

**AUTORISATION N° 03/113 DU 24 DECEMBRE 2003 PORTANT SUR LA REALISATION D'UNE ETUDE RELATIVE A L'EVALUATION DU SYSTEME DES MONTANTS DE REFERENCE (ETUDE 013.0)**

Vu les articles 259 à 299 de la loi programme du 24 décembre 2002 ;

Vu le rapport d'auditorat du 'Centre fédéral d'expertise des soins de santé' du 18 novembre 2003;

Vu le rapport du Président.

**A. OBJET ET MOTIVATION DE LA DEMANDE**

*Description de l'étude et de sa finalité*

- 1.1. Le système des montants de référence a été introduit par la loi du 22-08-2002 pour identifier les variations dans les pratiques hospitalières et les corriger si nécessaire dans le cadre de l'utilisation efficace des moyens publics de financement des soins de santé.
- 1.2. Sur la base des réactions des hôpitaux aux 2 feed-backs de simulation déjà émis (1997 & 2000), une évaluation de l'impact budgétaire du système, de sa mise en oeuvre et de ses effets sur le plan de la qualité des soins médicaux offerts s'imposerait.

Il est relevé que l'évaluation du système des Montants de référence est reprise de façon explicite dans l'Accord gouvernemental 2003. Elle vise :

- à une meilleure justification et acceptation par les acteurs (hôpitaux et médecins hospitaliers) de l'instrument politique, en vue de sa prochaine implémentation réelle sur les séjours à l'hôpital à partir du 01-10-2002 et de l'éventuelle adaptation ou extension du système ;
- à étudier et éviter les effets néfastes 'prendre d'une main et reprendre de l'autre' consistant en un glissement potentiel de la consommation médicale vers le secteur ambulatoire et/ou d'autres groupes pathologiques (APrDRG non compris dans le système) ;
- à avoir une idée de l'impact de telles modifications de comportement sur la qualité des soins médicaux.

La non-exécution d'une telle évaluation et, le cas échéant, la non-corrrection du système menaceraient de réduire à néant l'objectif budgétaire visant à une meilleure affectation des moyens financiers tout en maintenant la qualité des soins médicaux.

**1.3.** Au niveau méthodologique, l'étude serait scindée selon les éléments suivants :

1. Recherche relative au problème d'implémentation du système des montants de référence et de son impact sur la qualité des soins médicaux en collaboration avec une sélection d'hôpitaux possédant une expérience d'étude propre ;
2. Recherche et quantification des éventuels glissements de consommation entre l'hospitalisation classique, les séjours d'un jour et le secteur ambulatoire, des glissements de consommation entre les hôpitaux respectifs et au sein du même hôpital. A cet effet, il conviendrait d'explorer via l'IMA les possibilités d'obtenir et de relier les données pertinentes des séjours APrDRG sélectionnés au départ des séjours d'un jour et du secteur ambulatoire. Cette partie ferait l'objet en temps voulu d'une demande d'autorisation séparée ;
3. Recherche et quantification des différences de consommation à justifier ou non entre les hôpitaux respectifs en fonction de la classe sociale de leur patientèle ;
4. Recherche des APrDRG retenus, avec entre autres, calcul du poids relatif de leurs dépenses, répartition sur les severity classes, fraction des séjours 'one day' par rapport au total des séjours RCM, fraction d'urgences par rapport aux interventions électives, etc. ;
5. Etude relative à la méthode d'extrapolation utilisée, par ex. dans quelle mesure les séjours non OA peuvent être exclus de l'extrapolation ;
6. Recherche sur les propositions d'une nouvelle méthode pour le calcul des montants de référence et la faisabilité de l'introduction d'autres paramètres et références pour le calcul, compte tenu des résultats des recherches et études 1 à 5 ci-dessus.

La présente demande d'autorisation concerne les éléments de 3. à 6. ci-dessus.

### ***Données demandées***

**2.1.** Les données nécessaires seraient tous les séjours à l'hôpital relevant des APr-DRG visés à l'article 11 de la loi du 22-08-2002.

*« § 1. Par dérogation aux dispositions de cette loi et de ses arrêtés d'exécution, des montants de référence sont appliqués annuellement par admission pour l'intervention de l'assurance octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, en ce qui concerne les groupes de prestations visées au § 8, pour autant que celles-ci figurent dans les groupes APR-DRG visés au § 9. Est entendu par groupe APR-DRG : la classification des patients en groupes diagnostiques tels que décrits dans le manuel " All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Définition manuel, version 15.0 " .*

*§ 2. Ces montants de référence sont calculés pour les groupes APR-DRG visés au § 1 pour les classes 1 et 2 de gravité clinique et après suppression des " outliers " de type 2 visés dans les arrêtés pris en exécution de l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.*

*§ 3. Les montants de référence concernés sont égaux à la moyenne des dépenses annuelles par admission, majorée de 10 %, et sont basés sur les données visées à l'article 206, § 2, de la présente loi et à l'article 156, § 2, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.*

*§ 4. Les montants de référence concernés sont calculés annuellement par la Cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 précitée sur la base des données dont il est question au § 3, concernant les prestations visées au § 1 et soumis à l'avis de la Structure multipartite en matière de politique hospitalière, visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.*

