

10. Tenir compte de l'équité dans l'évaluation des conclusions d'une étude méthodique

Andrew D Oxman^{1}, John N Lavis², Simon Lewin³ et Atle Fretheim⁴*

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S10 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S10.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s10.pdf>

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
3. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Personne-ressource principale (oxman@online.no)

Il s'agit de la traduction d'un article publié dans le Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1). La reproduction, la distribution et l'utilisation de ces article, par quelque moyen que ce soit, sont permises à condition d'en citer la source. Le site Web SUPPORT (www.support-collaboration.org) renferme les hyperliens vers les versions chinoise, française, portugaise et espagnole. Vous pouvez envoyer vos commentaires sur la façon d'améliorer les outils présentés dans cette série de documents, par courriel, à : STP@nork.no.

Cette série d'articles a été préparée dans le cadre du projet SUPPORT, parrainé par le programme INCO du sixième programme cadre de la Commission européenne, numéro de contrat 031939. L'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et le Milbank Memorial Fund ont financé une réunion visant l'examen par des pairs d'une version initiale de la série. John Lavis a touché un salaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'échange des connaissances. NORAD, la composante norvégienne du groupe Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), le Centre norvégien de connaissances pour les services de santé, l'AHPSR, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), l'Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont participé à la traduction et à la diffusion des articles. Aucun des bailleurs de fonds n'a influé sur la rédaction, la révision ou l'approbation du contenu de la série.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a traduit cet article en français avec l'appui du Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).



Résumé

Le présent article fait partie d'une série de documents à l'intention des personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé ainsi que de celles qui les assistent.

Cet article traite des considérations en matière d'équité. Dans le domaine de la santé, les inégalités se définissent comme des différences qui sont non seulement inutiles et évitables, mais en outre inévitables et injustes. Les inégalités en santé liées aux facteurs sociaux et économiques sont bien documentées. Les politiques et les programmes peuvent, s'ils sont efficaces, améliorer la santé globale d'une population. Toutefois, leur incidence sur les inégalités n'est pas uniforme : elle peut être nulle, positive ou négative, quelles qu'en soient les répercussions générales sur la santé publique.

Le présent article propose quatre questions à envisager au moment d'utiliser les données issues de la recherche pour évaluer l'impact éventuel d'une proposition de politique ou de programme sur les groupes défavorisés et sur l'équité dans un milieu particulier : 1. Quels groupes ou quels milieux seraient vraisemblablement désavantagés par la proposition envisagée? 2. Existe-t-il des raisons plausibles d'anticiper des différences dans l'efficacité relative de la proposition pour les groupes ou dans les milieux défavorisés? 3. Est-il probable que les situations de référence varient d'un groupe ou d'un milieu à l'autre au point d'influer sur l'efficacité absolue de la proposition et sur l'importance du problème en fonction du groupe ou du milieu en cause? 4. Y a-t-il des facteurs importants à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la proposition pour réduire les inégalités dans toute la mesure du possible et pour éviter de les accentuer?

À PROPOS DES OUTILS DU PROJET SUPPORT

Le présent article fait partie d'une série de documents destinés aux personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé et à celles qui les assistent, dans le but de les aider à s'assurer que leurs décisions sont éclairées par les meilleures données de recherche disponibles. L'introduction décrit plus en profondeur les outils du projet SUPPORT et les manières dont ils peuvent être utilisés [1]. Le glossaire de la série est joint à chaque article (voir le fichier complémentaire 1). Les résumés des études méthodiques préparés dans le cadre du projet SUPPORT peuvent être consultés à www.support-collaboration.org (en anglais). Des résumés en français, espagnol, portugais et chinois seront affichés sur ce site au cours de 2010 (www.support-collaboration.org/supporttool.htm). Toute rétroaction visant l'amélioration des outils abordés dans la série est la bienvenue et doit être envoyée à STP@nokc.no.

SCÉNARIO

Vous travaillez au ministère de la Santé. L'amélioration de la couverture des médicaments essentiels par le régime public d'assurance-médicaments est prioritaire pour le gouvernement. Le ministre vous a demandé de présenter des propositions visant à améliorer la couverture ainsi que l'incidence anticipée de ces dernières sur les populations défavorisées. Vous décidez de déléguer la préparation d'un précis politique à l'unité qui aide le Ministère à utiliser les données probantes dans l'élaboration des politiques. Vous demandez à vos collaborateurs d'accorder une attention particulière aux éventuelles répercussions des nouvelles politiques sur les inégalités.

CONTEXTE

Dans cet article, le quatrième de la série portant sur l'utilisation des études méthodiques pour éclairer les décisions en matière de politiques (voir la figure 1), nous proposons quatre questions à envisager afin d'évaluer l'impact éventuel d'une politique ou d'un programme donné sur les populations défavorisées et sur l'équité. Ces questions peuvent s'appliquer, par exemple, au scénario décrit précédemment. Au ministre de la Santé ou aux cadres supérieurs d'un autre ministère, cet article suggère diverses questions à soumettre à leur personnel lorsqu'il prépare un précis politique sur les répercussions des inégalités. Aux personnes qui les assistent, il propose des questions qui orienteront leur recherche à ce sujet et, en particulier, le repérage de données issues d'études méthodiques [2].

Nous ne donnons pas de conseils sur la façon de composer avec les inégalités, car il faut en tenir compte en regard de politiques et de contextes particuliers. Nous présenterons

plutôt une approche structurée pour évaluer l'impact des propositions de politiques et de programmes visant à résoudre les inégalités de manière à éclairer les décisions à ce chapitre et la mise en œuvre de ces propositions.

Pour Braveman et Gruskin, l'équité est l'absence d'inégalités en santé systématiquement associées à un avantage ou à un désavantage social [3]. Margaret Whitehead, quant à elle, insiste sur les facteurs de désavantage en précisant que l'inégalité est la somme des différences en matière de santé qui sont non seulement inutiles et évitables, mais en outre inévitables et injustes [4].

