Variations de pratiques médicales

Chirurgie vertébrale

Analyse de la répartition de la pratique médicale en volumes et en dépenses par patient et par assuré en Belgique (répartition, occurrence, tendances par régions, provinces et arrondissements) pour l'année **2025**

INAMI – Service des Soins de Santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la qualité

Cellule Soins Efficaces

Pascal Meeus, Benjamin Swine, Katrien Declercq, Delphine Beauport

Contact : appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Date de ce rapport : 5 septembre 2026

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES **2**

1. INTRODUCTION **3**

2. RÉSUMÉ DES DONNÉES-CLÉS **4**

3. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE SPÉCIFIQUE **5**

A. CODES DE NOMENCLATURE INAMI RETENUS POUR L'ANALYSE 5
B. HISTORIQUE DES CODES DE NOMENCLATURE 11
C. EVOLUTION DE LA RÉPARTITION EN VOLUMES DES CODES DE NOMENCLATURE PRESTÉS 12
D. SOURCE DES DONNÉES ET PÉRIODE D'ANALYSE 13
E. CRITÈRES DE SÉLECTION 14
F. SPÉCIALITÉ DES PRESTATAIRES 15
G. SPÉCIALITÉ DES PRESCRIPTEURS 16
H. NOMBRE (ESTIMÉ) DE PATIENTS PAR AN 17
I. STANDARDISATION 18

4. RÉSULTATS **19**

A. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ NATIONAL 19
B. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ PAR SEXE ET PAR ÂGE 20
C. TAUX DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE 24
D. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ SELON LE RÉGIME DE REMBOURSEMENT 26
E. EVOLUTION DES TAUX DE RECOURS STANDARDISÉS 28
F. VARIATIONS GÉOGRAPHIQUES DES TAUX DE RECOURS STANDARDISÉS 32
G. DÉPENSES STANDARDISÉES EN SOINS DE SANTÉ À CHARGE DE L'ASSURANCE 36

5. ANNEXES **42**

A. ANALYSE DE LA VARIANCE (ANOVA), HORS BRUXELLES 42
B. FRÉQUENCE DES OCCURRENCES DE LA PRATIQUE (PAR PATIENT) 43
C. TYPES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT 47
D. VARIATIONS DE CODAGE ET ALTERNATIVES DE LA PRATIQUE 50

1. INTRODUCTION

La création de la Cellule Soins Efficaces au sein de la Direction Recherche-Développement-Qualité du Service Soins de Santé de l'INAMI fait suite au Contrat d'administration 2016-2018 de l'INAMI[1]. Il prévoit, dans son article 35, « la création d'une Cellule Soins efficaces ciblant plus spécifiquement une approche intégrée en matière d'utilisation rationnelle des ressources ». Ce projet de création de la Cellule Soins Efficaces est effectif depuis le deuxième trimestre 2017.

La mise en œuvre concrète de la Cellule a été formalisée par le « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 » publié par l'INAMI le 18 juillet 2016[1]. Ce plan énonce une trentaine de mesures visant à tendre vers davantage d'efficience dans les soins de santé en encourageant les pratiques adéquates et en luttant contre les soins inutiles ou inappropriés.

Il y est convenu que, parmi ses missions, la Cellule Soins Efficaces analyse la « pertinence des soins » avec pour objectif d'identifier des variations de consommation inexpliquées après standardisation. Ces variations constituent en effet potentiellement un signe d'utilisation non optimale des ressources.

Les rapports de « variations de pratiques médicales » reprennent les analyses menées dans ce cadre. Chaque rapport est centré sur une thématique.

Le présent document vise à présenter les résultats chiffrés et graphiques des analyses[2] de la pratique de Chirurgie vertébrale, ainsi qu'à en fournir les essentielles clés de lecture.

Volontairement, nous n'avons ajouté ici aucun élément d'interprétation souhaitant au préalable soumettre ces constats aux professionnels qui sont les plus à même de les interpréter. Ce document est néanmoins libre d'accès, afin d'alimenter objectivement et publiquement la réflexion sur la thématique.

Les données présentées dans cette analyse sont le reflet de la prise en charge du coût de prestations de santé par l'assurance obligatoire soins de santé. Cela ne signifie pas pour autant que toutes les prestations soient effectuées conformément à la réglementation et/ou aux guidelines.

[1] (Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2016)

[2] Nous renvoyons le lecteur intéressé par la méthodologie suivie pour ces analyses quantitatives vers le document intitulé « Variations de pratiques – Méthodologie ».

2. Résumé des Données-clés

		TOTAL	Δ[1]
PRESTATAIRES & PRESCRIPTEURS			
Prestataires principaux :	*Neurochirurgie*	**75,60%**	
Prescripteurs principaux :	*Indéfini*	**-**	
TAUX DE RECOURS			
Nombre de prestations par an		**36.875**	
Occurrence moyenne par patient par jour (prestations)		**1,00**	
Occurrence moyenne par patient par année (jours)		**1,07**	
Occurrence moyenne totale		**1,07**	
Nombre estimé de patients (par an)		**34.446**	
Taux de recours standardisé (par 100 000 assurés)		**295**	
Pourcentage en mode ambulatoire		**0,81%**	
Pourcentage One-day/(One-day + Classique)		**NA**	
POPULATION			
% de la population sélectionnée par rapport au total des assurés		**100,00%**	
Âge médian des patients		**60** ans	
Ratio des taux standardisés femmes/hommes (patients)		**1**	**δ**
Ratio des taux standardisés régime préférentiel/régime général (patients)		**1,3**	**δ**
TENDANCES			
Tendance[2] (2015-2025)		**-0,76% NS**	
Tendance (2015-2023)		**-0,12%**	
Tendance[3] (2023-2025)		**-3,26% NS**	
DÉPENSES DIRECTES			
Dépenses annuelles		**36.439.664** €	
Dépenses moyennes annuelles par assuré[4]		**3,12** €	
Dépenses moyennes annuelles par patient		**1.057,88** €	

[1] **Δ Marqueur de dispersion : comparaison du coefficient de variation (CV) de l'indicateur par rapport à la médiane (MED) des CV de l'ensemble des analyses pour cet indicateur : δ si CV > MED + 10%, δδ si CV > MED + 20%, δδδ si CV > MED + 30%. Exception : Pour l'âge médian, δ signifie CV > MED + 30%**

[2] Le test indique si la pente observée diffère de manière statistiquement significative de 0%.

[3] Le test indique si la rupture de tendance entre les deux périodes est statistiquement significative.

[4] Les dépenses sont rapportées aux assurés sélectionnés

3. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE SPÉCIFIQUE

A. Codes de nomenclature INAMI retenus pour l'analyse

Les codes de nomenclature de l'INAMI qui ont été retenus pour l'analyse sont listés ci-dessous :

Ambulant	Hospitalisé	Taux	Dépenses	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
224011	**224022**	oui	oui	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire	01-09-2022		N35	K500
224033	**224044**	oui	oui	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire, y compris la reconstruction	01-09-2022		N35	K555
224055	**224066**	oui	oui	^ Fixation de l'odontoïde par vissage antérieur	01-09-2022		N35	K335
224070	**224081**	oui	oui	^ Discectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K350
224092	**224103**	oui	oui	^ Discectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K435
224114	**224125**	oui	oui	^ Discectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K520
224136	**224140**	oui	oui	^ Corporectomie de la colonne cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K430
224151	**224162**	oui	oui	^ Corporectomie de la colonne cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K540
224173	**224184**	oui	oui	^ Corporectomie de la colonne cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K650
224195	**224206**	oui	oui	^ Foraminotomie cervicale antérieure ou latérale, avec ou sans décompression de l'artère vertébrale sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K350
224210	**224221**	oui	oui	^ Foraminotomie cervicale antérieure ou latérale, avec ou sans décompression de l'artère vertébrale sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K435
224232	**224243**	oui	oui	^ Foraminotomie cervicale antérieure ou latérale, avec ou sans décompression de l'artère vertébrale sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K520
224254	**224265**	oui	oui	^ Fusion et / ou fixation occipito-cervicale, y compris l'éventuelle décompression	01-09-2022		N35	K310
224276	**224280**	oui	oui	^ Fusion et / ou fixation postérieure des vertèbres cervicales C1 et C2 à l'aide de crochets ou de fils	01-09-2022		N35	K170
224291	**224302**	oui	oui	^ Fusion et / ou fixation postérieure des vertèbres cervicales C1 et C2 à l'aide de vis	01-09-2022		N35	K310
224313	**224324**	oui	oui	^ Laminectomie cervicale quel que soit le nombre de niveaux	01-09-2022		N35	K280
224335	**224346**	oui	oui	^ Laminoplastie cervicale sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K250
224350	**224361**	oui	oui	^ Laminoplastie cervicale sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K310
224372	**224383**	oui	oui	^ Laminoplastie cervicale sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K370
224394	**224405**	oui	oui	^ Foraminotomie cervicale postérieure sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K350
224416	**224420**	oui	oui	^ Foraminotomie cervicale postérieure sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K435
224431	**224442**	oui	oui	^ Foraminotomie cervicale postérieure sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K520

Ce tableau reprend les codes de nomenclature de l'INAMI retenus pour l'analyse avec la mention de leur inclusion ou non dans l'analyse des volumes de prestations (taux) et des dépenses, avec leur description, leur date de création et de suppression, le cas échéant, leur groupe N (de la nomenclature INAMI) et leur valeur.

