



ECHANTILLON PERMANENT 2012

Rapport des travaux de la Commission Technique d'Échantillon Permanent au Conseil général de l'INAMI

Sommaire:

1. Introduction
2. Exécution
 - 2.1. CTPS: Commission Technique d'Échantillon Permanent
 - 2.2. CTPS: Groupe de travail « Flags & Metadata »
3. Disponibilité des données
4. Validation & contrôle
5. Documentation & formation
6. Exploitation de l'échantillon permanent en 2012
 - 6.1. Nouveaux projets 2012 sur base d'extractions du fichier-mère
 - 6.2. Utilisation de views en 2012
 - 6.3. Questions de tiers en 2012
7. EPS - Perspectives

Annexes:

- Annexe 1: Rapports des réunions CTPS en 2012
- Annexe 2: Rapports du groupe de travail « Flags & Metadata » en 2012
- Annexe 3: Aperçu des différents fichiers de données disponibles en 2012
- Annexe 4: Cadre légal : proposition de modification de la loi-programme & proposition de modification de l'AR du 9.5.2007

1. Introduction

Le présent rapport vise à donner un aperçu des travaux réalisés au sujet de l'échantillon permanent en 2012. Les informations de base relatives à l'échantillon permanent restent disponibles sur le site web de l'INAMI.

Les procès verbaux des réunions de la Commission technique et de son groupe de travail figurent dans les annexes du présent rapport. Par ailleurs, il est précisé quelles données ont été mises à disposition au cours de 2012. Le rapport commente brièvement la validation et le contrôle. Enfin, il donne un aperçu de l'utilisation de l'échantillon permanent.

2. Exécution

2.1. CTPS: Commission technique de l'échantillon permanent

En 2012 la première réunion a eu lieu le 08/05/2012. Une seconde réunion s'est déroulée le 27/11/2012.

Afin de documenter le fonctionnement de la Commission technique en 2012, les rapports de la commission ont été joints à l'annexe 1.

2.2. CTPS: Groupe de travail « Flags & Metadata »

Les réunions du groupe de travail ont eu lieu le 17/1, 13/3, 16/10.

Le détail des discussions et des travaux du groupe de travail « Flags & Metadata » est joint à l'annexe 2.

3. Disponibilité des données

Nouvelle *release* de fichiers-mère & *views* en février 2012, avec ajout de l'année de prestation 2010.

Prochaine *release* : prévue début février 2013 (ajout de l'année de prestation 2011)

Views disponibles:

P_PSKEY1 Accès au fichier-mère pour les key-users AIM
P_PSRIZ0 Accès au fichier-mère pour 4 datamanagers pour le Service SS INAMI et 1 datamanager pour la Cellule expertise & COOPAMI (Services généraux INAMI)
P_PSRIZ1 & P_PSRIZ2: Deux views pour l'INAMI (RDQ & Actuariat) accessible sur demande et avec autorisation, pour les utilisateurs SAS
P_PSKCEO Accès au fichier-mère pour le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
P_PSFPB1 & P_PSFPB2 - Deux views pour le bureau fédéral du plan
P_PSFVG1 - Une View pour le SPF Santé publique
P_PSWIV1 - Une view pour l'Institut scientifique de la Santé publique (ISP)

Un aperçu des données disponibles en 2012 de toutes ces views se trouve à l'annexe 3.

4. Validation & contrôle

En 2012 aussi, l'AIM et l'INAMI ont fait tourner des programmes étendus de contrôle et de validation sur la nouvelle version en vue :

- 1) de contrôler la qualité des fichiers de données (fichiers-mère, *flags* et *views*) avec entre autres une *face-validation* (qualification des dispensateurs, répartitions, etc.);
- 2) de vérifier le degré de représentativité des différents groupes de population et des différents groupes de dépenses (y compris Pharmanet);
- 3) d'avoir une vue générale sur les possibilités et les limitations de l'échantillon permanent;
- 4) de vérifier la stabilité de l'échantillon.

