Université de Dartmouth)



Méthodes



- 10 interventions chirurgicales identifiées prioritaires en termes de pertinence et de qualité des soins + une intervention de « référence »: *la prise en charge usuelle, avantages et inconvénients, les alternatives et recommandations quand elles existent*
- Taux de recours: rapportent le nombre d'interventions hospitaliers à la population du département selon le lieu de résidence des patients => *part des personnes opérées dans un département*
- Standardisés pour corriger l'effet de la structure d'âge et de sexe
- Statistiques de variations interdépartementales

- Ablation des amygdales
- Appendicectomie
- Césarienne
- Chirurgie de l'obésité
- Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate
- Chirurgie du syndrome du canal carpien
- Cholécystectomie
- Hystérectomie
- Pose d'une prothèse du genou
- Ablation de la thyroïde

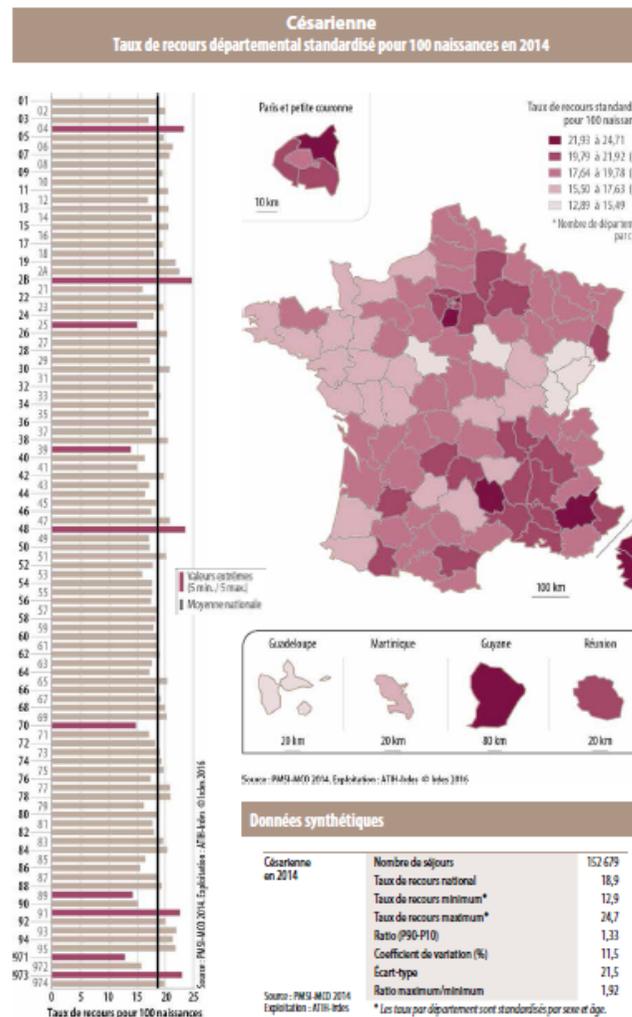
Un outil de diagnostic

- Pour chaque thématique, une double page comprenant :
- Une cartographie des taux de recours, graphique et tableau d'indicateurs de dispersion et de variation
- La description et analyse des variations de pratiques médicales
- Une mise en contexte par un « référent » de la thématique

Césarienne

De quoi s'agit-il ?

La césarienne est une intervention



Quelles variations des pratiques ?

Les taux de césariennes pour grossesse unique ont augmenté régulièrement dans les années 2000 (près de 10 % entre 2005 et 2010). Pourtant, depuis 2010 en France, le nombre de séjours pour césariennes a diminué d'un peu plus de 4 % passant de 159 742 à 152 679 en 2014 (Tableau), pour un peu plus de 800 000 accouchements. Avec un taux de recours moyen national de 18,7 pour 100 naissances en 2014, la France se situe nettement en dessous des pays comme l'Allemagne et l'Australie (plus de 30 pour 100 naissances).