Ambulant	Hospitalisé	Taux	Dépenses	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
224453	224464	oui	oui	^ Fixation cervicale ou cervico-thoracique postérieure, y compris l'éventuelle décompression, sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K225
224475	224486	oui	oui	^ Fixation cervicale ou cervico-thoracique postérieure, y compris l'éventuelle décompression, sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K280
224490	224501	oui	oui	^ Fixation cervicale ou cervico-thoracique postérieure, y compris l'éventuelle décompression, sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K335
224512	224523	oui	oui	^^ Reconstruction cervicale avec une fixation tant antérieure que postérieure ou une fixation antérieure et une décompression postérieure ou une laminoplastie au cours d'une seule intervention chirurgicale	01-09-2022		N35	K560
224556	224560	oui	oui	^ Résection ou debulking d'une masse cervicale rachidienne néoplasique ou inflammatoire	01-09-2022		N35	K300
224571	224582	oui	oui	^^ Résection ou debulking d'une masse cervicale rachidienne néoplasique ou inflammatoire avec reconstruction	01-09-2022		N35	K500
224593	224604	oui	oui	^^ Spondylectomie cervicale totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K670
224615	224626	oui	oui	^^ Spondylectomie cervicale totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K835
224630	224641	oui	oui	^^ Spondylectomie cervicale totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K1000
224652	224663	oui	oui	Ablation chirurgicale de matériel d'ostéosynthèse, au niveau de la colonne cervicale	01-09-2022		N35	K155
224696	224700	oui	oui	Placement chirurgical d'un fixateur ou d'une traction externe pour l'immobilisation de fractures, de luxations ou de fractures-luxations de la colonne cervicale et/ou thoracique haute	01-09-2022		N35	K80
224733	224744	oui	oui	^^ Résection d'une hernie discale thoracique par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K400
224755	224766	oui	oui	^^ Résection d'une hernie discale thoracique par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K490
224770	224781	oui	oui	^^ Résection d'une hernie discale thoracique par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K580
224792	224803	oui	oui	^^ Corporectomie d'une vertèbre thoracique avec reconstruction, par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique, sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K430
224814	224825	oui	oui	^^ Corporectomie d'une vertèbre thoracique avec reconstruction, par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique, sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K540
224836	224840	oui	oui	^^ Corporectomie d'une vertèbre thoracique avec reconstruction, par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique, sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K650
224851	224862	oui	oui	^ Laminectomie thoracique quel que soit le nombre de niveaux	01-09-2022		N35	K170
224873	224884	oui	oui	^ Fixation de vertèbre(s) thoracique(s) par abord postérieur, quel que soit le nombre de niveaux	01-09-2022		N35	K250
224895	224906	oui	oui	^ Fixation du rachis thoracique par abord postérieur, y compris une laminectomie, quel que soit le nombre de niveaux	01-09-2022		N35	K305
224910	224921	oui	oui	^ Décompression thoracique par voie costo-transversaire	01-09-2022		N35	K335
224932	224943	oui	oui	^ Décompression thoracique par voie costo-transversaire, y compris la reconstruction	01-09-2022		N35	K390
224976	224980	oui	oui	^ Résection / debulking d'une masse thoracique rachidienne néoplasique ou inflammatoire	01-09-2022		N35	K300
224991	225002	oui	oui	^^ Résection / debulking d'une masse thoracique rachidienne néoplasique ou inflammatoire, y compris la reconstruction	01-09-2022		N35	K500
225013	225024	oui	oui	^^ Spondylectomie thoracique totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K670
225035	225046	oui	oui	^^ Spondylectomie thoracique totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K835

Ambulant	Hospitalisé	Taux	Dépenses	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
225050	225061	oui	oui	^^ Spondylectomie thoracique totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K1000
225072	225083	oui	oui	^ (Micro)discectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K200
225094	225105	oui	oui	^ (Micro)discectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K250
225116	225120	oui	oui	^ (Micro)discectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K300
225131	225142	oui	oui	^^ Discectomie lombaire y compris la reconstruction, par abord antérieur ou latéral, sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K350
225153	225164	oui	oui	^^ Discectomie lombaire y compris la reconstruction, par abord antérieur ou latéral, sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K435
225175	225186	oui	oui	^^ Discectomie lombaire y compris la reconstruction, par abord antérieur ou latéral, sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K520
225190	225201	oui	oui	^^ Discectomie lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction antérieure ou latérale et la fixation postérieure complémentaire à l'aide de vis pédiculaires sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K460
225212	225223	oui	oui	^^ Discectomie lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction antérieure ou latérale et la fixation postérieure complémentaire à l'aide de vis pédiculaires sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K575
225234	225245	oui	oui	^^ Discectomie lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction antérieure ou latérale et la fixation postérieure complémentaire à l'aide de vis pédiculaires sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K690
225256	225260	oui	oui	^^ Corporectomie y compris la reconstruction d'une vertèbre lombaire par abord antérieur ou latéral, sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K450
225271	225282	oui	oui	^^ Corporectomie y compris la reconstruction de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K560
225293	225304	oui	oui	^^ Corporectomie y compris la reconstruction de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K670
225315	225326	oui	oui	^^ Corporectomie d'une vertèbre lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction et la fixation postérieure à l'aide de vis pédiculaires sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K560
225330	225341	oui	oui	^^ Corporectomie de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction et la fixation postérieure à l'aide de vis pédiculaires sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K700
225352	225363	oui	oui	^^ Corporectomie de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction et la fixation postérieure à l'aide de vis pédiculaires sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K840
225374	225385	oui	oui	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K250
225396	225400	oui	oui	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K325
225411	225422	oui	oui	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K400
225455	225466	oui	oui	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur, sur 1 ou plusieurs niveaux	01-09-2022		N35	K280
225470	225481	oui	oui	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur et décompression, y compris une éventuelle fusion postérolatérale sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K300
225492	225503	oui	oui	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur et décompression, y compris une éventuelle fusion postérolatérale sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K380