L'AIM construit les tableaux de bord, ceux-ci sont disponibles sur l'intranet-AIM en format html et pdf. Ces tableaux décrivent pour la plupart des flags l'évolution annuelle depuis 2002. Ce n'est pas une analyse mais uniquement une reproduction des données telles quelles figurent dans l'échantillon. Les variations de 5 % et plus par rapport à l'année dernière sont indiquées en couleur.

Il est demandé à chaque utilisateur de mentionner les problèmes constatés par e-mail en renvoyant à la version, année, fichier. Le groupe de travail poursuivra l'examen de ces problèmes constatés et si c'est indiqué, les adaptations nécessaires seront apportées. Ainsi, la qualité de l'échantillon permanent sera évaluée et éventuellement des corrections seront apportées.

5. Documentation & formation

Des méta-données et des tableaux de référence relatifs à l'échantillon permanent sont à la disposition via le site intranet-AIM, de même que toutes les informations techniques destinées aux chercheurs comme la description des variables, les flags et directives.

La documentation pour les collaborateurs INAMI se trouve sur le disque N. On y trouve toutes les informations permettant une utilisation raisonnable de l'échantillon. Grâce à une formation spécifique individuelle ou en petits groupes, les collaborateurs sont formés pas à pas.

L'utilisation des *views* au sein de l'INAMI est subordonnée à une procédure interne en vue de l'application des directives de sécurité spécifiques relatives à l'échantillon permanent. Ce n'est qu'après approbation/signature de cette procédure interne que la personne obtient l'accès à ces données.

Le suivi est assuré via le site de l'EPS. Il s'agit d'une application en Sharepoint où chaque utilisateur de *views* enregistre les questions de recherche et les fichiers utilisés.

6. Exploitation de l'échantillon permanent en 2012

6.1. Nouveaux projets 2012 sur base d'extractions du fichier-mère

INAMI:

PS043_RIZIV_besparingen_spoed

Économies 2012 : quelles sont les possibilités au niveau de l'utilisation de services d'urgence ? Analyse exploratoire de l'utilisation des services d'urgence : avec ou sans hospitalisation ensuite, après consultation d'un médecin ou non, plus souvent les dimanches et jours fériés ou non, patients chroniques ou non, jeunes versus personnes âgées, etc.

PS044_INAMI_a_Vieillissement_cardio

Dans le cadre du projet Vieillissement (voir Contrat d'administration 2010-2012).

- 1) Lier, au niveau patient, l'analyse des données en hospitalisation à une analyse des données ambulatoires dans le cadre de la consommation d'implants en cardiologie.
- 2) Mener une étude longitudinale des données liées à la consommation d'implants en cardiologie.

PS045_RIZIV_KINE_APRES_ORTHO

Un projet de révision de la nomenclature d'orthopédie (article 14k) a été approuvé par le CTM en date du 13 décembre 2011 (note CTM 2011-PL-798). Cette révision est susceptible d'avoir un impact budgétaire notamment sur la nomenclature de kinésithérapie. En effet, un nombre important (> 30.000) d'interventions chirurgicales dont le code est actuellement < à N200 va dépasser ce seuil. Les patients ayant subi les interventions mentionnées ci-dessus pourraient alors bénéficier d'une intervention en liste Fa (60 prestations kiné au meilleur taux de remboursement) alors qu'ils ne peuvent actuellement bénéficier que de 18 prestations « courantes » au meilleur taux de remboursement.

Certaines interventions chirurgicales d'une valeur $>$ à N200 vont passer en deçà de ce seuil.

Le CTM ayant demandé au CTK d'évaluer l'impact budgétaire éventuel de leur révision de nomenclature sur celle de kinésithérapie, le CTK souhaiterait déterminer la consommation en prestations de kinésithérapie des patients ayant subi les interventions chirurgicales dont les valeurs vont être augmentées ou diminuées.