Toutefois, les taux standardisés (par l'âge des mères) de césariennes pour grossesse unique variant de 12,9 pour 100 naissances en Guadeloupe à 24,7 % en Haute-Corse. Les départements présentant les taux les plus élevés sont la Guyane, les Alpes de Haute-Provence, la Lozère et la Haute-Corse (plus de 23 séjours pour 100 naissances). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont l'Yonne, le Lot-et-Cher, le Doubs, la Guadeloupe, le Jura et la Haute-Saône (moins de 15 pour 100 naissances).

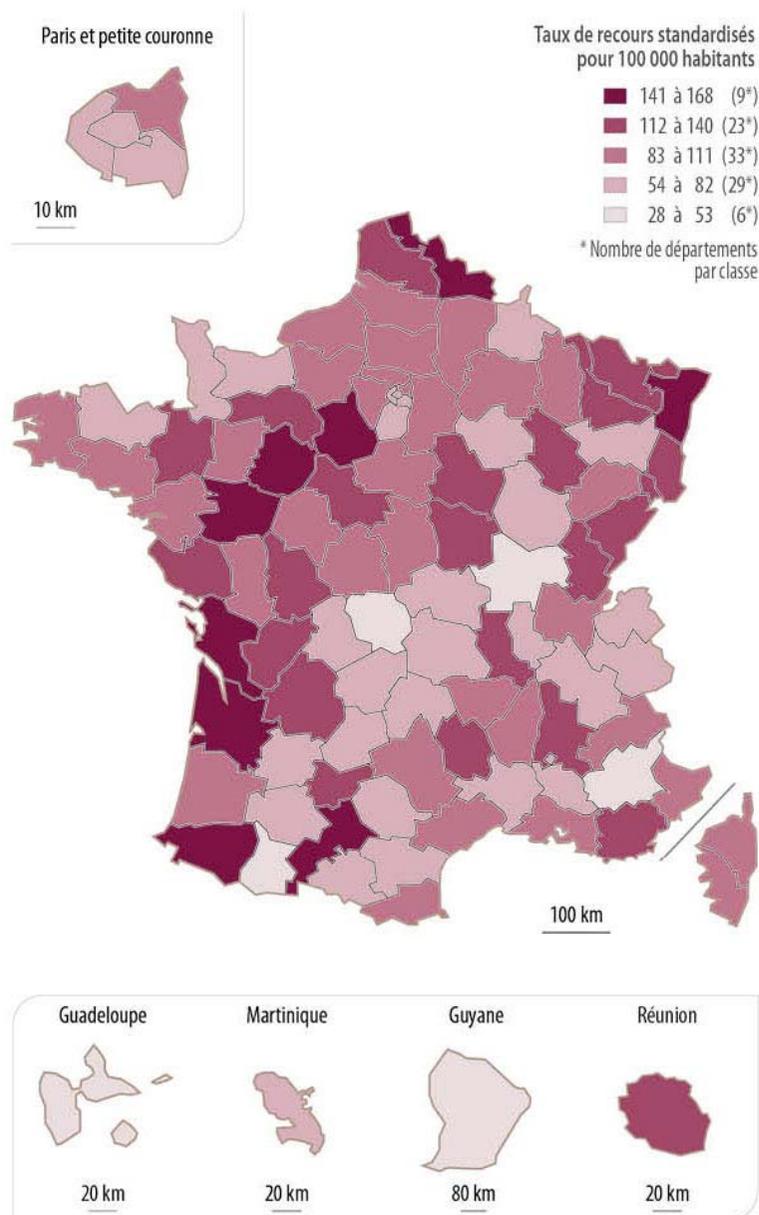
En France, en 2009, on constate une hétérogénéité des pratiques de césariennes programmées, leurs taux variant de 2 à 20 %. Les taux sont