La documentation sur les inégalités en santé et dans les services de santé mettant en cause divers facteurs sociaux et économiques est abondante et révèle, presque invariablement, que l'état de santé des populations défavorisées est précaire [5], qu'il leur est plus difficile d'accéder aux services de santé [6] et qu'elles reçoivent des soins de qualité inférieure [7]. Les politiques et les programmes peuvent, s'ils sont efficaces, améliorer la santé globale d'une population. Toutefois, leur incidence sur les inégalités varie : elle peut être nulle, positive ou négative, quelles qu'en soient les répercussions générales sur la santé publique. Il ne suffit donc pas que les responsables de politiques soient convaincus de l'efficacité d'une politique ou d'un programme, il leur faut aussi tenir compte de son impact sur les inégalités. Si ces mesures risquent d'exacerber les inégalités, il incombe aux stratèges de réfléchir aux moyens de les améliorer. Ainsi, un nombre croissant de groupes favorisés font bon accueil à diverses interventions contre l'usage du tabac; or, si aucune mesure ciblée n'est prise, cette tendance aura pour effet de creuser l'écart entre les groupes favorisés et les groupes défavorisés eu égard au taux de tabagisme, et d'accentuer les inégalités en santé.

QUESTIONS À ENVISAGER

Les questions suivantes peuvent orienter l'évaluation de l'incidence éventuelle d'une politique ou d'un programme sur les populations défavorisées et l'équité.

1. Quels groupes ou quels milieux seraient vraisemblablement désavantagés par la proposition envisagée?
2. Existe-t-il des raisons plausibles d'anticiper des différences dans l'efficacité relative de la proposition pour les groupes ou dans les milieux défavorisés?
3. Est-il probable que les situations de référence varient d'un groupe ou d'un milieu à l'autre au point d'influer sur l'efficacité absolue de la proposition et sur l'importance du problème en fonction du groupe ou du milieu en cause?
4. Y a-t-il des facteurs importants à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la proposition pour réduire les inégalités dans toute la mesure du possible et pour éviter de les accentuer?

La figure 2 illustre la logique inhérente à ces questions.

1. Quels groupes ou quels milieux seraient vraisemblablement désavantagés par la proposition envisagée?

Les désavantages peuvent être liés à la situation économique, à l'emploi ou la profession, au niveau d'instruction, au lieu de résidence, au sexe, à l'appartenance ethnique ou à une combinaison de ces caractéristiques. Chaque société attache plus ou moins d'importance à certains facteurs selon son histoire. Aux États-Unis, par exemple, on met souvent l'accent sur les questions raciales, tandis qu'au Royaume-Uni, c'est la classe sociale qui retient l'attention. Ailleurs, l'appartenance à certains groupes ethniques est au centre des préoccupations.

La pertinence de ces caractéristiques peut varier selon la politique ou le programme envisagé. Bien qu'il y ait des motifs valables d'accorder priorité à certains groupes ou milieux d'une manière générale, dans le cas de politiques ou de programmes précis, il est souvent crucial d'envisager les inégalités par rapport à toute la gamme des groupes ou des milieux qui pourraient être désavantagés. Ensuite, il faut se pencher plus particulièrement sur les groupes ou les milieux où l'on est en droit d'escompter diverses répercussions décisives.

Dans l'ensemble, les chercheurs et les responsables de politiques doivent se soucier de la différence des effets d'une proposition en présence d'un lien entre le mode d'action de la politique ou du programme et certaines caractéristiques telles que les suivantes :

- *Situation économique* : Les populations à faible revenu sont plus sensibles aux changements de prix des denrées et des services. Parce que ces populations disposent de revenus inférieurs, les hausses de la taxe sur le tabac, par exemple, pourraient les inciter davantage à renoncer au tabagisme. Cependant, si elles *n'y renoncent pas*, elles seront encore plus vulnérables puisqu'elles devront déboursier davantage pour acheter du tabac
- *Emploi ou profession* : Les régimes d'assurance financés par l'employeur peuvent créer des différences, car ils n'offrent pas de couverture aux personnes sans emploi, aux travailleurs autonomes et aux employés de petites entreprises
- *Niveau d'instruction* : Les programmes offerts en milieu scolaire créent des différences entre les personnes qui vont à l'école et celles qui n'y vont pas. Les campagnes de sensibilisation aux services de santé qui s'appuient principalement sur des documents imprimés n'ont pas la même portée auprès des populations illettrées ou peu scolarisées
- *Lieu de résidence* : En règle générale, il est plus difficile d'accéder aux soins de santé dans les régions rurales. Toute stratégie qui ne tient pas compte du besoin d'améliorer la mise en œuvre des interventions spécialisées ou publiques en matière de santé sera donc vraisemblablement moins efficace en milieu rural.
- *Sexe* : Les stratégies visant à assurer la participation des parties intéressées à l'établissement des priorités influent différemment sur les femmes et les hommes; il en ira donc de même des priorités qui en résultent

- *Appartenance ethnique* : Les groupes ethniques (c.-à-d. les groupes qui se considèrent ou sont considérés comme des groupes possédant des caractéristiques qui les distinguent des autres groupes au sein d'une société [8]) peuvent avoir des croyances et des attitudes particulières face à une politique ou à un programme. Les stratégies de mise en œuvre qui ne prennent pas ces positions en considération seront vraisemblablement moins efficaces au sein des groupes ethniques qui n'acceptent pas des politiques ou des programmes par ailleurs jugés efficaces

2. Existe-t-il des raisons plausibles d'anticiper des différences dans l'efficacité relative de la proposition pour les groupes ou dans les milieux défavorisés?

