

Dr. Bernard Hepp

Médecin-Directeur Général

Service d'évaluation et de contrôles médicaux

INAMI

Tervurenlaan 211

1150 Brussel

Ref.: ***Utilisation efficace des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire***

Cher Directeur-Général,

Plusieurs de nos collègues ont reçu un courrier au sujet de l'utilisation efficace des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire. Nous comprenons la bonne intention que soulève cette lettre, c'est-à-dire les coûts encourus par l'assurance maladie, une préoccupation que nous partageons tous d'ailleurs. Nous avons également une bonne connaissance du rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé, pas seulement de son contenu mais aussi de sa genèse et du processus de développement, pour lequel un certain nombre d'experts renommés de notre communauté professionnelle ont accordé leur collaboration. Par ailleurs, nous aimerions insister sur le fait que notre communauté professionnelle mettra tout en œuvre pour collaborer aux efforts légitimes visant à maîtriser les coûts de l'assurance maladie. Néanmoins, il est important qu'une méthodologie adéquate soit utilisée pour déterminer toute utilisation inefficace. En effet, si une conclusion erronée est tirée à partir d'un certain nombre d'observations, il en résultera que des tests nécessaires pour parvenir à un diagnostic fiable ne seront plus réalisés ce qui pourrait avoir des conséquences désastreuses. D'ailleurs, on peut lire dans le rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé¹ ... « les tests d'exploration fonctionnelle respiratoire sont en outre indispensables puisqu'ils vont conduire à des tests diagnostiques supplémentaires ou à un traitement ». D'ailleurs vous mentionnez à juste titre dans votre lettre que ... « nous ne connaissons pas les conditions spécifiques dans lesquelles ces recherches ont été conduites ».

La méthodologie que vous avez utilisée pour l'évaluation repose sur trois éléments essentiels.

Premièrement, l'augmentation du nombre de tests. D'après le rapport centre fédéral d'expertise des soins de santé, il apparaît que le nombre d'explorations fonctionnelles respiratoires a doublé

durant les 10 dernières années (Figure 2 du rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé)¹. Cette augmentation serait surtout due à une augmentation des examens suivants : capacité de diffusion, volume résiduel et mécanique ventilatoire. Bien qu'une augmentation aussi importante puisse au premier abord faire penser à une utilisation inefficace, certains points importants méritent tout de même d'être mentionnés. En fait, une spirométrie seule est souvent difficilement interprétable sans les données concomitantes des volumes pulmonaires. Pour les affections telles que la BPCO, les affections interstitielles pulmonaires, les affections des muscles respiratoires et l'hypertension pulmonaire, des données sur la capacité de diffusion sont souvent nécessaires étant donné que l'atteinte de celle-ci n'est pas souvent liée à des anomalies spirométriques. C'est d'ailleurs à la base du tableau en pages vii et 61 du rapport mentionné ci-dessus. Pour la majorité des affections, il n'y a pas un test diagnostique unique, mais une batterie de tests est nécessaire parce que la valeur diagnostique se dévoile très souvent dans les anomalies de cet ensemble de tests plutôt que dans celle d'un test unique. De plus, le nombre de pneumologues ces 10 dernières années a fortement augmenté (entre 1998 et 2008). Ceci a sans conteste promu la qualité des soins dans le domaine des affections respiratoires mais, ceci a aussi sans doute conduit, à juste titre, à l'utilisation de tests spécialisés pour diagnostiquer des maladies pulmonaires dans certaines régions où cela était plus rare auparavant. Dans ce contexte, il est d'ailleurs nécessaire de mentionner que seulement 60% des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire sont prescrits par des pneumologues (figure 4)¹. C'est aussi la raison pour laquelle notre Société se bat depuis longtemps pour limiter les examens d'exploration fonctionnelle respiratoire à notre spécialité sachant que 30% des tests sont prescrits par des internistes et 10% par des cardiologues (figure 4)¹. Il nous semble que la première démarche logique pour maîtriser les coûts serait de limiter l'accès aux examens d'exploration fonctionnelle respiratoire aux seuls pneumologues. Ceci devrait contribuer à sérieusement diminuer les tests inutilement prescrits et donc superflus.

En outre, une recommandation importante du centre fédéral d'expertise des soins de santé est que feedback et éducation représentent la pierre angulaire des recommandations. Des efforts considérables de notre communauté professionnelle ont été fournis en ce qui concerne formation, discussion et réflexion. Ces points ont été abordés aussi bien au cours de réunions scientifiques qu'aux GLEMS, une discussion annuelle au GLEM peut même être plus fructueuse qu'une recommandation. Le centre fédéral d'expertise des soins de santé n'a trouvé que peu d'études évaluant l'utilisation des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire dans une situation qui associe un symptôme tel qu'essoufflement ou toux. Pourtant cette situation est justement très fréquente en deuxième ligne, il ne faut d'ailleurs jamais oublier qu'un diagnostic préliminaire peut être compliqué par un nouveau diagnostic et une autre pathologie.