plus élevés dans les maternités de type I qui prennent en charge les cas les moins compliqués et dans les maternités privées après ajustement au niveau de complications de l'accouchement (Milcent et Rochut, 2009).
Un programme national d'optimisation de la pertinence des césariennes a ainsi été mis en place, s'appuyant sur des recommandations de la HAS, des guides patients et de professionnels (HAS, 2013) et sur une expérimentation nationale menée entre janvier 2013 et mai-novembre 2014 (HAS, 2014). Cette expérimentation avait pour objectifs de tester un guide d'analyse et d'amélioration des pratiques, de partager les retours d'expériences, outils d'analyse et d'amélioration des pratiques développés par les équipes de terrain. Elle a fait l'objet d'une forte mobilisation avec la participation de 165 maternités volontaires. Entre 2011 et 2014, le taux national annuel de césariennes a connu une légère diminution, mais la variabilité intermaternité persiste : en 2014, on observe toujours un taux de césariennes beaucoup plus important dans les maternités privées que dans les maternités publiques ainsi que dans les maternités de niveau 1 par rapport à celles de niveau 3* (HAS, 2016).

Amygdalectomie ou ablation des amygdales

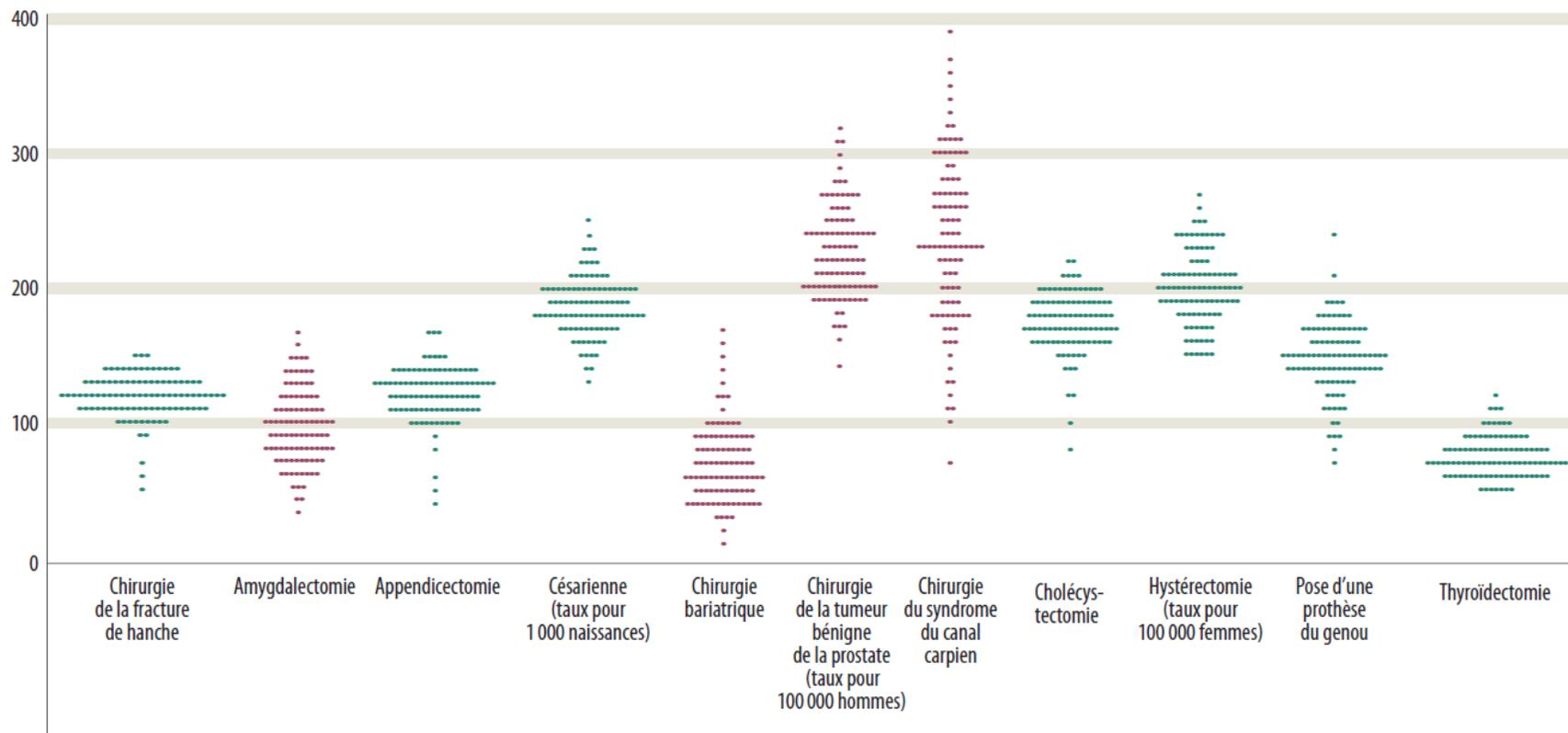
Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014