Le tableau 1 présente un exemple de scénario permettant d'anticiper des différences dans l'efficacité relative d'une politique ou d'un programme. En l'occurrence, tout indique que la participation obligatoire aux coûts des médicaments ou d'autres services de santé n'aura pas la même incidence sur les populations défavorisées (tels que les pauvres) que sur celles qui ne le sont pas. Pour réduire les inégalités en ce cas, les responsables de politiques auraient avantage à recenser des données probantes relatives à l'impact des propositions envisagées sur les populations défavorisées et à tenir compte des résultats de leur recherche au moment de décider des mesures à prendre. Il faudrait se demander, par exemple, s'il est bien indiqué d'imposer des frais modérateurs. Si on décide d'y avoir recours, les modalités et le processus de mise en œuvre peuvent-ils être conçus de manière à minimiser les effets néfastes de ces mesures sur les pauvres?

Les données probantes relatives aux effets des politiques et des programmes sur les inégalités sont rares. Ces données ne sont pas faciles à trouver, sans compter que les biais de publication compliquent encore les choses puisque les études faisant état de différences statistiquement significatives sont plus susceptibles d'être publiées que les autres [9]. Ainsi, selon Tsikata et ses collaborateurs, 10 p.100 seulement des essais comparatifs se penchent sur l'efficacité d'une politique ou d'un programme au sein de sous-groupes socio-économiques [10]. De même, Ogilvie et ses collègues ont constaté que les revues Cochrane des études sur le tabagisme évaluent rarement l'impact d'une politique ou d'un programme sur divers facteurs socio-économiques, et ce, tant pour ce qui est des études méthodiques mêmes que des études primaires qui en font l'objet [11]. En règle générale, les examens systématiques ne fournissent pas de données probantes sur l'efficacité relative des interventions [11-15]. Voilà pourquoi il peut s'avérer nécessaire d'élargir la recherche des données au-delà des normes de repérage habituelles dans les études méthodiques. Les responsables de politiques peuvent avoir besoin de ces données pour justifier ou réfuter des hypothèses plausibles quant à la différence des effets des politiques ou des programmes sur la réduction des inégalités.

Lorsqu'ils entreprennent une analyse en sous-groupes dans des études méthodiques, les responsables de politiques doivent être conscients que les résultats peuvent être

trompeurs. La portée de ces études étant trop étroite pour permettre de déceler des effets dissemblables en toute certitude, les résultats de la recherche peuvent être faussement positifs. Les mêmes conclusions peuvent résulter de la vérification de diverses hypothèses à l'égard des facteurs susceptibles d'atténuer l'efficacité d'une politique [16-20]. Ainsi, la différence entre les résultats observés dans les sous-groupes et les conclusions tirées de l'ensemble des études peut être l'effet du hasard [18,21]. Paradoxalement, les résultats *globaux* (c.-à-d. de l'ensemble des sous-groupes) peuvent donner lieu à une estimation plus exacte de l'incidence d'une politique ou d'un programme que les conclusions dégagées de l'analyse d'un sous-groupe donné [18,22,23]. Il importe donc d'appliquer avec un scepticisme de bon aloi les directives générales pour l'interprétation des analyses en sous-groupes lorsque ces dernières (ainsi que celles qui sont fondées sur des facteurs socio-économiques) sont prises en considération [24] (cet aspect est l'objet du tableau 2).

De même, les données probantes directes sur les populations défavorisées sont souvent insuffisantes parce qu'elles ne sont pas incluses dans les études. Par conséquent, il incombe aux responsables de politiques d'examiner la pertinence des données disponibles (il en est question dans l'article 9 de la présente série [25]).

3. Est-il probable que les situations de référence varient d'un groupe ou d'un milieu à l'autre au point d'influer sur l'efficacité absolue de la proposition et sur l'importance du problème en fonction du groupe ou du milieu en cause?

Si l'efficacité *relative* d'une politique ou d'un programme est semblable dans différents milieux défavorisés, son efficacité *absolue* pourrait varier considérablement selon les situations de référence (la figure 3 illustre ce phénomène, alors que le tableau 3 en donne un exemple et que le tableau 4 explique la différence entre les effets relatifs et absolus). En règle générale, les risques de base sont plus importants au sein des populations défavorisées chez qui on peut, par conséquent, anticiper un effet absolu plus marqué. Si, par exemple, l'effet relatif de l'amélioration du recours à la thérapie combinée à base d'artémisinine sur la mortalité liée au paludisme est le même chez les enfants défavorisés que chez les autres, son effet absolu sera plus important dans les populations défavorisées où le taux de mortalité est plus élevé. Les risques sont parfois moins élevés dans les populations défavorisées et, en pareil cas, l'effet absolu est moindre lui aussi. Ainsi, chez les Philippins, le risque de base lié aux insuffisances coronaires est environ cinq fois moins élevé qu'aux États-Unis. Le nombre de sujets à traiter (et les coûts connexes) pour éviter un cas d'insuffisance coronaire sont donc cinq fois supérieurs aux Philippines.

4. Y a-t-il des facteurs importants à prendre en considération lors de la mise en œuvre de la proposition pour réduire les inégalités dans toute la mesure du possible et pour éviter de les accentuer?

En général, les populations défavorisées ont moins facilement accès aux soins et reçoivent des soins de moindre qualité. C'est particulièrement vrai des populations difficiles à joindre, telles que celle des immigrants illégaux. Par conséquent, les programmes visant à améliorer la qualité des soins et l'accès à ceux-ci doivent être assortis de stratégies qui tiennent compte des facteurs limitatifs dans les milieux ou les groupes défavorisés (voir le tableau 5, par exemple). Ces stratégies pourraient comporter l'instauration de mécanismes de prestation de soins, de gestion financière et de gouvernance différents, l'affectation de ressources supplémentaires ou encore l'offre d'un soutien technique complémentaire à la mise en œuvre de mesures devant être adaptées pour ces groupes.