Ambulant	Hospitalisé	Taux	Dépenses	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
225514	225525	oui	oui	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur et décompression, y compris une éventuelle fusion postérolatérale sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K460
225536	225540	oui	oui	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transforaminal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K360
225551	225562	oui	oui	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transforaminal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K450
225573	225584	oui	oui	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transforaminal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K540
225595	225606	oui	oui	^ Cure chirurgicale d'une spondylolyse lombaire	01-09-2022		N35	K280
225610	225621	oui	oui	^^ Cure chirurgicale d'un spondylolisthèse lombaire de grade III ou IV par résection du dôme sacré et reconstruction (classification de Meyerding)	01-09-2022		N35	K560
225654	225665	oui	oui	^ Résection ou debulking d'une masse lombaire rachidienne néoplasique ou inflammatoire	01-09-2022		N35	K300
225676	225680	oui	oui	^^ Résection ou debulking d'une masse lombaire néoplasique ou inflammatoire, y compris la reconstruction	01-09-2022		N35	K500
225691	225702	oui	oui	^^ Spondylectomie lombaire totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K670
225713	225724	oui	oui	^^ Spondylectomie lombaire totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K835
225735	225746	oui	oui	^^ Spondylectomie lombaire totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K1000
225750	225761	oui	oui	^ Corporectomie thoraco-lombaire et reconstruction par abord postérieur sur 1 niveau	01-09-2022		N35	K670
225772	225783	oui	oui	^^ Corporectomie thoraco-lombaire et reconstruction par abord postérieur sur 2 niveaux	01-09-2022		N35	K835
225794	225805	oui	oui	^^ Corporectomie thoraco-lombaire et reconstruction par abord postérieur sur 3 niveaux	01-09-2022		N35	K1000
225816	225820	oui	oui	Ablation chirurgicale de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la colonne thoraco-lombaire, sur 5 niveaux maximum	01-09-2022		N35	K140
225831	225842	oui	oui	Ablation chirurgicale de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la colonne thoraco-lombaire, sur 6 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K195
225890	225901	oui	oui	^^ Scoliose thoraco-lombaire de plus de 6 niveaux et de moins de 12 niveaux, y compris le neuromonitoring	01-09-2022		N35	K670
225912	225923	oui	oui	^^ Correction de l'alignement sagittal au moyen d'une ostéotomie par soustraction pédiculaire en cas de déformation thoraco-lombaire	01-09-2022		N35	K560
225934	225945	oui	oui	^^ Correction de l'alignement sagittal par ostéotomie vertébrale de soustraction par abord postérieur, sur 1 niveau en cas de déformation thoraco-lombaire	01-09-2022		N35	K300
225956	225960	oui	oui	^^ Correction de l'alignement sagittal de la colonne par ostéotomie vertébrale de soustraction par abord postérieur, sur 2 niveaux en cas de déformation thoraco-lombaire	01-09-2022		N35	K375
225971	225982	oui	oui	^^ Correction de l'alignement sagittal de la colonne par ostéotomie vertébrale de soustraction par abord postérieur, sur 3 niveaux ou plus en cas de déformation thoraco-lombaire	01-09-2022		N35	K450
225993	226004	oui	oui	^^ Scoliose thoraco-lombaire de 12 niveaux ou plus, y compris le neuromonitoring	01-09-2022		N35	K800
226015	226026	oui	oui	^^ Scoliose par une libération antérieure avec interposition de greffons, sur 3 niveaux ou plus	01-09-2022		N35	K390
226030	226041	oui	oui	^ Scoliose à l'aide de tiges de croissance ("growing rods") - implantation de tiges	01-09-2022		N35	K140
226052	226063	oui	oui	^ Scoliose à l'aide de tiges de croissance ("growing rods") - implantation d'ancres ("anchors")	01-09-2022		N35	K140
226074	226085	oui	oui	Scoliose à l'aide de tiges de croissance ("growing rods") - prolongation	01-09-2022		N35	K140
226111	226122	oui	oui	^ Résection d'une masse néoplasique ou inflammatoire du sacrum	01-09-2022		N35	K225
226133	226144	oui	oui	^^ Résection d'une masse néoplasique ou inflammatoire du sacrumavec reconstruction de la charnière lombo-sacrée	01-09-2022		N35	K670
226155	226166	oui	oui	^^ Sacrectomie totale en bloc pour une tumeur sans reconstruction	01-09-2022		N35	K400

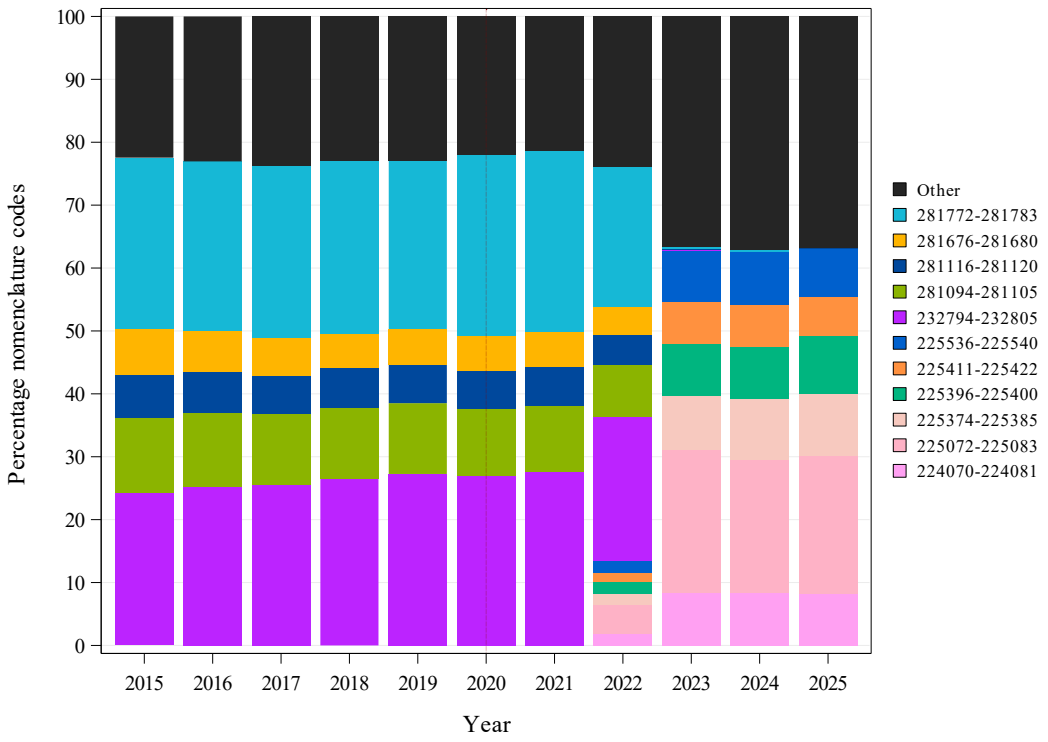
Ambulant	Hospitalisé	Taux	Dépenses	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
226170	226181	oui	oui	^^ Sacrectomie totale en bloc pour une tumeur avec reconstruction	01-09-2022		N35	K835
226214	226225	oui	oui	Coccygectomie	01-09-2022		N35	K80
226236	226240	oui	oui	^ Fixation de l'articulation sacro-iliaque	01-09-2022		N35	K195
226273	226284	oui	oui	^^ Traitement chirurgical d'une fistule ou malformation artério-veineuse rachidienne	01-09-2022		N35	K1000
226310	226321	oui	oui	^^ Résection d'une tumeur intradurale extramédullaire	01-09-2022		N35	K800
226332	226343	oui	oui	^^ Résection d'une tumeur intramédullaire	01-09-2022		N35	K1000
226354	226365	oui	oui	^^ Résection d'une tumeur de la gaine du nerf spinal	01-09-2022		N35	K800
226391	226402	oui	oui	^^ Traitement chirurgical d'excroissances arachnoïdiennes en cas de syringomyélie	01-09-2022		N35	K500
226413	226424	oui	oui	^^ Traitement chirurgical d'une méningomyélocèle congenitale	01-09-2022		N35	K400
226435	226446	oui	oui	^^ Traitement chirurgical d'une lipoméningomyélocèle (syndrome congénital de la moelle attachée ou "tethered cord" congenitale)	01-09-2022		N35	K1000
226450	226461	oui	oui	^^ Traitement chirurgical du syndrome acquis de la moelle attachée ("tethered cord" acquis)	01-09-2022		N35	K600
226516	226520	oui	oui	Traitement chirurgical d'une infection profonde, sous-aponévrotique, après une chirurgie rachidienne	01-09-2022		N35	K225
226590	226601	oui	oui	Placement d'un spacer inter-épineux	01-09-2022		N35	K85
226612	226623	non	oui	Supplément d'honoraire pour les prestations de l'article 14 n), §1 précédées du signe ^	01-09-2022		N35	K70
226634	226645	non	oui	Supplément d'honoraire pour les prestations de l'article 14 n), §1 précédées du signe ^^	01-09-2022		N35	K120
230716	230720	oui	oui	Cordotomie	01-04-1985		N21	K225
230731	230742	oui	oui	Intervention chirurgicale pour pathologie médullaire	01-04-1985	31-08-2022	N21	K225
230753	230764	oui	oui	Radicotomie	01-04-1985		N21	K225
231475	231486	oui	oui	Rhizotomie postérieure pluriétagée sélective sous microscope	01-04-2003		N21	K1000
232492	232503	oui	oui	(Re) mise en place percutanée ou chirurgicale, dans l'espace épidural, d'une ou de deux électrode(s) multipolaire(s) pour la stimulation de la moelle épinière	01-11-1998		N21	K186
232750	232761	oui	oui	Exérèse de lésion expansive envahissant les gaines médullaires, sous microscope opératoire	01-08-1988	31-08-2022	N21	K400
232794	232805	oui	oui	Laminarthrectomie lombaire de plus de deux niveaux pour compression de la queue de cheval due à une étroitesse congénitale (Syndrome de Verbiest) ou acquise du canal rachidien	01-08-1988	31-08-2022	N21	K400
281035	281046	oui	oui	Ostéosynthèse cervicale, y compris la greffe éventuelle	01-04-1985	31-08-2022	N32	N500
281050	281061	oui	oui	Arthrodèse cervicale postérieure, y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N400
281072	281083	oui	oui	Arthrodèse occipito-cervicale, y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N500
281094	281105	oui	oui	Arthrodèse intercorporéale cervicale y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N625
281116	281120	oui	oui	Cure chirurgicale d'une hernie discale cervicale	01-04-1985	31-08-2022	N32	N625
281514	281525	oui	oui	Réduction sanglante d'une luxation, fracture ou fracture-luxation de la colonne dorso-lombaire	01-04-1985	31-08-2022	N32	N400
281536	281540	oui	oui	Ostéosynthèse vertébrale	01-04-1985	31-08-2022	N32	N400
281551	281562	oui	oui	Arthrodèse vertébrale postérieure avec greffon apposé unilatéral ou bilatéral, y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N400
281573	281584	oui	oui	Arthrodèse vertébrale postérieure avec greffon encastré (Bosworth ou similaire) ou avec évidement élargi (Hibbs ou similaire), y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N500
281632	281643	oui	oui	Arthrodèse inter-articulaire postérieure, y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N450
281654	281665	oui	oui	Arthrodèse ou vissage intercorporéal par voie antérieure, y compris le prélèvement éventuel du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N650
281676	281680	oui	oui	Arthrodèse intercorporéale par voie postérieure intrarachidienne	01-04-1985	31-08-2022	N32	N625