- **Ablation des amygdales:**
- Premiers travaux de Glover dans les années 30: des écarts de 1 à 20 d'un quartier à l'autre à Londres (Glover, 1938)
- => tendance à l'intervention « comme un rituel prophylactique de routine »
- France: Les taux varient de 42 pour 100 000 en Alpes-de-Haute-Provence ou la Creuse, à 168 en Gironde



Variation des taux de recours à différentes pratiques chirurgicales en France en 2014

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants (sauf césarienne, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate et hystérectomie)



Nombre de séjours	77 630	66 098	77 292	152 679	46 861	69 657	143 744	113 426	64 612	95 966	46 477
Taux moyen national	119	101	118	189	72	221	220	175	192	147	71
Écart-type	0,17	0,29	0,21	21,5	0,30	0,35	0,62	0,23	0,27	0,27	0,15

Conclusions de l'atlas

- Les variations de pratiques médicales sont omniprésentes et persistent même pour des interventions courantes dont l'efficacité est reconnue
- L'existence des variations entre départements pour des traitements efficace est un problème de prévention, de qualité et d'équité d'accès aux soins
- Pour les interventions l'efficacité est variable selon les patients, il est aussi nécessaire de comprendre le rôle des facteurs liés à l'offre et à la demande (choix des patients, statut socio-économiques)

La prise en charge des cancers du sein

- au premier rang des cancers incidents chez la femme (31 %)
- il existe plusieurs options de traitement chirurgical pour les femmes qui doivent se faire opérer
 - chirurgie conservatrice
 - technique du ganglion sentinelle
 - reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale
- Des options moins invasif, permet d'éviter les conséquences négatives d'un mastectomie /ou curage axillaire systématique ou une re-intervention



n° 226 - Mars 2017

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/226-variations-des-pratiques-chirurgicales-dans-la-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-en-france.pdf>