CONCLUSION

Les responsables de politiques peuvent s'attendre à trouver peu de données probantes relatives à l'incidence sur les inégalités de la plupart des politiques de santé. Devant les analyses en sous-groupes portant sur la différence des répercussions au sein de groupes et de milieux défavorisés, ils doivent reconnaître que ces analyses peuvent être trompeuses. En réalité, les effets relatifs de bon nombre de politiques et de programmes dans les milieux défavorisés sont semblables aux impacts observés ailleurs. Néanmoins, la dissemblance des effets absolus (attribuable à la diversité des risques ou des besoins fondamentaux) et des obstacles à la mise en œuvre des politiques et des programmes restera vraisemblablement monnaie courante. Les données probantes qui démontrent cet état de fait doivent être prises en considération afin d'éclairer la prise de décisions en matière de politiques. De plus, puisque ces données sont souvent insuffisantes, il est important de veiller à ce que la surveillance et l'évaluation de l'incidence des interventions sur l'équité soient aussi rigoureuses que possible pour que les politiques et les programmes produisent les effets escomptés et qu'on puisse éviter les effets néfastes.

Pour observer ou évaluer l'ampleur de la diversité des effets de la mise en œuvre de politiques ou de programmes sur les populations défavorisées, les responsables de politiques doivent s'assurer que les indicateurs du gradient social de la santé et les mesures du changement auxquels ils ont recours sont appropriés. S'il est vrai qu'ils font de la réduction des inégalités une priorité, les responsables de politiques ne devraient pas s'arrêter uniquement à l'impact de l'organisation du système de santé sur les populations défavorisées, mais envisager aussi des stratégies agissant sur les déterminants sociaux de la santé et prendre en considération les données probantes à l'appui de ces stratégies [26].

RESSOURCES

Documents utiles et lecture complémentaire

Oxman AD et coll. 2006. « Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Incorporating considerations of equity. Health Res Policy Syst; 6 : 4:24. www.health-policy-systems.com/content/4/1/12 – Examen de la documentation sur l'intégration des considérations en matière d'équité aux directives et aux recommandations

Dans AM, Dans L, Oxman AD, Robinson V, Acuin J, Tugwell P, Dennis R, Kang D. 2007. « Assessing equity in clinical practice guidelines ». J Clin Epidemiol; 60:540-546. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493507 – Présentation des critères d'évaluation de l'efficacité des directives de pratique relative à l'équité en milieu clinique

Braveman PA and Gruskin S. 2003. « Defining equity in health ». J Epidemiol Community Health; 57:254-258. <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/4/254>

Whitehead M. 1992. « The concepts and principles of equity and health ». Int J Health Serv; 22:429-45. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507

Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. 2006 « Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop ». BMJ ; 332: 358-361. www.bmj.com/cgi/content/full/332/7537/358

Sites Web

Bien que cet article (et d'autres de la série) portent essentiellement sur les politiques en matière de santé, il nous a semblé utile d'inclure aussi les sites Web suivants qui touchent l'ensemble des déterminants de la santé. Dans le secteur de la santé comme ailleurs, ces facteurs éclairent l'élaboration de politiques fondées sur les données probantes

Archives de la liste EQUIDAD de l'Organisation panaméricaine de la santé : <http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html> – Vaste gamme d'ouvrages, publiés ou issus de la littérature grise, portant sur tous les aspects de l'équité en santé, de même que sur d'autres sujets liés aux systèmes de santé

Domaine Cochrane et Campbell sur l'équité en santé : <http://equity.cochrane.org/en/index.html> – Il s'agit d'un domaine d'étude de la [Collaboration Cochrane](#) qui travaille conjointement avec la [Collaboration Campbell](#) (sous le nom de Campbell & Cochrane Equity Methods Group. Le groupe appuie les auteurs d'études méthodiques et les encourage à présenter dans leurs travaux des

descriptions explicites des effets des interventions envisagées sur les populations défavorisées et des moyens par lesquels ces interventions pourront réduire les inégalités

European Portal for Action on Health Equity : www.health-inequalities.eu et <http://www.mhe-sme.org/fr/nos-projets/projets-en-cours/determine.html> – Le consortium européen pour une action sur les facteurs socio-économiques déterminants pour la santé, qui a pour objet de promouvoir l'équité en santé parmi les différents groupes socio-économiques de l'Union européenne, fournit de l'information sur les politiques et les interventions favorisant l'équité en santé tant sur le plan national qu'intereuropéen

OMS – Commission des déterminants sociaux de la santé : www.who.int/social_determinants/fr – Les rapports de la Commission des déterminants sociaux de la santé visent à appuyer les démarches des pays et de ses partenaires internationaux du domaine de la santé pour cibler les facteurs sociaux contribuant à la maladie et aux inégalités. Ils font la lumière sur les déterminants sociaux de la santé réputés les plus nuisibles et qui creusent les inégalités au sein d'un pays ou entre les pays, soit le chômage, les conditions de travail dangereuses, les taudis urbains, la mondialisation et le manque d'accès aux systèmes de santé

Banque mondiale – Multi-Country Projects in Equity, Poverty, and Health : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:20219025~menuPK:460198~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476~isCURL:Y,00.html> – La préoccupation croissante face aux problèmes de santé chez les pauvres a donné naissance à un grand nombre de projets de recherche multi-pays sur la pauvreté, l'équité et la santé. Ce site Web propose des liens vers d'autres ressources dans ces domaines

EQUINET Afrique : www.equinet africa.org – Le réseau régional EQUINET pour l'équité en santé en Afrique du Sud regroupe notamment des professionnels, des membres de la société civile et des responsables de politiques et des représentants de cette région en vue de favoriser l'équité et la mise en pratique de valeurs communes en matière d'équité et de justice sociale dans le domaine de la santé

Global Equity Gauge Alliance : www.gega.org.za – Celle alliance, créée pour appuyer des mesures actives de surveillance des inégalités en santé et favoriser l'équité au sein des sociétés et entre les pays, regroupe 11 équipes, appelées *Equity Gauges* et dont les membres proviennent de dix pays des Amériques, d'Afrique et d'Asie

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTION DE CHAQUE AUTEUR

ADO a rédigé l'ébauche initiale du présent article; JNL, SL et AF ont contribué à ce travail en plus de réviser le document.