Ambulant	Hospitalisé	Taux	Dépenses	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
281713	**281724**	oui	oui	Laminectomie sans ouverture de la dure-mère	01-04-1985	31-08-2022	N32	N250
281735	**281746**	oui	oui	Laminectomie avec arthrodèse	01-04-1985	31-08-2022	N32	N500
281750	**281761**	oui	oui	Flavoligamentectomie	01-04-1985	31-08-2022	N32	N250
281772	**281783**	oui	oui	Cure chirurgicale d'une hernie discale autre que cervicale	01-04-1985	31-08-2022	N32	N450
281794	**281805**	oui	oui	Cure chirurgicale de hernie discale et arthrodèse, y compris le prélèvement éventuel du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N625
281816	**281820**	oui	oui	Résection de l'arc postérieur	01-04-1985	31-08-2022	N32	N350
281853	**281864**	oui	oui	Résection de l’arc postérieur avec arthrodèse	01-04-1985	31-08-2022	N32	N550
281875	**281886**	oui	oui	Résection d'une ou plusieurs apophyses épineuses	01-04-1985	31-08-2022	N32	N200
281890	**281901**	oui	oui	Résection d'apophyse transverse	01-04-1985	31-08-2022	N32	N225
281971	**281982**	oui	oui	Résection - reconstruction d'un ou plusieurs corps vertébraux	01-04-1985	31-08-2022	N32	N700
282052	**282063**	oui	oui	Cure chirurgicale de scoliose par la technique de Harrington, y compris le prélèvement du greffon	01-04-1985	31-08-2022	N32	N650
300355	**300366**	oui	oui	Nucléotomie percutanée pour hernie discale sous contrôle d'amplificateur de brillance	01-07-1990	31-08-2022	N32	N350

B. Historique des codes de nomenclature

[Aucune modification implémentée durant la période]

C. Evolution de la répartition en volumes des codes de nomenclature prestés



Codes combinés	Libellé
Other	Autres codes
281772-281783	Cure chirurgicale d'une hernie discale autre que cervicale
281094-281105	Arthrodèse intercorporéale cervicale y compris le prélèvement du greffon
232794-232805	Laminarthrectomie lombaire de plus de deux niveaux pour compression de la queue de cheval due à une étroitesse congénitale ...
225536-225540	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transforaminal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 1 niveau
225411-225422	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus ...
225396-225400	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus ...
225374-225385	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus ...
225072-225083	^ (Micro)discectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du ...
224070-224081	^ Discectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 1 niveau

Ce graphique est limité aux codes de nomenclature principaux en terme de volume. L'ensemble des codes de nomenclature retenus pour l'analyse sont décrits en page 5.

Note : L'année 2020 a été mise en évidence par une ligne verticale pointillée, afin d'attirer l'attention sur l'impact de la crise du COVID-19.

D. Source des données et période d'analyse

Les données utilisées pour les analyses sont issues de ces bases de données :

Documents N	Pour les taux de recours et les dépenses des personnes assurées et domiciliées en Belgique, en 2015-2025
Documents P	Pour les taux de recours et les dépenses par spécialité des dispensateurs de soins, en 2025 Pour l'évolution du taux d'hospitalisation de jour, en 2015-2025
Documents P, SHA, ADH	Pour les valeurs de l'occurrence et la répartition par secteur de soins (ambulatoire privé ou polyclinique, hospitalisation de jour, hospitalisation classique), en 2024

Période d'analyse	2015-2025

Documents N : Données mensuelles envoyées dans un délai de trois mois par les organismes assureurs à l'INAMI. Ces données reprennent le nombre de prestations, leurs dates et les honoraires. De manière semestrielle, ces données sont compilées et complétées par les organismes assureurs en y ajoutant des données sur les patients : âge, sexe, catégorie sociale et arrondissement du domicile. Les Documents N ne permettent toutefois pas d'analyser les combinaisons de prestations par assuré

Documents P : Données semestrielles envoyées dans un délai de quatre mois par les organismes assureurs à l'INAMI. Ces données reprennent les prestations réalisées, les prestataires, les prescripteurs, les lieux de prestation et les lieux d'hospitalisation. Les Documents P permettent de suivre la consommation médicale et la tarification, mais ne permettent pas de regrouper les prestations par patient.

Documents SHA, ADH : Ces données sont envoyées annuellement et dans un délai de six mois par les organismes-assureurs à l'INAMI. Elles reprennent toutes les prestations effectuées respectivement en hospitalisation de jour et en hospitalisation classique, dans les hôpitaux généraux, et ce, par séjour.

Occurrence : Les valeurs d'occurrence sont basées sur l'année la plus récente qui permette la consolidation par patient entre les données des documents P et SHA-ADH, le plus souvent il s'agit de l'année précédent la dernière année de la période d'analyse

E. Critères de sélection

Certains filtres ont éventuellement été appliqués sur les données afin de ne sélectionner qu'une partie de la population dans les analyses. Le cas échéant, les filtres appliqués sont repris dans le tableau ci-dessous :

FILTRES APPLIQUES SUR LES DONNEES	
Sexe	Tous
Âge	Tous
-	-

Les indicateurs présentés dans l'analyse se rapportent toujours à cette population.

F. Spécialité des prestataires

Spécialité des prestataires	Total prestataires	Prestataires concernés	% Prestataires	Médiane de prestations	Q3 de prestations	% Prestations	% Dépenses
Neurochirurgie	238	203	85,3%	123	192	75,6%	72,7%
Chirurgie orthopédique	1.168	125	10,7%	38	87	22,1%	22,3%
Anesthésiologie - réanimation	2.584	73	2,8%	5	13	1,8%	0,8%
Spécialistes en formation	2.069	<5				0,0%	3,4%
Autres	1.334	<5				0,4%	0,8%
Total	7.393	403 - 409	-	-	-	100,0%	100,0%

Ce tableau reprend respectivement les données non-standardisées suivantes par spécialité médicale (chiffres pour l'année 2025) :

- Le nombre de prestataires ayant attesté au moins une prestation
- Le nombre de prestataires attestant les codes de nomenclatures retenus pour cette analyse
- Le pourcentage de prestataires attestant ces codes par rapport au nombre de prestataires ayant attesté au moins une prestation
- Le nombre médian et le troisième quartile de prestations par prestataire (attestant les codes)
- Le pourcentage des prestations réalisées (pour les codes retenus en volume)
- Le pourcentage des dépenses réalisées (pour les codes retenus en dépenses)

G. Spécialité des prescripteurs

[La spécialité des prescripteurs est inconnue ou n'est pas d'application]

H. Nombre (estimé) de patients par an

Il arrive que plusieurs codes (similaires ou différents) relatifs à une même pratique soient facturés plusieurs fois le même jour et/ou la même année pour un même patient.