*Les montants de référence par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2003 et sont calculés sur la base des données visées à l'alinéa premier concernant les admissions qui prennent fin après le 1er octobre 2002 et avant le 31 décembre 2003.*

*§ 5. Lorsque les dépenses réelles relatives à l'ensemble des admissions visées au § 1 dépassent dans un hôpital de 10 % au moins les dépenses de référence calculées conformément au § 4, la différence est déduite par le service de perception centrale des honoraires, visé à l'article 135 et à l'article 136 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, des honoraires portés en compte à l'assurance. Le Roi détermine les délais et les modalités de fixation et de communication des montants concernés, la façon dont ils sont déduits par le service de perception centrale des honoraires et leur comptabilisation par les organismes assureurs. Jusqu'à la date fixée par le Roi, cet ajustement est limité aux groupes APR-DRG visés au §9, 1°. Le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers ont une responsabilité partagée conformément au règlement visé à l'article 135, 1°, alinéa 2 ou à l'article 136, alinéa 1, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifiée par la loi du 14 janvier 2002. Le Service du contrôle administratif est chargé de la surveillance de l'application des dispositions de l'alinéa 1.*

*§ 6. Le Roi fixe les modalités et le mode de tarification des montants visés au § 5, en vue de la clôture des comptes de l'assurance soins de santé et de l'application des dispositions en matière de responsabilité financière des organismes assureurs.*

*§ 7. Lorsque, pour plus de la moitié des groupes APR-DRG, visés au § 9, relevés dans un hôpital, les dépenses réelles relatives à l'ensemble des admissions visées au § 1 dépassent de 10 % les dépenses des montants de référence calculés conformément au § 4, les données relatives aux institutions concernées sont, après que ces institutions ont eu la possibilité de transmettre leurs observations à la structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996 en vue de leur correction éventuelle, rendues publiques par l'Institut sur l'adresse internet <http://www.inami.fgov.be>, sans préjudice de l'application du § 5.*

*§ 8. Les groupes de prestations suivants sont pris en considération :*  
*1° Les prestations reprises à l'article 3, § 1, A, II, et C, I, à l'article 18, § 2, B, e), et à l'article 24, § 1, excepté les remboursements forfaitaires, de l'annexe à l'arrêté royal du 14*

septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

2° Les prestations reprises à l'article 17, § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis en 17ter, excepté les remboursements forfaitaires et les angiographies, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

3° Les prestations reprises à l'article 3, excepté les prestations en biologie clinique, à l'article 7, à l'article 11, à l'article 20 et à l'article 22, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 9. Les groupes de diagnostic sont constitués sur la base des " All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 " :

1° APR-DRG 73 - Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, APR-DRG 97 - Adenoïdectomie et amygdalectomie, APR-DRG 179 - Ligature de veine et stripping, APR-DRG 225 - Appendicectomie, APR-DRG 228 - Cures de hernie inguinale et crurale, APR-DRG 263 - Cholécystectomie laparoscopique, APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté, APR-DRG 302 - Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attestée, APR-DRG 313 - Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (menisectomie partielle ou totale) a été attesté, APR-DRG - 318 Enlèvement matériel de fixation interne, APR-DRG 482 - Prostatectomie transuretrale, APR-DRG 513 - Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 - Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté, APR-DRG 513 - Interventions sur utérus/annexes pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 - Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté, APR-DRG 516 - Ligature tubaire par voie laparoscopie, APR-DRG 540 - Césarienne en APR-DRG 560 - Accouchement par voie vaginale ;

2° APR-DRG 45 - Accident vasculaire cérébral avec infarctus, APR-DRG 46 - Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus, APR-DRG 47 - Accident ischémique transitoire, APR-DRG 134 - Embolie pulmonaire, APR-DRG 136 - Affections malignes du système respiratoire, APR-DRG 139 - Pneumonie simple, APR-DRG 190 - Affections circulatoires avec infarctus, APR-DRG - 202 Angine de poitrine, APR-DRG 204 - Syncope et collapsus, APR-DRG 244 - Diverticulité et diverticulose, APR-DRG 464 - Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons en APR-DRG 465 - Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

§ 10. Afin de tenir compte de l'évolution dans les pratiques médicales et dans les différences de pratiques, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996, adapter les prestations visées au § 8 et les groupes APR-DRG visés au § 9. »

Il s'agit en détail des données suivantes :

