



Rapport annuel 2004-2005

du Centre fédéral d'expertise des soins de santé





Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique, classé dans la catégorie B visée dans la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

Créé par la loi programme (I) du 24 décembre 2002 publiée au Moniteur belge du 31 décembre 2002.

Conseil d'administration

Membres effectifs:

Pierre Gillet (Président), Yolande Avontroodt, Jan Beeckmans, Dirk Cuypers (Vice-Président), Jo De Cock (Vice-Président), Jan Demaeseneer, Jean-Paul Dercq, Daniel Ferrette, Floris Goyens, Manu Keirse, Katrien Kesteloot, Jef Maes, Olivier Mariage, Pascal Mertens, Raf Mertens, Marc Moens, Annick Ponce, Pierre Smiets, Lieve Van Ermen, Frank Van Massenhove, Philippe Vandermeeren, Patrick Verertbruggen, Charles Vranckx.

Membres suppléants:

Carine Boonen, Rita Cuypers, Henri De Ridder, Christiaan Decoster, Esther Deman, Daniel Désir, Paul Heyerick, Johan Kips, Jean Legrand, Roland Lemye, Rita Lombaerts, André Maes, Paul Palsterman, Viviane Pirlot, François Praet, Jean-Claude Praet, Anne Remacle, Chris Schoonjans, Joseph Servotte, Anne Vanderstappen.

Commissaire du gouvernement:

Yves Roger

Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Téléphone: + 32 (0) 2 2873388

Fax: + 32 (0) 2 2873385

E-mail: info@kenniscentrum.fgov.be
info@centredexpertise.fgov.be

www.centredexpertise.fgov.be

**Résidence Palace
(10^{ème} étage)
Rue de la Loi, 155
B-1040 Bruxelles**



Introduction de la direction générale	6
Introduction du président du Conseil d'administration	7
Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé	8
Pourquoi avoir créé le KCE?	8
Quel est le rôle du KCE?	9
Comment les études sont-elles réalisées?	9
Quels défis majeurs le KCE doit-il relever?	11
Quels sont les interlocuteurs du KCE?	17
Qui peut proposer des sujets d'études?	19
Quel est l'impact du KCE?	21
Good Clinical Practice	22
L'infarctus du myocarde	24
Des grossesses sous (trop?) haute surveillance	26
Bilan pré-opératoire	27
Cancer du sein	28
L'usage des antibiotiques dans les hôpitaux	29
Evaluer l'évaluation	29
Health Technology Assessment	30
Des prothèses endovasculaires pour réparer l'anévrisme de l'aorte abdominale	32
Diagnostic moléculaire	34
Arrêter de fumer	36
Filtrer le sang	36
Des stents pour la sténose carotidienne	37
Le triste sort des patients stomisés	38
Pet-scanners en Belgique	38
Test des peptides natriurétiques	39
La caméra-pilule	39



Health Services Research	
Financement des médicaments hospitaliers	40
Montants de référence dans les hôpitaux	42
Sous-financement des hôpitaux	43
Le coût des prothèses dentaires	45
Sang et produits sanguins	45
Peut-on prédire l'avenir des soins de santé?	46
Erreurs médicales	46
Itinéraires cliniques pour calculer les honoraires des médecins hospitaliers	47
Equity and Patient Behaviour	
Le recours aux services d'urgence	48
La facturation de suppléments hospitaliers	50
	51
Perspectives	
	52
Rapport financier	
	54
Plan de personnel	
	56



Introduction de la direction générale

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a été imaginé en 2002, mis sur pied en 2003 et a véritablement démarré ses activités en 2004. Des institutions semblables existent souvent depuis de nombreuses années dans la plupart des pays industrialisés. En Belgique comme ailleurs, il s'agit d'apporter aux décideurs des informations scientifiquement à jour sur

- les pratiques médicales et les itinéraires cliniques à recommander car ils ont fait leurs preuves;
- l'efficacité réelle de nouvelles technologies tant sur le plan médical que sur le plan économique;
- les modes de financement et d'organisation des soins qui induisent les comportements les plus adéquats chez les prestataires de soins et chez les patients;

Bref, essayer d'apporter un peu de clarté et d'objectivité sur des questions souvent complexes et chargées d'émotions dans un contexte en évolution rapide.

La loi qui crée le KCE, lui donne non seulement les missions décrites ci-dessus mais lui impose aussi de rendre tous ses rapports publics et d'établir chaque année un rapport annuel qui doit être communiqué à la Chambre des Représentants. La part croissante des revenus publics et privés consacrés aux soins de santé justifie assurément que chacun puisse être informé au mieux de la rationalité des décisions prises.

Ce rapport couvre les deux premières années d'activité du KCE. Il se veut clair et concis de façon à être accessible au plus grand nombre étant entendu que des informations plus développées peuvent être trouvées sur le site web du KCE www.centredexpertise.fgov.be.

Le lecteur découvrira comment le KCE s'est organisé pour produire assez rapidement vingt-cinq rapports d'étude. Leur contenu sera évoqué pour illustrer la démarche suivie et les recommandations formulées. Quelques réflexions seront également développées au sujet du retentissement de ces rapports et de leur utilité potentielle. Enfin, quelques chiffres donneront une idée des moyens humains et financiers mis en œuvre.

Nos remerciements vont à tous ceux, membres du personnel, experts externes, interlocuteurs à tous les niveaux, dont la collaboration efficace et enthousiaste nous a permis d'atteindre les résultats que nous pouvons présenter aujourd'hui.

Nous espérons que ce rapport annuel permettra aux membres de la Chambre des Représentants et à chaque citoyen de mieux comprendre les enjeux et les contours de quelques questions relatives aux soins de santé et surtout d'être convaincus de l'utilité de l'objet et des activités du KCE.



Jean-Pierre Closon
Directeur général adjoint



Dirk Ramaekers
Directeur général

Introduction du Président du Conseil d'administration

Les décisions de politique de santé résultent souvent d'un compromis entre les intérêts des citoyens et ceux des prestataires de soins, toutes catégories confondues. Il manquait, entre ces deux pouvoirs tout à fait légitimes, un référentiel scientifique qui apporte une expertise externe et objective. Je suis intimement persuadé, et cela encore plus depuis que je vois le travail qui s'y fait, de l'utilité du KCE comme 'troisième bras' indispensable pour nuancer les débats et les ramener dans le champ des intérêts de la santé publique, dont ils s'éloignent parfois.

Aujourd'hui, deux préoccupations me semblent devoir continuer à faire l'objet de la plus grande attention :

■ **Susciter chez tous nos partenaires le réflexe de travailler avec nous.** Ce premier objectif est déjà partiellement atteint. L'INAMI, les SPF et l'Agence Intermutualiste ont déjà demandé notre collaboration scientifique sur de nombreux sujets. Le pouvoir politique, tant exécutif que législatif nous sollicite fréquemment. Nous commençons également à jouer sur la dimension internationale ; certaines de nos études intéressent nos voisins et nous sommes invités à participer à des projets à l'échelle européenne. Il faut dire que la situation particulière de notre pays nous a habitués à transcender les divergences culturelles.

■ **Faire en sorte que nos études soient systématiquement utilisées par les décideurs.** Les rapports bleus du KCE doivent devenir des références que les négociateurs brandissent comme argumentaires pour étayer leurs revendications. Nous avons déjà publié 25 études et plus du double sont en cours ou en préparation, mais il faut à présent qu'elles percolent dans le quotidien de la régulation des soins de santé.

Pour atteindre ce second objectif stratégique, nous devons faire œuvre pédagogique en fournissant des textes accessibles et compréhensibles. Et si nous n'avons pas pour mission d'implémenter nos recommandations, nous devons considérer de notre devoir de fournir une réelle aide à la décision en poussant nos recommandations jusqu'à l'analyse de leurs conséquences. Ce n'est qu'à ces conditions - déjà partiellement remplies - que nous arriverons à jouer pleinement notre rôle.

Bien sûr les décisions politiques finales continueront à se prendre en fonction d'une série d'autres critères que purement scientifiques, et c'est tout à fait normal dans une société où le facteur humain prime. La science ne doit pas non plus devenir toute puissante. Il y aura toujours des incompatibilités entre les opinions scientifiques et le contexte juridique, éthique ou social dans lequel elles devraient être appliquées. Mais alors, nous voudrions que ce soit dit clairement : 'la science nous dicte ceci, mais les circonstances nous amènent à prendre une autre direction.' Cette transparence, c'est celle de la démocratie.



Pierre Gillet,
Président du Conseil d'Administration

Pourquoi avoir créé le KCE?



*Le Centre fédéral
d'expertise des soins
de santé a choisi le
sigle KCE qui est une
contraction des mots
Kenniscentrum -
Centre d'expertise.*

Les dépenses de santé sont en croissance fulgurante dans tous les pays occidentaux.

Il y a plusieurs raisons à cela. La plus fréquemment évoquée est sans nul doute le vieillissement de la population, qui s'accompagne d'une augmentation des besoins en soins de santé. En réalité, ce n'est pas la plus importante. L'essentiel de l'augmentation des dépenses est principalement attribuable à deux phénomènes, partiellement liés entre eux: d'une part, le public revendique de plus en plus un accès rapide et bon marché à des soins de santé sophistiqués; d'autre part, les nouvelles technologies et les nouveaux médicaments atteignent des prix très élevés et leur offre accrue induit artificiellement un accroissement de la demande. Enfin, il ne faut pas sous-estimer le problème des ressources humaines dont les besoins vont encore croître à l'avenir. Or le personnel de santé qualifié coûte aussi de plus en plus cher....

Dans la plupart des autres pays européens, le problème se pose de façon similaire. Beaucoup d'entre eux se sont dotés, parfois depuis très longtemps, d'institutions scientifiques pour soutenir la qualité des soins, évaluer les nouvelles technologies dans le domaine de la santé et étayer les adaptations des modalités d'organisation et de financement des soins.

Les citoyens sont de plus en plus souvent amenés à se faire soigner aussi dans d'autres pays de l'Union européenne. La comparaison des systèmes de soins des différents pays membres est souvent particulièrement utile.

Dans notre pays, la contrainte budgétaire a limité la croissance des budgets de soins de santé à 4.5% par an, et l'accord gouvernemental prévoit que cette limitation doit se faire dans le respect de la liberté thérapeutique des prestataires de soins, dans le respect de la liberté de choix des patients et sans aller à l'encontre des principes de qualité des soins. La marge de manœuvre est donc très étroite pour les acteurs de la politique des soins de santé.

Quel est le rôle du KCE?

Le KCE est une structure d'appui à la décision en matière de politiques de soins de santé et d'assurance-maladie. Son rôle est de produire des analyses et des études scientifiques pour documenter les pouvoirs publics lorsque des décisions doivent être prises. Le KCE n'intervient pas dans les décisions elles-mêmes, ni dans leur mise en œuvre, mais il entre dans sa mission de suggérer les solutions les plus performantes. Son rôle principal est donc d'œuvrer à la plus grande

accessibilité des soins de haute qualité malgré la croissance des besoins et la limitation des budgets disponibles.

Les activités du KCE peuvent être réparties en quatre domaines d'investigation :

- l'analyse des pratiques cliniques et le développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice)
- l'évaluation des technologies médicales (Health Technology Assessment)
- le financement et l'organisation des soins de santé (Health Services Research)
- l'équité et l'étude du comportement des patients (Equity and Patient Behaviour)

Ces quatre domaines feront l'objet de sections spécifiques dans ce rapport.

Comment les études du KCE sont-elles réalisées?

A chaque fois qu'une question lui est posée, le KCE compile d'abord toutes les données probantes disponibles à propos du thème concerné. Il tente ensuite d'analyser la situation actuelle par rapport à ces données probantes.

Le rôle du KCE ne s'arrête pas à cette phase d'instruction de la question puisqu'il entre également dans sa mission de suggérer des solutions scientifiquement étayées pour améliorer la situation. Les moyens qui peuvent être proposés sont soit des modifications de financement, soit des systèmes d'information / formation des prestataires, soit encore des modifications des réglementations. Vient ensuite la synthèse de toutes les données et informa-

tions recueillies et des recommandations émises, ce qui constitue la rédaction du rapport proprement dit.

Chaque stade du processus fait l'objet d'une évaluation interne. En outre, le rapport est validé par des experts externes, généralement au nombre de trois, dont un étranger. Ce contrôle de qualité est un garant supplémentaire de l'objectivité des études. La durée d'une étude varie entre 6 mois et 18 mois, depuis son initiation jusqu'à sa publication sur le site web du KCE. La phase de suivi de l'impact de l'étude vient clore ce cycle et débouche éventuellement sur une nouvelle proposition d'étude.

On le voit, tout cela est très précisément codifié. En effet, de nos jours, il n'est plus envisageable de donner des avis scientifiques sans faire appel à la méthodologie rigoureuse qui est en application dans les organismes de réputation internationale. L'équipe du KCE est spécifiquement formée à ces pratiques exigeantes et complexes.

Qu'est-ce que l'Evidence Based Health Care?

Traditionnellement, l'exercice de la médecine se fonde sur les connaissances théoriques et l'expérience clinique du médecin. A l'heure actuelle, cela ne suffit plus. La médecine s'est considérablement complexifiée et il est devenu nécessaire de disposer d'un outil pour gérer au mieux cette imposante somme d'informations en perpétuelle réactualisation.

C'est ainsi qu'on a vu naître une pratique appelée EBM pour *Evidence-Based Medicine*, ou encore “médecine basée sur les données probantes”. En théorie, l'EBM permet au médecin de faire usage, pour chacun de ses patients, des données les mieux prouvées (“evidence”) de la littérature médicale mondiale, et d'intégrer celles-ci à son expertise clinique et à la sensibilité du patient.

Ces “données probantes” sont déduites des recherches cliniques. Par exemple, on compare un médicament à un placebo ou à un autre traitement connu, sur un grand nombre de patients répartis de manière aléatoire (randomisés) et si possible en double aveugle (ni le patient ni le médecin ne savent quel est le produit administré), de manière à mesurer le plus objectivement possible l'efficacité de ce médicament ou de ce traitement.

Le *Health Technology Assessment* (HTA) est issu de la même philosophie, mais place les interventions en matière de santé dans un contexte plus large. Le HTA examine l'innocuité, l'efficacité et le rapport coût-efficacité de toute application d'une technologie ou d'une activité médicales, mais aussi ses aspects éthiques et légaux, ainsi que les considérations organisationnelles liées à son implémentation.

Les *Recommandations de Bonne Pratique* (RBP) sont des résumés des conduites à tenir face à une pathologie donnée en fonction de l'EBM et/ou du HTA. Les RBP servent de guide pratique pour aider le médecin à évaluer quelle est la démarche la plus appropriée (en théorie) pour chacun de ses patients. Ce sont, par définition, des informations fiables, le moins possible biaisées par des conflits d'intérêt éventuels. Il existe des RBP aux niveaux belge, européen, international.

Toutefois, en aucun cas ces informations ne doivent prendre le pas sur le jugement et l'expérience du médecin. L'EBM, le HTA et les RBP complètent la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplacent pas.

Quels défis majeurs le KCE doit-il relever?

Afin de se donner les meilleurs atouts pour mener à bien sa mission, le KCE s'est fixé trois objectifs opérationnels intermédiaires :

- 1. Développer une expertise de haut niveau en toute indépendance**
- 2. Rassembler des informations scientifiques up to date et des données statistiques fiables**
- 3. Faire connaître et comprendre ses résultats**

I. DÉVELOPPER UNE EXPERTISE DE HAUT NIVEAU EN TOUTE INDÉPENDANCE

Le KCE entend faire reconnaître la haute qualité et la totale objectivité de ses travaux.

Tous les membres de son équipe sont des universitaires, souvent détenteurs d'une thèse de doctorat, qui ont été sélectionnés sur base de leur expertise pointue dans une série de domaines importants pour la détermination d'une politique de santé optimale.

Chacun d'eux a fait l'objet d'une procédure de sélection sévère, objective et transparente, basée uniquement sur les compétences requises pour la fonction. Pour garantir leur neutralité, ils ne peuvent prester en dehors du Centre que si aucun conflit d'intérêt n'est identifié.

Au terme des deux premières années de fonctionnement, plus de 40 personnes ont été recrutées (certaines à temps partiel). Plus de 70% sont des experts, spécialistes de diverses disciplines : médecine, économie de la santé, sociologie de la santé, droit, ainsi que, pour les fonctions de soutien, des experts en statistique, en analyse de données, en gestion de données et en gestion des connaissances. Cette pluridisciplinarité permet d'appréhender les problèmes à traiter dans toute leur complexité, en abordant chaque question sous ses aspects médicaux, économiques, sociaux, juridiques, éthiques. Cette culture du travail en équipe pluridisciplinaire, horizontale et peu hiérarchisée, est une caractéristique essentielle du fonctionnement du KCE.

Les experts doivent disposer d'un environnement de travail efficient. Des procédures comptables, de gestion des ressources humaines, d'organisation de la sécurité informatique, de communication, de programmation, etc. ont été mises au point avec le soutien de l'équipe logistique de façon à allouer les moyens mis à la disposition du KCE de la manière la plus efficiente possible.



En un peu plus de deux ans, le KCE a constitué une équipe pluridisciplinaire.