Pour estimer le nombre de patients traités, le nombre total de prestations comptabilisées par an est divisé par un facteur moyen de division (occurrence moyenne totale).

Dans cette analyse, ce facteur de division moyen est de 1,07. Ce dernier est évalué sur 2024 et résulte de la division du nombre total de prestations par le nombre total d'assurés différents ayant consommé ces prestations (par classe d'âge, sexe et arrondissement).

Ce facteur de division moyen est nommé l'occurrence moyenne totale. Cette occurrence moyenne totale est le produit de l'occurrence moyenne par patient par jour (**nombre moyen de prestations par jour par patient**) par l'occurrence moyenne par patient par année (**nombre moyen de jours par an par patient**). Les explications à propos de ces occurrences moyennes par jour et par année se trouvent dans l'annexe "Fréquence des occurrences de la pratique (par patient)".

Les volumes ne sont cependant pas divisés pour les données des prestataires et prescripteurs (cf. sections 3.F et G), ni pour les graphes et tableaux de répartition des volumes et d'occurrences de la pratique (cf. 4.C et Annexes B à D).

I. Standardisation

Les données présentées par sous-ensemble géographique* ou catégorie de population sont standardisées par an, sur la base de l'âge (par année), du sexe et du régime préférentiel de la population nationale en 2025.

Remarque : Les arrondissements comptant moins de 100 000 assurés sont associés à un arrondissement limitrophe de la même province. Les arrondissements suivants sont donc considérés ensembles : Oostende/Veurne, Ieper/Diksmuide, Roeselare/Tielt, Gent/Eeklo, Charleroi/Thuin, Huy/Waremme, Namur/Philippeville, Neufchâteau/Marche-en-Famenne, Virton/Bastogne/Arlon. Ces regroupements et intitulés sont applicables à toutes les mesures, cartes et graphes réalisés par arrondissement. Dans l'ensemble du document, la notion d'arrondissement regroupé se traduit par l'utilisation du terme « arrondissement ».

La **standardisation** est un processus qui permet de rendre des populations comparables pour un ou plusieurs critères d'analyse. De cette manière, si une différence est observée entre ces populations, on pourra en déduire qu'elle n'est pas due à ces critères pris en compte dans la standardisation.

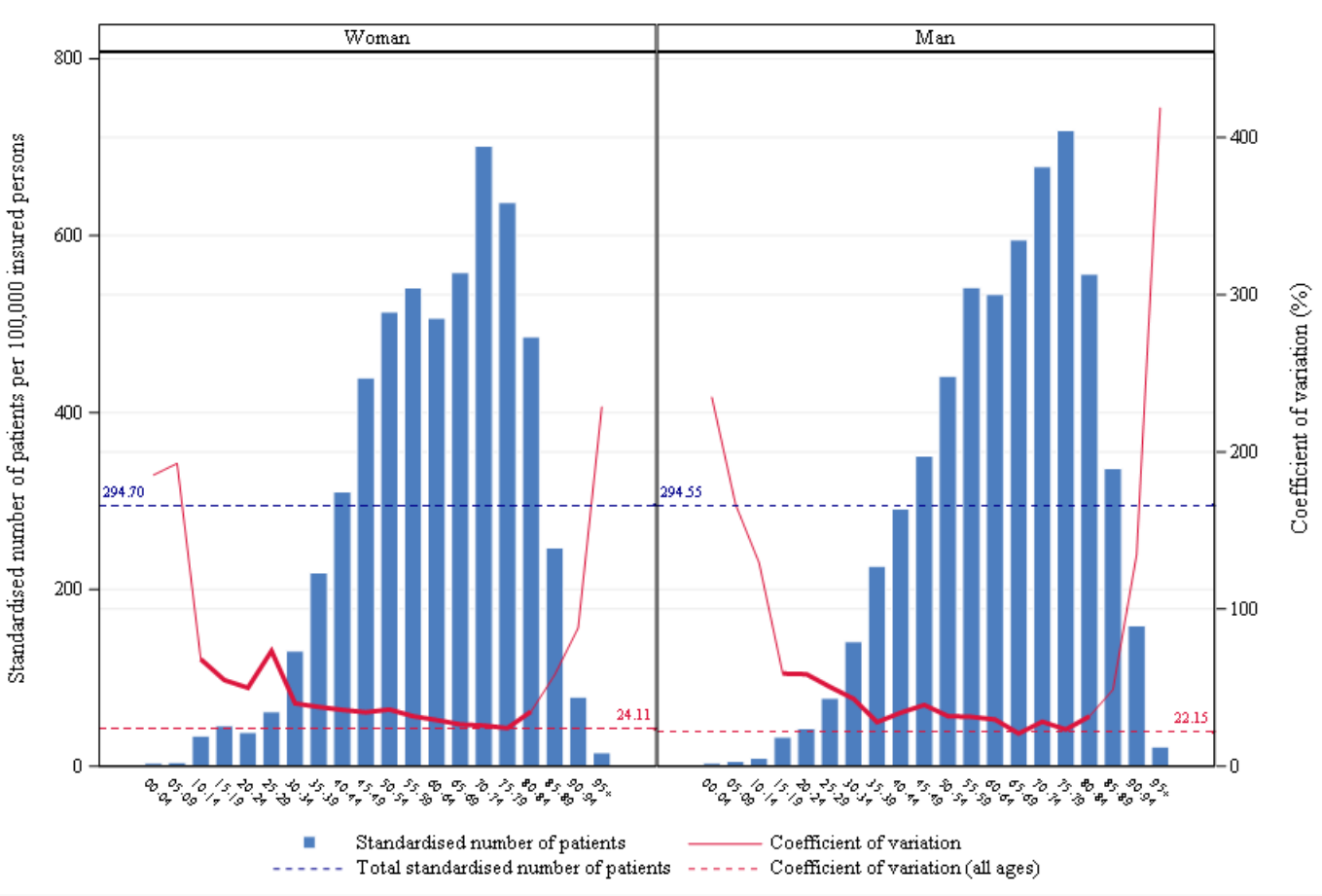
4. RÉSULTATS

A. Taux de recours standardisé national

	TOTAL
Nombre de prestations par an	*36.875*
Occurrence moyenne par patient par jour (nombre moyen de prestations par jour)	1,00
Occurrence moyenne par patient par année (nombre moyen de jours par an)	1,07
Occurrence moyenne totale (divise le nombre de prestations)	1,07
Nombre estimé de patients par an	*34.446*
Taux de recours standardisé par 100 000 assurés	295

B. Taux de recours standardisé par sexe et par âge

	TOTAL
Nombre estimé de patients par an	*34.446*
Age médian (ans)	60
Age moyen (ans)	59,13
Taux de recours standardisé : femmes (par 100 000)	295
Taux de recours standardisé : hommes (par 100 000)	295
Ratio femmes/hommes	1
Pourcentage de femmes	51,69%