## 2.2. Description générale des sources de données estimées nécessaires

- a) Les données validées mentionnées ci-après provenant des années d'enregistrement de 1997 à 2001 ;
- b) Tous les datasets de l'enregistrement RCM :
  - pour l'année 1997 : CCSZH97 (fichier principal), CCSDI97, CISDG97, CISDI97, CISIC97, CISRC97, CISRI97, CISUI97 et CISZH97 ;
  - pour l'année 1998 : analogique + CISFA98 ;
  - pour les années 1999 – 2001 : STAYHOSP, STAYXTRA, STAYSPEC, STAYINDX, STAYUNIT, DIAGNOSE, PROCICD9, PROCRIZI, à l'exception du dataset PATBIRTH (données de séjours en service néonatal non facturés).
- c) Tous les datasets de l'enregistrement RFM, pour les années 1997-2001 : SEJOUR (libname TCT), IM, PREST et BC\_MN, JR\_ENTR, PPH, SPLR & IMPLANT ;
- d) Le fichier couplé contenant le numéro de patient anonymisé et les divers flags par séjour (4 contrôles croisés, contrôles sur la réadmission dans le même mois, séjour néonatal non facturé) ;
- e) Le fichier codé-décodé pour les hôpitaux, à savoir un tableau couplé entre les numéros d'hôpitaux codés d'une part et le numéro d'autorisation de l'hôpital par l'INAMI ainsi que le numéro CIV de l'hôpital auprès du SPF Santé publique d'autre part.

## 2.3. Critères de sélection

Les critères de sélection suivants seraient appliqués sur les sources de données (citées ci-dessus).

- a) Tous les séjours des APrDRG retenus dans la Loi 22-08-2002 :
  - APrDRG chirurgicaux : 073, 097, 179, 225, 228, 263, 302, 313, 318, 482, 513, 516, 540 & 560 ;
  - APrDRG médicaux : 045, 046, 047, 134, 136, 139, 190, 202, 204, 244, 464 & 465;
- b) et ce, pour toutes les severity classes;
- c) et, en outre, tous les séjours en hospitalisation classique et les séjours d'un jour dans le RCM.

### ***Justification avancée à l'appui de la demande***

#### *Justifications relatives à la pertinence des données demandées*

- 3.1. La nécessité de pouvoir disposer des données demandées est justifiée par le fait qu'elles contiennent tous les séjours utiles pour le calcul des montants de référence prévus dans la Loi 22-08-2002 et donc leur évaluation.

Il est relevé en outre qu' :

- étant donné que l'étude comprend également une recherche sur la répartition des séjours sur les 4 severity classes, les séjours de toutes les severity classes sont nécessaires.
- étant donné que l'étude comprend également une recherche et une quantification des éventuels glissements de consommation entre l'hospitalisation classique, les séjours d'un jour et le secteur ambulatoire, la demande RCM nécessite à la fois les hospitalisations classiques et les séjours 'one day'.

**3.2.** Dans tous les datasets, le numéro codé réversible de l'hôpital est demandé, mais avec la possibilité de le décoder dans une phase ultérieure de l'étude, dès que l'on procède à la validation dans quelques hôpitaux – au titre de contrôle de la qualité – et ensuite à un feed-back éventuel vers chaque hôpital.

A cet effet, un fichier de correspondance complémentaire (de l'hôpital codé vers le numéro d'autorisation de l'INAMI et vers le numéro CIV du SPF Santé publique) est demandé. Initialement, ce fichier sera géré exclusivement par le conseiller en sécurité du Centre d'expertise qui, lorsque la partie d'analyse de la mission sera terminée et si une validation des données dans quelques hôpitaux s'impose pour préparer un feed-back plus général, le mettra à la disposition du Surveillant responsable de la gestion des autorisations d'accès à l'égard du/des chercheur(s) désigné(s).

#### *Justifications relatives aux risques de réidentification*

**4.1.** Les données demandées comprennent un certain nombre d'indicateurs qui concernent le patient.

Il s'agit :

- des indicateurs généraux de RCM/RFM tels que l'âge, le sexe, le code postal, le code de résidence INS et le code du pays d'origine ;
- des indicateurs du statut de sécurité sociale issus de RCM/RFM : Code ayant droit 1 et code ayant droit 2 ;
- de la clé patient codée de l'hôpital ;
- de la clé séjour codée des OA ;
- du numéro de patient anonymisé (hashingstring).

Ces données seraient nécessaires pour les raisons suivantes :

- les indicateurs généraux : pour les analyses épidémiologiques & socio-économiques des résultats de l'étude ;
- le numéro de patient anonymisé (hashingstring) : pour suivre le patient dans ses différents séjours dans un même ou dans un autre hôpital (en cas de transfert). Ces données sont nécessaires pour les analyses épidémiologiques & socio-économiques des résultats de l'étude ;

- la clé patient codée de l'hôpital issue de l'enregistrement RCM/RFM : dans le cadre de l'obligation de transparence à l'égard des hôpitaux en cas de feed-back individuel ou de feed-back des données de validation, résultant du traitement des données au sein du KCE, et ce, en ce qui concerne le contrôle de la qualité de l'enregistrement RCM/RFM ;
- la clé séjour codée des OA issue de l'enregistrement RCM/RFM : dans le cadre de l'obligation de transparence à l'égard des OA en cas de feed-back des données de validation, résultant du traitement des données au sein du KCE, et ce, en ce qui concerne le contrôle de la qualité de l'enregistrement RCM/RFM.

**4.2.** En ce qui concerne le dispensateur de soins, les données demandées reprennent la profession et la qualification du dispensateur pour les prestations et les implants dans RFM (dataset PREST et IMPLANT).