Les conflits d'intérêt

Les conflits d'intérêts sont inévitables dans les différents secteurs de l'activité économique, et les soins de santé n'y font pas exception. Cela suscite d'ailleurs de plus en plus d'attention, notamment dans la presse médicale internationale.

On définit un conflit d'intérêt comme "des circonstances où l'appréciation professionnelle d'un intérêt (tel que le bien-être d'un patient ou la qualité d'une recherche) pourrait être exagérément influencée par un autre intérêt (tel que des avantages financiers)".⁽¹⁾

De plus en plus d'études montrent que des incitants financiers peuvent avoir un impact sur l'offre de soins, sur les admissions dans les hôpitaux, sur la prescription de médicaments,... En recherche biomédicale, la source de financement d'un travail peut influencer le choix de la méthodologie, la publication (ou non) des résultats et la formulation des conclusions. Depuis 2005, l'enregistrement préalable des études cliniques est d'ailleurs devenu obligatoire, si les auteurs souhaitent que les résultats soient publiés dans une des grandes revues médicales.

Les collaborateurs du KCE (internes ou externes) peuvent également être soumis à des conflits d'intérêt, lorsqu'ils ont des relations financières, professionnelles ou autres avec des institutions ou des personnes dont les intérêts pourraient être influencés, dans un

sens ou dans l'autre, par les résultats d'une étude du KCE. Pour les experts internes, le contrat d'emploi comprend des règles déontologiques très claires à ce sujet, et tout manquement à ces règles est considéré comme une faute grave pouvant mener au licenciement pur et simple.

Pour les collaborations avec des experts externes, le KCE a fait le choix de la transparence plutôt que celui de l'interdiction complète des conflits d'intérêt, qui ne s'avère pas souhaitable. En effet, d'une part il est difficile de trouver des experts de haut niveau qui n'aient aucun intérêt contradictoire d'aucune sorte. D'autre part, il peut s'avérer enrichissant de découvrir d'autres perspectives et d'ainsi comprendre le pourquoi de certaines réticences. Il est donc demandé aux experts, avant chaque nouvelle collaboration externe, de remplir un questionnaire standardisé de déclaration de conflits d'intérêt. Ce document se focalise en premier lieu sur des intérêts financiers tels que des actions, des rémunérations, du sponsoring de participation à des congrès, des fonds de recherche, etc. Mais l'expérience montre que des liens autres que financiers doivent également être pris en compte, comme par exemple l'appartenance à des organisations professionnelles.

Le KCE collabore donc avec les experts externes sur une base de confiance mu-

tuelle. Il ne peut contrôler que toutes les déclarations sont complètes. En outre, comme le choix des experts se fait souvent sur base de leurs publications scientifiques, il est possible de retrouver la liste de leurs conflits d'intérêts dans ces publications. Cette pratique est communément admise dans la plupart des bons journaux médicaux; de telles déclarations sont avant tout l'expression de l'intégrité et de l'honnêteté des intéressés.

Certains considèrent cette ligne de conduite comme une indiscretion. Mais les temps changent: transparence et responsabilité sont devenus les nouveaux mots clés. Ils répondent aux attentes de la société, surtout quand il s'agit, comme c'est le cas dans les soins de santé, de faire un usage efficient des deniers publics.

(1) Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med 1993; 329: 573-576.

Par ailleurs, pour des projets spécifiques, les experts de l'équipe du KCE font appel à toute l'expertise de terrain qui existe dans le pays et à l'étranger. Ces collaborations peuvent s'exercer à trois niveaux :

1. Le KCE a constitué tout un réseau d'experts scientifiques externes, belges et étrangers, qui apportent leurs connaissances de terrain et leur regard critique sur les études en cours. Plus de 300 experts de 13 nationalités différentes ont déjà collaboré avec le KCE, soit en tant que participants, soit en tant que validateurs externes.

2. Le KCE a établi des collaborations avec les universités du pays et plusieurs sociétés scientifiques belges et internationales. On notera particulièrement, au niveau belge, la SSMG (Société

scientifique de Médecine générale) et la WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen), l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP), les diverses sociétés scientifiques de médecins spécialistes, l'Agence Inter-mutualiste (IMA), etc.

3. Le KCE participe aux travaux ou est devenu membre à part entière d'organes internationaux d'expertise en matière d'Evidence-Based Health Care ou de Health Technology Assessment (INAHTA, OCDE, CoCANCPCG, EUnetHTA,...)

Les études en sous-traitance

Le KCE sous-traite, en tout ou en partie, certaines études ; en 2004-2005, 40% des études ont été partiellement

sous-traitées et 25% entièrement. Pour ces dernières, le rôle du KCE reste néanmoins significatif puisqu'il assure la coordination et la validation interne des ces études sous-traitées, la rédaction d'une synthèse et la communication relative au rapport final.

Toute sous-traitance fait l'objet d'un marché public avec publicité préalable au Bulletin des Adjudications et au Journal officiel de l'Union européenne le cas échéant, ainsi que, à titre informatif, sur le site Internet du KCE (rubrique marchés publics). La sélection est faite par un jury comprenant des experts extérieurs au KCE ; elle se base sur les compétences spécifiques et sur la renommée scientifique de l'équipe candidate, sur son caractère pluridisciplinaire ainsi que sur son aptitude à travailler en réseau.

2. RASSEMBLER UN MATÉRIAU SCIENTIFIQUE UP TO DATE ET DES DONNÉES STATISTIQUES FIABLES

Les pratiques cliniques, l'évaluation des technologies médicales et les modes d'organisation des soins font l'objet de nombreuses études dans le monde entier; dont certaines permettent d'apporter des preuves (evidence en anglais) de valeur ajoutée ou de rapports coût-efficacité avantageux.

Le KCE traque toutes ces informations dans la littérature publiée (peer reviewed) et dans la littérature grise en mettant les meilleurs outils de recherche à la disposition de ses experts. Le KCE est donc abonné à plusieurs revues et utilise des bases de données bibliographiques en ligne, telles que Medline, EMBASE, ou la Cochrane Library, ainsi que, bien sûr, des sources d'informations belges tels que le CEBAM (Centre of Evidence-Based Medicine) ou le CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique). Les 25 premiers rapports publiés par le KCE font référence à plus de 2000 publications scientifiques, ce qui veut dire que beaucoup plus ont été épluchées.

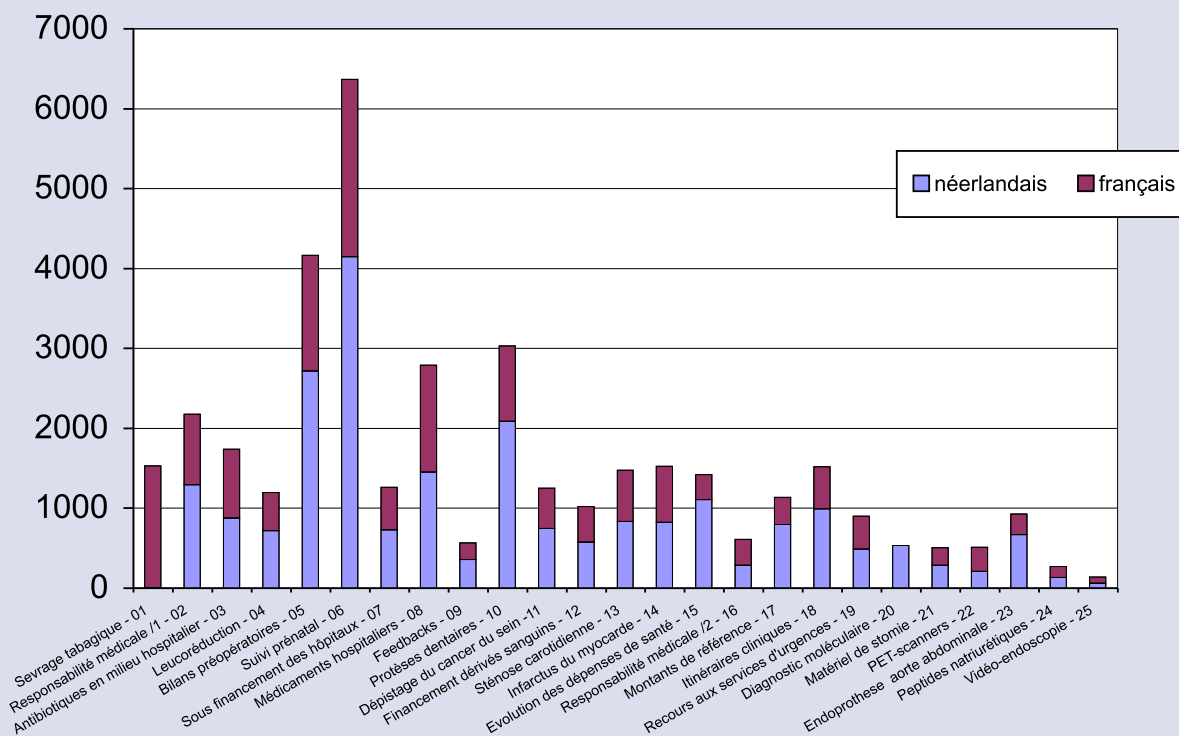
En Belgique, les statistiques relatives à la santé et aux soins de santé sont constituées par des bases de données indépendantes. L'interprétation de ces données requiert un travail important, car il faut collecter les informations là où elles se trouvent, s'assurer de leur validité, de leur anonymat, de leur interfaçabilité.

Un objectif à long terme du KCE est de développer et d'implémenter, avec tous ses partenaires, une méthodologie cohérente et standardisée de mise à disposition de données provenant de différentes sources, afin qu'elles puissent aisément être extraites, couplées, croisées, comparées, etc.

En prévision de cette tâche, le KCE a mis sur pied tout un système de gestion de données et a constitué un réseau de contacts avec l'INAMI, l'Agence Intermutualiste (IMA), le Service Public Fédéral de la Santé publique, la Cellule technique (créée par la loi pour coupler les données de pathologies du SPF et les données de factura-

tion des mutuelles), les hôpitaux, les associations scientifiques, etc. On retrouve les fruits de cette collaboration dans plusieurs études utilisant, entre autres, des données de l'IMA couplées avec des données du SPF Santé publique. Pour chacune de ces études, le KCE a préalablement demandé - et obtenu - l'autorisation de rassembler et d'exploiter ce genre de données, au Comité sectoriel de la Commission pour la protection de la vie privée.

Téléchargement des rapports du KCE



3. FAIRE CONNAÎTRE ET COMPRENDRE SES RÉSULTATS

Les résultats des études du KCE doivent non seulement être connus, mais aussi être compris, admis et utilisés par tous les acteurs de la santé. Soutenir la décision politique, c'est aussi anticiper et préparer la gestion du changement. Une bonne décision politique n'est pas seulement celle qui prend le mieux en compte les aspects de qualité et d'efficacité mais aussi celle qui peut être appliquée parce que les acteurs de terrain ont bien intégré le changement qu'elle apporte. Cela suppose une approche pédagogique judicieusement dirigée vers les personnes concernées par la décision.

Le KCE fait donc connaître et comprendre son travail via différents canaux, à tous les acteurs concernés: acteurs institutionnels, prestataires de soins et grand public.

■ les acteurs institutionnels sont tous représentés dans le Conseil d'administration et sont donc les premiers informés du travail fourni par le KCE. Comme le prévoit la loi, le rapport annuel est en outre présenté chaque année à la Chambre des Représentants. Il est également communiqué aux Ministres concernés.

■ les acteurs de terrain et les prestataires de soins sont généralement informés des détails qui les concernent dans les études du KCE via l'INAMI ou le Service Public Fédéral de la Santé publique. Le KCE fournit également un effort important en termes de formation continue, en organisant de nombreux séminaires internes et en envoyant ses experts et représentants à de nombreux colloques et réunions scientifiques où ils sont invités à prendre la parole (une centaine en 2004-2005)

Chaque étude terminée est publiée sur le site du KCE et fait l'objet d'une communication vers la presse et vers une mailing list de plus de 1000 personnes intéressées, hôpitaux, prestataires de soins, académiques, décideurs et autres stakeholders. Cette liste - qui ne demande qu'à s'étoffer - est ouverte à tous ceux qui en font la demande via le site web.

Le site web (www.centreexpertise.fgov.be) est l'outil central de communication. Il est possible d'y consulter et d'y télécharger:

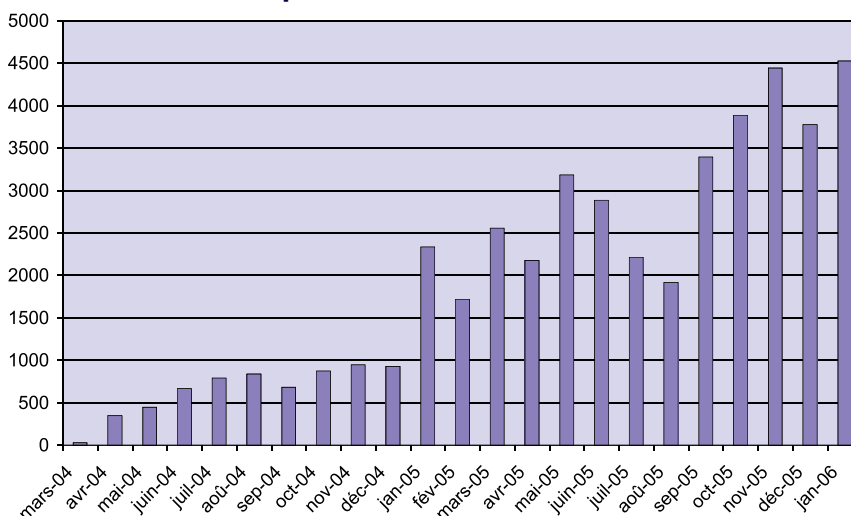
- toutes les études déjà réalisées, in extenso et avec un résumé
- les communiqués de presse relatifs à toutes les études et activités du KCE
- le programme des études en cours
- les réunions scientifiques auxquelles participe le KCE
- les séminaires qu'organise le KCE
- une liste indicative des ressources documentaires disponibles et les liens vers celles-ci
- le rapport annuel
- le formulaire d'introduction de propositions d'études

■ Le grand public a accès au site web, et on constate que certaines études qui le concernent directement suscitent un intérêt manifeste, notamment celles sur le suivi des soins prénataux, sur les examens préopératoires et sur le coût des prothèses dentaires.

Dans le courant des années 2004 et 2005, on a compté 45.000 visites du site au cours desquelles 343.000 pages ont été lues et plus de 41.000 rapports ont été téléchargés.

Le KCE et les résultats de ses études suscitent en outre de nombreux débats, relatés notamment dans la presse grand public et la presse médicale (une centaine d'articles recensés). Quelques reportages sur les chaînes de télévision belges leur ont également été consacrés.

Fréquentation du site web du KCE





RUDY DEMOTTE,
Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique

Le Centre fédéral d'expertise est très clairement devenu, conformément à la mission qui lui a été confiée par la Loi programme du 24 décembre 2002, un outil efficace et objectif d'aide à la décision en matière de politique de santé.

Lors de l'inauguration du Centre j'ai eu l'occasion de préciser ce que j'attendais de ses travaux: "Objectiver, repérer les évidences déjà mises en lumière à l'étranger, calculer de manière scientifique des impacts financiers, sociaux et médicaux des politiques de santé publique".

Cette approche est essentielle pour moi et pour la conception qui est la mienne d'une politique de soins de santé moderne et efficace: garantir l'accessibilité pour tous à des soins de qualité au sein d'un système dont l'avenir est assuré.

Ces attentes n'ont pas changé et le travail qui a été effectué depuis décembre 2003 est déjà considérable.

Je voudrais pointer spécifiquement trois études en particulier.

La première porte sur le financement d'un système qui permettra d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques, le système du "No fault" qui ne nécessite plus la preuve d'une faute afin que la victime soit indemnisée.

Ce dossier, dont on parle depuis longtemps, avait déjà retenu mon attention alors que j'occupais la charge de Ministre de l'Economie en 1999. La difficulté d'obtenir des informations chiffrées pertinentes m'était alors apparue comme un frein majeur à la mise sur pied d'un tel système. Les études du Centre fédéral d'expertise sont une référence importante qui me permet d'avancer dans ce dossier.

La deuxième étude porte sur les examens préopératoires et a mis en lumière l'importance d'une bonne évaluation du risque lié à une intervention chirurgicale. Cette recherche confirme l'importance de l'entretien avec le patient avant la réalisation d'examens complémentaires. Une bonne anamnèse permet en effet de limiter les examens coûteux et parfois inutiles. Les différences de pratiques mises en évidence par le KCE doivent permettre aux institutions et aux médecins d'évaluer leurs pratiques en regard des "best practices" identifiées par l'étude. La conclusion qui n'est pas la moins réconfortante est qu'il est plus important de faire confiance à l'homme qu'aux machines...