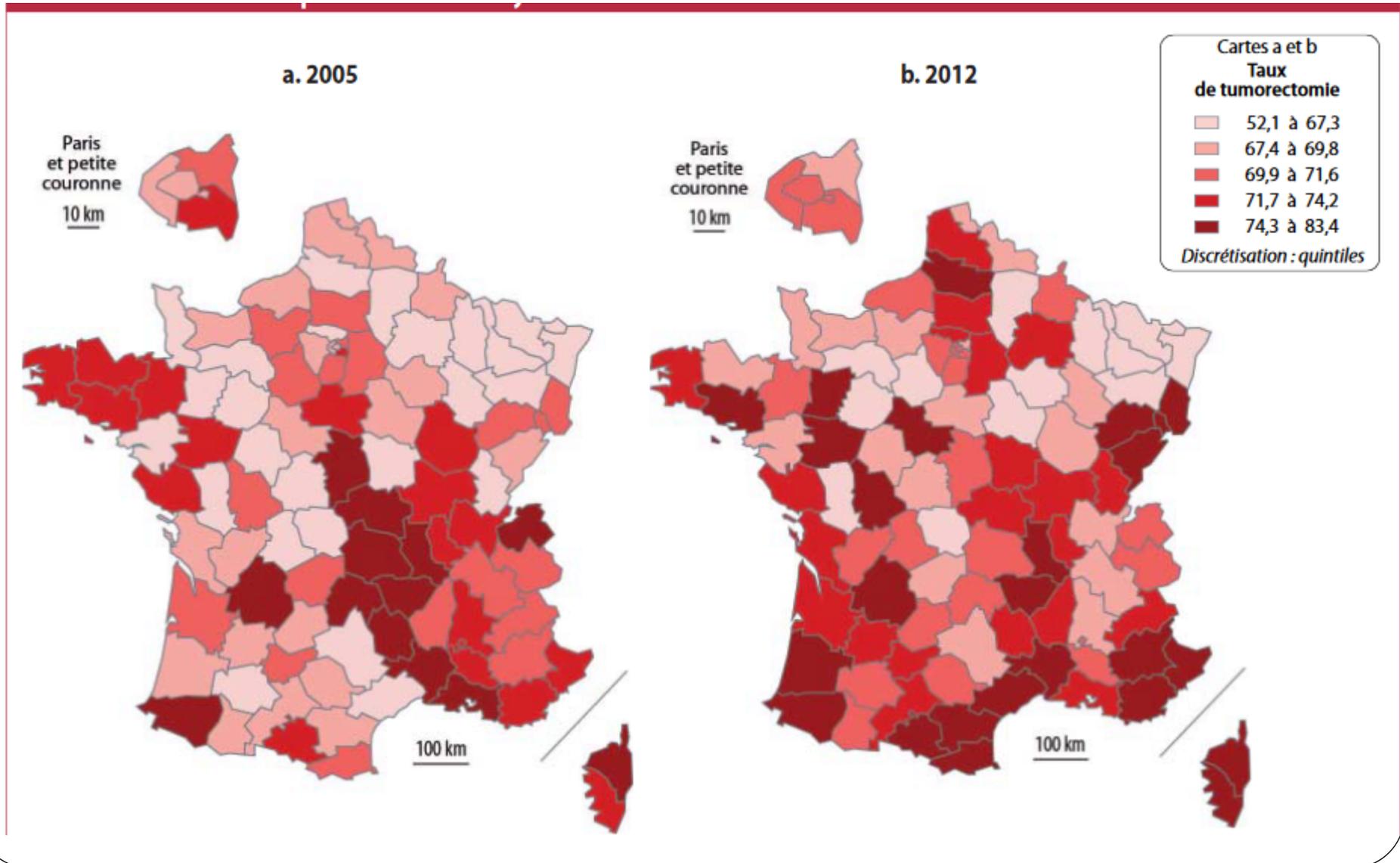
Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France

Zeynep Or (Irdes), Virginie Mobillion (Upec, Irdes), Mariama Touré (Irdes),
Chafika Mazouni (Gustave Roussy), Julia Bonastre (Gustave Roussy, Inserm-CESP)