REMERCIEMENTS

L'introduction de la présente série comprend nos remerciements aux bailleurs de fonds et aux personnes qui y ont contribué. Nous tenons toutefois à exprimer notre reconnaissance particulière à Mike Kelley, à Jordi Pardo, à Peter Tugwel et à Vivian Welsh pour leurs commentaires avisés sur une version antérieure de présent article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:I1).
2. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S1).
3. Braveman P, Gruskin S: **Defining equity in health.** *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:254-8.
4. Whitehead M: **The concepts and principles of equity and health.** *Int J Health Serv* 1992, 22:429-45.
5. Marmot M: **Social determinants of health inequalities.** *Lancet* 2005, 365:1099-1104.
6. Wilkinson R, Marmot M: *Social determinants of health. The solid facts.* Copenhagen, World Health Organization. 1998.
7. Kahn KL, Pearson M, Harrison ER, Rogers WH, Brook RH, Desmond K, *et al*: *Analysis of Quality of Care for Patients Who Are Black or Poor in Rural and Urban Settings.* Santa Monica: RAND; 1993.
8. Scott J, Marshall G: *A dictionary of sociology.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
9. Howes F, Doyle J, Jackson N, Waters E: **Evidence-based public health: The importance of finding 'difficult to locate' public health and health promotion intervention studies for systematic reviews.** *J Public Health (Oxf)* 2004, 26:101-4.
10. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, *et al*: *Is health equity considered in systematic reviews of the Cochrane Collaboration?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.

11. Ogilvie D, Petticrew M: **Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study.** *Tob Control* 2004, 13:129-31.
12. Mackenbach JP: **Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base.** *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:162.
13. Gruen R, Bailie R, McDonald E, Weeramanthri T, Knight S: *The potential of systematic reviews to identify diversity and inequity in health care interventions.* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
14. Tsikata S, Robinson V, Petticrew M, Kristjansson E, Moher D, McGowan J, et al: *Do Cochrane systematic reviews contain useful information about health equity?* Barcelona, 11th Cochrane Colloquium. 2003.
15. Thomson H, Petticrew M, Douglas M: **Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence.** *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:11-6.
16. Cooper H, Hedges L: *The handbook of research synthesis.* New York: Russel Sage Foundation; 1994.
17. Shadish W: **Meta-analysis and the exploration of causal mediating processes: A primer of examples, methods, and issues.** *Psychological Methods* 1996, 1:47-65.
18. Davey SG, Egger M, Phillips AN: **Meta-analysis. Beyond the grand mean?** *BMJ* 1997, 315:1610-4.
19. Thompson S: **Why and how sources of heterogeneity should be investigated.** In *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context.* Edited by Egger M, Davey SG, Altman DG. London: BMJ Books; 2001:157-75.
20. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG: **Chapter 9.6: Investigating heterogeneity.** In *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 (updated September 2008).* Edited by Higgins JPT, Green S. Oxford: Cochrane Collaboration; 2008.
21. Oxman AD, Guyatt G: **A consumers guide to subgroup analyses.** *Ann Intern Med* 1992, 116:78-84.
22. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice.* Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.
23. Efron B, Morris C: **Stein's paradox in statistics.** *Scientific American* 1977, 119-27.
24. Brookes ST, Whitley E, Peters TJ, Mulheran PA, Egger M, Davey SG: **Subgroup analyses in randomised controlled trials: quantifying the risks of false-positives and false-negatives.** *Health Technol Assess* 2001, 5:1-56.
25. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S9).
26. Commission on Social Determinants of Health: *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization. 2008.

27. Hardon A: **Ten best readings in ... the Bamako Initiative.** *Health Policy and Planning* 1990, 5:186-9.
28. Creese A, Kutzin J: **Lessons from cost recovery in health.** In *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Edited by Colclough C. Oxford: Clarendon Press; 1997:37-62.
29. Ridde V: **Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative.** *Bull World Health Organ* 2003, 81:532-8.
30. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, *et al*: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, 1:CD007017.
31. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, 362:233-41.

Figure 1. Repérage et évaluation des études méthodiques en vue d'éclairer l'élaboration de politiques : réflexions sur l'équité

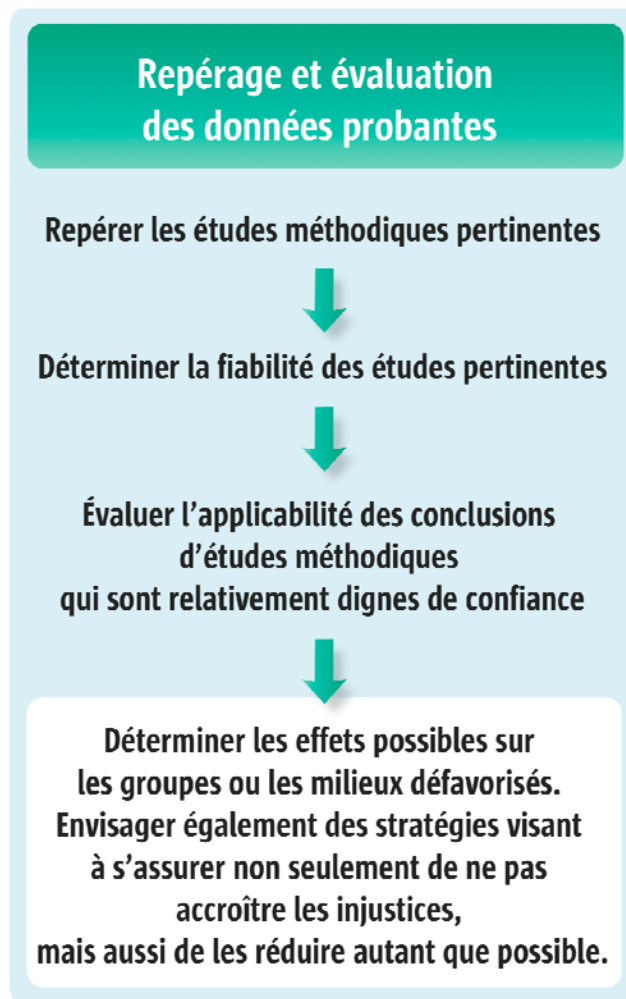


Figure 2. Examen et intégration des réflexions sur l'équité à l'évaluation des conclusions d'une étude méthodique