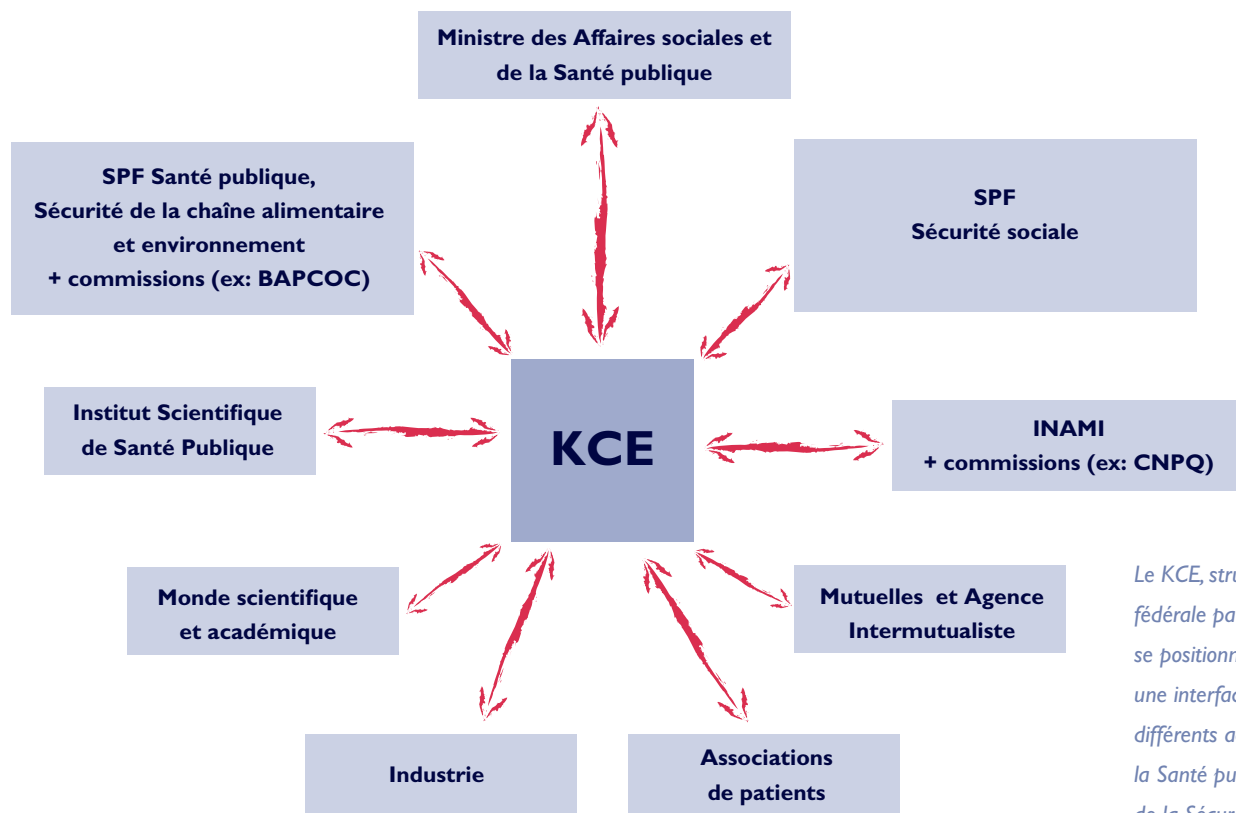
Le troisième rapport que je souhaite mettre en valeur concerne le traitement de l'infarctus en Belgique.

Cette étude a permis de signaler l'absence de différence de mortalité notable tout en pointant de grandes différences dans les coûts facturés. Elle constitue, avec une étude internationale et l'avis de la Société belge de Cardiologie, la base de la réforme de la cardiologie hospitalière que je suis en train de mener.

A cet égard je me félicite de l'indépendance d'esprit des scientifiques qui collaborent aux travaux du Centre et de la rigueur des rapports qui m'ont été remis. Que la direction et le personnel du Centre en soient ici remerciés.

Quels sont les interlocuteurs du KCE?

Il manquait dans le paysage institutionnel belge des soins de santé un organe dont la neutralité et l'équidistance vis-à-vis de tous les acteurs soient la raison d'être, et qui base son argumentation sur des références scientifiques.



Le KCE, structure fédérale parastatale, se positionne comme une interface entre les différents acteurs de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Le KCE propose des partenariats à tous ses interlocuteurs dans le but d'améliorer et de professionnaliser l'interface entre le monde des décideurs et le monde scientifique dans le domaine des soins de santé.

Le Conseil d'administration du KCE regroupe des représentants de tous les acteurs des soins de santé en Belgique:

- 1 Président nommé sur proposition du ministre de la Santé publique et du ministre des Affaires sociales
- 3 représentants du ministre de la Santé publique
- 3 représentants du ministre des Affaires sociales
- 2 représentants du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
- 2 représentants de l'INAMI
- 3 représentants de l'Agence Intermutualiste (IMA)
- 4 représentants du Conseil des ministres
- 2 représentants des confédérations des hôpitaux
- 2 représentants des organisations professionnelles représentatives des médecins
- 2 représentants des partenaires sociaux
- 1 représentant de la Chambre des Représentants



JO DE COCK,
Administrateur général de l'INAMI,
Vice-Président du Conseil
d'Administration du KCE

Il était assez bizarre que la Belgique, avec son système de soins de santé réputé, ne dispose pas d'un centre d'étude en Health Technology Assessment et Health Services Research. Jusqu'il y a peu, c'était bel et bien un point noir dans le paysage de nos soins de santé. Le Centre fédéral d'Expertise en Soins de Santé (KCE) est enfin venu combler cette lacune. Depuis sa création, la Belgique a rejoint le peloton européen. C'est important, parce que les soins de santé se déterminent de plus en plus à une échelle internationale et européenne. De plus, l'évolution médico-technologique s'accélère de façon exponentielle. Seul un centre d'expertise bien équipé et capable de travailler en toute indépendance pourra rester dans la course et délivrer des avis scientifiquement fondés aux pouvoirs publics responsables de l'organisation des soins de santé en Belgique.

Le KCE a réussi, dès ses débuts, à jeter un pont entre les deux piliers fondateurs de la politique de santé fédérale: le SPF Santé publique et l'INAMI. A l'INAMI, nous ne considérons pas le KCE comme un concurrent, mais

comme un centre dont les activités sont complémentaires aux nôtres. Grâce à son autonomie scientifique et à son niveau d'expertise, le KCE peut analyser certains problèmes du domaine des soins de santé d'une manière plus globale, et avec plus de recul, que nos propres équipes.

L'INAMI est donc un gros 'client' du KCE. Un exemple d'étude demandée par nous est celui de la vidéo-capsule pour l'exploration de l'intestin. Il s'agit assurément d'une nouvelle technologie spectaculaire, mais apporte-t-elle réellement une plus-value suffisante? L'assurance-maladie doit-elle rembourser les examens réalisés par cette micro-caméra? Si oui, selon quels critères? Le rapport du KCE nous a beaucoup aidés à progresser sur cette question.

Un autre exemple est celui des endoprothèses pour l'aorte abdominale. Quand cette technologie est arrivée sur le marché, il y a environ cinq ans, l'INAMI a décidé - sous l'énorme pression de certains groupes d'intérêt et de la presse - d'autoriser cette technique sur base expérimentale. Finalement, elle a été mise en pratique dans 70 centres. Par la suite, il a été démontré que ce n'était pas une bonne méthode ; cela aussi a résulté d'une étude du KCE.

Grâce aux rapports du KCE, nous disposons à présent d'une information beaucoup plus evidence-based. Cela nous permet de prendre de meilleures décisions. Exemple de ce 'nouveau style': notre attitude vis-à-vis des stents carotidiens. A l'occasion de la publication de ce rapport, l'INAMI a co-organisé avec le KCE

une journée d'étude où tous les acteurs concernés étaient invités, et où la discussion a pu se dérouler sur base d'un rapport scientifique et objectif. Une telle évaluation n'aurait pas été possible auparavant.

Je peux encore citer d'autres études qui ont eu de l'importance pour l'INAMI, entre autres celle sur le remboursement des médicaments hospitaliers, celle sur l'évaluation des montants de référence ou celle sur l'évaluation des centres de diagnostic moléculaire. Dans chacun de ces cas, l'analyse du KCE nous a offert une vision plus fouillée de la situation, a dégagé des nouvelles directives et des nouveaux critères, et a élargi la réflexion sur laquelle repose notre politique.

J'espère que le KCE va continuer à étoffer ses compétences. Il est important de réaliser le plus d'études possible, de manière à élargir ses connaissances et son expertise. C'est indispensable pour continuer sur la voie du succès. En même temps, le KCE devra étendre sa mission, notamment au-delà du niveau fédéral. Des études portant par exemple sur des questions de prévention en matière de santé doivent trouver écho au niveau des Régions et Communautés. Ce ne sera pas une tâche facile, mais elle est indispensable.

Bref, les dossiers du KCE n'auront pas l'occasion d'amasser la poussière sur les étagères. Au contraire, les différents partenaires de la politique des soins de santé se les arrachent. De cette manière, ils orienteront leurs décisions de façon à ce que chaque Belge ait droit à davantage de soins de santé pour chaque euro investi.

Qui peut proposer des sujets d'études?

Tout citoyen qui s'intéresse aux soins de santé et à leur organisation peut faire des propositions de sujets d'études, via le site web du KCE (formulaire à remplir).

Dans la pratique, ce sont principalement les décideurs politiques, l'INAMI, les SPF Santé publique et Sécurité sociale, les mutuelles, les institutions hospitalières, les prestataires de soins et les universités qui proposent des sujets.

	2004	2005
Commission de la santé publique de la Chambre des représentants	5	0
Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la santé publique	7	8
INAMI	5	6
Service Public Fédéral Santé publique	7	10
Service Public Fédéral Sécurité sociale	1	0
Universités ou institutions scientifiques	29	24
Institutions ou services hospitaliers	20	18
Organismes privés ou particuliers	6	22
Organismes internationaux		2
Total	80	90

Ventilation des sujets d'études en fonction de l'origine de la proposition.

Le KCE prépare le programme d'étude de chaque année à partir du mois de mars de l'année précédente, sur base de toutes les suggestions qu'il a reçues. Leur priorité est évaluée sur base de quelques critères principaux: l'étude est-elle faisable endéans l'année ou du moins dans un délai raisonnable? Les réponses qui seront apportées par l'étude permettront-elles d'améliorer significativement la santé ou l'allocation des moyens consacrés à la santé? L'étude apportera-t-elle un plus en termes d'aide à la prise de décision? Les projets étroitement liés à l'actualité politique et sociale ont donc plus de chances

d'être retenus parce qu'ils peuvent contribuer directement au débat et à la prise de décisions.

Le KCE examine ensuite la possibilité de traiter les sujets retenus soit en interne, soit en sous-traitance ou encore de façon mixte, en fonction de son expertise et de son budget. Cette analyse conduit à l'élaboration du programme de travail pour l'année suivante. Environ 20-25 études sont programmées chaque année. Il est possible de consulter le programme de travail en cours sur le site web.



DIRK CUYPERS,
Président du SPF Santé publique,
Sécurité de la Chaîne alimentaire et
Environnement, Vice-Président du
Conseil d'Administration du KCE

La création d'un Centre fédéral d'Expertise en Soins de Santé s'inscrit dans la suite logique de la professionnalisation des institutions publiques en charge des soins de santé. Jusqu'il y a peu, il y avait un seul ministère de la Santé publique, des Affaires sociales et de l'Environnement. Il a été divisé en deux entités fédérales : le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et le SPF Sécurité sociale sous tutelle duquel œuvre un parastatal très important : l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI). Il y a également un certain nombre d'autres organismes impliqués dans la gestion de soins de santé : les organismes assureurs, les hôpitaux, les associations de médecins et de

patients, les centres de recherche, les firmes pharmaceutiques, etc. Quand les études étaient réparties entre ces différentes institutions, il faut bien reconnaître que chacune instillait son propre point de vue et ses propres intérêts dans l'interprétation des résultats.

Depuis la création du KCE, tout cela a changé. La Belgique dispose à présent d'un centre d'étude et d'expertise qui est capable de réaliser des recherches en matière de soins de santé avec indépendance et objectivité, et suivant une méthodologie stricte. En outre, cela se passe dans la plus totale transparence, puisque toutes les parties prenantes ont un représentant dans son Conseil d'Administration.

Après deux années d'activités, nous pouvons faire une première évaluation de la mise en route du KCE. Comment s'est-il organisé au départ ? A-t-il réussi à constituer une équipe d'experts, à mettre sur pied un programme de travail, à boucler un budget, et à délivrer en temps voulu ce qui lui était demandé ? Le Conseil d'Administration fonctionne-t-il bien, n'y a-t-il aucune obstruction, etc. ? Sur tous ces points, le KCE a assurément pris un bon départ. En deux ans de temps, il est devenu une machine

bien rodée qui a atteint sa vitesse de croisière. Il a même acquis une bonne visibilité dans le paysage des soins de santé.

Certaines études du KCE ont déjà eu un impact direct sur les décisions politiques, que ce soit en les soutenant ou en les infléchissant dans une autre direction. D'autres ont suscité des réflexions critiques, aussi bien au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement que dans d'autres institutions.

A présent, c'est aux autres partenaires à faire le pas vers le KCE. Ils doivent se faire à l'idée que la Belgique dispose aujourd'hui, elle aussi, d'un centre d'expertise indépendant qui peut proposer des solutions aux questions qui se posent dans notre système de soins de santé. C'est d'ailleurs aussi une des tâches du KCE lui-même : transformer la méfiance qui existait initialement à son égard en confiance.

Quel est l'impact du KCE?

En dépit d'une existence encore courte, le KCE a déjà publié 25 rapports d'études, mais il est encore trop tôt pour évaluer l'impact réel de cette structure d'aide à la décision. Les décisions en matière de politique de soins de santé prennent toujours du temps et ne se fondent pas uniquement sur les conclusions de rapports scientifiques. Les traditions et usages locaux, les expériences du passé, les choix de société, les ressources disponibles, les pressions des lobbies, les opportunités politiques, tous ces éléments y interviennent à des degrés divers. En conséquence, très souvent, plusieurs étapes intermédiaires (et plusieurs barrières) doivent être franchies avant qu'une étude scientifique n'ait des répercussions concrètes en matière de soins de santé.

Sur le terrain, les rapports scientifiques du KCE suscitent beaucoup d'intérêt, tant de la part des patients que des prestataires de soins. Cela peut se mesurer à l'aune de l'importance que les médias leur accordent, des invitations faites aux experts du KCE à donner des conférences dans des réunions scientifiques, ou encore des chiffres de fréquentation du site web et des téléchargements de dossiers.

Les rapports du KCE sont devenus un élément incontournable dans les scénarios où s'élaborent les politiques de santé. Des recommandations cliniques comme celle sur les examens préopératoires accompagnent les feedbacks que le Conseil National pour la Promotion de la Qualité de l'INAMI renvoie vers les médecins. Des analyses de pratiques médicales comme celles que fournit l'étude sur la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde con-

tribuent à la réforme actuelle des programmes de soins en cardiologie. Les rapports de Health Technology Assessment suscitent surtout de l'intérêt au sein des divers conseils et commissions de l'INAMI: ceux relatifs à des technologies expérimentales comme les stents carotidiens protégés ou les vidéo-capsules pour l'exploration de l'intestin sont utilisés par les autorités de l'INAMI pour apprécier l'opportunité de leur remboursement et pour estimer les coûts liés à leur implémentation.

Certains rapports plaident franchement pour une transparence accrue. Par exemple le rapport sur les prothèses dentaires prend résolument le parti du patient contre les intérêts de certains groupes professionnels. Sur base du rapport relatif au matériel de stomie, la Convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs a été instamment priée par le ministre d'apporter une série d'améliorations au bénéfice des patients.

Même les études dans le domaine plus complexe de l'organisation des systèmes de santé ont déjà des suites. Ainsi le rapport sur le financement des médicaments hospitaliers intervient dans la préparation de la réforme prévue pour 2006. De même, les conclusions du rapport sur les montants de référence sont utilisées pour l'adaptation de ce système.

Le domaine de l'équité et de l'accès aux soins reste pour le moment sans grand écho. Cela est principalement dû au fait qu'un effort très important est encore nécessaire pour rassembler les données de base. En outre, c'est un domaine où le travail pluridisciplinaire est indispensable. La

recherche sur l'impact de la facturation de suppléments hospitaliers (rapport attendu en 2006) en est un exemple parlant.

Les nouvelles méthodologies que le KCE développe en partenariat avec des équipes de recherche externes ont aussi des conséquences implicites. Les divers partenaires au sein des soins de santé raisonnent de plus en plus en termes de 'niveaux d'évidence' et les opinions des groupes d'intérêt ont de moins en moins de poids. Les projets du KCE stimulent les collaborations et incitent le monde académique à se plier aux exigences nouvelles des méthodologies mises en œuvre.

Les collaborations internationales qui se sont établies à travers l'INAHTA portent déjà leurs fruits. Par exemple, quand des comparaisons internationales révèlent que la Belgique possède environ le double de Pet-scanners que les pays européens voisins, cela devient une donnée importante sur le plan politique. Le fait que les experts du KCE soient régulièrement sollicités comme reviewers par des revues médicales internationales ou par des institutions étrangères, est un autre indicateur de sa reconnaissance au-delà de nos frontières.

Les Régions et Communautés montrent également un intérêt pour les rapports du KCE. Par exemple, le rapport sur le dépistage du cancer du sein a été largement cité dans le courrier et les brochures que la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé a envoyées en 2005 aux médecins et à leurs patientes. Dans le cadre de cette campagne, il a été offert à toutes les femmes entre 50 et 69 ans de passer tous les deux ans une mammographie gratuite.