**4.3.** En ce qui concerne l'hôpital, les données demandées sont codées au niveau du numéro de l'hôpital par la SmalS-MvM dans RFM (dataset SEJOUR) et dans le RCM (dataset CCSZH ou STAYHOSP suivant l'année). Il est souligné que l'étude se fera intégralement sur les données codées au niveau du numéro de l'hôpital (par souci d'objectivité). A la fin de l'étude, les numéros d'hôpitaux seraient décodés afin de procéder à l'envoi des résultats sous forme de feed-back. C'est la raison pour laquelle il est estimé nécessaire d'avoir une table de correspondance entre le numéro codé de l'hôpital et le numéro non-codé de l'hôpital. Cette table de correspondance serait transmise au "Conseiller en matière d'information, de sécurité et de protection de la vie privée" du Centre d'expertise et serait conservée par celui-ci sous son entière responsabilité.

**4.4.** Le rapport d'auditorat relève que, au cours de l'étude et lors de la publication des résultats (voir ci-après), même en travaillant sur des données codées au niveau du numéro d'hôpital, il y aurait effectivement un risque de pouvoir identifier un hôpital et un dispensateur au sein d'un hôpital par recoupement de certaines variables (nombre de séjours, nombre de journées d'hospitalisation, nombre d'actes, intervention chirurgicale pratiquée, ...). Par contre, il n'y aurait que très peu de probabilité de pouvoir identifier un patient, à moins de travailler sur des pathologies extrêmement rares, ce dont il est relevé que tel n'est pas le cas dans cette étude.

***En ce qui concerne l'utilisation, la conservation et la destruction des données***

**5.1.** Les données de base de l'enregistrement RCM-RFM initialement demandées, telles que décrites aux points 2.2 et 2.3. ci-dessus, seraient conservées en premier lieu en vue de fournir un éventuel feed-back. Elles seraient détruites douze mois après l'approbation du rapport final par le Conseil d'Administration du Centre d'expertise.

Si, dans ce délai de 12 mois, un feed-back est effectivement remis, un nouveau délai de 12 mois prendrait cours dès le moment où le feed-back est remis, dans la mesure où les résultats seront envoyés aux hôpitaux sous forme de feed-back (cf. 4.3.), il serait en effet

nécessaire de conserver le détail des données pour permettre au KCE de répondre aux questions des hôpitaux qui contesteraient les résultats.

- 5.2.** Les résultats intermédiaires et finaux déduits seraient archivés pendant 30 ans, étant donné qu'ils font partie intégrante du volet scientifique de l'étude et que cet archivage serait souhaitable pour un traitement ultérieur, entre autres en ce qui concerne les études longitudinales couvrant plusieurs années.

L'archivage sera effectué sur un support fixe (à convenir avec le conseiller en sécurité : par ex. bande magnétique, ...) et déposé dans un 'dépôt sécurisé', comme par exemple, celui de la Banque-carrefour de la Sécurité Sociale.

### *En ce qui concerne la communication*

- 6.** Les résultats de l'étude :

- feraient l'objet d'un rapport au ministre de la Santé publique ;
- feraient l'objet d'un rapport à la Multipartite (L 22/08/2002) ;
- feraient l'objet d'un feed-back individualisé aux hôpitaux;
- seront traités dans une ou plusieurs publications médico-scientifiques.

Les résultats de l'étude seraient envoyés sous forme de feed-back électronique (Cd- Rom ou via Website) à tous les hôpitaux afin de stimuler le dialogue sur la pertinence de ceux-ci, au sein de l'hôpital, mais aussi entre les hôpitaux et les chercheurs.

## **B. TRAITEMENT DE LA DEMANDE**

- 7.** L'article 4, §1<sup>er</sup> de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (ci-après « LVP ») dispose :

§ 1. Les données à caractère personnel doivent être :

1° traitées loyalement et licitement ;

2° collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités, compte tenu de tous les facteurs pertinents, notamment des prévisions raisonnables de l'intéressé et des dispositions légales et réglementaires applicables. Un traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques n'est pas réputé incompatible lorsqu'il est effectué conformément aux conditions fixées par le Roi, après avis de la Commission de la protection de la vie privée;

3° adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement;



4° exactes et, si nécessaire, mises à jour; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données inexactes ou incomplètes, au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement, soient effacées ou rectifiées;

5° conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement. Le Roi prévoit, après avis de la Commission de la protection de la vie privée, des garanties appropriées pour les données à caractère personnel qui sont conservées au-delà de la période précitée, à des fins historiques, statistiques ou scientifiques.

### ***Bases légales***

- 8.1.** Les articles 262 à 267 de la loi programme du 24 décembre 2002 (ci-après loi KCE) déterminent successivement l'objet et les missions du Centre d'expertise, ainsi que les tâches d'analyse et de réalisation de rapport et d'études qui lui sont confiés.

La communication, l'étude et l'analyse des données demandées, de même que la publication des résultats de l'étude rentrent dans le cadre de la mission du Centre, telle qu'elle résulte des dispositions précitées.