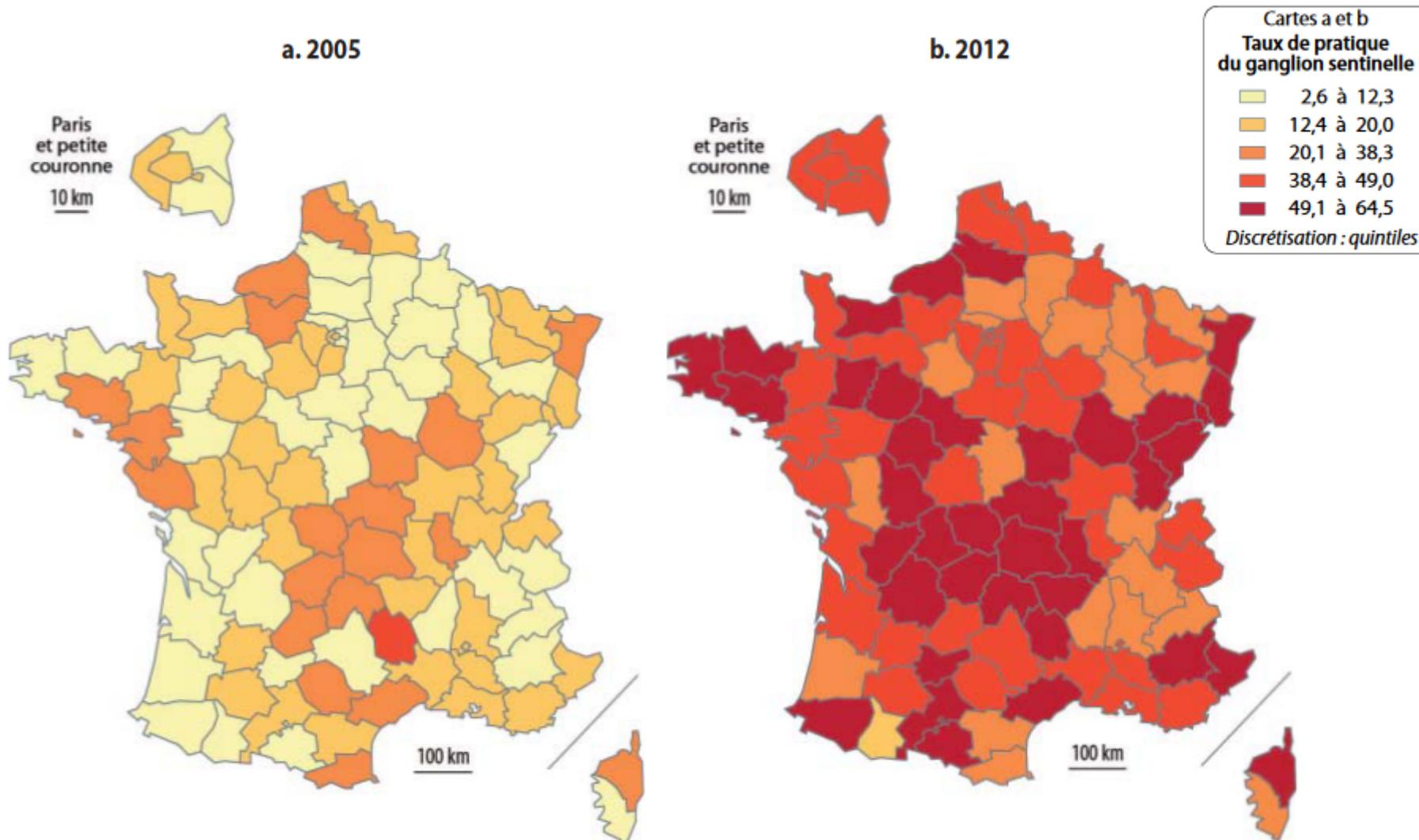
En 2015, le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence (54 000 nouveaux cas) et de mortalité (12 000 décès) [Inca, 2015]. La prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une recomposition de l'offre de soins en cancérologie.

Le traitement conservateur (tumorectomie) est devenu le traitement de référence avec un taux de recours dépassant 70 % dans une grande majorité d'établissements en 2012. Entre 2005 et 2012, la technique du ganglion sentinelle s'est diffusée dans la plupart des établissements, et le nombre de patientes en ayant bénéficié a triplé sur la période. En revanche, la reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale reste peu