Good

- **Evaluation des pratiques cliniques et développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice)**
- Evaluation des technologies médicales et des médicaments (Health Technology Assessment)
- Financement et organisation des soins de santé (Health Services Research)
- Équité et étude du comportement des patients (Equity and Patient Behaviour)

Clinical Practice...

...encadrer la liberté thérapeutique sans la brider

La qualité des soins est la condition primordiale d'un système de soins de santé performant. Mais même avec la meilleure bonne volonté du monde, il est devenu impossible pour un soignant, quel que soit son domaine d'action, de se tenir au courant des évolutions très rapides en la matière et de faire ses choix thérapeutiques personnels en toute connaissance de cause. Il est devenu incontournable de baser toute pratique des soins de santé sur les informations scientifiques ("evidence") régulièrement renouvelées de la littérature internationale, établies selon les principes rigoureux de l'Evidence Based Health Care.

L'une des missions principales du KCE est donc d'observer les différentes manières dont les pathologies sont prises en charge par le corps médical, de les inventorier, de les comparer entre elles et de les évaluer par rapport aux recommandations de bonne pratique en vigueur. Lorsque des pratiques apparaissent nettement déviantes par rapport à une norme

raisonnable, et ne peuvent s'expliquer ni par des raisons médicales, ni par des raisons sociales, l'étude KCE apportera éventuellement des recommandations visant à ramener les pratiques incriminées vers une meilleure conformité aux standards de qualité internationaux et/ou à un niveau financier plus acceptable pour la collectivité qui les supporte.

Ces recommandations peuvent ensuite servir de référence à des campagnes de feedback vers les praticiens telles qu'elles sont réalisées, par exemple, par le Conseil National pour la Promotion de la Qualité de l'INAMI.

Ce travail d'analyse des pratiques cliniques s'inscrit dans une collaboration du KCE avec les autres instances scientifiques et économiques, belges et internationales, chargées de promouvoir une médecine de qualité.

Vous trouverez dans cette section un aperçu de quelques études que le KCE a menées en 2004 et 2005 dans la catégorie Good Clinical Practice. Des comptes-rendus plus détaillés ainsi que les rapports intégraux peuvent être consultés sur le site du KCE (www.centreexpertise.fgov.be)

L'INFARCTUS DU MYOCARDE ...

... l'urgence ne justifie pas tous les débordements

L'infarctus aigu du myocarde est sans doute le prototype de l'urgence médicale et l'accident le plus redouté de beaucoup de nos concitoyens. La prise en charge et le traitement de cette pathologie aiguë a beaucoup évolué ces trente dernières années et sa mortalité a nettement diminué. Elle n'en reste pas moins une des causes les plus fréquentes de décès dans notre pays.

L'infarctus survient quand une des artères apportant le sang oxygéné au muscle cardiaque se bouche et que ce muscle asphyxié ne peut plus assurer son rôle vital de pompe qui irrigue le reste de l'organisme, et surtout le cerveau.

Des progrès remarquables...

Jusque dans les années 80, le traitement de l'infarctus consistait surtout à attendre, à se reposer, ... et à croiser les doigts! Puis sont apparues des approches nettement plus proactives, à savoir tenter de lever l'obstacle dans les coronaires, de manière à rétablir le plus vite possible le flux sanguin dans le muscle cardiaque asphyxié. Les deux techniques principalement mises en œuvre sont :

- la thrombolyse qui consiste à dissoudre le caillot qui bloque les coronaires à l'aide d'un médicament injectable,
- la dilatation par ballonnet éventuellement suivie de la mise en place d'un stent, sorte de petit ressort qui maintient le vaisseau sanguin ouvert. Cette intervention se passe dans le décours

d'une coronarographie (radiographie des coronaires avec injection de produit de contraste).

Dans un second temps, quand le courant sanguin est rétabli, on se préoccupe de la prévention des récurrences, soit par des conseils d'hygiène de vie, soit par des médicaments, soit encore, quand c'est nécessaire, par de la chirurgie de revascularisation (pontage coronaire).

...mais coûteux!

Cependant, ces pratiques de cardiologie invasive sont très coûteuses. La question se pose de savoir si elles sont toujours utilisées avec suffisamment de discernement, surtout quand on sait leur nombre élevé dans notre pays par rapport à des pays voisins dont l'épidémiologie est similaire à la nôtre. Par ailleurs, les conceptions scientifiques actuelles tendent à relativiser l'apport de ces technologies de pointe. Bref, faire plus ne signifie pas nécessairement faire mieux.

C'est dans ce contexte que le KCE a comparé le résultat du traitement de l'infarctus du myocarde et son coût dans tous les hôpitaux belges. Il en ressort que, si la qualité des soins ne doit être mise en cause nulle part, on constate cependant une très grande disparité dans les coûts facturés à l'INAMI. Le KCE plaide donc pour une meilleure organisation du réseau de soins en cardiologie invasive.



© Cliniques Universitaires Saint-Luc

Hôpitaux A	thrombolyse
Hôpitaux B1	thrombolyse + coronarographie de diagnostic uniquement *
Hôpitaux B2	thrombolyse + coronarographie avec dilatation
Hôpitaux B3	thrombolyse + coronarographie avec dilatation + chirurgie cardiaque

En pratique, les hôpitaux B2 et B3 sont le plus souvent les mêmes.

** Ces coronarographies de diagnostic sont le plus souvent effectuées de manière non-urgente, chez des patients qui se plaignent de douleur à l'effort par exemple.*

Quatre type d'hôpitaux

En Belgique, les infarctus sont pris en charge dans 4 types d'hôpitaux, répartis en hôpitaux A, qui ne mettent en œuvre que les traitements médicamenteux, et les hôpitaux B qui disposent d'un service de coronarographie.

Dans les hôpitaux de type A, les cardiologues peuvent traiter adéquatement un infarctus par thrombolyse. Si un traitement supplémentaire est nécessaire (une dilatation par exemple), le patient peut être transféré vers un hôpital B2-B3.

Dans les hôpitaux B1, on peut effectuer une coronarographie de diagnostic pour

visualiser l'obstacle, mais pas la dilatation par ballonnet (avec ou sans placement de stent), ni de chirurgie. Il faut donc également transférer le patient vers un hôpital B2-B3 si cela s'avère nécessaire, et le patient doit alors subir une deuxième coronarographie (avec tous les coûts et les complications possibles qui s'ensuivent) au cours de laquelle la dilatation sera réalisée. Cela pose la question de l'utilité des services B1. Le KCE plaide pour la simplification du système, avec seulement deux programmes de soins (A et B2-B3).

La demande induite par l'offre

En outre, l'étude du KCE a mis en lumière un phénomène de "demande induite par l'offre" dans les hôpitaux B. Les choses se passent comme si la présence de l'infrastructure de pointe entraînait des examens et des traitements superflus, par rapport à ce qui est recommandé par la Société européenne de Cardiologie. Il en résulte que, pour certains infarctus de gravité similaire, la facture est 6 fois moins élevée dans l'hôpital A le moins cher par rapport à l'hôpital B le plus cher. Et cela sans différence dans la mortalité. Le KCE a donc recommandé une révision du mode de financement en cours, car celui-ci incite à multiplier les actes superflus.

Enfin, l'étude a montré que l'offre de soins cardiologiques est inégalement distribuée dans le pays, avec une offre ex-

cédentaire d'hôpitaux de pointe (plus coûteux) dans la capitale, une offre importante au niveau du sillon Sambre et Meuse et un manque relatif dans certaines zones périphériques. Le KCE a donc recommandé de mieux tenir compte de la répartition de la population et des moyens de transport urgent existants de manière à assurer un accès équitable aux soins sur tout le territoire.

KCE Reports Vol 14: Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique.



DES GROSSESSES SOUS (TROP?) HAUTE SURVEILLANCE

...une grossesse normale se surveille en toute simplicité

Il y a un siècle, la grossesse était encore une aventure risquée dont ni la mère ni l'enfant n'étaient sûrs de sortir indemnes. Au cours des 50 dernières années, les chiffres de la mortalité périnatale ont été divisés par cinq, principalement grâce à l'amélioration du suivi des femmes tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Dans le domaine de la santé, peu de mesures préventives se sont révélées à la fois aussi simples et efficaces que la surveillance prénatale.

Cependant, les progrès venant, les femmes enceintes ont progressivement été entourées d'une technicité extrêmement sophistiquée, très utile pour les grossesses à hauts risques, mais totalement superflue pour les grossesses qui se déroulent normalement. Comme un retour de balancier, on a alors assisté à un mouvement vers un désir de grossesses et de naissances plus "naturelles" chez toute une partie de la population.

Où situer, dès lors, le "juste milieu" qui permet d'offrir à la mère et à l'enfant un accompagnement de qualité sans tomber dans l'hypermédicalisation? Sans compter que dans notre pays, le suivi proposé aux futures mamans est éminemment variable selon les médecins et selon les conditions socio-économiques de la femme. Ce qui, en soi, n'est pas normal.

Science internationale et culture locale

Le KCE a réalisé une étude de la littérature scientifique et en a dégagé une série

de recommandations de bonne pratique qui pourront servir de référence nationale en la matière. Ces recommandations récapitulent les données internationales les plus récentes, tout en tenant compte des opinions des experts de notre pays, car en cette matière hautement émotionnelle, les aspects culturels - au sens large - ne sont pas négligeables. Par exemple, même si les recherches d'anticorps contre le cytomégalo virus ou la toxoplasmose n'ont pas prouvé leur utilité au plan de l'Evidence-Based Medicine, les experts admettent que ce dépistage est de nature à rassurer les futures mères et/ou à les inciter à prendre des précautions, et que cela doit être pris en considération.

Principaux facteurs de risque: tabac et pauvreté

Les recommandations issues du travail du KCE peuvent être appliquées telles quelles pour toutes les femmes dont la grossesse est normale, c'est-à-dire à faible risque. Si des facteurs de risques sont identifiés, il peut être indiqué d'avoir recours à des soins ou à des mesures préventives complémentaires. Soulignons en passant que le facteur de risque le plus fréquent est le tabagisme: il double le risque de naissance prématurée et il est l'un des facteurs les plus importants de retard de croissance intra-utérine. Le KCE considère donc que le sevrage tabagique des femmes enceintes ou - mieux - de celles qui souhaitent l'être, doit être une priorité.

Un autre facteur de risque important est le niveau socio-économique bas

de la future mère: les chances d'accoucher d'un enfant en bonne santé sont moindres dans les classes sociales défavorisées. Il est difficilement acceptable qu'une inégalité d'un tel ordre persiste encore dans un pays tel que le nôtre.

Trop n'est pas mieux

Pour les grossesses normales, il est inutile de multiplier les examens techniques. En faire trop n'est pas une bonne idée car cela peut concourir à instaurer un climat d'inquiétude pour les futurs parents. Des examens réguliers et quelques tests de dépistage simples sont suffisants. Le nombre total de consultations idéal est de 10 pour une première grossesse et de 7 pour les suivantes. Le nombre d'échographies nécessaires est de 2 par grossesse, éventuellement 3 en cas de doute sur la position du fœtus peu avant l'accouchement.

Le dépistage du syndrome de Down (trisomie 21) doit être proposé mais pas imposé. Le plus efficace est le "test combiné", à réaliser entre la 11^e et la 14^e semaine. Par contre, on ne dispose pas pour l'instant de preuves suffisantes pour recommander un dépistage de routine du gène de la mucoviscidose.

En ce qui concerne les vitamines et les compléments nutritionnels éventuels, le message est clair: à part l'acide folique qui est donné en début de grossesse depuis une dizaine d'années (prévention des malformations neurales), une alimentation équilibrée et variée est largement suffisante.



BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE

Rien ne vaut le bon sens clinique

Dur, dur, de changer les habitudes

Les auteurs de ces recommandations reconnaissent que leur mise en œuvre se heurtera probablement à des réticences tant de la part des médecins (au nom de leur liberté) que des futurs parents (au nom de ce qu'ils croient être la sécurité de leur bébé). Ils prévoient qu'il faudra sans doute déployer des mesures de communication adaptées pour arriver à changer les habitudes. Ils émettent le souhait d'être accompagnés dans cette sensibilisation par des organismes publics dont la mission est d'améliorer la qualité de soins. Ils suggèrent une évaluation de l'implémentation des recommandations, ainsi que leur révision tous les trois ans.

Enfin, ils ouvrent des pistes pour d'autres recherches à envisager, notamment la rentabilité d'un dépistage généralisé ou sélectif des hémoglobinopathies (maladies du sang fréquentes dans les populations d'origine méditerranéenne) et de la mucoviscidose, l'intérêt de mesures de prévention primaire de l'infection à cytomégalovirus, et l'évaluation des effets du programme d'arrêt du tabac mis à disposition des futurs parents en 2006.

KCE Reports Vol 6 : Recommandation nationale relative aux soins prénatals : une base pour un itinéraire clinique du suivi des grossesses. En collaboration avec la KUL, l'UGent, l'ULB.

Avec les progrès de l'anesthésie et de la chirurgie, il est entré dans les pratiques courantes de demander avant chaque intervention chirurgicale, aussi bénigne soit-elle, un bilan complet comportant une radio du thorax, un électrocardiogramme, une batterie de tests sanguins,... Tous ces tests sont bien entendu très importants quand on soupçonne que le candidat à l'opération pourrait développer un problème en cours d'anesthésie.

Mais une étude de la littérature médicale internationale a bien fait apparaître que les demander systématiquement ne reposait sur aucune raison fondée. Le sens clinique du médecin est plus important que les paramètres délivrés par les machines ! Pour un praticien expérimenté, une bonne anamnèse, suivie d'un examen clinique soigneux, suffisent à évaluer les risques et à prescrire, si nécessaire, les examens complémentaires adéquats et uniquement ceux-là.

Sur base de cette étude, l'INAMI a mis au point un logiciel à l'attention des médecins, qui leur permet, en quelques clics de souris, d'établir quels examens sont recommandés pour chaque patient individuel, en fonction de son âge et de son état de santé.

KCE Reports : Vol 5 : Evaluation des risques préopératoires.

CANCER DU SEIN...

...Quel est le dépistage idéal?

Une opinion courante en matière de cancer est qu'il faut le dépister tôt pour augmenter les chances de le guérir. Des programmes de dépistage systématique sont donc parfois envisagés. Le cancer du sein, le plus fréquent des cancers de la femme, fait l'objet d'un tel programme en Belgique.

Il n'est cependant pas simple de déterminer quel est l'examen le plus approprié pour un tel dépistage. Il faut d'abord garder à l'esprit que les résultats d'un dépistage se chiffrent en nombres de cancers détectés et en années globales de vies gagnées à l'échelle de toute la population. Cela n'a évidemment aucune commune mesure avec un résultat individuel qui, pour une femme, peut changer la vie.

Le test de dépistage idéal doit permettre de détecter le plus possible de cancers non encore révélés (bonne sensibilité) sans donner de faux positifs (qui entraînent angoisse et examens inutiles) ni de faux négatifs (qui donnent un sentiment de réassurance à mauvais escient).

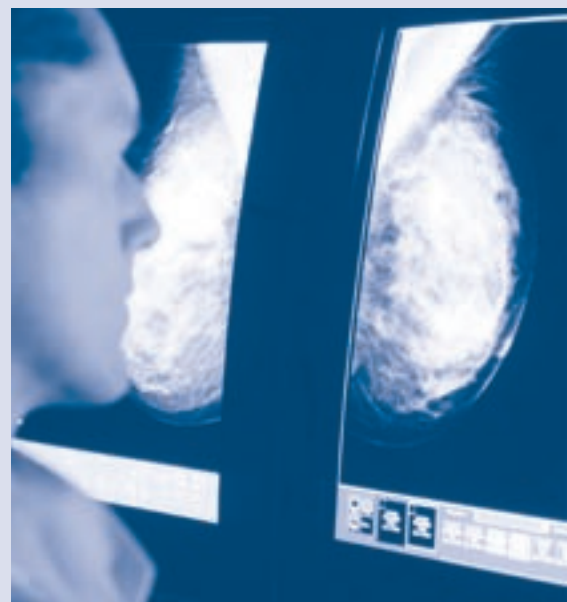
Il faut que l'examen ne soit pas nocif, car plusieurs milliers de femmes en bonne santé y sont exposées inutilement pour un gain de quelques cas détectés. Il faut aussi qu'une partie significative de la population s'y soumette, car un bénéfice en termes d'années de vie gagnées n'aurait pas de sens si seule une faible partie de la population que l'on veut protéger passe

les examens. Enfin, il faut que le message du praticien soit clair et sans équivoque: le dépistage n'empêche pas le cancer et il faut continuer à se faire suivre même si le test est négatif.

Le KCE a réactualisé toutes les données scientifiques sur le dépistage du cancer du sein dans la population générale. Il en ressort que les mammographies restent l'examen de référence, à condition d'être pratiquées selon les standards de qualité de l'Union européenne, c'est-à-dire dans des unités de mammographie agréées, avec pratique de la double lecture des clichés.

Dans ces conditions, le dépistage systématique est rentable en termes de diminution de la mortalité chez les femmes entre 50 et 69 ans. Au-delà de 75 ans, il perd son sens vu le nombre d'années avant que son effet bénéfique ne se manifeste. Pour les femmes de moins de 50 ans, le dépistage systématique apporte plus d'inconvénients que d'avantages.