- 8.2.** Comme le relève le rapport d'auditorat, l'analyse nécessaire pour la présente étude a été exécutée jusqu'à ce jour par la Cellule Technique visée aux articles 155 et 156 de la loi du 29 avril 1996. La Loi KCE prévoit expressément que cette mission d'analyse est transmise au Centre d'expertise. L'arrêté royal, qui originellement, fixait la date de ce transfert de compétence au 1<sup>er</sup> décembre 2003, se trouverait actuellement pour signature auprès du ministre compétent.

Le Comité sectoriel relève dès lors que la présente autorisation ne pourra sortir ses effets que lorsque cet AR sera entré en vigueur, et conformément à son contenu.

- 8.3.** Après transfert de la tâche d'analyse, la Cellule technique reste néanmoins compétente pour collecter, relier, valider et anonymiser les données relatives aux hôpitaux (art. 156 de la Loi précitée du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales).

La Cellule technique ne peut communiquer que des données anonymisées, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée (art. 156, §3 de la loi précitée du 29 avril 1996).

Cette exception à l'anonymat porte sur la communication au SPF Santé publique et à l'INAMI et, en vertu de l'article 292, 3°, au Centre fédéral d'expertise .

La loi KCE prévoit toutefois que l'institution concernée, bien que légalement tenue de communiquer les données demandées, ne peut accéder à cette demande qu'après que le Centre d'expertise a prouvé qu'il dispose de l'autorisation requise.

- 8.4.** L'article 266 de la loi KCE donne au Centre d'expertise compétence pour réaliser des analyses sur la base de données codées autres que celles – relatives aux hôpitaux – visées à l'article 265, en vue des missions visées aux articles 263 et 264.

### *Principe de finalité et pertinence des données*

- 9.1.** Les données concernées (RFM et RCM) sont recueillies afin de permettre l'analyse prévue par le Centre d'expertise et de les transmettre à cette fin à la Cellule technique (et donc bientôt au Centre d'expertise).

La collecte des données sur lesquelles porte la demande est effectuée sur la base de l'arrêté royal du 6 décembre 1994 pour ce qui concerne le RCM et sur la base de l'article 206, § 3 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en ce qui concerne le RFM. L'agrégation des deux séries de données est prévue par l'article 156 de la loi du 29 avril 1996. Cette collecte vise explicitement à permettre l'analyse de ces données, qui jusqu'à présent est effectuée par la Cellule technique et qui sera effectuée par le Centre d'expertise à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2003.

Par conséquent, on peut considérer que le traitement par le Centre d'expertise était visé ab initio lors de la collecte des données en question, de sorte que le traitement des données par le Centre d'expertise constitue un traitement primaire. Le fait que les données soient d'abord communiquées à l'INAMI et au SPF Santé publique avant d'être transmises à la Cellule technique, ne porte aucunement atteinte à cette constatation, étant donné que la mission attribuée au Centre d'expertise est prévue légalement par les articles 262 à 267 de la loi-programme du 24 décembre 2002.

- 9.2.1.** Les données demandées concernent en premier lieu les personnes morales, mais elles peuvent être liées indirectement à des personnes physiques.
- 9.2.2.** D'une part, il s'agit des données financières relatives aux hôpitaux (RFM) provenant des organismes assureurs (OA). Dans ce cas, le 'patient' n'est donc pas une donnée pertinente mais, pour pouvoir relier l'évolution d'un certain nombre de données aux déplacements d'une seule et même personne dans un ou plusieurs hôpitaux, le RFM comprend tout de même un code permettant de relier les autres données à un individu. Ainsi, il est possible de vérifier par exemple si une série de séjours facturés à l'hôpital concernait à chaque fois d'autres personnes ou l'admission et la réadmission d'une seule et même personne. Dans ce cas, l'identité concrète de cette personne est en principe tout à fait non pertinente : ce qui importe, c'est de pouvoir savoir s'il s'agit ou non à chaque fois d'un même individu. Dès lors, chaque OA attribuera au patient un numéro unique qui sera enregistré en même temps que les autres données RFM. De cette façon, l'individu peut être suivi dans un ou plusieurs hôpitaux (même si c'est uniquement sous la forme d'un numéro unique dépersonnalisé). Cette unicité n'est cependant pas garantie entre les différents OA :

suivant le logiciel utilisé & l'algorithme adopté, différents OA peuvent donner une même valeur pour le numéro, alors qu'il s'agit quand même d'un patient différent.

- 9.2.3.** D'autre part, il s'agit des résumés cliniques minimums (RCM) provenant des hôpitaux. Ces données donnent une idée des caractéristiques thérapeutiques et de diagnostic de la population des patients dans les hôpitaux. Pour pouvoir vérifier les caractéristiques qui ont trait à un même individu, le patient est également présent dans ces données sous la forme d'un code unique par hôpital et par année d'enregistrement. En outre, le RCM comprend également des données sur le patient qui aident à le situer démographiquement (entre autres l'âge et le sexe). Mais, du fait que chaque organisme utilise un autre numéro, ce même individu ne peut pas être suivi entre les différents hôpitaux sur la base de ce numéro.
- 9.2.4.** Les RCM et RFM ne sont pas communiqués tels quels, mais uniquement après rapprochement. Ce rapprochement permet de suivre un même individu (doublement codé) dans un ou plusieurs hôpitaux, ainsi que sur les différentes années d'enregistrement. A cet effet, le numéro d'identification du patient concerné est traité dans les organismes assureurs par un algorithme hashing. Ce deuxième hashing permet d'anonymiser définitivement le patient : pour le Centre d'expertise, il est impossible d'encre retrouver l'identité du patient par les moyens techniques mis à sa disposition.
- 9.2.5.** En considération des finalités de l'étude décrites sub **1**, les données RCM et RFM demandées apparaissent pertinentes.