PS046_RIZIV_PMA

Le projet en question concerne d'éventuelles économies à faire dans le domaine de la procréation médicalement assistée (PMA).

Il est connu que les femmes qui bénéficient d'une forme de PMA, qu'elle soit uniquement médicamenteuse ou médicamenteuse et technique, sont suivies rigoureusement par de multiples échographies. Les échographies sont l'instrument principal d'imagerie pour suivre le moment de l'ovulation, ainsi qu'un éventuel début de grossesse (unique ou multiple).

L'idée est émise de voir s'il est possible de forfaitiser les échographies effectuées avant et après une PMA. Pour ce, il faut avoir une idée quelles échographies sont effectuées et dans quel nombre elles sont effectuées dans les 10 jours qui précèdent une ovulation et dans les 30 jours qui suivent une insémination artificielle ou l'implantation d'un/plusieurs embryon(s).

Sur base des données une proposition d'économie 2012 sera formulée au sein de la CNMM.

PS047_RIZIV_Koppeling GE-VI

Préparation et test de la programmation des indicateurs nécessaires à la liaison des données OA avec celles de l'Enquête sur la Santé 2008. Une extraction de données de l'échantillon permanent sera utilisée à cet effet qui présente une structure identique et renferme les mêmes variables que le fichier final qui sera fourni pour la liaison.

PS0041_RIZIV_a_chronisch zieken (mise à jour sur la base des données 2009-2010)

Confrontation « statut malade chronique » et « MAF malade chronique » : simulation nouvelle mesure octroi « MAF malade chronique » aux personnes ayant un « statut malade chronique ».

 KCE

PS021_KCE_Hepatitis C

Le but premier est d'avoir un meilleur aperçu du profil de patients HCV en Belgique. Un deuxième objectif consiste à vérifier si des modifications dans le dépistage actuel et/ou d'autres stratégies sont nécessaires/possibles. Si tel est le cas, l'objectif est également de formuler des recommandations à ce sujet.

Étant donné que de nombreux nouveaux médicaments sont bien lancés, cette étude pourrait servir de base pour définir le groupe-cible de ces nouveaux médicaments sur le marché belge. Cette extraction se fait en fonction de la demande en matière de consommation médicale et des coûts y afférents de patients traités et non traités qui sont atteints d'hépatite C

PS022_KCE_Hepatitis C (complément au PS021_KCE_Hepatitis C)

Cette agrégation-extraction concerne le nombre de patients avec certains numéros de nomenclature INAMI-RIZIV sur la période 2002-2009 avec stratification pour le sexe, la catégorie d'âge (nés < 1945, 1945- 1965, >1965) et le nombre de tests remboursés (1, 2-5, 6-10, >10). Les données ont été communiquées sous une forme agrégée (anonyme) aux examinateurs.

PS023_KCE_2010_19_CS (Cost Sharing)

L'objectif de cette étude est l'estimation d'une simplification des contributions personnelles et d'une structure de remboursement pour des consultations et visites chez des médecins généralistes et spécialistes sur les dépenses INAMI et les effets de la ventilation pour les différents groupes de patients.

PS024_KCE_2010_19_CS (complément au PS023_KCE_2010_19_CS)

Dans le cadre de l'extraction réalisée pour le projet 2010-19 Cost sharing, une caractéristique supplémentaire a été calculée pour chaque individu sélectionné : montant total du ticket modérateur pour un an.

PS025_KCE_2010_19_CS (complément au PS023_KCE_2010_19_CS)

Des coefficients supplémentaires ont été calculés afin d'estimer la proportion de patients avec/sans DMG et avec/sans intervention majorée pour 2011.