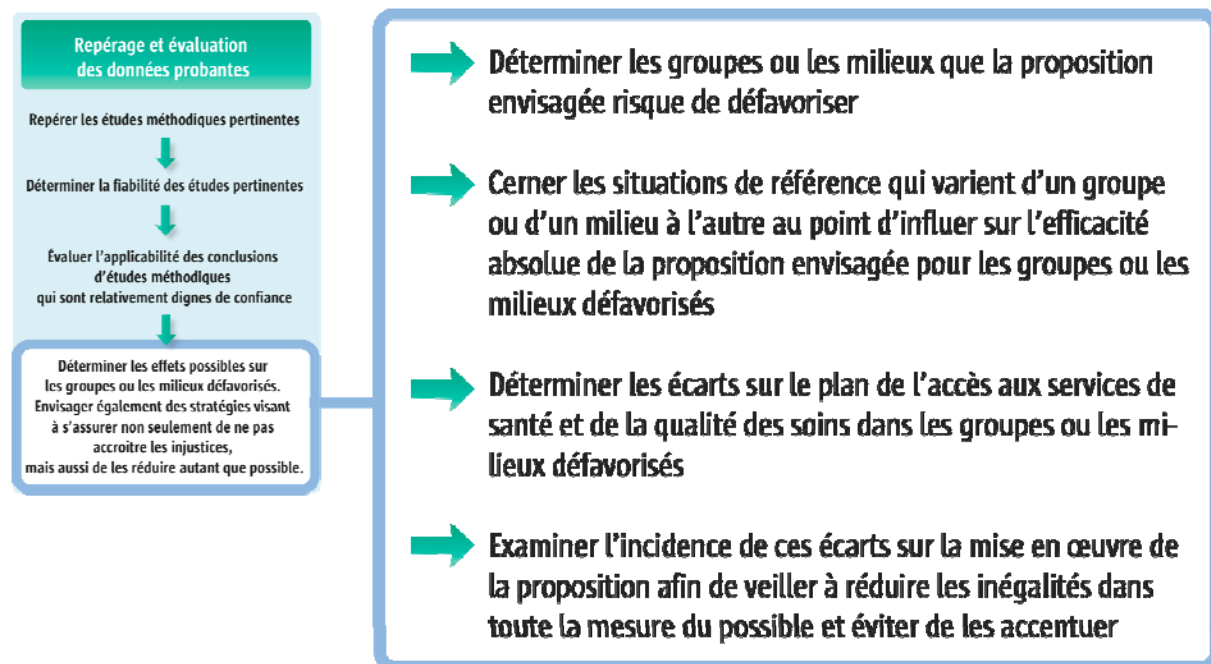


Figure 3. Réductions absolues et réductions relatives du risque

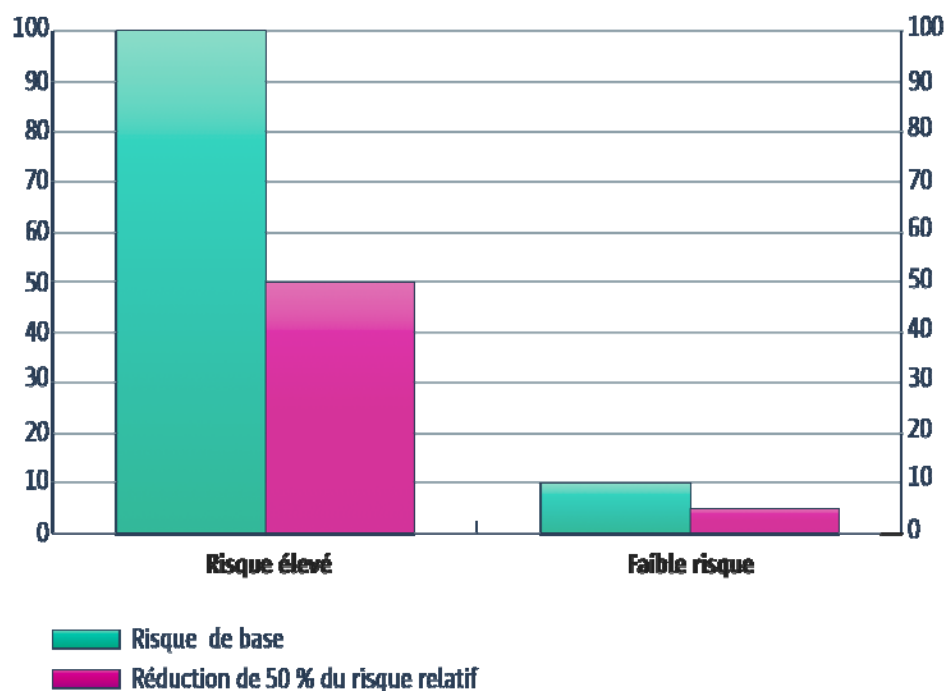


Tableau 1. Exemple d'une raison plausible d'anticiper une variation de l'efficacité absolue

En 1988, l'Afrique sub-saharienne adoptait, dans le cadre de l'initiative de Bamako lancée par les ministères de la Santé de la Région africaine de l'OMS, une politique sur les frais d'utilisation [27]. L'initiative préconisait la vente de médicaments à profit, l'objectif étant de consacrer les bénéfices, en sus des frais de consultation, à l'amélioration de l'accès aux services de santé et de la qualité des soins. Les avis étaient partagés quant à l'incidence du ticket modérateur, surtout chez les personnes très pauvres. Cette initiative a fait l'objet de nombreux débats pendant plus de quinze ans, mais il ne fait aucun doute que la participation aux frais constitue un obstacle pour les pauvres qui ont besoin de médicaments ou d'autres services de santé [28,29].