### *En ce qui concerne la proportionnalité*

**10.1.** Le Comité observe successivement :

- qu'une sélection est demandée à partir des banques de données couplées pertinentes qui retiennent uniquement des données relatives au groupe cible visé par la présente étude ;
- que ces données portent sur une période limitée dans le temps ;
- que les données visées constituent déjà une généralisation de synthèse à partir d'un dossier médical ;
- la nécessité d'intégrer dans cette étude des informations antérieures aux critères de sélections déterminants, à des fins scientifiques, notamment l'étude des circonstances différentielles qui sont déterminantes pour les modes de traitement différentiel et les conséquences ;
- la nécessité d'également intégrer dans cette étude les informations postérieures aux critères de sélections déterminants, afin de pouvoir étudier scientifiquement les conséquences des modes de traitement appliqués ;
- qu'il y a lieu de fournir, à l'issue de cette étude, un feed-back et une orientation aux organismes de soins individuels concernant leur façon d'agir ;
- et enfin, étant donné que pour toute nouvelle étude individuelle entamée par le Centre d'expertise, il y a lieu de demander une nouvelle autorisation au CSSS, ce qui limite la quantité des données concernées.

**10.2.** Le CSSS peut, en l'espèce, conclure que la demande de données visée apparaît dans un rapport raisonnable de proportionnalité avec les finalités poursuivies.

**11.1.** Toutefois, le Comité sectoriel, conscient de la masse de données traitées, estime nécessaire que la présente étude soit également, en parallèle, menée sur base d'un échantillon, afin qu'il soit mis en mesure d'apprécier si, sur base de cette technique impliquant par hypothèse, le traitement d'un nombre nettement moins important de données, donne des résultats similaires ou comparables, de nature à étayer la fiabilité et la pertinence scientifique de cette méthode.

**11.2.** Préalablement à la mise en œuvre de cette technique alternative, le comité sectoriel sera informé des modalités et principes envisagés quant à ce.

### *Quant aux risques d'identification*

**12.1.** Bien que l'étude visée ait recours à des données dépersonnalisées et codées, il ne semble pas possible d'exclure totalement le risque de pouvoir déduire, à partir des données codées, des constatations relatives à des personnes physiques, à savoir relatives à des prestataires de soins et des patients.

On peut imaginer, par exemple, qu'un hôpital codé, et donc non identifiable, présente certaines caractéristiques quantitatives (par ex. un nombre très important ou très faible de lits) tandis que seul un nombre limité d'hôpitaux répondent à cette description quantitative, il ne sera pas très difficile pour les personnes qui connaissent très bien le secteur de retrouver concrètement quel hôpital est décrit dans les statistiques.

C'est un problème classique dans les études statistiques et autres : du fait qu'il s'agit de cas marginaux, les outliers ne se confondent pas dans l'anonymat de la masse. Dans la mesure où il s'agit de l'identification d'une personne morale, ceci ne pose pas en soi, de problème sur le plan de la protection de la vie privée.

**12.2.** Mais pour les outliers vers le bas (très petites institutions), il pourrait cependant y avoir un problème si un hôpital, identifié d'une façon ou d'une autre, est mentionné à propos de certaines caractéristiques (par exemple et en particulier à propos de la pratique clinique analysée) alors que les dispensateurs de soins qui utilisent de telles pratiques dans cet hôpital sont en nombre très limité. Dans ce cas, une personne qui connaît suffisamment cet hôpital pourra déduire des résultats de l'étude certaines données relatives à ce dispensateur. En outre, si cette pratique clinique, dans l'hôpital identifié, n'a été appliquée que quelques fois et si quelqu'un possède suffisamment de connaissances pour savoir quel patient a subi cette intervention clinique spécifique dans cet hôpital, l'identification du patient lui-même n'est pas exclue (dans ce cas, il pourrait même s'agir d'une donnée relative à la santé).

**12.3.** Quoique le rapport d'auditorat indique que le risque d'identification du dispensateur de soins ou du patient est plutôt minime et même pratiquement inexistant étant donné que la pratique clinique étudiée est une pratique clinique fréquente - de sorte qu'il n'y aurait

pratiquement pas d'outliers - il semble toutefois souhaitable de prévoir, dès qu'il apparaît que ce risque est quand même important, un filtre qui élimine les échantillons comptant moins de 10 ou 20 interventions par an.