PS026_KCE_2011_40_P2 (Performance indicators II)

L'étude actuelle doit confirmer la pertinence des indicateurs qui ont été retenus dans le premier projet (cf. premier rapport 'Performance'). Elle permettra également de combler les lacunes en ce qui concerne le ciblage des patients, la continuité des soins et l'approche de certains patients (notamment la dernière phase de vie, les personnes âgées, la santé mentale). Une attention spécifique sera également consacrée à la promotion en matière de santé avec ses indicateurs spécifiques et interactions avec d'autres domaines. Le concept transversal d'équité fera également l'objet d'une analyse spécifique. Enfin, il sera également vérifié si la performance globale peut être mesurée. L'extraction actuelle s'inscrit dans le cadre du calcul d'indicateurs concernant le cancer colorectal, le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, les soins dentaires et la dialyse.

PS027_KCE_2011_40_P2 (complément au PS026_KCE_2011_40_P2)

L'extraction actuelle s'inscrit dans le cadre du calcul de l'indicateur polymédication chez les patients de plus de 65 ans. Aucune donnée individuelle n'est mise à disposition des analystes, mais le nombre de patients selon un nombre de strates : nombre de médicaments différents, ATC, catégorie d'âge, sexe, région, statut soins sur le long terme (dérivé de la nomenclature des maisons de repos) et régime préférentiel.

PS028_KCE_2011_40_P2 (complément au PS026_KCE_2011_40_P2)

L'extraction actuelle s'inscrit dans le cadre du calcul de l'indicateur « dispensateur de soins habituel ». Aucune donnée individuelle n'est mise à disposition des analystes, mais des statistiques descriptives en ce qui concerne le nombre de contacts médecin généraliste par patient et le nombre de patients.

PS029_KCE_2011_40_P2 (complément au PS026_KCE_2011_40_P2)

L'extraction actuelle s'inscrit dans le cadre du calcul du nombre de patients par décès ou non, catégorie d'âge, arrondissement et régime préférentiel, en tant que dénominateur général dans le projet.

PS015_IMA_IMABOEK_001_006

Dans le cadre du projet IMA-BOEK, des statistiques relatives au pourcentage de malades chroniques seront mises à disposition sur le site Internet de l'AIM. Sur la base des fichiers de population, le pourcentage de bénéficiaires avec un statut de malade chronique peut être déterminé. On souhaite toutefois le comparer avec le pourcentage de bénéficiaires avec un forfait malades chroniques et également examiner la représentativité des EPS en ce qui concerne le pourcentage de bénéficiaire avec le statut malades chroniques.

PS016_IMA-IMABOEK_002_002

Tester si la prévalence du diabète sur la base de prescriptions d'antibiotiques dans la pratique ambulatoire (BD Pharmanet) ne s'écarte pas de manière significative de la prévalence calculée via l'échantillon permanent. (Avantage EPS : exclusion femmes enceintes, incl. DDD dans les hôpitaux, incl. conventions de rééducation fonctionnelle).

Cet objectif s'inscrit dans le cadre du projet « IMA-BOEK » pour lequel les indicateurs suivants sont établis :

- Prévalence du diabète sucré
- Prévalence du diabète sucré par sexe x catégorie d'âge

Avec prévalence : nombre de patients atteints du diabète sucré sous médication par 10000 bénéficiaires. Le choix s'est porté sur l'utilisation de la BD Pharmanet (pour des raisons d'exhaustivité) mais une pré-analyse s'avère nécessaire pour le justifier et ajouter des données chiffrées comparatives EPS – Pharmanet aux métadonnées. Les résultats de cette pré-analyse sont également pertinents en ce qui concerne la représentativité des EPS et l'ISP est demandeur de ce genre de tests.

PS017_IMA_A_BCR_Cervix

Dans le cadre de la collaboration structurelle entre l'AIM et le BCR, un certain nombre de projets importants et moins importants ont été mis sur pieds.

