



Les variations des taux d'utilisation des services de santé entre provinces et territoires au Canada soulèvent des questions sur l'efficacité et l'équité du système de santé

Un nouveau rapport de l'OCDE, mobilisant les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, montre la persistance de larges variations des taux d'admissions médicales à l'hôpital et des taux d'activités diagnostiques et chirurgicales au Canada, non seulement entre provinces et territoires, mais aussi entre régions d'une même province.

Des variations telles que celles présentées dans le tableau 1 suggèrent soit une surutilisation des soins dans les zones à forte activité – entraînant peu ou pas de bénéfices pour les patients –, soit l'existence de besoins non couverts dans les zones à faible activité. Dans les deux cas, ceci soulève des questions sur l'efficacité et l'équité du système de santé.

Tableau 1. Résumé des variations géographiques pour neuf interventions médicales, entre provinces/territoires et entre régions de santé, Canada, 2003 et 2010

Procédure		Admission médicale à l'hôpital	Pontage aorto-coronarien	Angioplastie coronarienne	Chirurgie après fracture de la hanche	Arthroplastie	Césarienne	Hystérectomie	IRM	Tomographie
Unité		pour 100 000 habitants	pour 100 000 habitants	pour 100 000 habitants	pour 100 000 habitants âgés de + 65 ans	pour 100 000 habitants	pour 100 naissances	pour 100 000 femmes	pour 100 000 habitants	pour 100 000 habitants
Taux standardisés pour Canada ¹	2003 (2006)	4 106 (2006)	93	167	435 (2006)	115	25	373	24	87
	2010	3 730	63	173	395	160	27	325	46	125
Valeur min au niveau des provinces (à l'exception des territoires)		2010	3 404	43	146	379	21.5	299	28	84
Valeur max au niveau des provinces (à l'exception des territoires)		2010	6 086	79	205	476	31.9	435	55	196
Valeur min au niveau des régions (y compris les territoires)		2010	2 617	35	108	279	8.7	152	n.a.	n.a.
Valeur max au niveau des régions (y compris les territoires)		2010	9 962	105	287	592	34.3	694	n.a.	n.a.
Coefficient de variation de santé au niveau des régions ²	2003 (2006)	0.35 (2006)	0.24 (0.22)	0.30	0.20 (0.16)	0.29	0.17	0.29 (2006)	0.36	0.32 (0.23)
	2010	0.36 (0.33)	0.23	0.21	0.17	0.34 (0.29)	0.18 (0.16)	0.30	0.24	0.28 (0.24)

Notes : a) Ces taux ont été standardisés par âge et sexe en utilisant la population canadienne de 1991, sauf pour les césariennes, les examens IRM et de CT scanners, qui sont des taux bruts. b) Les valeurs entre parenthèses montrent les coefficients de variations calculés sans tenir compte des territoires, lorsqu'ils sont très différents des valeurs calculées en incluant les territoires.

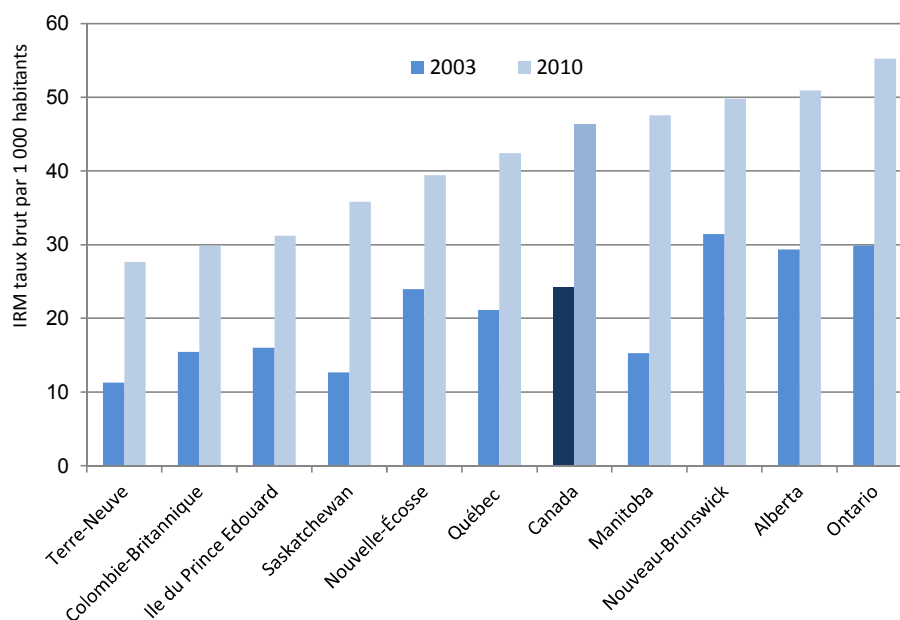
Source: Alari et al. (2014). Chapter 4: Canada: Geographic variations in health care, in Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing (à partir de données de ICIS).