Dans les cas où un tiers prend en charge le coût de tous les médicaments, les patients peuvent se voir imposer des tarifs d'utilisation exorbitants [30]. Les politiques sur le partage direct des frais déplacent une partie du fardeau financier de l'assureur vers le patient, obligeant ce dernier à assumer une plus grande part de la charge financière pour l'achat de médicaments d'ordonnance. Ces politiques sont conçues pour décourager la généralisation de la surutilisation de médicaments, l'utilisation de médicaments dont l'efficacité est limitée ou prescrits pour des problèmes de santé pour lesquels il existe des traitements plus économiques ainsi que les dépenses prises en charge par des tiers (système du tiers-payant). La réaction anticipée des patients aux paiements directs devrait se traduire par une diminution de la consommation de médicaments, l'achat de médicaments moins coûteux ou par une augmentation des dépenses de santé remboursables. En réduisant le fardeau des tiers-payants et en favorisant une utilisation rationnelle des médicaments, il est possible d'améliorer l'état de santé général de la population par l'affectation à d'autres services de santé des ressources ainsi économisées.

Une assurance-médicaments trop restrictive peut cependant avoir des conséquences fortuites. Ainsi, le transfert des coûts de l'assureur vers le consommateur peut obliger le patient à cesser de prendre des médicaments essentiels entraînant, par le fait même, la détérioration de sa santé, un recours accru aux services de santé et une augmentation des dépenses tant pour le patient que pour l'assureur. Selon toute vraisemblance, ce type d'effet inattendu influera davantage sur les personnes à faible revenu ou d'autres populations vulnérables, ces coûts représentant pour elles une proportion plus importante de leur revenu global. D'où la controverse suscitée par les programmes de paiement direct, car la participation accrue aux frais peut constituer pour les pauvres et les autres groupes défavorisés un obstacle financier majeur. Il a été démontré que l'établissement d'un plafond de remboursement du coût des médicaments d'ordonnance est lié à la baisse de l'utilisation de médicaments essentiels chez les sous-groupes vulnérables des patients âgés ou gravement handicapés et à l'augmentation des hospitalisations et des admissions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée [30].

Tableau 2. Directives pour l'interprétation des analyses en sous-groupes

Les questions suivantes peuvent orienter les choix en vue de fonder les décisions sur une analyse en sous-groupe ou les résultats globaux des études méthodiques.

L'écart est-il important?

Si l'ampleur de l'écart entre les sous-groupes ne donne pas lieu à des décisions différentes pour chaque sous-groupe, on peut prendre en considération les résultats globaux.

Les différences entre les sous-groupes sont-elles statistiquement significatives?

Pour savoir si une politique ou un programme aura des répercussions différentes selon les contextes, il faut comparer l'ampleur des effets dans chacun des sous-groupes. Cependant, il ne faut pas comparer la signification statistique des résultats issus des analyses distinctes des sous-groupes, car une telle comparaison pourrait induire en erreur. Si, par exemple, une analyse en sous-groupe révèle que l'effet d'une politique ou d'un programme sur les femmes n'est pas statistiquement significative, mais qu'il l'est dans le cas des hommes, il est probable que les femmes participant à l'étude aient été peu nombreuses. Cette constatation n'indique pas si l'ampleur de la différence entre l'effet de la politique ou du programme sur les femmes et sur les hommes est plus importante que ce à quoi on se serait attendu si cet écart avait été aléatoire. Si la différence observée est à la fois importante sur le plan des effets et statistiquement significative (c.-à-d. que, selon toute vraisemblance, elle n'est pas le fruit du hasard), il faut alors envisager sérieusement de fonder la décision sur l'analyse en sous-groupe plutôt que sur l'analyse globale.

Existe-t-il des données probantes indirectes à l'appui des conclusions?

Les données probantes indirectes sont le produit de travaux de recherche qui n'ont pas établi de comparaison immédiate entre les propositions envisagées au sein des populations visées, ni mesuré les résultats importants qui nous intéressent. Pour être fiables, les écarts entre les sous-groupes doivent être plausibles et étayés par d'autres données probantes externes ou indirectes. Par exemple, les travaux de recherche qui ont évalué les résultats moyens (et non ceux qui nous intéressent) peuvent fournir des données probantes relatives à un mécanisme applicable aux effets différents. De même, dans le cas d'analyses en sous-groupes de populations défavorisées, il faut avoir un motif plausible, qui s'appuie sur des données probantes indirectes, pour anticiper des effets différents.

L'analyse a-t-elle été prédéfinie ou réalisée après la compilation des résultats?

Les chercheurs doivent indiquer si leurs analyses en sous-groupes ont été prédéfinies ou réalisées après la compilation des résultats de l'étude. Le degré de fiabilité d'une analyse en sous-groupe est plus élevé si elle faisait partie d'un petit nombre d'analyses prédéfinies. On peut voir dans de nombreuses analyses en sous-groupes effectuées à la fin de l'étude (aussi appelées analyses post hoc) la recherche acharnée d'associations entre les données, une démarche essentiellement sujette à caution. Ceci tient au fait qu'on peut souvent trouver une explication apparente, mais fausse, à la différence des effets d'une proposition au moment de prendre en considération diverses caractéristiques.

Les analyses examinent-elles les rapports entre les sous-groupes faisant l'objet d'une seule étude ou les relations entre diverses études?

Les différences observées parmi les sous-groupes faisant l'objet d'une étude sont plus fiables que les analyses de sous-ensembles d'études. Si les rapports observés au sein d'une étude sont appliqués à l'ensemble des études, les résultats seront plus dignes de confiance.