Cette demande s'inscrit dans le cadre de l'étude sur l'exhaustivité du registre de pathologie cyto-histo central CERVIBASE. Dans ce registre CERVIBASE sont enregistrés les résultats de tous les frottis et tests HPV. Ce registre constitue un instrument de base pour l'organisation d'une enquête de population. Par conséquent, il est crucial que ce registre soit le plus complet possible. Afin de le vérifier, il convient d'avoir un aperçu des laboratoires qui réalisent des frottis et tests HPV. On peut se baser à cet effet sur les codes de la nomenclature ci-dessous pour ces prestations réalisées.

6.2. Utilisation des views

INAMI

L'utilisation des views est enregistrée en ligne via une application Sharepoint, dont a été extrait l'aperçu suivant pour 2012:

Analyse des dépenses du MAF

Quelle est la répartition ambulatoire/hospitalier des dépenses effectuées après le dépassement du plafond MAF ?

Examen cytopathologique et HPV col de l'utérus

CTM : mesure d'économie : 1 remboursement tous les trois ans

Audit 1S 2012 : Fixer la limite par âge.

IIU insémination intra-utérine

CTM : impact limitation à 6 prestations par patient

Patients Kinésithérapie

Nombre de patients et données par patient, secteur Kinésithérapie

Soins infirmiers à domicile : toilettes

Économie 2012 : Relation toilettes – prestations de base – autres prestations

Accessibilité soins dentaires

Évolution du nombre de bénéficiaires avec au moins 1 contact dentiste l'année dernière / les deux dernières années par catégorie d'âge. Cf. audit.

Données patients diabétiques

Nombre de patients encore présents dans l'échantillon avec au moins un des codes DMG incidence passeport diabète/prestation de rééducation fonctionnelle diététique/podologie dans le cadre du passeport diabète sur toute la période de l'échantillon par rapport à la population totale encore présente dans l'échantillon et par rapport à la population de l'échantillon de la dernière année avec au moins 1 code concernant le passeport diabète ou fourniture code A10A ou A10B.

Analyse du prix de journée

Analyse de la manière dont les prix de journées sont effectivement traités dans les données par bénéficiaire.

But : validation d'une proposition de méthodologie pour que les OA construisent une variable nécessaire dans le cadre de la responsabilité financière des OA.

Comparaison entre 2002 et 2008.

Nombre de patients bandagistes et orthopédistes

Réponse à la question parlementaire ; indique le nombre de patients bandagistes et orthopédistes par région 2008 et 2009

Variation interpersonnelle

L'INAMI produit des rapports concernant les données régionales. Dans ce cadre, l'utilisation des views est une actualisation de l'extraction PS017_RIZIV_a pour les années 2007, 2008 et 2009, le but étant de calculer pour chaque année la variation interpersonnelle de la dépense annuelle selon la formule de Carrière & Roos (1994)

Kinesithérapie : E-statut

Quelle est l'évolution du pourcentage de patients avec un statut E au cours des 5 dernières années ?

Balanced scorecard médecine générale

Calcul d'indicateurs collectifs de professionnalisme et de « patient focus » pour la réalisation d'un « Balanced scorecard » de la médecine générale, pour le compte du groupe de travail « performance » du CNPQ

Transfusions sanguines

Nombre de transfusions: nombre de patients qui ont reçu une ou plusieurs poche(s) le même jour.

Malades chroniques (nouveau calcul sur la base de 2009-2010)

1. Examen de l'utilité de données administratives pour la sélection de malades chroniques.
2. Calcul de l'impact budgétaire de nouvelles mesures concernant cette sélection administrative de malades chroniques

Comment les malades chroniques peuvent-ils être automatiquement détectés sur la base des données disponibles en vue de leur octroyer un "statut malade chronique". À ce statut peuvent être liés des avantages financiers et/ou autres en fonction de l'espace budgétaire.

- Analyse de "chronicité" (mensuelle, trimestrielle sur une période de 2 ans) de l'utilisation des soins
- Évolution dans le temps lors de l'octroi du droit pour 2 ans, etc.
- Quel est l'impact des mesures proposées sur le nombre de bénéficiaires et sur les budgets disponibles (globalement mais aussi pour les secteurs spécifiques) ?