KCE Reports Vol 11 : Dépistage du cancer du sein.



L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES DANS LES HÔPITAUX...

... des résultats très honorables et une avancée méthodologique

Ce n'est plus un secret pour personne que la consommation d'antibiotiques a atteint des niveaux bien trop élevés et que cela a été à l'origine de l'émergence de souches bactériennes résistantes qui constituent aujourd'hui une menace pour la santé publique.

Plusieurs recommandations pour une limitation de leur usage ont été publiées par la Commission de Coordination pour la politique antibiotique (BAPCOC) depuis 2000. L'un des premiers exercices du KCE a été d'évaluer dans quelle mesure ces recommandations étaient suivies dans les hôpitaux belges. Pour ce faire, il a choisi de se focaliser sur une pathologie bien définie, la pyélonéphrite aiguë (une infection rénale), qui est responsable d'environ 6.000 hospitalisations par an.

Les résultats de l'étude montrent que la plupart des hôpitaux s'en tirent fort honorablement: les recommandations ont été bien suivies pour près de 70% des patients hospitalisés. Dans certains hôpitaux, ce pourcentage atteignait même 100%.

Toutefois, l'essentiel de la plus value de cette étude ne doit sans doute pas être cherché dans ces chiffres, mais plutôt dans la méthodologie employée. Il s'agit d'une méthode mise au point par le KCE, qui permet de comparer de manière très précise le schéma de prescriptions de chaque hôpital avec les recommandations en vigueur. Ces résultats sont obtenus en couplant les données (anonymisées) des RCM (Résultats Cliniques Minimum = les données diagnostiques et cliniques) et des RFM (Résultats

Financiers Minimum = les prestations effectuées et les montants facturés), ce qui permet d'étudier, pour un diagnostic clinique particulier, les variations de schémas antibiotiques administrés ainsi que les différences de coûts qui en découlent.

Ce type de feedback permet d'informer les praticiens sur les éventuelles divergences observées dans leur pratique et de les inciter à se remettre en question sur ce plan.

KCE Reports: Vol 3 : Utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier dans le cas de la pyélonéphrite aiguë. En collaboration avec la BAPCOC.

EVALUER L'ÉVALUATION...

...les feedbacks sont-ils suivis d'effets ?

Des feedbacks vers les praticiens comme celui décrit ci-dessus sont des démarches relativement neuves dans le chef des autorités publiques. Elles sont motivées à la fois par des préoccupations liées aux coûts et par des considérations touchant à la qualité des soins. Comme pour toute démarche nouvelle, il faut se demander si ces feedbacks ont un impact réel sur les prescripteurs.

Une recherche a donc été initiée pour dresser l'inventaire aussi bien des obstacles que des facteurs facilitant le changement de comportement. La première partie de cette recherche, publiée en 2005, s'est intéressée aux résultats d'une campagne incluant un feedback, menée auprès des généralistes par le Conseil National pour la Promotion de la Qualité des soins. Cette campagne portait sur l'usage des antibiotiques et les traitements de l'hypertension artérielle.

KCE Reports: Vol 9 : Feedback : évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation. Rapport de recherche, partie I. En collaboration avec la SSMG, la WVVH et l'INAMI.



Health

- Evaluation des pratiques cliniques et développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice)

- **Evaluation des technologies médicales et des médicaments (Health Technology Assessment)**

- Financement et organisation des soins de santé (Health Services Research)
- Équité et étude du comportement des patients (Equity and Patient Behaviour)

Technology Assessment...

...évaluer le rapport coût-efficacité des (nouvelles) technologies

Lors de l'introduction de nouvelles technologies ou de nouveaux traitements dans les soins de santé, quatre questions se posent: "Cela peut-il marcher?", "Cela marche-t-il en pratique?", "L'avantage qu'apporte cette technologie est-il financièrement abordable?" et "Du point de vue de la société, est-il possible et acceptable de la mettre en application dans la pratique médicale quotidienne?". Le profane pourrait penser que la réponse à ces quatre questions est évidemment "oui". Mais la réalité est souvent autre.

Le 'Health Technology Assessment' (HTA) - en français 'évaluation des technologies de santé' - c'est en quelque sorte répondre avec nuance à ces quatre interrogations. Une nouvelle technologie doit apporter un avantage à toute la société et pas seulement à celui qui l'a inventée ou qui la met sur le marché. En pratique, le HTA peut se traduire par cette question essentielle: comment l'assurance-maladie doit-elle se positionner par rapport à des technologies novatrices potentiellement prometteuses lorsque les preuves de leur efficacité sont encore particulièrement réduites ou incertaines? Tarder à les introduire peut priver les patients de traitements qui pourraient leur sauver la vie. Les introduire trop rapidement peut soumettre les patients à des risques graves et / ou entraîner un dérapage du budget de l'assurance-maladie.

La relation entre l'industrie et le HTA est assez ambiguë. Quand ils proposent un nouveau médicament, un nouvel appareillage ou une nouvelle technique, les fabricants ressentent surtout cette évaluation comme un mécanisme qui ralentit la mise sur le marché de leur produit. Pourtant, une bonne coopération entre l'industrie et les services de HTA peut se révéler bénéfique aux deux parties, par exemple en optimisant l'usage des données scientifiques ou des études cliniques lors des phases de développement. Sans compter qu'une évaluation HTA positive contribue à un usage plus large et plus durable du nouveau produit, ce qui, à long terme, signifie une plus-value considérable pour le partenaire industriel.

Le HTA est un pilier essentiel de la mission du KCE. Non parce que c'est un moyen de justifier des économies dans le secteur de la santé, ou de freiner l'introduction de nouvelles technologies, mais bien parce que c'est une démarche qui peut soutenir les pouvoirs publics dans leur volonté d'offrir une plus-value aux patients et d'utiliser les moyens disponibles de manière efficiente. L'innovation ne va pas nécessairement de pair avec une hausse du coût des soins. Innover, cela signifie proposer des produits meilleurs, mais aussi des résultats meilleurs marché. Par le biais de ses études HTA, le KCE contribue donc à une allocation optimale des moyens limités qui sont disponibles.

Vous trouverez dans cette section un aperçu de quelques études que le KCE a menées en 2004 et 2005 dans la catégorie Health Technology Assessment. Des comptes-rendus plus détaillés ainsi que les rapports intégraux peuvent être consultés sur le site du KCE (www.centredexpertise.fgov.be)

DES PROTHÈSES ENDOVASCULAIRES POUR RÉPARER L'ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE...

... ou pourquoi il aurait mieux valu ne pas introduire cette nouvelle technologie

L'athérosclérose entraîne généralement un rétrécissement ou une obstruction des vaisseaux sanguins. Il arrive toutefois qu'elle produise, paradoxalement, l'effet contraire: un affaiblissement local de la paroi vasculaire, qui donne lieu à un élargissement anormal d'une artère. Une telle déformation, appelée anévrisme, peut prendre des dimensions spectaculaires. Ainsi, l'aorte, dans sa portion abdominale, peut se distendre localement jusqu'à un diamètre de 10 cm ou plus, alors qu'elle a normalement un diamètre de 2 cm à cet endroit.

Urgence

L'anévrisme de l'aorte abdominale est relativement fréquent: il touche en Belgique 50.000 hommes et 10.000 femmes, pour la plupart âgés de plus de 65 ans, qui ont souvent fumé une grande partie de leur vie et qui ont, outre leur anévrisme, d'autres affections cardiaques et vasculaires.

Lorsqu'un anévrisme abdominal n'est pas traité, il grandit. Et plus il grandit, plus rapide est sa dilatation. Jusqu'au moment où il se rompt, accident souvent dramatique. Il n'est pas rare que le patient décède avant son arrivée à l'hôpital.

Lourde opération ...

Dès lors, le remplacement de l'aorte dilatée par une aorte artificielle paraît la solution la plus logique. C'est cependant une opération très lourde, qui se pratique sous anesthésie générale et qui constitue

une charge supplémentaire pour le cœur et les reins de ces patients fragiles. C'est donc une intervention qui est considérée comme risquée.

... ou nouvelle technologie élégante

La réparation endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte abdominale (EVAR pour EndoVascular Aneurysm Repair) a été pratiquée pour la première fois dans les années 90. Une endoprothèse repliée sur elle-même est introduite via l'artère fémorale (au niveau de l'aîne) jusqu'à l'endroit de la dilatation. Elle y est dépliée et suturée de part et d'autre de l'anévrisme. L'aorte dilatée elle-même n'est pas retirée, mais elle se voit dotée d'une sorte de nouveau 'revêtement intérieur' synthétique.

L'intervention semble présenter moins de risques que l'opération classique, car l'abdomen ne doit pas être ouvert. Bref, l'EVAR, modèle d'élégance et de simplicité, est apparue comme l'alternative idéale pour les patients qui ne pouvaient plus subir d'opération. Une technique qui ne présentait que des avantages...?

Désenchantement

L'EVAR a connu un rapide essor. Des dizaines de milliers de personnes ont bénéficié de ce traitement. En Belgique, la technique a été introduite en 2001 et remboursée dans le cadre d'une convention entre l'INAMI et 70 hôpitaux. Cependant,

en 2005, des études cliniques anglaises et néerlandaises ont apporté sur cette nouvelle technologie un éclairage plus mitigé: il s'avéra qu'elle apportait peu d'avantages par rapport à l'intervention classique. Chez les patients trop fragiles pour subir l'opération classique, l'EVAR était à peine plus efficace qu'une surveillance attentive. De plus, l'EVAR se révélait particulièrement cher, non seulement à cause du prix élevé des endoprothèses, mais aussi de l'intensité du suivi post-intervention et du nombre important de ré-interventions. Certaines endoprothèses présentaient des fuites après un certain temps, ou n'étaient pas bien fixées.

A la légère et trop tôt

Tout cela a constitué une raison suffisante pour que le KCE évalue en profondeur les résultats de l'EVAR – tant en Belgique qu'au niveau international. Les conclusions de cette étude sont impitoyables: l'EVAR a été introduit trop rapidement sur le marché, à un moment où son niveau technologique était encore insuffisant. En outre, l'EVAR a été largement diffusé sans preuve suffisante de son efficacité à long terme. La seule manière de vérifier la plus-value d'une nouvelle technologie, c'est d'effectuer des études cliniques rigoureuses, qui ont été insuffisantes dans ce cas. Pour mener à bien des études cliniques solides et étayées, il faut des infrastructures, de l'argent et une collaboration multinationale. Inabordable? A

première vue peut-être, mais que penser alors des 8,6 millions d'euros que l'assurance-maladie belge a consacrés aux seules endoprothèses, sans compter les coûts de l'intervention et du suivi?

Selon le KCE, le traitement EVAR est pratiqué de manière trop dispersée en Belgique. Ensemble, les 70 hôpitaux ont pratiqué 1437 traitements, mais 50 d'entre eux en ont réalisé moins de 20 par an. Trop peu pour bien se familiariser avec la technique.

De plus, la moitié des patients ont été opérés pour de petits anévrismes (< 5,5 cm de diamètre), ce qui est pour le moins étonnant. Des études internationales révèlent en effet que ce zèle thérapeutique ne donne pas de meilleurs résultats qu'une surveillance attentive et une vérification régulière de la croissance de la dilatation.

Le KCE recommande dès lors une concentration de la chirurgie vasculaire lourde dans un nombre limité de centres et l'adoption de meilleurs critères de sélection pour les patients susceptibles de bénéficier de l'EVAR. Le KCE suggère en outre que le financement de cette technique soit modifié.

KCE reports vol 23 : Le traitement électif endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte. En collaboration avec l'Agence Intermutualiste (IMA).



DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE ...

... nécessité de standardisation, de validation et d'accréditation



Les analyses d'ADN et d'ARN dans le sang ou dans d'autres tissus sont devenues essentielles dans certaines maladies infectieuses (hépatite, tuberculose ...) et dans plusieurs formes de cancer (leucémie et cancer du sein notamment). Les nouvelles technologies qui ont fait leur apparition au cours des vingt dernières années dans le domaine de la biologie moléculaire ont permis d'accélérer considérablement les progrès en matière de diagnostic et de suivi du traitement.

Détection rapide et suivi efficace

Les analyses d'ADN ou d'ARN en microbiologie sont plus sensibles et plus rapides que les tests classiques. Ainsi par exemple, on peut maintenant établir en quelques heures, au lieu de plusieurs jours, la présence du *Staphylococcus aureus* multirésistant, la fameuse bactérie qui sévit dans les hôpitaux. Autre exemple: les nouvelles méthodes d'analyses moléculaires facilitent le suivi du traitement de certaines affections virales chroniques comme le HIV ou l'hépatite chronique B ou C.

Les tests moléculaires revêtent également de plus en plus d'importance dans le diagnostic et le traitement de certaines formes de cancer. On a ainsi découvert des marqueurs spécifiques de certaines tumeurs, qui indiquent que les cellules tumorales ont des chances d'être sensibles à certains médicaments très pointus. C'est

(© VIB)

le cas de certains cancers du sein métastatisés, sensibles au trastuzumab (Herceptin) ou d'une forme de leucémie qui peut être traitée par imatinib (Glivec). On s'attend à l'avenir à l'introduction d'un nombre croissant de tels traitements ciblés, qui seront chaque fois couplés à des tests de diagnostic moléculaire pour détecter la présence des marqueurs correspondants.

Expérience belge

Pendant longtemps, en Belgique, les analyses d'ADN et d'ARN à des fins cliniques de routine ont été l'apanage des 8 Centres de Génétique humaine du pays. L'augmentation du nombre d'applications cliniques a ensuite débouché sur l'agrégation, en juillet 2000, de 18 centres de diagnostic moléculaire (CDM). La mission des CDM, telle que décrite dans l'AR du 24 septembre 1998, était prometteuse et ambitieuse. Ces centres devaient rassembler l'expertise disponible dans les laboratoires de microbiologie, d'hématologie et d'anatomo-pathologie. En plus des tests à effectuer, leur tâche comprenait aussi une mission éducative, la mise en oeuvre de contrôles de qualité internes et externes et une évaluation permanente de la validité diagnostique des tests moléculaires. Le budget annuel total que l'assurance-maladie (INAMI) était prête à consacrer aux CDM s'élevait à 6,53 millions d'euros. Mais le 27 janvier 2005, le Conseil d'Etat rejetait la base légale relative aux CDM et donc aussi leur financement ultérieur...

A y regarder de plus près...

Le KCE a étudié dans quelle mesure les CDM avaient atteint entre temps les objectifs de l'expérience. Il apparaît que la création des CDM a permis d'introduire le diagnostic moléculaire en Belgique de manière relativement accessible, et ce au sein d'une enveloppe financière fermée, un système qui offre des garanties contre un éventuel dérapage budgétaire. Les chiffres parlent d'eux-mêmes: les centres ont proposé au total 94 tests différents, le nombre de tests pratiqués a augmenté chaque année – jusqu'à 147.000 en 2004. Chaque année davantage de tests pour le même montant: ce n'est pas mal à première vue.

Cependant, d'après le KCE, le type de financement choisi ne garantit pas que les moyens soient utilisés de manière également efficace dans les 18 CDM. Le KCE émet notamment des réserves à propos de plusieurs factures et constate que le coût par test diverge considérablement d'un centre à l'autre. Il signale également que certaines des attentes initiales n'ont pas été rencontrées par certains CDM, surtout en ce qui concerne la communication, l'éducation, le contrôle de qualité, le fondement scientifique et la transparence. Les CDM ont insuffisamment répondu aux besoins de formation en matière de diagnostic moléculaire des biologistes et des anatomo-pathologistes.

Le KCE met également en évidence le fait que la validation clinique de plusieurs tests est restée minimale. Il est fait usage de méthodes de biologie moléculaires 'maison' dont la qualité est insuffisamment contrôlée. Même pour des tests qui sont réalisés à l'aide de kits de diagnostic commerciaux, une évaluation de la valeur diagnostique de la technique n'est pas réalisée de manière satisfaisante, ou n'est pas bien documentée. Le KCE considère dès lors que l'utilité de nombre de ces tests est insuffisamment prouvée.

Les CDM ont effectué entre eux des contrôles de qualité. Le KCE formule aussi quelques réserves au sujet de tels auto-contrôles. Seuls trois des 18 laboratoires CDM ont obtenu l'agrégation par un bureau externe pour la plus grande partie des tests qu'ils proposaient. Globalement, le KCE conclut que, sur les plans de la méthodologie scientifique et de l'évaluation de nouvelles technologies de pointe, l'expérience des CDM ne peut pas être considérée comme un succès total.

KCE reports vol 20: Diagnostic Moléculaire en Belgique. En collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique.

ARRÊTER DE FUMER...