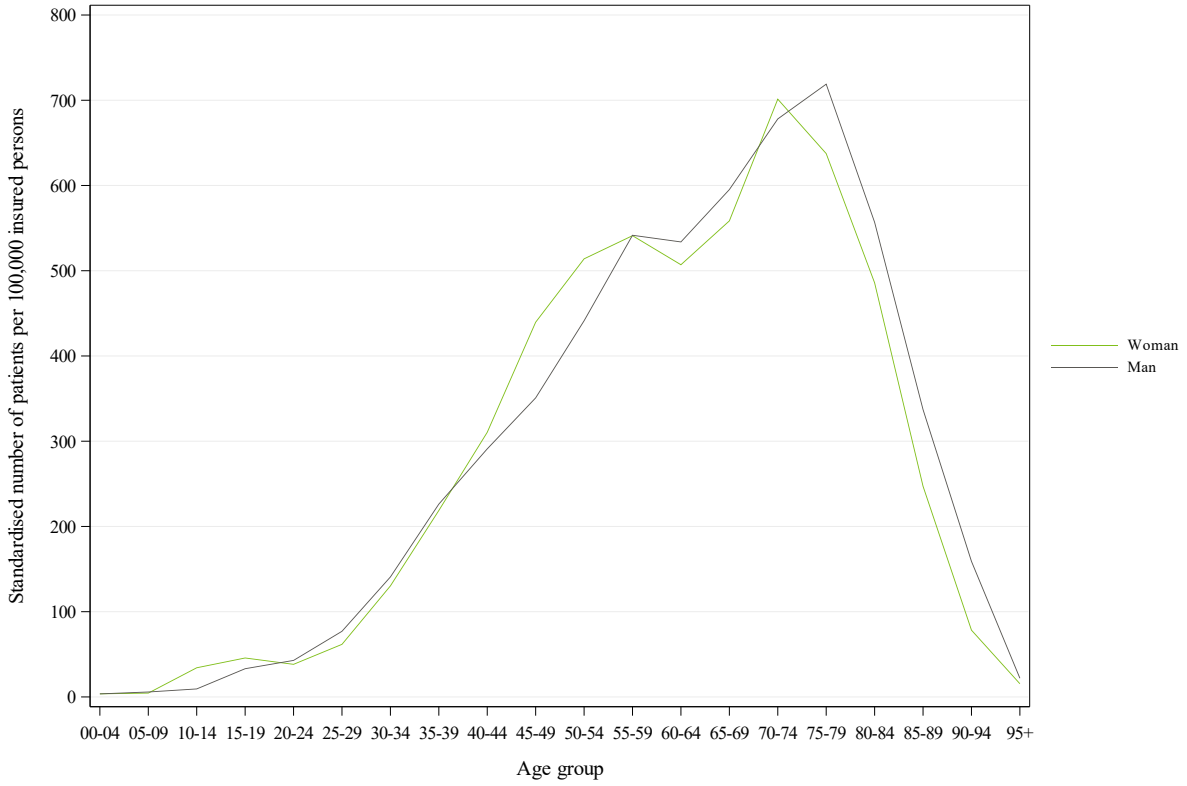
Taux de recours standardisé par 100 000 assurés et coefficient de variation selon les arrondissements* par classe d'âge et par sexe pour l'année 2025

Ce graphique se compose de diagrammes à barres pour chaque sexe.

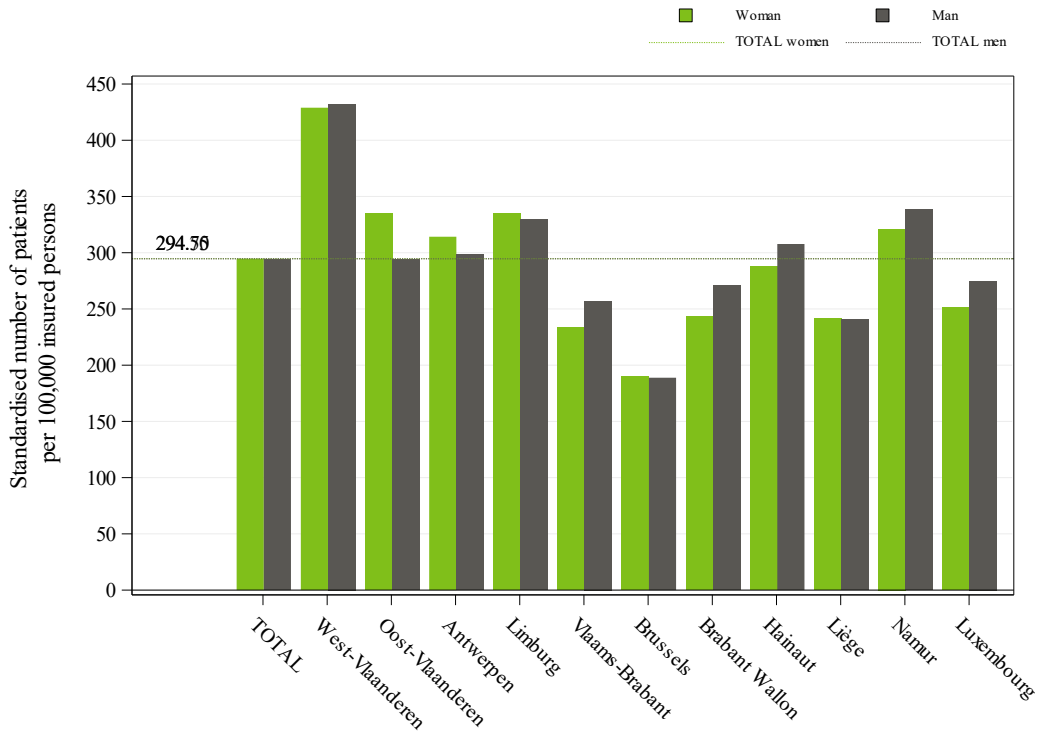
Le **coefficient de variation**, représenté par la ligne rouge, est une mesure de dispersion relative des taux de recours standardisés observés par arrondissement*, par classe d'âge et par sexe (écart-type divisé par la moyenne). Cette ligne est représentée en gras pour les groupes d'âge où le coefficient de variation peut être interprété valablement (c'est-à-dire pour les classes d'âge où il y a suffisamment d'assurés par arrondissement* pour permettre une comparaison).

L'axe vertical gauche du graphique correspond au taux de recours standardisé et l'axe à droite au coefficient de variation. L'axe horizontal montre la répartition en classes d'âge.

Les lignes pointillées horizontales indiquent les valeurs totales des taux de recours standardisés (en bleu) et du coefficient de variation (en rouge).



Comparaison des taux de recours standardisés par classe d'âge et par sexe (pour 100 000 assurés) en 2025



Taux de recours standardisé par 100 000 assurés par sexe et par province pour l'année 2025

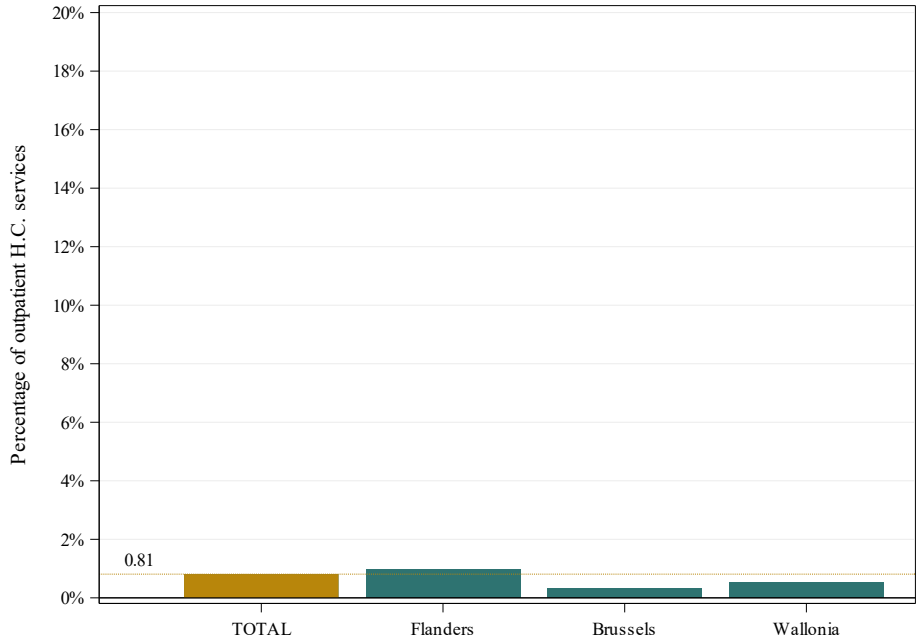
Ce graphique en histogramme montre les taux de recours standardisés par province et par sexe.

Les barres grises indiquent les taux masculins tandis que les barres vertes représentent les taux féminins pour chaque province.

Les lignes discontinues grises et vertes indiquent les taux de recours standardisés totaux selon le même code de couleur.