Taux de chirurgie conservatrice

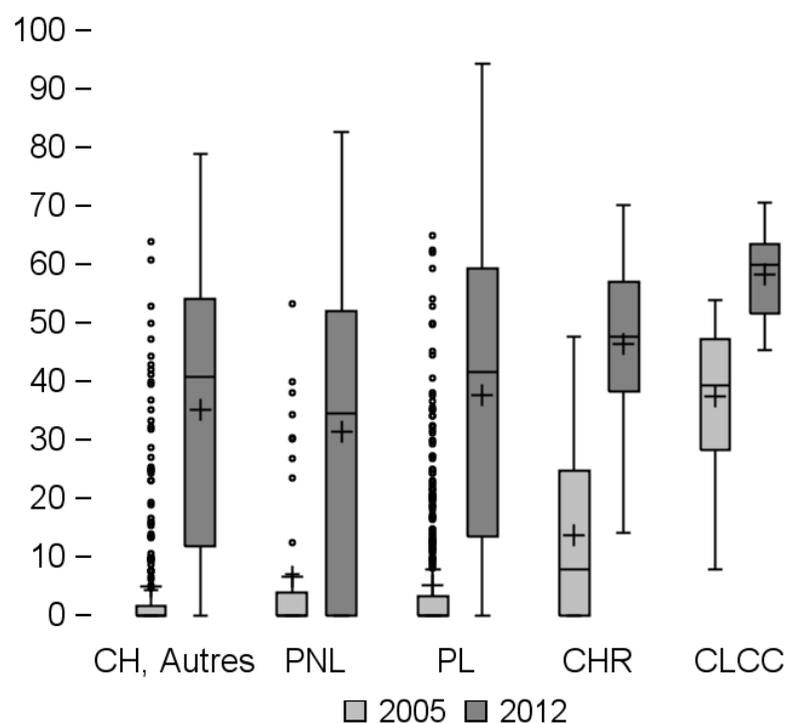


Taux de pratique de ganglion sentinelle

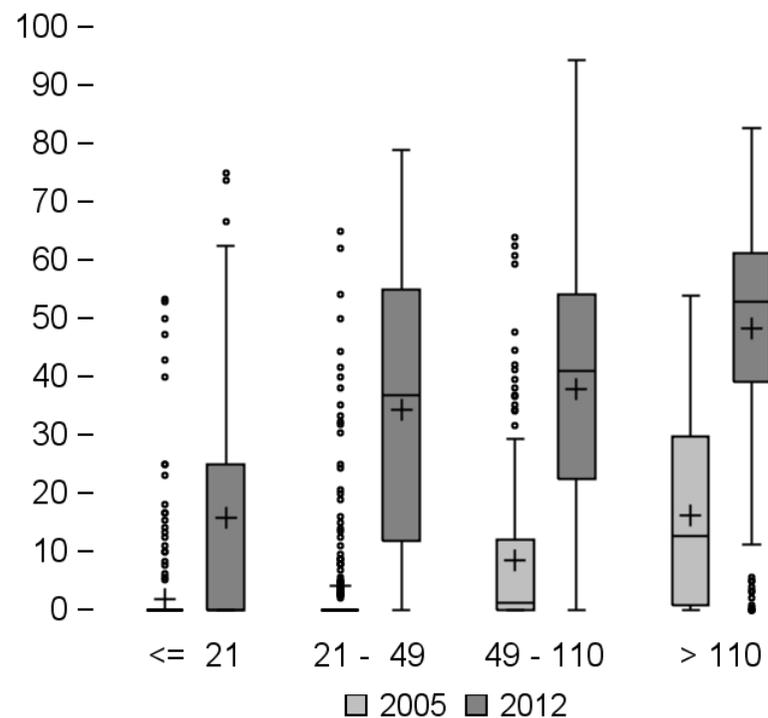


Variations des pratiques entre les établissements: pratique de ganglion sentinelle

Catégorie d'établissement



Volume d'activité



Analyse de modélisation

- Modèles logistiques multiniveaux : patients, établissements

Variables à expliquer (0/1)

Reconstruction immédiate

Pratique du ganglion sentinelle

Modèle

$$y_i = \beta_{0j} + \beta_1 X_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

$$\text{Avec : } \beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01} W_j + u_{0j}$$

$$\text{Soit } y_i = \gamma_{00} + \gamma_{01} W_j + \beta_1 X_{ij} + u_{0j} + \varepsilon_{ij}$$

γ_{00} : moyenne générale pour tous les établissements.