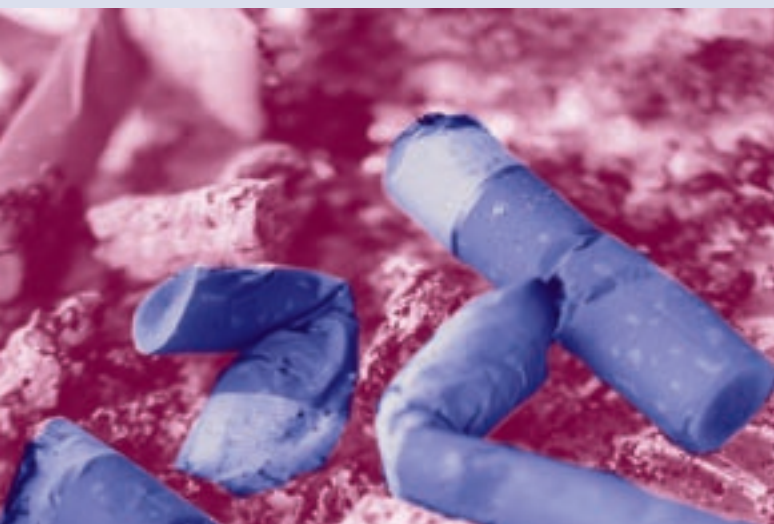
**...presque toutes les stratégies
sont efficaces et rentables**

Le tabac tue. Un fumeur sur deux meurt des conséquences de sa dépendance. Cancer, insuffisance respiratoire, infarctus, thrombose ... sont autant de menaces qui pèsent bien plus sur les fumeurs que sur le reste de la population. C'est regrettable pour le fumeur lui-même, mais ce l'est tout autant pour la société qui paie l'addition de ces frais de maladie astronomiques.

Arrêter le tabac constitue pour les fumeurs la seule manière d'abaisser sensiblement leurs risques. Mais comment s'y prendre? Quelle est la stratégie la plus efficace? Et quel est le rapport coût-efficacité des différentes méthodes existantes?

Le KCE a rassemblé dans une étude toutes les connaissances relatives à l'efficacité et à la rentabilité des traitements médicaux en matière de sevrage tabagique. Tant le traitement nicotinique de substitution (gomme à mâcher, patch de substitution, spray nasal) que le traitement au bupropion – un antidépresseur qui combat l'état de manque – aident efficacement les fumeurs à arrêter de fumer. Le traitement à la nortriptyline, un autre antidépresseur, n'est pas cautionné par suffisamment d'études. Enfin, un soutien psychologique associé au traitement médicamenteux dans un programme de lutte contre le tabagisme augmente son coût plus rapidement que son efficacité. La rentabilité du programme diminue donc avec l'intensité du soutien psychologique tout en restant cependant très bonne par comparaison à d'autres programmes de santé.

KCE reports vol 1 : Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. En collaboration avec la WVVH.



FILTRE LE SANG...

...éviter les risques, à n'importe quel prix?

Le sang se compose de globules blancs et de globules rouges, de plaquettes et de plasma. Lors d'une transfusion sanguine, les globules blancs n'ont aucune utilité thérapeutique ; au contraire, ils peuvent plutôt provoquer des effets secondaires indésirables, tels que la transmission d'agents infectieux. Pour éliminer ces globules blancs, il est possible de filtrer le sang – un processus désigné par le terme médical de leucoréduction ou leucodéplétion. Le sang dont on a filtré les globules blancs est donc d'un emploi plus sûr; mais il est aussi 37% plus cher. Ce prix plus élevé se justifie-t-il?

Oui, estimait la Croix Rouge belge. Tout au moins pour les patients qui courent un risque élevé de réactions indésirables durant une transfusion sanguine. Pour les autres, c'était moins clair. C'est la raison pour laquelle les banques de sang belges avaient pour politique de filtrer uniquement le sang destiné aux groupes à haut risque (leucoréduction sélective).

Cette stratégie mettait la Belgique en porte-à-faux par rapport aux pays voisins, où les globules blancs sont retirés de tous les produits sanguins (leucoréduction universelle). Alors, quelle était la meilleure attitude? La Belgique devait-elle suivre l'exemple étranger? Le KCE s'est penché sur la question.

Il en est ressorti que les banques de sang belges pouvaient difficilement se soustraire à la leucoréduction universelle. La réglementation européenne, qui stipule que les banques du sang doivent introduire 'toutes' les mesures de précaution disponibles, laisse peu de marge à l'interprétation. En cas d'accident, aussi improbable soit-il, la Croix Rouge risque en effet d'être tenue pour juridiquement responsable.

La réglementation européenne actuelle soulève pourtant plusieurs questions. Elle promeut en effet une politique d'investissements médicaux qui est dominée par l'offre technologique croissante et non par les besoins objectifs. Elle génère ainsi le risque que le sang devienne bientôt inabordable. Selon le KCE, l'Europe ferait mieux de prôner des investissements en sécurité "raisonnables et proportionnels à la menace".

KCE reports vol 4: Leucoréduction. Une mesure envisageable dans le cadre de la politique nationale de sécurité des transfusions sanguines.

DES STENTS POUR TRAITER LA STÉNOSE CAROTIDIENNE...

...(pour le moment) à peine plus efficaces que la chirurgie

Un rétrécissement de l'artère carotidienne va de pair avec un risque important d'accident vasculaire cérébral. Plusieurs traitements sont possibles: l'intervention chirurgicale, l'angioplastie (dilatation de l'artère à l'aide d'un ballonnet), le placement d'un stent (petit tuyau en métal qui maintient le rétrécissement ouvert). Malheureusement, aucune de ces options n'est tout à fait idéale, car il n'est pas rare que l'intervention provoque ce que l'on voulait justement éviter: qu'un caillot se libère et aille s'emboliser dans le cerveau.

Une nouvelle technique appelée PCAS (protected carotid artery stenting), en français SCP (stenting carotidien protégé), vient de faire son apparition sur le marché. Elle consiste à introduire dans l'artère, avant le placement d'un stent, un petit filtre protecteur. Le KCE a réalisé une étude systématique de la littérature publiée sur cette nouvelle technique et en conclut que le SCP n'est pas (encore) plus efficace que la chirurgie classique. De plus, cette technique est certainement plus coûteuse en raison du prix élevé du stent. Elle ne se justifie dès lors que chez les patients qui nécessitent une intervention urgente, mais pour qui l'opération chirurgicale classique est contre-indiquée. Un seul hôpital pour tout le pays suffirait pour pratiquer cette intervention.

Pour les autres patients, étant donné que cette technologie est encore expérimentale, il semble raisonnable de la limiter provisoirement aux quelques centres qui participent à des études cliniques randomisées visant à démontrer son efficacité.

Le rapport du KCE sert actuellement de base aux discussions sur le remboursement du SCP en Belgique.

KCE reports vol 13: Traitement endovasculaire de la sténose carotidienne.

LE TRISTE SORT DES PATIENTS STOMISÉS...

... service insuffisant et marché trop peu ouvert

Une stomie est l'abouchement de l'intestin à la peau (anus artificiel) ; on y fixe une poche de recueil. La stomie est nécessaire, de manière provisoire ou définitive, après certaines opérations de l'intestin.

En comparant les prix au niveau international, le KCE a pu vérifier que le coût total du matériel de stomie pour les patients belges se situait bien dans la moyenne européenne. Cependant, la majeure partie de ces coûts est destinée au circuit de distribution - jusqu'à 60% du prix final pour certains produits comme les poches de stomie. Malgré cette marge, il semble que le patient ne puisse compter sur un service après-vente de qualité. Et c'est précisément là que le bât blesse, affirme le KCE.

Dans le système actuel, les patients ont droit à une 'dotation' trimestrielle qui leur impose une quantité fixe de matériel de stomie d'un seul type. Un système rigide, qui répond mal aux besoins particuliers de chaque patient. Le KCE recommande que le

patient puisse utiliser le forfait qu'il reçoit de l'assurance-maladie pour choisir le matériel qui lui convient le mieux. Sur base d'un forfait fixe, il aurait la possibilité de choisir lui-même le nombre et le type de produits qu'il souhaite, de préférence avec l'aide d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en stomathérapie, à condition toutefois que ces stomathérapeutes se dotent d'un code de déontologie.

La suppression des limitations légales permettrait en outre de libéraliser le marché et de stimuler la concurrence en jouant sur la qualité, les prix et les services. Une évolution qui serait positive tant pour le patient que pour l'assurance-maladie.

Le KCE plaide donc ici pour un modèle de soins durable dans lequel le patient serait informé de manière objective et aurait l'opportunité de faire ses choix en toute connaissance de cause.

KCE reports vol 21 : Matériel de stomie en Belgique. En collaboration avec la KUL et Deloitte.

PET-SCANNERS EN BELGIQUE ...

... 'trop is teveel'

Avec ses 13 PET scanners 'agréés', ajoutés à une poignée d'autres scanners 'non-agréés', la Belgique se place en tête au niveau international en matière de tomographie par émission de positrons. Cette technologie d'imagerie médicale s'applique essentiellement, dans la pratique clinique, à la recherche de métastases dans certaines formes de cancer.

Dans une étude récente, le KCE démontre que 10 PET-scanners suffiraient amplement, en Belgique, pour assurer des soins de santé performants. Avec 13 PET-scanners reconnus, il y a donc une surcapacité de ces services. Une certaine surcapacité peut cependant se justifier pour des raisons d'accessibilité géographique et de développement de la recherche scientifique clinique. Certains chercheurs PET belges ont une renom-

mée internationale. D'accord, estime le KCE, mais il ne faut pas pour autant répercuter les coûts de ce nombre élevé de scanners sur l'assurance-maladie.

KCE reports vol 22 : Tomographie par émission de positrons en Belgique

TEST DES PEPTIDES NATRIURÉTIQUES...

... utile comme outil de diagnostic dans des cas difficiles

Il n'est pas toujours facile pour le médecin de déterminer la cause d'un essoufflement chez un patient. Faut-il d'emblée envisager le pire et présumer une maladie pulmonaire ou cardiaque grave? Ou au contraire banaliser le symptôme et attendre? Heureusement, le médecin dispose d'un nouveau test: l'analyse des peptides natriurétiques (PN). Les PN sont des hormones normalement secrétées par le cœur, dont la concentration augmente en cas d'insuffisance cardiaque.

Cependant, même si ce test PN est bien pratique, ses conditions d'utilisa-

tion ne sont pas très claires. Bien que ce soit au départ un test de diagnostic, il est utilisé dans certains hôpitaux pour assurer le suivi thérapeutique de patients souffrant d'insuffisance cardiaque déjà connue. D'autres rêvent de l'utiliser comme instrument de 'screening' pour dépister des maladies cardiaques chez des personnes qui ne se plaignent de rien.

Le KCE a donc étudié ce que dit la littérature scientifique sur l'utilité réelle du test PN. Il propose à l'assurance-maladie de ne rembourser ce test que lorsqu'il est utilisé comme outil de diagnostic en urgence, dans les cas difficiles, c'est à

dire lorsque le médecin a des doutes sur la cause de l'essoufflement. Dans ce cas, un test anormal n'a pas une grande signification, mais par contre, un résultat normal permet d'exclure de manière fiable l'insuffisance cardiaque. Tout autre usage du test PN n'est, en ce moment, étayé par aucune base scientifique suffisante.

KCE reports vol 24 : L'emploi des peptides natriurétiques dans l'approche diagnostique des patients présentant une suspicion de décompensation cardiaque.

LA CAMÉRA-PILULE ...

... ou quand la fiction rejoint la réalité

Une minuscule caméra vidéo, enrobée dans une grosse gélule transparente, se promène dans l'intestin en prenant deux images par seconde et envoie ses prises de vue à un mini-enregistreur porté à la ceinture. Huit heures plus tard, le médecin visionne le film. Un nouveau scénario de science-fiction? Pas du tout: c'est aujourd'hui une réalité!

Avec les méthodes classiques d'investigation du tractus gastro-intestinal que sont la gastroscopie et la colonoscopie, le médecin n'a accès qu'à l'estomac et la première partie de l'intestin grêle d'une part, au gros intestin et à la partie terminale du grêle d'autre part. L'essentiel de l'intestin grêle reste inaccessible aux endoscopes souples, car trop long, trop étroit et trop sinueux. Avec la vidéo-capsule, cette zone intermédiaire devient à son tour visible.

L'avis du KCE est que cette nouvelle technologie apporte un avantage net par rapport aux techniques d'endoscopie classiques, mais uniquement pour les personnes - relative-

ment peu nombreuses - qui présentent des saignements digestifs dont on ne peut identifier la cause, ce que l'on appelle les saignements occultes. Il est possible que la vidéo-capsule puisse se révéler utile dans d'autres indications, mais pour l'instant, il n'y a pas assez d'évidence scientifique en ce sens. C'est pourquoi le KCE recommande le remboursement de cette nouvelle technologie dans le cadre limité de l'exploration de saignements intestinaux occultes.

Le KCE souligne également que la lecture des images délivrées par la vidéo-capsule demande beaucoup de temps et exige une solide expertise. Pour couvrir les besoins cliniques actuels, cette technologie peut donc être limitée à quelques centres en Belgique.

KCE reports vol 25 : Endoscopie par capsule.



Health

- Evaluation des pratiques cliniques et développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice)
- Evaluation des technologies médicales et des médicaments (Health Technology Assessment)
- **Financement et organisation des soins de santé (Health Services Research)**
- Équité et étude du comportement des patients (Equity and Patient Behaviour)

Services Research...

... pour des soins de santé de qualité à un prix

Les soins de santé représentent aujourd'hui non seulement une matière complexe mais aussi... un important secteur économique. Les chiffres parlent d'eux-mêmes: tous les jours, près de trois cent mille personnes oeuvrent pour la santé des dix millions de Belges. Aux trente et quelque milliers de médecins s'ajoutent des dizaines de milliers d'infirmiers, de pharmaciens, de dentistes, de paramédicaux (kinésithérapeutes, logopèdes, diététiciens), etc. Sans oublier les centaines d'hôpitaux et d'institutions de soins diverses.

Tous ces soins médicaux, y compris les médicaments consommés, coûtent de l'argent, beaucoup d'argent. En vingt-

cinq ans, les dépenses en matière de soins de santé ont plus que triplé. Nous consacrons des sommes colossales à notre santé. Mais il est vrai que nous recevons aussi beaucoup en retour:

Il entre dans la mission du KCE de s'intéresser au financement et à l'organisation des soins de santé. Car des soins de santé de qualité n'ont de sens que s'ils restent payables. Dans un contexte de progrès techniques, de croissance des coûts et de vieillissement de la population, tous les Belges souhaitent en effet que les soins de santé restent accessibles à tout un chacun.

Vous trouverez dans cette section un aperçu de quelques études que le KCE a menées en 2004 et 2005 dans la catégorie Health Services Research. Des comptes-rendus plus détaillés ainsi que les rapports intégraux peuvent être consultés sur le site du KCE (www.centredexpertise.fgov.be)

FINANCEMENT DES MÉDICAMENTS HOSPITALIERS...

... la Belgique fait exception en Europe

La manière dont la Belgique finance ses médicaments hospitaliers est unique. Tous les médicaments consommés par chaque patient dans les hôpitaux belges sont remboursés individuellement, prescription par prescription, par l'assurance-maladie. Une exception a été instaurée en 1997 pour les antibiotiques administrés préalablement à une intervention chirurgicale, qui ont fait l'objet d'un paiement forfaitaire variant en fonction du type d'intervention.

Une mesure fraîchement accueillie

Après le succès de ce ballon d'essai, le ministre a souhaité, en 2002, étendre cette mesure forfaitaire à d'autres classes de médicaments utilisés dans les hôpitaux. Cette proposition, qui ne portait pour autant que sur une liste limitative de médicaments administrés lors d'opérations chirurgicales, a fait l'objet de plusieurs critiques négatives.

Le gouvernement reste cependant fidèle à sa volonté de poursuivre la rationalisation des dépenses en matière de médicaments hospitaliers. Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy Demotte attendait un avis de la Commission de concertation multipartite (médecins, hôpitaux, organismes assureurs et autorités) pour avancer sur ce sujet. Parallèlement, pour soutenir la réflexion de la Commission multipartite, le Ministre a aussi demandé au KCE de comparer le système de financement belge avec celui de six pays de référence.

'All-in case-mix' chez nos voisins

Le rapport du KCE passe en revue les systèmes de financement des médicaments hospitaliers en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, au Royaume Uni et au Canada. Tous ces pays ont récemment introduit une réforme en profondeur du financement de leurs hôpitaux, ou sont sur le point de le faire. Une description tant des anciens que des nouveaux systèmes met en évidence une tendance générale vers un financement global basé sur la nature et la gravité des maladies traitées. En d'autres termes, un financement prospectif des hôpitaux via des forfaits par pathologie ou, dans un jargon plus spécialisé, un financement 'all-in case-mix'.

Les montants fixés par type de pathologie sont en général des forfaits globaux qui comprennent non seulement les médicaments hospitaliers mais aussi les honoraires des soignants. Dans la plupart des pays, certaines catégories de médicaments coûteux et/

ou innovateurs – surtout les cytostatiques, les anticorps monoclonaux et les dérivés sanguins, c'est-à-dire des produits qui ne sont pas utilisés dans tous les hôpitaux – sont financés séparément, pour respecter l'équité dans le financement.

Unique

Comparativement aux pays étudiés, la Belgique présente donc une situation unique. Le KCE ne se prononce cependant pas sur les avantages et les inconvénients du système belge actuel, car une telle analyse ne faisait pas partie de sa mission, uniquement descriptive. Le KCE ne formule pas non plus de recommandations à l'intention des responsables politiques. Ces recommandations sont en effet de la compétence de la Commission multipartite.

KCE reports vol. 8: Systèmes de financement des médicaments hospitaliers: étude descriptive de certains pays européens et du Canada.