C. Taux de prise en charge ambulatoire

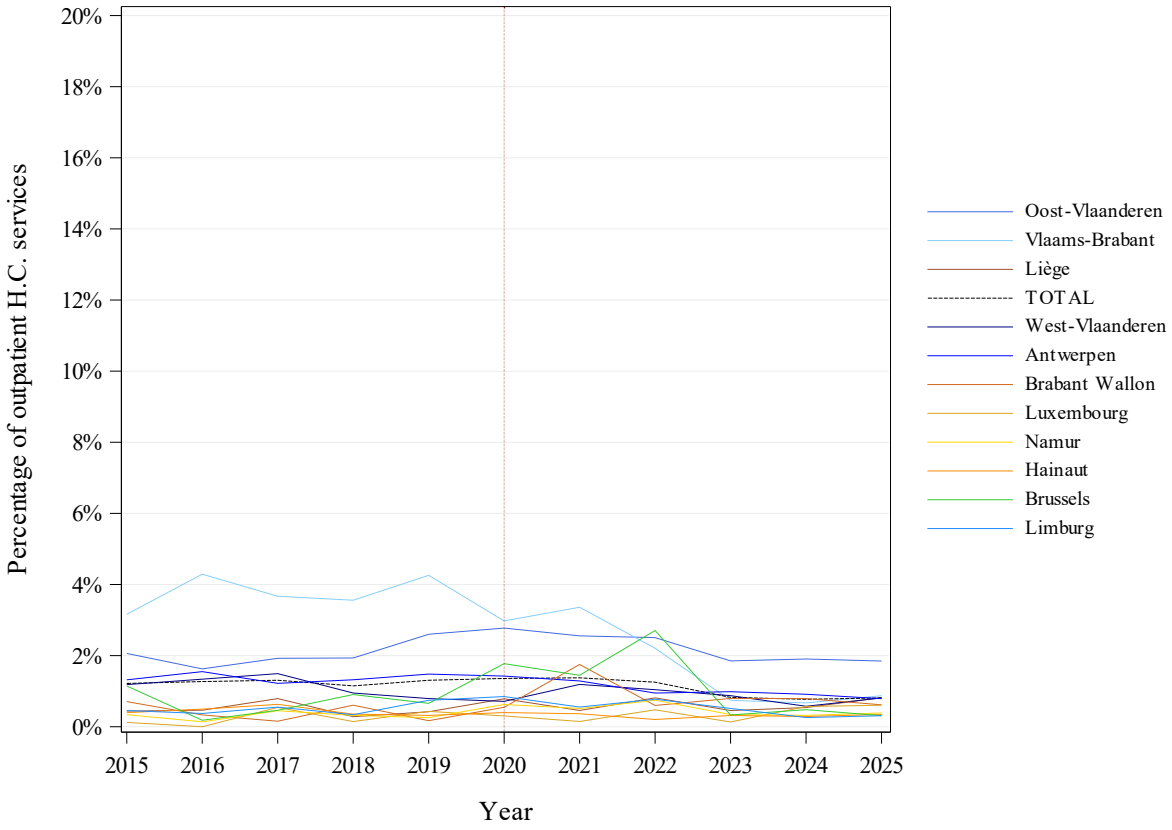
	TOTAL
Nombre de prestations par an	*36.875*
Pourcentage en mode ambulatoire	0,81%



Pourcentage de prise en charge ambulatoire total et selon les régions

Le graphique représente le pourcentage des prestations ayant lieu en prise en charge ambulatoire (en ce compris, les hospitalisations de jour), c'est-à-dire le nombre de prestations ambulatoires par rapport au nombre total de prestations (ambulatoires et séjours hospitaliers).

En plus d'une barre par région, une barre est affichée pour la population belge. Ce rapport total est également visible par une ligne pointillée.



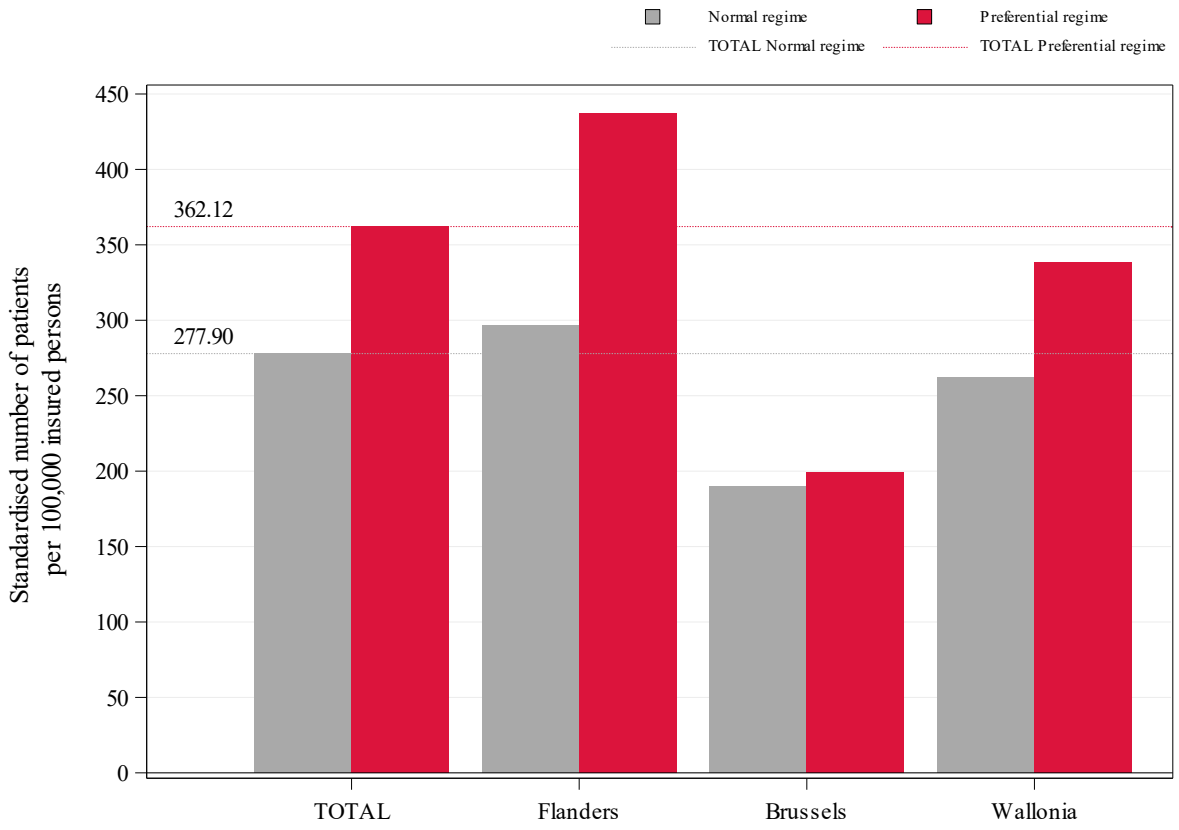
Evolution par province du pourcentage de prise en charge ambulatoire

L'année 2020 est mise en évidence par une ligne verticale pointillée, afin d'attirer l'attention sur l'impact de la crise du COVID-19.

Un complément à ce chapitre détaillant la prise en charge des patients par secteur de soins se trouve en annexe de ce rapport (voir Annexe C).