Tableau 3. Exemple de situations de référence différentes influant sur l'efficacité absolue

Les accouchements en milieu hospitalier peuvent contribuer à réduire la mortalité maternelle dans les installations adéquatement pourvues d'équipements et dont le personnel comprend des professionnels de la santé compétents, en mesure d'intervenir de manière à réduire le nombre de décès maternels liés aux causes courantes telles que l'hémorragie et l'éclampsie. En règle générale, le nombre d'accouchements en milieu hospitalier est proportionnellement moins élevé en région rurale que dans les zones urbaines, les établissements n'y étant pas également accessibles. Le paiement des frais de transport pourrait réduire les inégalités d'accès, surtout dans les régions rurales où le coût du transport constitue un obstacle de taille et où le taux moins élevé d'accouchement en milieu hospitalier accentue l'effet absolu.

Tableau 4. Effets relatifs et absolus

Les **effets relatifs** sont, de fait, des rapports. Par exemple, un risque relatif (RR) est calculé comme le rapport entre le risque au sein d'un groupe d'intervention et le risque dans un groupe témoin. Si, dans le premier cas, le risque est de 2 p. 100 (c.-à-d. 20 sur 1 000) et qu'il est de 2,4 p. 100 (24 sur 1 000) dans le deuxième, le risque relatif sera de 20/24 ou 83 p. 100. La « réduction du risque relatif » est une autre façon de décrire les effets relatifs, soit la réduction du risque (en proportion ou en pourcentage) égale à $1 - \text{RR}$ et qui, en l'occurrence, est de 17 p. 100 ($1 - 0,83 = 0,17$).

Si la valeur du RR correspond exactement à 1, cela signifie qu'il n'y a aucune différence entre les résultats dans le groupe d'intervention et dans le groupe témoin.

La signification statistique de cette valeur, supérieure ou inférieure à 1 ($\geq 1,0$), sera fonction de l'appréciation du résultat mesuré (bon ou mauvais). Lorsque la valeur du RR est supérieure à 1, l'intervention augmente le risque du résultat. Si le résultat escompté est jugé souhaitable (par exemple, la naissance d'un enfant en santé), un RR supérieur à 1 indique que l'effet de l'intervention est positif. À l'inverse, si le résultat est considéré comme mauvais (un décès, par exemple), un RR dont la valeur est supérieure à 1 signifie que l'intervention a un effet indésirable. Lorsque la valeur du RR est inférieure à 1, l'intervention diminue le risque du résultat. L'effet sera donc souhaitable si le résultat est jugé mauvais (un décès, par exemple) et il sera indésirable si le résultat est jugé souhaitable (par exemple, la naissance d'un enfant en santé).

Les **effets absolus**, quant à eux, représentent des différences. Ainsi, la réduction du risque absolu (RRA) est la différence entre le risque *avec* intervention et le risque *sans* intervention. Dans cet exemple, la RRA est de 2,0 p. 100 (20 sur 1 000) moins 2,4 p. 100 (24 sur 1 000), soit une diminution de 0,4 p. 100 (4 sur 1 000) des décès liés au cancer de l'intestin. L'effet absolu varie généralement entre les groupes à risque élevé (tels que les groupes défavorisés) et les groupes à faible risque, quoique l'effet relatif soit souvent le même. Aussi importe-t-il, le cas échéant, de se demander si les niveaux de risque sont différents selon les groupes. Cet aspect est l'objet de la figure 3 où une réduction du risque relatif de 50 p. 100 entraîne une réduction absolue de 50 événements sur 1 000 dans le groupe à risque élevé (soit une diminution de 100 à 50) et une réduction absolue de 5 sur 1 000 uniquement, dans le groupe à faible risque (une baisse de 10 à 5).

Tableau 5. Facteurs importants pour la mise en œuvre d'une intervention

Les enfants défavorisés sont plus susceptibles d'être exposés aux risques pour la santé, ils résistent moins bien à la maladie et le taux de mortalité est plus élevé dans ce groupe que parmi les enfants privilégiés. Le fait qu'ils aient un accès limité aux services de santé vient exacerber ces inégalités. Même les subventions publiques dans le secteur de la santé profitent souvent davantage aux riches qu'aux pauvres. La mise en œuvre d'interventions en vue de diminuer la mortalité infantile n'atténuera pas forcément ces inégalités et peut même, dans certains cas, les accentuer. Aussi y a-t-il lieu d'envisager l'élaboration de stratégies visant à réduire ces inégalités, telles que la prestation de services de santé moins coûteux et plus accessibles [31]. Ces stratégies peuvent s'adresser directement aux groupes défavorisés ou à l'ensemble de la population. Le choix d'une approche ciblée ou universelle sera fonction de la situation, comme nous l'indiquons ci-dessous [31].

Approche ciblée vraisemblablement plus efficace	Approche universelle vraisemblablement plus efficace
• Les groupes à risque élevé sont faciles à repérer • L'intervention n'est nécessaire que pour les enfants à risque • L'intervention protège uniquement les personnes qui en font l'objet • L'intervention est généralement mise en œuvre par le secteur public • Les demandes spontanées de l'intervention sont peu nombreuses • Les services de santé sont incapables de desservir l'ensemble de la population	• Les groupes à risque élevé sont difficiles à repérer • L'intervention doit viser l'ensemble de la population • L'intervention a des retombées générales • L'intervention est généralement mise en œuvre par le secteur privé • Les demandes spontanées de l'intervention sont nombreuses • Les services de santé sont en mesure de desservir l'ensemble de la population

L'approche universelle est plus indiquée pour la vaccination de l'ensemble de la population et a des retombées générales (en diminuant le risque d'infection tant chez les personnes vaccinées que chez celles qui ne le sont pas, par exemple). Cependant, pour réduire les inégalités en matière de couverture, il peut s'avérer nécessaire de recourir à d'autres stratégies ciblées qui tiennent compte des problèmes liés à l'accès aux services de santé ou de la faiblesse de la demande de vaccination au sein des populations défavorisées.