MONTANTS DE RÉFÉRENCE DANS LES HÔPITAUX ...

**...une mesure visant à lutter contre la surconsommation,
mais qui s'avère peu efficace**

Les hôpitaux consomment une bonne part du budget des finances publiques pour les soins de santé. Pas étonnant, dès lors, que l'on se pose parfois des questions quand on constate des différences de facturation entre hôpitaux pour un même traitement. Depuis des années, on essaie, de manière ouverte ou détournée, de réformer le financement des hôpitaux, mais c'est un débat extrêmement complexe et délicat, dans lequel beaucoup d'intérêts contradictoires entrent en jeu.

La carotte ou le bâton

Le système des montants de référence a été introduit en 2002 pour lutter contre la surconsommation dans les hôpitaux. Pour certaines interventions chirurgicales ainsi que pour les accouchements, les hôpitaux doivent rembourser l'assurance-maladie s'ils facturent sensiblement plus que la moyenne globale. Les hôpitaux les plus chers sont en outre rendus publics sur le site internet de l'INAMI.

Avant l'implémentation complète de ce système, il a été explicitement demandé dans l'Accord gouvernemental Verhofstadt II une évaluation de son fonctionnement après une courte période de rodage, ainsi que des propositions éventuelles d'amélioration.

Une première en matière de couplage de données

Cette mission a été confiée au KCE. Un véritable défi! Le système des montants de référence est en effet très complexe sur le plan technique comme sur le plan des enjeux. Dans un premier temps, il fallait relier entre elles des banques de données difficiles à manipuler. Puis effectuer des analyses et des simulations sophistiquées. Et enfin, il fallait formuler des conclusions et des recommandations délicates sur le plan politique. Qui plus est, endéans un délai particulièrement serré.

L'étude a été réalisée à partir de données de l'année 2002, avant et après l'introduction des mon-

tants de référence. Les données cliniques des hôpitaux ont été couplées avec des données longitudinales des mutualités, qui fournissent des informations sur les patients en dehors des séjours hospitaliers. Un tel couplage de données est une première dans le secteur belge des soins de santé.

“Des montants de référence? De quoi voulez-vous parler?”

Il ressort de l'étude du KCE que les directeurs d'hôpitaux et les médecins ont une connaissance très restreinte du système des montants de référence et des mesures qui y ont trait, contrairement à d'autres méthodes de limitations des dépenses. Les hôpitaux demandent même à recevoir davantage d'information et de communication de la part des pouvoirs publics. Il n'est dès lors pas étonnant que l'impact de cette mesure sur la pratique hospitalière soit resté très limité.

Les grands surconsommateurs passent au travers des mailles du filet

Le KCE n'est pas non plus totalement satisfait du mode de calcul technique des montants de référence. Ce mode de calcul oblige presque tous les hôpitaux à effectuer des remboursements, mais ceux-ci portent sur des montants peu élevés. Par exemple, sur base des chiffres de 2000, tous les hôpitaux devraient rembourser au total moins de 3 millions d'euros. Un seul des hôpitaux n'aurait rien à rembourser, tandis que le plus 'sanctionné' devrait rembourser environ 130.000 euros.

Pour le KCE, le système des montants de référence tel qu'il est appliqué actuellement n'atteint pas les hôpitaux responsables de la plus grande surconsommation. Il propose dès lors plusieurs méthodes de calcul alternatives. Mais le KCE fait aussi remarquer que lutter de cette manière contre la surconsommation sera difficile tant que les montants de référence ne porteront que sur un nombre limité d'interven-

tions. Le KCE plaide dès lors pour une extension du système à l'hospitalisation de jour et aux séjours non-chirurgicaux.

Absence de stimulation positive

Le KCE constate par ailleurs que l'introduction des montants de référence ne comporte que des incitants négatifs en vue d'endiguer une consommation trop élevée. Aucun incitant positif n'est prévu pour récompenser une consommation efficace des ressources disponibles. Il n'est dès lors pas impensable que le système des montants de référence entraîne finalement une augmentation paradoxale des dépenses. En effet, les sanctions sont appliquées à partir du moment où un hôpital dépasse de plus de 20% le prix moyen d'un traitement. Concrètement, le danger existe donc bel et bien qu'un hôpital 'bon marché' – qui facture moins que la moyenne pour un traitement – ne soit tenté d'augmenter sa facturation. Ce qui ferait à nouveau grimper la moyenne, et ainsi de suite...

D'un financement rétrospectif à un financement prospectif

Etant donné les lacunes techniques du système des montants de référence et son impact très limité, le KCE recommande aux décideurs politiques de le remettre en question. Une refonte plus globale du financement des hôpitaux ne serait-elle pas une meilleure option? Actuellement, un hôpital est financé en partie sur base des prestations fournies (financement rétros-

pectif), ce qui ne favorise pas un usage parcimonieux des ressources. Une alternative – comme cela se fait de plus en plus chez nos voisins – serait de fixer à l'avance le montant alloué dans un forfait. Les dépassements éventuels seraient pris en charge par les hôpitaux et non plus par les pouvoirs publics.

Le KCE se rend toutefois compte qu'aucun système de calcul prospectif ne peut tenir compte de tous les facteurs qui ont un impact sur les dépenses d'un hôpital. Une option réaliste serait un système combinant les deux approches: l'hôpital connaît à l'avance une partie importante de son financement (approche prospective) tandis qu'une part limitée serait calculée a posteriori sur la base des prestations effectuées (approche rétrospective).

Dans les suites de cette étude, certains aménagements ont déjà été apportés au système des montants de référence dans les dernières mesures légales en matière de soins de santé.

KCE reports vol.17A. Evaluation des montants de référence. En collaboration avec l'Agence Intermutualiste, l'UZGent et l'UCL.

SOUS-FINANCEMENT DES HÔPITAUX...

...le KCE ne peut valider le rapport de la Commission d'examen

En 2003, la Commission d'examen du sous-financement des hôpitaux a évalué le manque de moyens dans les hôpitaux à 364 millions d'euros. Cette Commission se composait de représentants des fédérations hospitalières, des organismes assureurs, des organisations professionnelles de médecins, des cabinets ministériels, de l'INAMI et du SPF Santé publique. Suite à cette évaluation, le gouvernement a dégagé des moyens supplémentaires pour les hôpitaux, en les limitant toutefois à 32,2 millions d'euros en 2003 et à 42,9 millions d'euros en 2004. Mais avant d'aller plus loin, le gouvernement souhaitait obtenir l'assurance qu'une injection supplémentaire de plusieurs centaines de millions était bien justifiée. Le KCE a dès lors été chargé de vérifier si les données et la méthodologie du rapport de la Commission d'examen étaient correctes.

Après une analyse détaillée, le KCE affirme que le montant avancé par la Commission d'examen ne peut être validé. Le Centre d'expertise émet des réserves quant à la fiabilité des données sur lesquelles reposent les conclusions de la Commission et estime que la méthodologie suivie manque de clarté.

KCE reports vol.7: Validation du rapport de la Commission d'examen du sous-financement des hôpitaux. En collaboration avec Ernst & Young.

LE COÛT DES PROTHÈSES DENTAIRES...

... une facturation séparée favoriserait la transparence

Le gouvernement avait inclus dans son programme gouvernemental un audit externe des mécanismes de fixation du prix des prothèses dentaires, avec pour objectif de favoriser la transparence et la concurrence en la matière. Lorsque le KCE a débuté son étude, le secteur a décliné toutes les demandes de collaboration. Il n'a donc pas été possible de rassembler dans le temps imparti des données chiffrées suffisantes pour évaluer avec précision le coût des prothèses dentaires. Le KCE a finalement dû recourir à des sources alternatives d'information.

Aujourd'hui, pour une prothèse dentaire, le patient paie une facture uni-

que ... au dentiste. Cette facture comprend le travail du dentiste - diagnostic, prise d'empreinte et placement - et le prix de la prothèse. Le KCE constate qu'en général la part du lion va au dentiste et que seule une part minime du montant facturé est laissée au laboratoire dentaire. On peut dès lors se demander dans quelle mesure les laboratoires peuvent encore fournir un produit de qualité vu le montant qui leur est laissé.

Le KCE recommande dès lors que les dentistes et les laboratoires rédigent désormais des factures séparées. Cela implique une révision de la nomenclature des prothèses. Les nouveaux honoraires devraient toutefois être calculés de ma-

nière à favoriser les soins buccaux conservateurs par rapport aux prothèses.

Le KCE souhaite également que des procédures d'agrément et de contrôle soient introduites pour garantir la qualité des laboratoires dentaires et de leurs produits.

KCE reports vol.10: Les coût des prothèses dentaires. En collaboration avec Altran et l'UGent



SANG ET PRODUITS SANGUINS...

... stimuler une politique de transfusion rationnelle plutôt qu'un système de financement alternatif

Dans une étude sur le financement du sang et des produits sanguins, le KCE constate que pour un même type d'intervention, il existe de grandes différences entre hôpitaux dans l'utilisation de sang. Certains hôpitaux consomment des dérivés sanguins avec parcimonie, d'autres en consomment beaucoup.

La solution, suggérée à l'époque, de financer le sang sur base d'un forfait par type d'affections traitées n'est pas une bonne option, estime le KCE. Une transfusion est en effet un événement rare et difficile à prévoir.

Le KCE propose plutôt de réduire la consommation de sang en renforçant les comités de transfusion locaux. Depuis leur création en 2002, ces comités doivent garantir une politique mo-

derne de transfusion en Belgique. Ils doivent rédiger des directives en matière de transfusion et veiller à leur suivi. Il est dès lors surprenant de constater qu'en 2005, tous les hôpitaux ne disposent pas encore de telles directives. En outre, il ne serait pas difficile d'élaborer un système de détection simple pour repérer les grands utilisateurs. L'hôpital concerné pourrait ensuite être mis en demeure d'améliorer ses procédures internes.

KCE reports vol. 12: Etude d'une méthode de financement alternative pour le sang et les dérivés sanguins labiles dans les hôpitaux. En collaboration avec l'UCL, la Croix Rouge et het Rode Kruis.

PEUT-ON PRÉDIRE L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ? ...

... l'évolution du budget des soins de santé sous la loupe

L'accessibilité des soins de santé suscite beaucoup d'intérêt dans le public comme dans les médias. Les effets à long terme du vieillissement de la population mobilisent l'attention des décideurs, mais les évolutions à plus court terme les préoccupent également. A quelles dépenses faut-il s'attendre dans six mois, un an, trois ans...? Les réponses à ces questions importent non seulement pour établir le budget, mais aussi pour évaluer l'impact d'éventuelles mesures politiques.

Il y a sans nul doute de grands intérêts en jeu et tout le monde est d'accord pour dire que la croissance accélérée des dépenses durant ces dernières années n'est

pas près de ralentir. Il est dès lors logique que le KCE ait intégré la question de l'évolution des dépenses dans son programme d'étude.

L'étude menée par le KCE poursuivait un double objectif: d'une part, mieux comprendre les évolutions historiques des soins de santé, et d'autre part, étudier dans quelle mesure des techniques d'estimations prédictives pouvaient être appliquées.

Les résultats montrent en tout cas que la Belgique possède assez bien de données statistiques, mais qu'elles sont encore trop peu accessibles et que leur utilité est trop peu prise en compte lors de l'élaboration de modèles prévisionnels. Pour le reste,

le projet fournit des éléments importants pour l'élaboration de tels modèles.

Le Centre d'expertise prévient cependant qu'il importe de réfléchir soigneusement aux étapes concrètes ultérieures. Quelle place un modèle prévisionnel peut-il occuper au sein des structures décisionnelles actuelles en Belgique? Et quel sera son impact? Il est en effet inutile de construire un modèle qui serait peu utilisé.

KCE reports vol. 15: Evolution des dépenses de santé. En collaboration avec l'Agence Intermunicipale, la KUL et le Bureau fédéral du Plan.

ERREURS MÉDICALES ...

... Une assurance no fault est-elle payable?

Plusieurs idées circulent sur la manière dont on pourrait faire évoluer les règles du droit de la responsabilité médicale. Le gouvernement songe à un nouveau système dans lequel les victimes seraient dédommagées des conséquences d'actes médicaux indésirables, sans avoir besoin de prouver qu'il y a eu faute. En même temps, toute action en responsabilité civile à l'encontre du prestataire de soins serait exclue. Reste à savoir si une telle assurance no fault est abordable.

Un groupe d'acteurs chargés d'une étude par le KCE est arrivé à la conclusion qu'une telle mesure mènerait à une multiplication par 9,5 du nombre de dossiers de dédommagement. Ce qui ne veut pas dire pour autant que le coût annuel d'un système d'assurance pour la couverture d'accidents médicaux – qui avoisine aujourd'hui les 25 millions d'euros – aug-

menterait aussi d'un facteur 9,5. L'expérience de systèmes étrangers montre en effet que dans les pays où existe un système no fault, les dédommagements payés pour chaque sinistre sont moins élevés que ceux qui résultent d'un jugement au tribunal. Qui plus est, le système no fault permet des économies de frais d'expertise et de procédure puisque la faute ne doit plus être démontrée.

Plusieurs options sont possibles pour faire évoluer les règles de droit de la responsabilité médicale vers un système no fault. Le coût du système dépend à cet égard moins de son organisation que de la manière dont le dommage est défini et de l'ordre de grandeur des dédommagements. Ceux-ci ne sont actuellement pas encore fixés.

Par ailleurs, le Centre d'Expertise constate également qu'il a été très difficile d'obtenir des informations sur les mon-

tants qui sont actuellement alloués aux victimes d'erreurs médicales. La plupart de ces données ne sont pas enregistrées de manière systématique, et cela depuis longtemps. Cela veut dire qu'il faudrait extraire manuellement les données nécessaires des dossiers-papier des compagnies d'assurance si l'on veut arriver à une évaluation fiable. Un processus qui demanderait du temps et de l'argent.

KCE reports vol.2: Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase I: Définition des données statistiques nécessaires pour établir une politique de santé publique en lien avec les accidents médicaux et pour permettre une évaluation budgétaire d'un nouveau dispositif d'indemnisation des erreurs médicales et des aléas thérapeutiques. En collaboration avec MARSH et l'Agence Intermutualiste.

ITINÉRAIRES CLINIQUES POUR CALCULER LES HONORAIRES DES MÉDECINS HOSPITALIERS ...

... faisable pour des interventions simples, compliqué et contraignant pour des interventions complexes

Les hôpitaux belges sont financés de deux manières: via un budget pour l'hôtellerie et les soins infirmiers et via une quote-part sur les honoraires relatifs aux actes prestés par les médecins hospitaliers. Concernant cette dernière source de financement, le KCE a étudié, à la demande du Ministre Rudy Demotte et de la structure de concertation multipartite (médecins, hôpitaux, organismes assureurs et autorités), la faisabilité d'une forme alternative de financement via des 'itinéraires cliniques'.

Un itinéraire clinique décrit quelles successions d'actes les médecins, infirmiers et autres prestataires de soins doivent accomplir dans l'hôpital pour diagnostiquer ou traiter une pathologie spécifique. De plus en plus d'hôpitaux belges utilisent des itinéraires cliniques pour organiser la pratique hospitalière. Concrètement, le ministre souhaitait savoir si les itinéraires et directives cliniques

étaient utilisables pour calculer de manière scientifiquement valide le coût des honoraires des médecins hospitaliers.

Le rapport établit que le calcul du prix standard pour des honoraires médicaux sur base d'un itinéraire clinique n'est possible que pour des interventions simples chez un patient sans autres problèmes. Il ne se prête guère aux pathologies plus compliquées. De plus, ce calcul prend beaucoup de temps. Les itinéraires cliniques ne semblent dès lors pas une bonne base pour déterminer un financement prospectif des interventions chirurgicales dans l'hôpital.

KCE reports vol.18: Utilisation des itinéraires cliniques et guides de bonne pratique afin de déterminer de manière prospective les honoraires des médecins hospitaliers: plus facile à dire qu'à faire.



Equity

- Evaluation des pratiques cliniques et développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice)
- Evaluation des technologies médicales et des médicaments (Health Technology Assessment)
- Financement et organisation des soins de santé (Health Services Research)
- **Equité et étude du comportement des patients (Equity and Patient Behaviour)**

and Patient Behaviour...

.... assurer l'accès à des soins de qualité pour tous

Dans l'organisation des soins de santé, la qualité, l'efficacité et les rapports coût/bénéfice ne sont pas les seuls déterminants à prendre en considération. Une autre question est centrale: celle de l'équité dans l'accès aux soins. Jusqu'à présent, c'est un domaine qui a été très peu exploré en Belgique.

Sur le plan économique, des mesures ont été prises ces dernières années pour limiter le poids du coût des soins de santé dans le budget des populations les plus vulnérables. Mais l'impact de ces mesures sociales n'a jamais été évalué avec rigueur: sont-elles efficaces? perfectibles? N'engendrent-elles pas des effets paradoxaux auxquels on n'avait pas pensé?

D'autres déterminants doivent également être pris en considération dans la question de l'accessibilité. Tous les aspects sociologiques, notamment, sont très importants. On sait par exemple que les comportements des patients ne sont pas uniquement guidés par des considérations rationnelles. Des habitudes culturelles particulières, un manque d'information, un déséquilibre entre offre et demande,... sont autant d'éléments qui entrent aussi en ligne de compte et qu'il convient de bien comprendre pour concevoir des réglementations qui puissent assurer à tous l'accès à des soins de qualité.