β_1 : pente de la régression moyenne pour tous les établissements.

u_{0j} : erreur aléatoire associé à l'établissement j ,

ε_{ij} : erreur aléatoire associé à l'individu i au sein de l'établissement j ,
 $N(0, \sigma \varepsilon^2)$.

Modélisation multiniveau

- **Variables patients**

- Âge (quartiles de la distribution)
- Etat de santé: Indice de Charlson (0, 1 ou supérieur ou égale à 2)
- Carcinome in situ (0/1)
- Mastectomie avec axillaire dissection, chimiothérapie dans l'année (IBR)
- Revenu fiscal médian par unité de consommation (Au niveau de la zone PMSI de résidence du patient)

- **Variables établissements**

- Volume d'activité pour chirurgie du cancer du sein (quartiles de la distribution)
- Catégorie d'établissement : Centre hospitalier (CH); Centre hospitalier régional (CHR); Centre de lutte contre le cancer (CLCC); Etablissement privée à but non lucratif (PNL)
Etablissement privée à but lucratif (PL)

Résultats

Déterminants du recours aux techniques du ganglion sentinelle et de la reconstruction mammaire immédiate : régressions multiniveaux

	Reconstruction mammaire		Ganglion sentinelle	
	2005	2012	2005	2012
	Odds ratios	Odds ratios	Odds ratios	Odds ratios
Constante	0,001 ***	0,00277 ***	0,00184 ***	0,03487 ***
Caractéristiques du patient				
Age				
≤ 50 ans	22,443 ***	12,516 ***	0,996	0,824 ***
50-60 ans	14,083 ***	7,925 ***	1,107 **	0,993
60-70 ans	6,746 ***	4,229 ***	1,206 ***	1,149 ***
≥ 70 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Indice de Charlson				
0	1,833 ***	1,916 ***	1,471 ***	1,492 ***
1	1,271	1,281	1,289 ***	1,404 ***
≥ 2	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Carcinome in situ				
Non	0,324 ***	0,377 ***	3,391 ***	3,789 ***
Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Mastectomie totale et curage				
Non	3,421 ***	5,918 ***	5,894 ***	7,286 ***
Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Chimiothérapie dans l'année				
Non	2,773 ***	2,248 ***	na	na
Oui	Réf.	Réf.	na	na
Revenu médian				
Faible (< 33 %)	0,703 ***	0,856 **	0,907 **	0,933 **
Moyen (33-66 %)	0,912	0,986	0,943	0,988
Elevé (> 66 %)	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Caractéristiques de l'hôpital				
Type d'hôpital				
Centre hospitalier régional	4,384 ***	3,347 ***	3,582 ***	1,726 **
Centre de lutte contre le cancer	5,894 ***	3,702 ***	19,259 ***	2,599 **
Privé non lucratif	2,326	3,133 ***	1,559	0,792
Privé lucratif	3,142 ***	2,948 ***	0,783	0,928
Centre hospitalier	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Volume d'activité (nombre annuel de chirurgies du cancer du sein)				
≤ 21	0,280 ***	0,193 **	0,048 ***	0,117 ***
22-49	0,355 ***	0,433 ***	0,082 ***	0,479 ***
50-110	0,563 **	0,815	0,367 ***	0,558 ***
> 110	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Effectifs	15 166	16 707	54 904	62 250
Coefficient de corrélation intra-classe (ICC)	0,501	0,311	0,668	0,412

Conclusions

- Les inégalités territoriales observées soulèvent la question de la qualité des soins dispensés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières limitées
- Les analyses territoriales sont importants pour identifier les problèmes potentiels
- Pour informer les patients et les professionnels de santé des variations des pratiques pour améliorer la qualité et donner à chacun la même possibilité de traitement sur l'ensemble du territoire

Merci pour votre attention !