***En ce qui concerne les données à considérer comme des données à caractère personnel relatives à la santé***

- 13.1.** Si les données permettent de faire des constatations sur la santé du patient, leur traitement ne sera permis que dans la mesure où une des exceptions sur l'interdiction de traitement de données relatives à la santé, telles que décrites à l'article 7, § 2 de la LVP, est applicable. Le rapport d'auditorat en tient compte et le traitement est basé sur l'article 7, §2, k) de la LVP, étant donné que le traitement est nécessaire à la recherche scientifique, ainsi que sur l'article 7, §2, e) de la LVP, étant donné que le traitement est rendu obligatoire par ou en vertu d'une loi, en l'occurrence la loi-programme du 24 décembre 2002, pour des motifs d'intérêt public importants.
- 13.2.** Dans le cas présent il y a lieu de nuancer, pour le surplus, l'exigence posée par l'article 7, § 5 de la LVP qui requiert que les données à caractère personnel relatives à la santé soient collectées auprès de la personne concernée. L'exigence d'une collecte directe auprès de l'intéressé ne doit en l'occurrence pas être appliquée telle quelle, étant donné que le mode de collecte des RCM et RFM est réglé par la loi (voir ci-dessus : présentation de la base légale) et que les intéressés peuvent raisonnablement s'attendre à ce que leurs données soient traitées par le Centre d'expertise afin de permettre les analyses prévues.
- 14.** En ce qui concerne le décodage du code d'hôpital, il y a lieu de remarquer que ce décodage fait partie intégrante des études pour lesquelles les demandes d'autorisation ont été introduites et fait dès lors partie du traitement primaire. En effet, sans ce décodage il n'est pas possible d'offrir un feed-back aux hôpitaux et d'effectuer une validation externe des études. Par conséquent, l'article 12 de l'arrêté royal du 13 février 2001 qui interdit le décodage, n'est pas d'application étant donné que cet article porte sur le traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques.

Toutefois, le décodage donne lieu au problème suivant : le décodage ne conduit pas seulement à l'identification de l'hôpital (personne morale), mais permet également à l'identification indirecte du dispensateur de soins et du patient. Par conséquent, il semble dans ce cas également opportun, soit d'utiliser un filtre qui permet d'éliminer les outliers (et par conséquent d'éviter le problème de l'identification indirecte), soit de regrouper les petits hôpitaux.

***En ce qui concerne la communication des résultats de l'enquête***

- 15.1.** Une remarque doit être formulée ce qui concerne le tableau de correspondance pour les hôpitaux, qui sera géré par le conseiller en sécurité du Centre d'expertise (article 274 de la loi-programme du 24 décembre 2002), qui en temps utile le mettra à la disposition du surveillant responsable de la gestion des autorisations d'accès vis-à-vis des chercheurs désignés.

La communication de ces données par le conseiller en sécurité au surveillant doit faire l'objet d'accords précis préalables et ce afin d'éviter que les données de l'étude ne soient diffusées de façon non contrôlée.

**15.2.** L'article 16, § 4, de la LVP oblige le responsable du traitement à garantir la sécurité des données à caractère personnel. À cet effet, il doit prendre les mesures techniques et organisationnelles requises pour protéger les données à caractère personnel contre la perte accidentelle ainsi que contre la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé de données à caractère personnel. Ces mesures doivent être décidées compte tenu, d'une part, de l'état de la technique en la matière et des frais qu'entraîne l'application de ces mesures et, d'autre part, de la nature des données à protéger et des risques potentiels. Étant donné que des données sensibles, du moins potentiellement, sont traitées en l'occurrence, un niveau de sécurité supérieur est par conséquent requis.

Il ressort de la demande d'autorisation que le conseiller en sécurité sera chargé d'élaborer et de faire respecter les mesures de sécurité requises.

**15.3.** Ces mesures de sécurité peuvent être de nature technique et organisationnelle et doivent en premier lieu garantir qu'aucune donnée ne soit diffusée à l'extérieur du centre d'expertise. Outre la protection technique sur le plan informatique, qui peut être de nature matérielle, par exemple une conservation minutieuse d'éventuels supports d'information en un endroit convenu avec le conseiller en sécurité, et de nature logicielle, par exemple une protection efficace du réseau, des mesures organisationnelles précises sont indispensables ici, par exemple une interdiction de télétravail dans le chef des collaborateurs du Centre d'expertise qui utilisent des ensembles de données dans leur totalité ou en partie. De manière générale, il faut veiller à ce que les données ne soient pas envoyées à des ordinateurs ou réseaux extérieurs au Centre d'expertise, même si l'objectif est que quelques collaborateurs seulement utiliseront les données. En effet, cette diffusion externe des données compliquerait considérablement leur protection.

**15.4.** Sur le plan interne également, le responsable du traitement est tenu d'organiser la protection des données. Sur la base de l'article 16, § 2, 2° de la LVP, le responsable du traitement doit veiller à ce que, pour les personnes agissant sous son autorité, l'accès aux données et les possibilités de traitement soient limités à ce dont ces personnes ont besoin pour l'exercice de leurs fonctions ou à ce qui est nécessaire pour les nécessités du service. Aussi faudrait-il veiller à ne communiquer sous aucun prétexte les mots de passe à des collègues non autorisés, même si les personnes concernées ne rencontraient aucun problème à ce niveau. On peut également songer à la mise en œuvre d'un contrôle d'accès a posteriori aux données par l'enregistrement électronique.