De nombreux tests d'exploration fonctionnelle respiratoire sont effectués chez des personnes âgées : à cause d'un certain manque de coopération de ces individus, combiner plusieurs tests (spiro, résistance et volume résiduel) est certainement judicieux quand il s'agit d'établir un bilan de santé. Les études auxquelles le centre fédéral d'expertise des soins de santé se réfèrent, portent sur une population plutôt jeune ne présentant que peu de pathologies associées. Au sein de la population plus âgée plusieurs tests se corrélant entre eux s'avèreront souvent nécessaires.

Bien que le centre fédéral d'expertise des soins de santé invoque des mesures financières pour rendre l'utilisation des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire plus efficaces, il n'est cependant pas clairement mentionné que cela suppose des mesures décourageantes. En tout cas, contrairement à la revalorisation des actes intellectuels qui voient le jour dans d'autres domaines de la médecine interne (surveillance à l'hôpital pour les spécialistes des affections internes, Moconsult pour les oncologues médicaux, consultation et surveillance gériatrique en hôpital, revalorisation en rhumatologie...), il ne semble pas que cela soit envisagé pour la pneumologie ceci malgré l'enjeu intellectuel considérable que l'exercice de cette spécialité exige compte tenu des nombreuses facettes de cette profession.

Deuxièmement, beaucoup de ces tests ne sont en fait qu'une combinaison de tests. Ceci est parfaitement logique et en accord avec le rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé¹ (voir ci-dessus). La valeur diagnostique se trouve ainsi souvent au sein d'une combinaison de tests plutôt que dans un seul test. Même si au premier abord il est intuitivement logique, l'utilisation du pourcentage de combinaison de tests comme paramètre d'efficacité des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire ne semble pas justifié. L'usage non discriminatif de ce paramètre peut à terme miner la valeur diagnostique des examens d'exploration fonctionnelle respiratoire. Nous sommes prêt à collaborer de façon constructive afin d'élaborer des paramètres robustes capables de déceler les meilleurs rapports coût/efficacité des test d'exploration fonctionnelle respiratoire.

Troisièmement, la répétition des tests sur une période de 9 mois. Une pratique clinique efficace pour le suivi des maladies pulmonaires exige dans de nombreux cas des examens d'exploration fonctionnelle respiratoire. Ainsi, les patients BPCO sont souvent réexaminés tous les 6 mois, chez les patients atteints d'affections interstitielles pulmonaires ceci est encore plus fréquent étant donné la détérioration plutôt rapide de ces patients. Nous ne comprenons pas non plus quelle est la validité du paramètre utilisé quant à la réalisation de l'examen des 9 derniers mois.

Nous espérons que les éléments mentionnés ci-dessus vous aideront à élaborer de nouveaux paramètres qui seront sans équivoque indicatifs de l'efficacité des tests d'exploration fonctionnelle respiratoire. Nous sommes aussi prêts à vous épauler de manière constructive. D'ailleurs nous vous conseillons vivement de développer ces paramètres en dialoguant avec des experts sur le terrain afin de limiter les effets indésirables.

Dans ce contexte, nous vous contacterons prochainement pour une discussion.

Avec nos meilleures salutations,

Les membres du bureau de la SBP

Prof. Dr. B. Buyse

Dr. D. Galdermans

Prof. dr. G. Joos

Prof. Dr. G. Liistro

Prof. dr. R. Louis

Dr. A. Van Meerhaeghe

Prof. dr. G. Verleden.

Les membres du bureau du Forum des Pneumologues flamands

Dr. J. Aumann

Dr. L. Bedert

Dr. J. Bockaert

Prof. dr. M. Decramer

Prof. dr. E. Derom

Dr. P. Germonpré

Dr. C. Haenebalcke

Dr. J. Lamont

Dr. H. Slabbynck

Dr. M. Thomeer

Dr. P. Van den Brande

Dr. J. van Meerbeeck

Prof. Dr. G. Verleden

Prof. dr. W. Vincken

Les membres du bureau de l'association professionnelle des médecins spécialistes en pneumologie

Dr. R. Deman

Dr. J. Lamont

Dr. D. Van Renterghem

Les Chefs de service des services universitaires de pneumologie

Prof. dr. W. De Backer

Prof. dr. M. Decramer

Prof. dr. L. Delaunoy

Prof. dr. P. De Vuyst

Prof. dr. G. Joos

Prof. dr. R. Louis

Prof. dr. V. Ninane

Prof. dr. Rodenstein

Dr. A. Van Meerhaeghe

Prof. dr. W. Vincken

i

ⁱⁱ 1. "Longfunctietesten bij volwassenen."

KCE reports 60A. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2007.