Vous trouverez dans cette section un aperçu de quelques études que le KCE a menées en 2004 et 2005 dans la catégorie Equity and Patient Behaviour. Des comptes-rendus plus détaillés ainsi que les rapports intégraux peuvent être consultés sur le site du KCE (www.centredexpertise.fgov.be)

LE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCE ...

... pas comme à la télé!

Les services d'urgences des hôpitaux sont de plus en plus engorgés. Les personnes qui s'y présentent sont loin d'être toutes en situation critique au point de nécessiter des soins immédiats. Cela risque de diminuer l'efficacité de ces services, avec des conséquences dommageables pour les 'vrais' cas d'urgences.

On peut d'ailleurs se demander si le succès de séries télévisées américaines n'a pas contribué à donner au public une image romancée et inexacte de ce que peuvent offrir ces services et à faire naître des attentes qu'ils ne sont pas en mesure de satisfaire.

Depuis 2003, en vue de 'responsabiliser' le public, les hôpitaux ont été autorisés à réclamer un forfait de 12.5 euros à toute personne se présentant aux urgences de façon jugée inappropriée. Ce forfait est devenu obligatoire en 2005, tout en passant à 9.5 euros. La question qui a été posée au KCE est de savoir si cette mesure va dans le bon sens pour contingentier les recours inadéquats aux services d'urgences. Au-delà de cette question, il a également été demandé de définir les raisons de cet excès de consultations inappropriées et de dessiner des pistes pour solutionner le problème.

Une enquête sur le terrain

Les experts du KCE ont mené cette étude en collaboration avec des équipes universitaires de médecine générale et de médecine d'urgence. Celles-ci ont notamment effectué une enquête auprès des utilisateurs des services d'urgence de 9 grands hôpitaux du pays (975 patients), ainsi qu'auprès de personnes qui avaient fait appel au médecin de garde dans 5 services de garde en médecine générale (673 patients).

Leurs résultats indiquent que le public n'est généralement pas au courant de l'existence du forfait à payer. S'ils se rendent aux urgences, c'est parce qu'ils ont l'impression que leur problème est grave et /ou urgent, et parce qu'ils pensent trouver dans ce service des médecins disponibles et un équipement adapté. A cela s'ajoute le fait que les urgences sont ouvertes 24h sur 24 et 7 jours sur 7. A noter que les personnes interrogées sous-estiment généralement le temps d'attente.

63% des personnes interrogées sont venues aux urgences de leur propre initiative. Peu ont envisagé de consulter d'abord un médecin généraliste ou un service de garde. L'existence d'un forfait à payer ne semble pas de nature à influencer leur démarche.

Des initiatives combinées

Le KCE conclut que pour optimiser le recours aux services d'urgences, il convient de mettre en place des stratégies politiques combinées et non des mesures individuelles et isolées comme le paiement d'un forfait. Le KCE suggère donc de combiner cette contribution financière obligatoire avec des campagnes d'information sur les rôles et la répartition des tâches des différents services existants, et avec le développement d'une offre alternative de qualité, accessible et abordable, pour les demandes non-urgentes.

Ce qui repose aussi toute la question de l'organisation des soins de première ligne.

KCE Reports: Vol 19: Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. En collaboration avec l'UA, l'UCL, et l'UGent

LA FACTURATION DE SUPPLÉMENTS HOSPITALIERS ...

....la porte ouverte à la médecine à deux vitesses?

Les suppléments facturés par les hôpitaux sont de plus en plus élevés ; il s'agit non seulement de suppléments de confort pour chambres à un ou deux lits, pour frais d'hôtellerie (téléphone, TV,...) mais aussi pour couvrir des frais médicaux (honoraires, matériel chirurgical, sondes d'alimentation, etc).

Ces suppléments peuvent avoir la fonction de modérer les dépenses engagées par les patients et les prestataires de soins, et ainsi de permettre de maintenir la contribution de chaque citoyen au financement de la sécurité sociale dans des limites acceptables. Mais on peut se demander aussi dans quelle mesure l'augmentation de ces suppléments ne freine pas l'accessibilité des soins pour les plus démunis et pourrait préfigurer l'apparition d'une "médecine à deux vitesses".

Pour ce faire, il est besoin de recenser et de chiffrer objectivement tous ces suppléments et d'évaluer leur impact sur la consommation de soins par les différentes catégories de la population. Cela favorise-t-il la prévention, ou au contraire cela pousse-t-il les gens à retarder les soins nécessaires jusqu'au moment des complications?

Une analyse de tous ces aspects socioculturels, économiques et démographiques de la question est attendue dans le courant de 2006. Elle sera suivie d'une étude sur l'impact de l'instauration du MAF (Maximum à facturer).

PERSPECTIVES

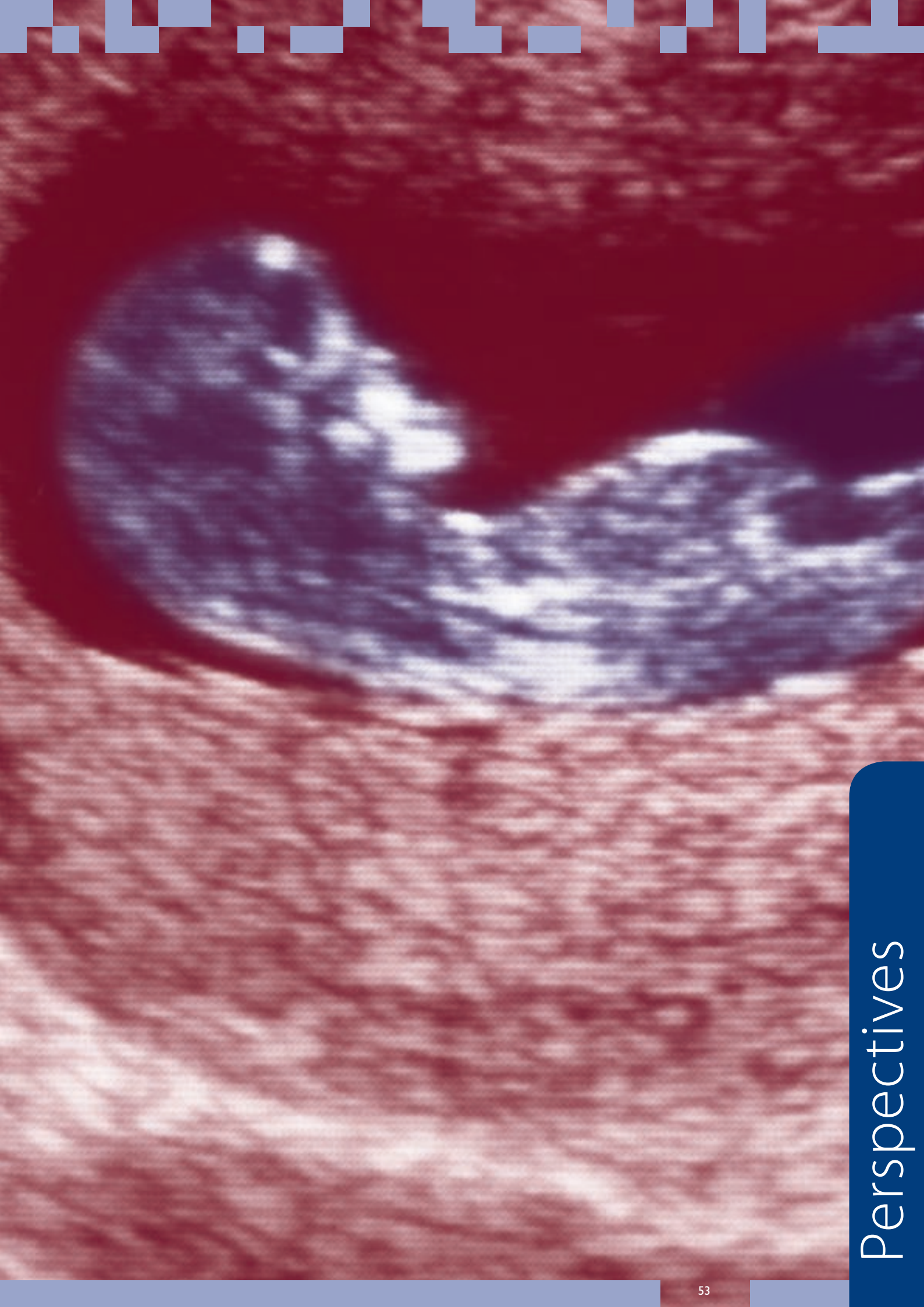
L'objectif premier du KCE est de raccourcir la distance entre l'“evidence” scientifique et la politique de soins de santé. Etant donné le contexte actuel de restriction des ressources, la tendance est à la rationalisation des décisions politiques ; les domaines d'investigation du KCE s'élargiront donc probablement encore dans les années à venir. Cette extension se marquera aussi sur le plan international, comme en témoigne la prise de position commune des ministres de la Santé publique et de l'OCDE: 'Health system must seek better value for money'.

Même si le chemin à parcourir est encore long, on peut déjà noter quelques évolutions prometteuses. A l'avenir, le KCE devra encore travailler à établir de bonnes relations avec les groupes d'intérêt, à renforcer son réseau d'expertise et à étendre ses collaborations internationales.

La communication avec les décideurs, les prestataires de soins, les patients et le grand public devra assurément recevoir davantage d'attention, notamment sur de nou-

velles questions où le KCE effectue un travail de pionnier, comme par exemple les conséquences sociales et éthiques qu'entraîne l'introduction de nouvelles technologies et les champs de tension entre les choix individuels et collectifs. Comme les institutions équivalentes dans les pays voisins, le KCE devra chercher une manière de mieux impliquer les patients et citoyens dans ses projets de recherche. Les premières expériences menées avec des associations de patients sont encourageantes à cet égard.

Il revient au lecteur de ce rapport annuel de se faire une opinion sur la manière dont le KCE, malgré son jeune âge, a déjà réussi à nouer des liens entre tous les acteurs concernés et a ainsi contribué à créer des soins de santé plus efficaces.



Rapport Financier

Comptes arrêtés au 31 décembre

BILANS					
ACTIF			PASSIF		
	2004	2005		2004	2005
Actifs immobilisés	473 937	216 207	Capitaux propres	8 297 842	10 957 704
Immobilisations incorporelles			Bénéfices reportés	8 297 842	10 957 704
Etudes et plans	706				
Concessions, licences	1 028				
Immobilisations corporelles					
Bâtiments	107 330	0			
Matériel et mobilier de bureau	110 235	18 252			
Matériel informatique	254 238	197 555			
Immobilisations financières	399	399	Dettes	1 252 210	1 126 430
			Dettes à un an au plus		
Actifs circulants	9 076 115	11 867 927	Fournisseurs	154 947	304 232
			Factures à recevoir	922 990	531 661
Créances à un an au plus					
Subside à recevoir		4 891 000	Dettes salariales et sociales		
			Rémunérations	7 569	-985
Placements de trésorerie			Retenues diverses sur net	-295	-1 365
La Poste	9 054 958	6 915 972	Provision pécule de vacances	80 000	140 000
Caisse	1	59	Autres dettes sociales	87 000	23 407
Comptes de régularisation			Autres dettes		
Dépenses à reporter	21 156	60 896	Ordres de paiement en cours		129 478
TOTAL	9 550 052	12 084 134	TOTAL	9 550 052	12 084 134

COMPTES DE RESULTATS	2004	2005
PRODUITS D'EXPLOITATION	8 443 011	7 067 054
74 Autres produits d'exploitation		
Subsides	8 439 000	7 060 000
récupération chèques repas	4 011	6 810
divers		243
COUT DES PRODUITS D'EXPLOITATION	3 721 968	4 441 400
61 Services et biens divers		
Etudes sous traitées	1 141 263	665 368
Locaux et matériel	151 642	156 645
Frais de bureau et fournitures		
documentation	37 286	37 745
communication	32 486	7 299
autres frais de bureau et fournitures	60 696	53 774
Services extérieurs		
consultants et experts externes	130 269	140 301
services et consultants informatiques	84 558	212 288
autres services extérieurs	61 327	79 072
Formation, frais de déplacement et de représentation		
formation	23 528	14 782
autres	31 761	26 852
Jetons de présence	19 800	5 800
62 Rémunérations et charges sociales		
Rémunérations	1 178 563	1 937 457
Charges patronales	341 450	532 984
Assurances pour le personnel	98 786	178 769
Chèques repas et frais de transport	49 968	69 521
63 Amortissements, réductions de valeur et provisions		
Informatique	8 965	9 228
Immeuble	111 591	107 330
Mobilier	158 029	206 186
RESULTAT D'EXPLOITATION	4 721 043	2 625 654
Produits financiers	15	1 367
Charges financières	1 724	2 103
RESULTAT COURANT	4 719 334	2 624 918
Produits exceptionnels	90 113	34 944
Charges exceptionnelles	1 235	
RESULTAT EXCEPTIONNEL	88 878	34 944
RESULTAT DE L'EXERCICE	4 808 212	2 659 862

Plan de personnel

Fonctions	Besoins	Effectif	
		31/12/04	31/12/05
Fonctions de management			
Directeur général	1	1	1
Directeur général adjoint	1	1	1
Directeur	2	0	0
Total	4	2	2
Fonctions d'expertise			
Expert-médecin	9	6,25	7,9
Expert-économiste	6,8	4,1	6,2
Expert-sociologue	2,2	1,6	1,6
Expert juridique	1	0	1
Expert-statisticien	1	0	0,8
Expert-analyste de données	2	2	2
Data manager	1	0	1
Knowledge manager	1	1	1
Total	24	14,95	21,5
Fonctions de soutien			
Conseiller juridique et budgétaire	1	1	1
Conseiller RH et communication	1	1	1
Secrétaire de direction	1	1	1
Expert administratif	1	0	1
Expert ICT	1	1	1
Assistant administratif	2	2	1
Collaborateur administratif	2	2	2
Total	9	8	8
Total	37	24,95	31,5



Membres du personnel KCE

Fonctions de management

CLOSON Jean-Pierre (35)
RAMAEKERS Dirk (4)

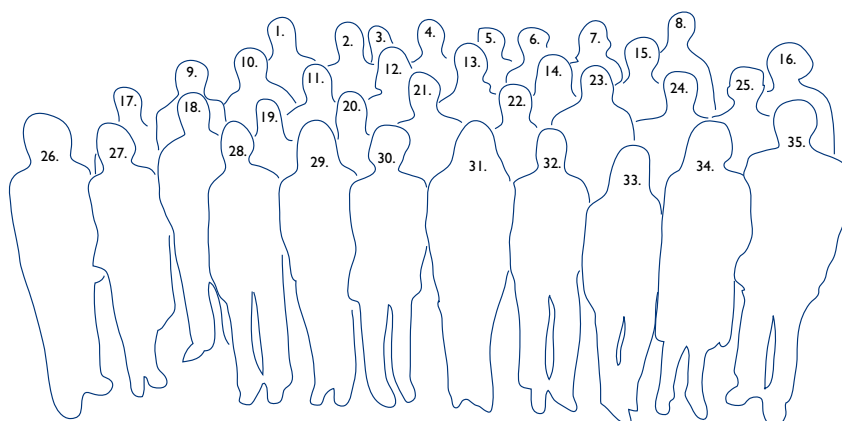
VAN DEN STEEN Dirk (2)
VINCK Imgard (14)
VLAYEN Joan (17)
VRIJENS France (7)

Fonctions d'expertise

CAMBERLIN Cécile (22)
CHALON Patrice (10)
CLEEMPUT Irina (26)
CROTT Ralph
DARGENT Guy (5)
DE LAET Chris (11)
DE WACHTER Dirk (3)
DEVRIESE Stephan (18)
EYSEN Marijke (12)
HULSTAERT Frank (24)
HUYBRECHTS Michel (21)
KOHN Laurence (32)
LAMBERT Marie-Laurence
LEYS Mark (16)
LONA Murielle
MAMBOURG Françoise (6)
NEYT Mattias (25)
PAULUS Dominique (30)
POELMANS Johan (15)
SWARTENBROEKX Nathalie (31)
THIRY Nancy
VAN BRABANDT Hans (1)
VAN DE SANDE Stefaan
VAN DEVOORDE Carine (27)
VAN DEN BRUEL Ann (9)

Fonctions de soutien

BOGAERTS Dimitri (8)
BONNOUH Nadia (19)
BRIAT Gudrun (13)
DE MEULENAERE Geert (23)
GARREYN Catherine (29)
GOSSEYE Natacha (20)
LANDTSHEERE Miranda (34)
PETIT Elisabeth (33)
VAN DE VELDE Karen (28)



58



**Rapport annuel
2004-2005
du Centre fédéral
d'expertise
des soins de santé.**

Bruxelles : 2006.

Avec la collaboration de
Karin Rondia
et **Peter Raeymaekers**,
journalistes scientifiques.

Graphisme et impression :
Tilt Factory

Dépôt légal : **D2006/10. 273/04**

La reproduction partielle de ce document
est autorisée à condition que la source soit
mentionnée. Ce document est disponible
en téléchargement sur le site web du
Centre fédéral d'expertise des soins de
santé.