**15.5.** Par conséquent, préalablement à la transmission d'un projet de recherche, le conseiller en sécurité doit communiquer des conventions et directives précises visant à une protection externe des données, tel qu'exposé ci-dessus. Mais il est également tenu de prendre les mesures utiles de sorte que les données soient uniquement mises à la disposition des collaborateurs qui ont réellement besoin des données en question. Afin de savoir qui peut

disposer de quelles données, on ne se basera pas uniquement sur une liste de personnes participant à un projet de recherche déterminé, mais on vérifiera également quelles personnes de l'équipe ont besoin d'ensembles de données bien précis. Le critère permettant de déterminer si certaines données peuvent être communiquées à une personne est celui de la nécessité des données pour la réalisation des tâches confiées à la personne plutôt que celui de leur utilité. Dans la littérature anglaise, on trouve dans ce contexte la distinction entre « must know » et « nice to know ».

***En ce qui concerne la conservation des données de base et l'archivage des résultats de l'étude***

**16.1.** Pour les données de base de l'enregistrement RCM – RFM demandées initialement, le délai de conservation prévu dans l'étude est de douze mois après approbation du rapport final par le Conseil d'administration du Centre d'expertise. A l'échéance de cette période, les données seront détruites. Toutefois, si un feed-back est effectivement donné au cours du délai de douze mois, un nouveau délai de douze mois prend cours au moment où la communication du feed-back a lieu.

**16.2.** Cette proposition appelle trois observations critiques.

D'une part, le fait de prendre comme point de départ du premier délai de 12 mois l'approbation du rapport final fait dépendre la durée finale de conservation des données de base d'un événement aléatoire, à tout le moins en ce qui concerne sa date de réalisation.

D'autre part, il se comprend difficilement qu'un délai aussi long soit laissé entre la communication des données et un éventuel feed-back aux hôpitaux, dès lors que ce feed-back apparaît comme une dimension essentielle de l'étude.

Enfin, le Comité constate que les résultats intermédiaire et finaux sont soumis, non aux délais de conservation de 12 mois précités, mais bénéficient d'un archivage autorisé pour une durée de 30 ans, alors même que ces résultats, en tout cas les premiers, ne diffèrent sur le plan du contenu des données RCM/RFM que sous l'angle de leur présentation.

**16.3.** En vue de répondre à ces observations, sans affecter la réalisabilité de l'étude en cause, le système alternatif suivra apparaît préférable :

a) l'ensemble des opérations, y compris l'établissement des résultats intermédiaire et finaux ainsi que l'éventuel feed back auprès des hôpitaux, doit intervenir endéans un délai maximal de 24 mois, prenant cours à la communication des données RCM-RFM;

b) au plus tard à l'expiration de ce délai, l'ensemble des données visées sub a) doivent être détruites, à l'exception des résultats finaux et/ou des données agrégées qui ne contiennent plus aucune référence à des numéros de patients, dont l'anonymat est autrement dit total, sauf nouvelle autorisation, dûment motivée, demandée auprès de et donnée par le Comité sectoriel;

c) en considération des éléments ci-dessus, il s'impose moins de soumettre à un délai d'archivage le rapport final; dans ces conditions le délai de 30 ans proposé apparaît raisonnable. Le dépôt auprès de la BCSS offre les garanties de sécurité requises.

**17.** Il convient d'observer que si les résultats finaux de l'étude, dans la mesure où ils ne seraient pas encore complètement anonymes, sont utilisés ultérieurement pour une autre étude (notamment une étude longitudinale), une nouvelle autorisation du Comité sectoriel suffit, à condition que cette étude puisse être considérée comme une poursuite de l'étude initiale.

Toutefois, si les données conservées sont utilisées dans le cadre d'un traitement ultérieur qui n'est pas compatible avec le traitement primaire, il y a lieu de respecter les dispositions de l'arrêté royal du 13 février 2001 en matière traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques.

**18.** Le Comité observe enfin que, même si cela va de soi, il estime nécessaire de souligner de façon expresse qu'il se réserve le droit de moduler à l'avenir, dans le cadre de demandes ultérieures introduites par le Kenniscentrum, certains aspects de la présente autorisation, celle-ci ne devant dès lors par être considérée comme ayant valeur de précédent.

Par ces motifs,

### **le Comité sectoriel de la sécurité sociale**

1. autorise le SPF Santé publique, l'INAMI et la Cellule technique à communiquer au Centre d'expertise des données visées sub **2.**, dans le respect des conditions prescrites par la présente délibération ;
2. relève que cette autorisation ne pourra sortir ses effets qu'à dater de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal visé sub **8.2.** ;
3. subordonne la présente autorisation à la mise en œuvre, en parallèle au recours à l'ensemble des données visées sub 2, d'une procédure alternative recourant à un échantillon, procédure dont les modalités et principes seront, probablement, communiqués au Comité sectoriel.

Michel PARISSE  
Président

*Annexe : notes techniques explicatives*