ISP (Institut Scientifique de Santé Publique)

Tous les projets sont exécutés au Service opérationnel Santé publique et Surveillance de l'ISP.

Enquêtes, Mode de vie et maladies chroniques

- Utilisation des données dans le cadre du projet Eurostat pour estimer la prévalence de certains groupes de patients diabétiques en Belgique.
 - Prévalence et incidence du diabète sur la base de la consommation de médicaments
 - Prévalence de la consommation de médicaments pour la maladie de Parkinson
 - et Rapport : "Van der Heyden J, Mimilidis H, Tafforeau J. Eurostat Pilot Project Diagnosis-specific Morbidity Statistics, Belgium. Final Report. 2011. Brussels, Operational Direction Public Health and Surveillance, Scientific Institute of Public Health."
- Utilisation des données dans le cadre de la rédaction d'une réponse aux questions parlementaires.
 - Question parlementaire sur le test de dépistage pour le syndrome de Down
- Utilisation des données dans le cadre de la validation des informations relatives à la consommation médicale dans l'enquête de santé.

Enquête soins de santé

Préparation des analyses (sur une extraction AIM) à titre d'évaluation des trajets de soins diabète et insuffisance rénale en termes de qualité des soins.

En 2012, toutes les questions recherche pour l'évaluation des trajets de soins (dans le cadre du projet ACHIL) ont été modelées sur les données des EPS dans l'attente de la fourniture de l'extraction définitive.

Centre du Cancer

Le Centre du cancer s'est vu conférer comme mission de proposer des mesures de gestion pour des futurs plans de cancer basés sur des choix evidence-based et bien considérés. Le Centre du cancer doit en outre suivre et évaluer les plans actuels de cancer (2008-2010 et 2011). Les données de l'échantillon permanent peuvent fournir des indications importantes pour les deux missions.

Questions de recherche:

Pour obtenir d'éventuelles futures mesures basées sur des choix evidence based et bien considérés, les analyses des interventions remboursées et les caractéristiques personnelles s'y rapportant, peuvent diriger les priorités afin de fournir des soins du cancer optimaux. En même temps, les analyses concernant les dépenses pour le cancer occuperont une place toujours plus importante.

Les adaptations aux interventions remboursées effectuées au sein du plan du cancer ou de plans associés, doivent être évaluées. L'échantillon permanent peut être une première indication.

Analyses en 2012 :

- Nombre de reconstructions mammaires avec propres tissus corporels
- Nombre de reconstructions mammaires avec implants après mastectomie ou chirurgie de réduction mammaire
- Nombre de personnes avec un DMG

Enquêtes, Mode de vie et Maladies chroniques

Dans le cadre de notre 'Grant agreement avec l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction', le programme 'Substance Use & related Disorders' assure le monitoring de la consommation de médicaments, le traitement de la dépendance, de même que l'inventaire de la co-morbidité.

A. De façon routinière :

- 1) Prévalence de personnes dans l'échantillon permanent avec une intervention remboursée liée à une consommation de médicaments (méthadone, subutex, antabus, ...) (cfr. Indicateur TDI).
- 2) Prévalence de personnes dans l'échantillon permanent avec une intervention remboursée liée à une consommation de médicaments (méthadone, subutex, antabus, ...) et avec une intervention remboursée liée au VIH, HBV et HCV. (cf. Indicateur DRID)

B. Étude supplémentaire

- 3) Prévalence de femmes dans l'échantillon permanent avec une intervention remboursée liée à une consommation de médicaments (méthadone, subutex, antabus, ...), et avec une intervention remboursée liée à une grossesse / un accouchement.