Les examens d'IRM et de CT scanners ont beaucoup augmenté dans toutes les provinces, mais de larges variations persistent

Le nombre d'examen d'IRM et de CT scanners, qui sont utilisés pour diagnostiquer de nombreux problèmes de santé, a fortement augmenté au Canada depuis 2003 (avant l'introduction en 2004 de l'accord fédéral/provincial sur un plan décennal pour consolider les soins de santé). Cette augmentation a été particulièrement rapide dans les provinces qui avaient des taux particulièrement bas en 2003, contribuant à une réduction des écarts entre provinces. Cependant, en 2010, de larges variations entre provinces persistaient toujours dans les taux de recours à l'IRM et au CT scanner (tomographie) : les taux d'examen d'IRM en Ontario, en Alberta et au Nouveau Brunswick étaient bien plus élevés qu'à Terre-Neuve, à l'Île du Prince Édouard et en Colombie Britannique.

L'utilité du nombre croissant d'examen IRM et CT scanners prescrits par les médecins continue de faire l'objet de débats au Canada. L'association médicale canadienne a récemment commencé à adapter l'initiative « Choisir avec soin », lancée initialement aux États-Unis, pour diminuer le nombre d'examen inutiles.

Figure 1. Taux d'examen IRM par province, Canada, 2003 et 2010

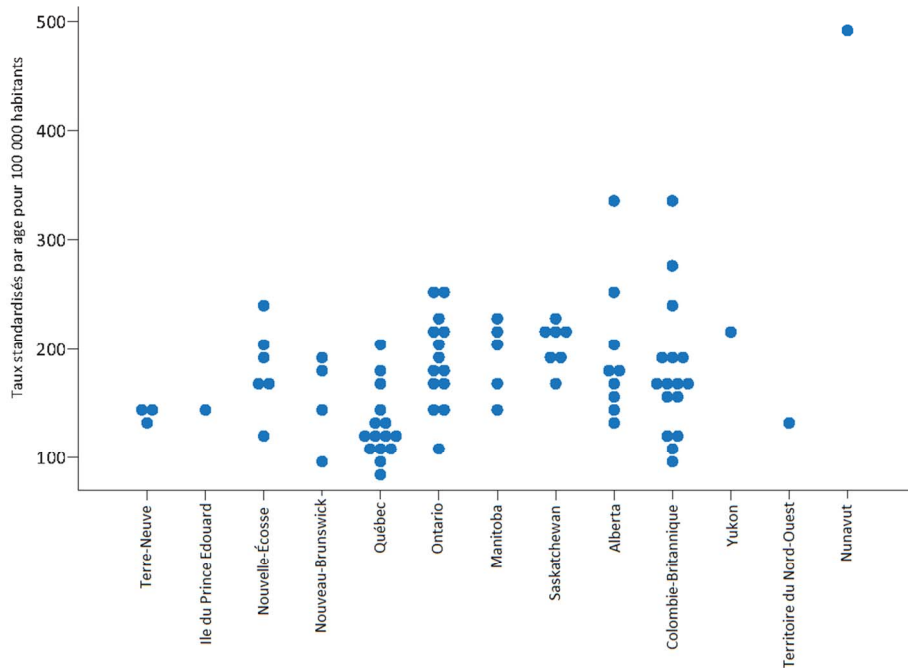


Source : Alari et al. (2014). Chapter 4: Canada Geographic variations in health care, in *Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance?*, OECD Publishing (à partir de données de ICIS).

Les taux d'arthroplasties du genou ont aussi beaucoup augmenté, et les variations entre provinces et régions restent élevées

Les taux d'arthroplasties du genou, même après la prise en compte du vieillissement de la population, ont augmenté de près de 40% au Canada entre 2003 et 2010, avec une croissance dans toutes les provinces. Mais les variations des taux d'intervention entre provinces n'ont pas diminué, si bien que les taux continuent à être deux fois plus élevés dans certaines provinces (Saskatchewan) que dans d'autres (Québec). À l'intérieur des provinces, on observe souvent de grandes variations entre régions de santé. Par exemple, en Colombie Britannique, les résidents de la Région Intérieure Nord avaient trois fois plus de chances d'avoir une arthroplastie du genou (332 pour 100 000 habitants) que ceux de la région de Vancouver (93 pour 100 000) en 2010.