Pas d'analyses réalisées en 2012

Maladies infectieuses parmi la population générale

L'EPS sera d'une part utilisé pour la fixation du nombre d'analyses diagnostiques du virus de l'hépatite C réalisées et la répartition en fonction de l'âge, de la région, etc., et d'autre part pour la validation des résultats des laboratoires vigies et d'autres études.

Il sera vérifié dans quelle mesure les données de l'échantillon permanent peuvent être utilisées pour l'estimation de l'impact de la vaccination (notamment rotavirus, pneumocoques, varicelle, etc.)

Pas d'analyses réalisées en 2012

L'EPS a été utilisé en 2012 pour vérifier le nombre d'analyses diagnostiques demandées de maladies sexuellement transmissibles (syphilis, gonorrhée, chlamydia) afin de comparer les trends dans le nombre de demandes avec les trends dans le nombre de notifications et afin de comparer la répartition âge et sexe avec celle des cas mentionnés officiellement.

Maladies infectieuses nosocomiales

L'échantillon permanent sera utilisé pour explorer dans quelle mesure l'EPS peut être utilisé pour évaluer la « population catchment » d'un hôpital et dans une seconde phase calculer l'incidence d'infections Klebsiella.

Pas d'analyses réalisées en 2012

Environnement et Santé

Sujet : analyses pour la préparation du projet Bruxair

Pas d'analyses réalisées en 2012

Bureau fédéral du plan

Transitions dans les soins de longue durée et statut socio-économique

Cet examen est une valorisation et une extension des analyses réalisées dans le cadre du projet « Révision du moratoire pour accueil résidentiel de personnes âgées nécessitant des soins » en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Sur la base des données EPS (Release 4), pour personnes âgées (65+), il a été examiné dans quelle mesure des transitions vers un décès, des affections chroniques et des soins à domicile de longue durée ou dans une institution étaient liés au statut socio-économique. Le fait de bénéficier ou non du statut préférentiel dans l'assurance publique contre les frais de maladie (MAJOR_COVERAGE_YN) a été utilisé comme indicateur de statut socio-économique, puisqu'un faible revenu constitue une condition (directement ou indirectement) pour l'obtention de ce statut. Les résultats démontrent que des personnes qui bénéficient du statut préférentiel, sous contrôle du sexe, de l'âge, de la région et du fait d'avoir ou non un partenaire, vivent moins longtemps (seulement chez les hommes), présentent un risque accru de COPD et de diabète, et font plus rapidement appel aux soins à domicile. Aucun effet significatif n'a été décelé pour la démence, la fracture de la hanche et la maladie de Parkinson. Pour les soins dans une institution, l'effet était faible pour les hommes et n'était pas significatif pour les femmes. Une constatation intéressante était que l'effet du statut préférentiel diminue fortement avec l'âge. Cet examen a été présenté lors de la journée d'étude « Estimating social inequalities in Healthy Life Expectancy » : Challenges and opportunities » à Bruxelles le 10 février 2012. Un article a été inséré dans la revue *Archives of Public Health*.

Coût soins de longue durée en fonction du type de soins

Le projet « Révision du moratoire pour accueil résidentiel de personnes âgées nécessitant des soins » a fourni un modèle et des projections du nombre de personnes âgées qui ont recours ou auront recours aux soins de longue durée. Ces projections sont également utilisées pour le BPF dans le cadre des projections récurrentes des finances publiques sur la base des modèles Hermès et Maltese. À cet effet, les projections des nombres devaient être complétées (de projections) des coûts par utilisateur et par catégorie de soins de longue durée (soins à domicile de faible/haute intensité ; soins résidentiels dans catégories O, A, B, C et Cd). Les coûts par utilisateur dans *baseline* ont été estimés avec l'aide des données EPS pour 2009 (Release 5).

SPF Santé publique

Pas d'utilisation de l'échantillon permanent

SPF Sécurité sociale

Pas d'utilisation de l'échantillon permanent.