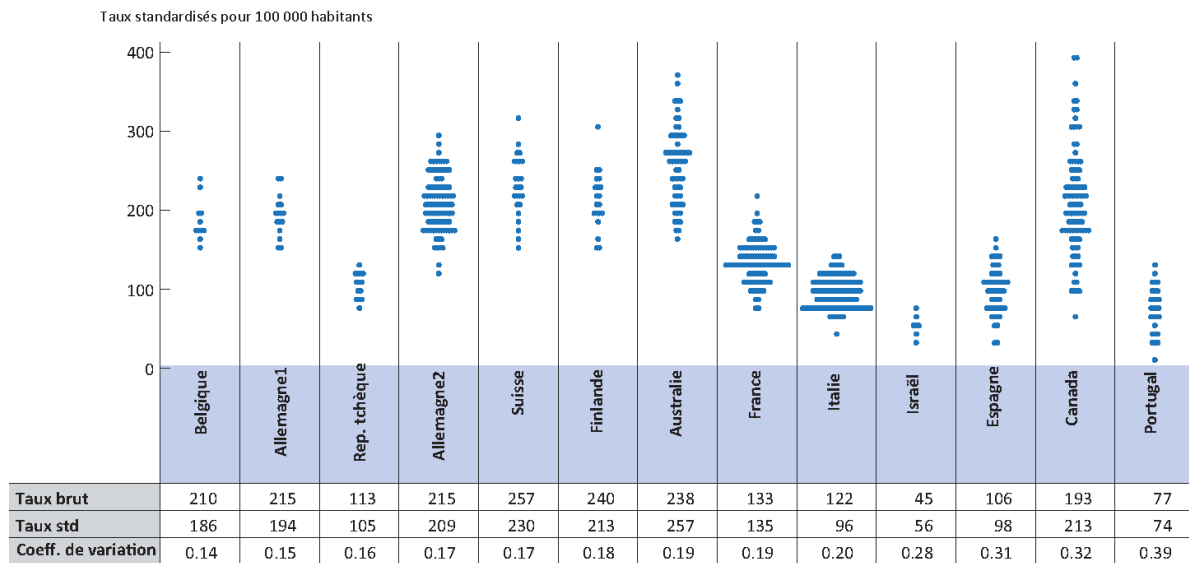
Figure 2. Taux d'arthroplasties du genou par province et région de santé, Canada, 2010



Source: Alari et al. (2014). Chapter 4: Canada Geographic variations in health care, in Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance?, OECD Publishing (à partir de données de ICIS).

Parmi les 13 pays ayant participé à cette étude de l'OCDE, le Canada était au second rang en termes de variations géographiques du taux d'arthroplasties du genou, après le Portugal, en 2010/2011.

Figure 3. Taux d'arthroplasties du genou parmi certains pays de l'OCDE, 2011 ou dernière année disponible



Note: Chaque point représente une unité territoriale. Les pays sont classés à partir du coefficient de variation du plus bas au plus élevé au sein des pays. Les données pour le Portugal et l'Espagne ne comprennent que les hôpitaux publics. Allemagne 1 et 2 désignent respectivement les Länder et les régions aménagées du territoire. Les taux de recours sont standardisés par âge et sexe.

Source : Srivastava et al. (2014). Chapter 1: Geographic variations in health care use in 13 countries: A synthesis of findings.

Les larges variations des taux d'arthroplasties du genou observées entre provinces et à l'intérieur des provinces au Canada suggèrent d'importantes différences dans les styles de pratique des médecins. Un rapport de l'ICIS en 2009 attribuait également ces variations à d'autres facteurs, parmi lesquels les différences en termes de besoins (par exemple, le taux le plus faible observé au Québec est associé à la plus faible proportion de la population déclarant des problèmes d'arthrite, de rhumatisme ou d'obésité). Le rapport de l'ICIS suggère que des différences dans l'accès à cette intervention (relativement bas au Québec en 2009) pourraient également jouer un rôle.

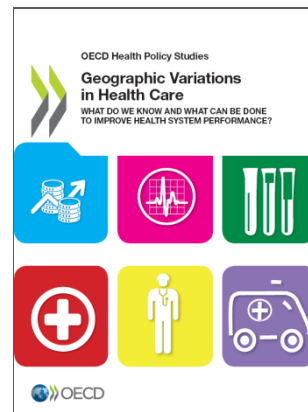
L'ICIS est à la pointe, depuis plusieurs années, des efforts nationaux pour rendre publique l'information sur les variations géographiques des taux de recours aux soins au Canada, et des efforts similaires ont été engagés dans quelques provinces. Mais rendre cette information publique n'est pas suffisant pour modifier les pratiques cliniques. D'autres interventions sont nécessaires, incluant le développement et la diffusion de recommandations de pratiques cliniques, le retour d'information aux prestataires sur leurs pratiques, et un recueil plus systématique des résultats post-opératoires pour les patients permettant d'évaluer les bénéfices de l'utilisation croissante de certaines interventions telles que l'arthroplastie du genou ou de la hanche, comme cela se fait dans d'autres pays tels que la Suède et le Royaume-Uni.

Le rapport de l'OCDE a été rendu public lors d'une conférence organisée conjointement par l'OCDE et la Fondation Bertelsmann, le 16 septembre à Berlin, pour discuter des conclusions du rapport avec des intervenants allemands (www.faktencheck-gesundheit.de).

Le rapport **Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance?** est disponible au lien suivant : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

Davantage d'information est disponible dans le rapport au **Chapitre 4: Canada : Geographic variations in health care** (en anglais uniquement).

Personnes à contacter : Gaétan Lafortune (Gaetan.lafortune@oecd.org ou +33 1 45 24 92 67) ou Divya Srivastava (Divya.srivastava@oecd.org ou tél. +33 1 45 24 16 35) de la Division de la santé à l'OCDE.



Le **communiqué de presse de l'OCDE, les notes par pays et d'autres informations** sont disponibles sur <http://www.oecd.org/health/health-systems/medical-practice-variations.htm>.