6.3. *Nouvelles questions de recherche externes avec extractions des fichiers mère*

Externe_aanvraag_PS0007_GYN_OBS_20120207

Etude de la consommation des soins prodigués par les gynécologues obstétriciens en Belgique

Objectifs: Etudier la consommation de soins dans les 2 secteurs d'activité suivants :

1. La santé reproductive / obstétrique
 - a. Le suivi prénatal, l'accouchement et le postpartum
 - b. La procréation médicalement assistée

La gynécologie

Externe_aanvraag_PS_NSAID

Utilisation d'analgésiques par des bénéficiaires de 65 ans ou plus.

Cette demande d'utilisation des données de l'échantillon permanent vise l'obtention de valeurs de départ pour la rédaction d'une proposition de projet et d'un protocole pour un examen contrôlé randomisé. Cet examen vise à mesurer l'effet d'une intervention chez des médecins généralistes sur la prescription d'analgésiques en particulier pour la douleur chronique due à l'arthrose. L'intervention consistera en des visites de médecins indépendantes par la vzw FARMAKA asbl. Quelque 4000 pratiques de médecine générale belges seront attribuées au hasard au groupe d'intervention ou à un groupe de contrôle sans intervention. L'effet sera mesuré avec les données disponibles de l'Agence intermutualiste (AIM).

Les données AIM renferment des informations sur le nombre de bénéficiaires qui contactent un médecin généraliste ainsi que sur le nombre de contacts médecins généralistes de ces bénéficiaires liées aux informations sur l'âge de ce bénéficiaire et sur les médicaments remboursés qui ont été prescrits pour ces bénéficiaires.

Les données AIM ne renferment pas d'information sur l'indication pour laquelle les médicaments remboursés ont été prescrits. Des sous-groupes pertinents de patients peuvent toutefois être approchés en tenant compte de l'âge et de la consommation d'analgésiques précédente.

Externe_aanvraag_PS0008_UHasselt

Étude principale : Analyse sociale coûts-bénéfices de la pollution de terres cultivables en Campine

Étude partielle : Fixation des coûts en matière de santé liés à l'exposition à la pollution du sol

Questions de recherche :

À combien s'élève le coût total en matière de santé dans un cas moyen de cancer du poumon en Belgique ?

Constate-t-on d'importantes différences entre les coûts réalisés dans la phase prédiagnostique, aiguë et chronique ?

Quelle est la sous-répartition entre les coûts out-of-pocket et les coûts remboursés ?

Constate-t-on des différences entre les coûts réalisés lors d'une hospitalisation ou en ambulatoire ?

Quels postes de coûts pèsent le plus en cas de cancer du poumon ?

Quel est le profil socio-économique du groupe du patient et du groupe de contrôle ?

7. Perspectives EPS

La modification de la loi-programme permet de lier d'autres sources de données à l'EPS. En fonction du niveau des données (surtout en ce qui concerne la sensibilité de la vie privée), d'autres procédures sont prévues.

De nouvelles liaisons sont évidentes : données de population AIM, Données cliniques minimales, Registre du Cancer, données indemnités, etc.

La modification de la loi-programme permet également d'attirer de nouveaux partenaires. Le Registre du cancer (BCR) peut, afin de remplir ses missions, demander toutes les données de dépenses aux OA pour les patients atteints d'un cancer, mais la plus-value de l'utilisation de l'EPS comme référence pour cette population stimulerait fortement le travail du BCR. Par conséquent, ils invitent la CTPS à les prendre comme partenaires fixes de l'EPS.

La proposition de modification de l'AR du 9 mai 2007 prévoit la prolongation de la durée de conservation jusqu'à 30 ans (au lieu de 10 ans).

En annexe 4 figurent les textes de la loi Santé et le projet d'AR modifiant l'AR du 9 mai 2007, en ce compris les avis respectivement de la Commission de la protection de la vie privée. Il faut encore attendre la publication des arrêtés d'exécution de la loi santé et la publication de l'AR.