D. Taux de recours standardisé selon le régime de remboursement

	TOTAL
Nombre estimé de patients par an	*34.446*
Pourcentage en régime préférentiel	25,60%
Taux de recours standardisé avec régime préférentiel (par 100 000)	362
Taux de recours standardisé sans régime préférentiel (par 100 000)	278
Ratio Régime préférentiel/Régime général	1,3



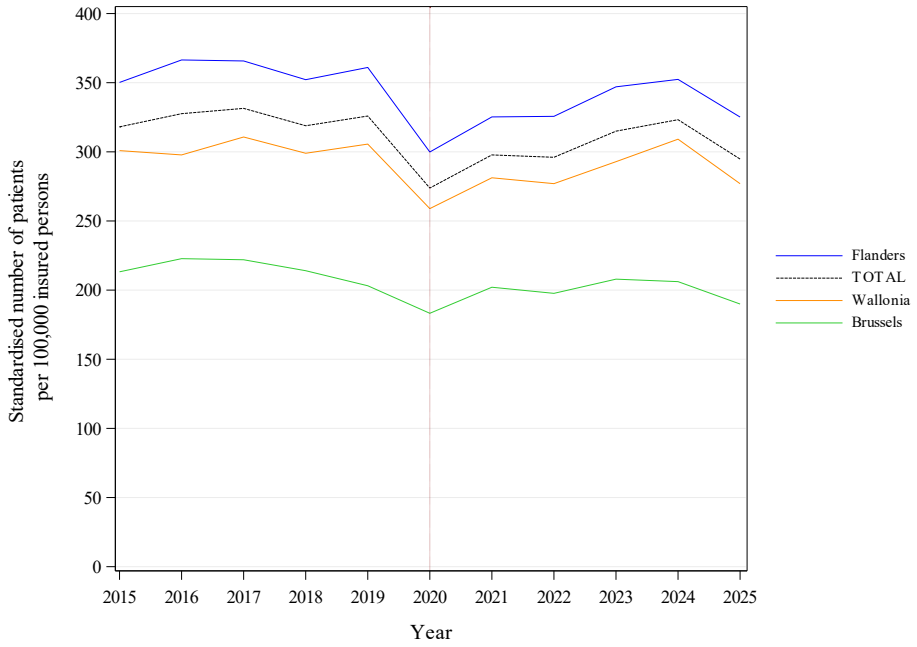
Taux de recours standardisé selon le régime de remboursement et selon les régions

Le graphique représente les taux de recours standardisés des patients par 100 000 assurés avec (en rouge) et sans (en gris) régime préférentiel, par région et au total.

Les lignes pointillées rouge et grise représentent les taux de recours standardisés totaux des patients par 100 000 assurés respectivement avec et sans régime préférentiel.

E. Evolution des taux de recours standardisés

	TOTAL	Significativité statistique
Nombre estimé de patients par an	***34.446***	
Tendance (2015-2025)	**-0,76%**	**NS (-0.82%)**
Tendance (2015-2023)	-0,12%	NS
Tendance (2023-2025)	-3,26%	



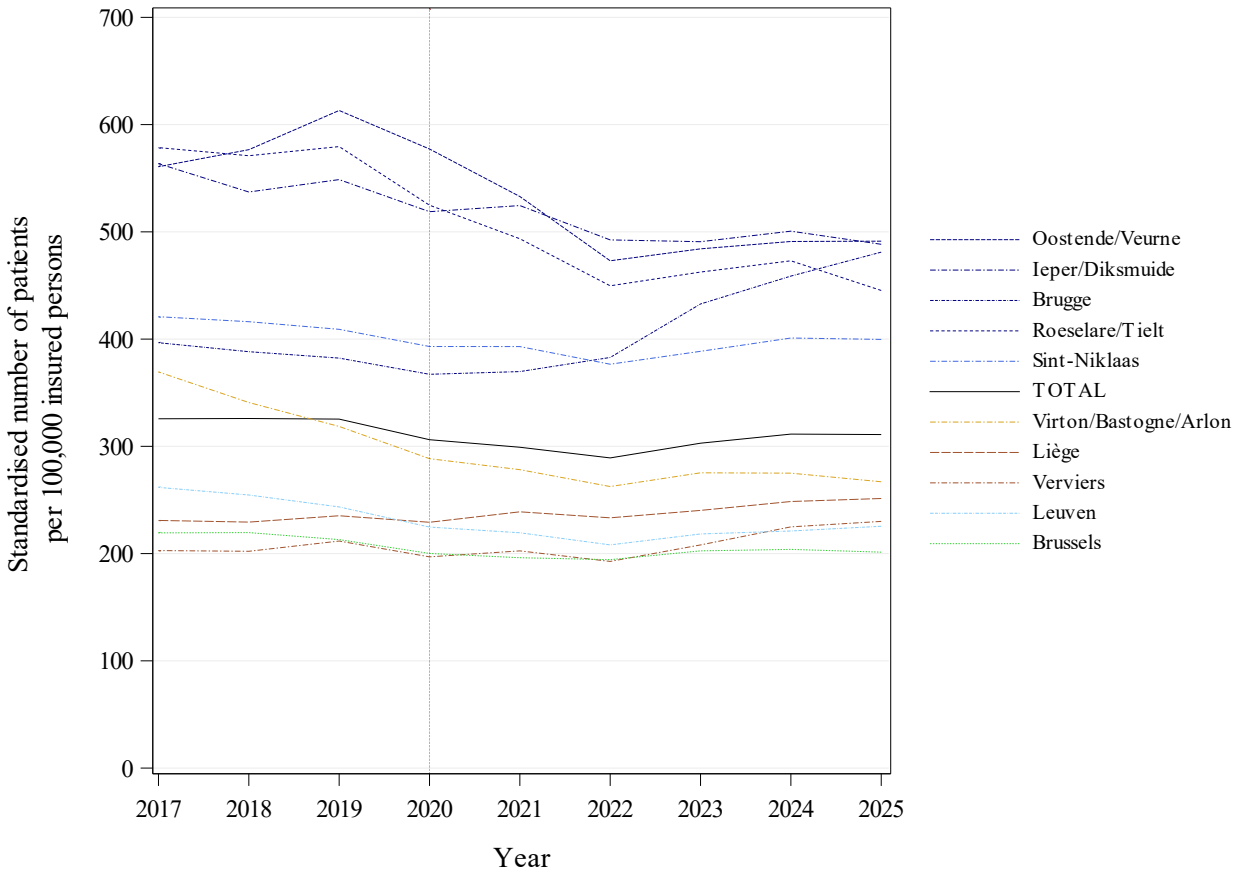
Evolution par région du taux de recours standardisé par 100 000 assurés

Les tendances calculées ici correspondent au taux de croissance annuel moyen.

Un test statistique non significatif indique que la tendance estimée par le modèle (entre parenthèses) est stable, ou qu'il n'y a pas de rupture de tendance.

Ce graphique montre une courbe de couleur par région et une courbe noire pour toute la population belge. En abscisse se trouve les années et, en ordonnée, les taux de recours standardisés par 100 000 assurés.

Note : L'année 2020 a été mise en évidence par une ligne verticale pointillée, afin d'attirer l'attention sur l'impact de la crise du COVID-19.



Evolution par arrondissement* du taux de recours standardisé par 100 000 assurés

Ce graphique montre une courbe de couleur par arrondissement* et une courbe noire pour toute la population belge. En abscisse se trouve les années et, en ordonnée, les taux de recours standardisés par 100 000 assurés.

Afin de mieux représenter les tendances évolutives, les taux illustrés sont en fait une **moyenne mobile** des taux relevé sur une période des 3 ans qui précède l'année prise en compte (l'année concernée y compris).

Sur ce graphique ne sont représentés que les 5 arrondissements* qui montrent les moyennes de taux les plus élevées et les 5 arrondissements* aux moyennes les plus basses sur les 3 dernières années étudiées (à l'exclusion des arrondissements du Hainaut fortement impactés par le remaniement administratif de 2019).

Note : L'année 2020 a été mise en évidence par une ligne verticale pointillée, afin d'attirer l'attention sur l'impact de la crise du COVID-19.

		Taux de recours	Croissance annuelle			
		2025 *(par 10^5 assurés)*	**2015-2025**	**2015-2023**	**2023-2025**	**Rupture de tendances**
Provinces	Flandre occidentale	*431*	-1,13%	-0,35%	-4,19%	NA
	Flandre orientale	*315*	-1,15%	-0,40%	-4,07%	NA
	Anvers	*307*	0,02%	0,28%	-1,00%	NA
	Limbourg	*333*	-0,36%	0,70%	-4,47%	NA
	Brabant flamand	*245*	-1,37%	-1,08%	-2,52%	NA
	Bruxelles	*190*	-1,15%	-0,31%	-4,42%	NA
	Brabant wallon	*256*	-2,65%	-2,95%	-1,44%	NA
	Hainaut	*297*	-1,64%	-0,66%	-5,47%	NA
	Liège	*241*	0,81%	0,97%	0,16%	NA
	Namur	*330*	1,10%	1,35%	0,08%	NA
	Luxembourg	*262*	-3,10%	-1,99%	-7,40%	NA
Régions	Flandre	*325*	-0,74%	-0,11%	-3,20%	NA
	Bruxelles	*190*	-1,15%	-0,31%	-4,42%	NA
	Wallonie	*277*	-0,83%	-0,34%	-2,76%	NA
	TOTAL	***295***	**-0,76%**	**-0,12%**	**-3,26%**	**NS**

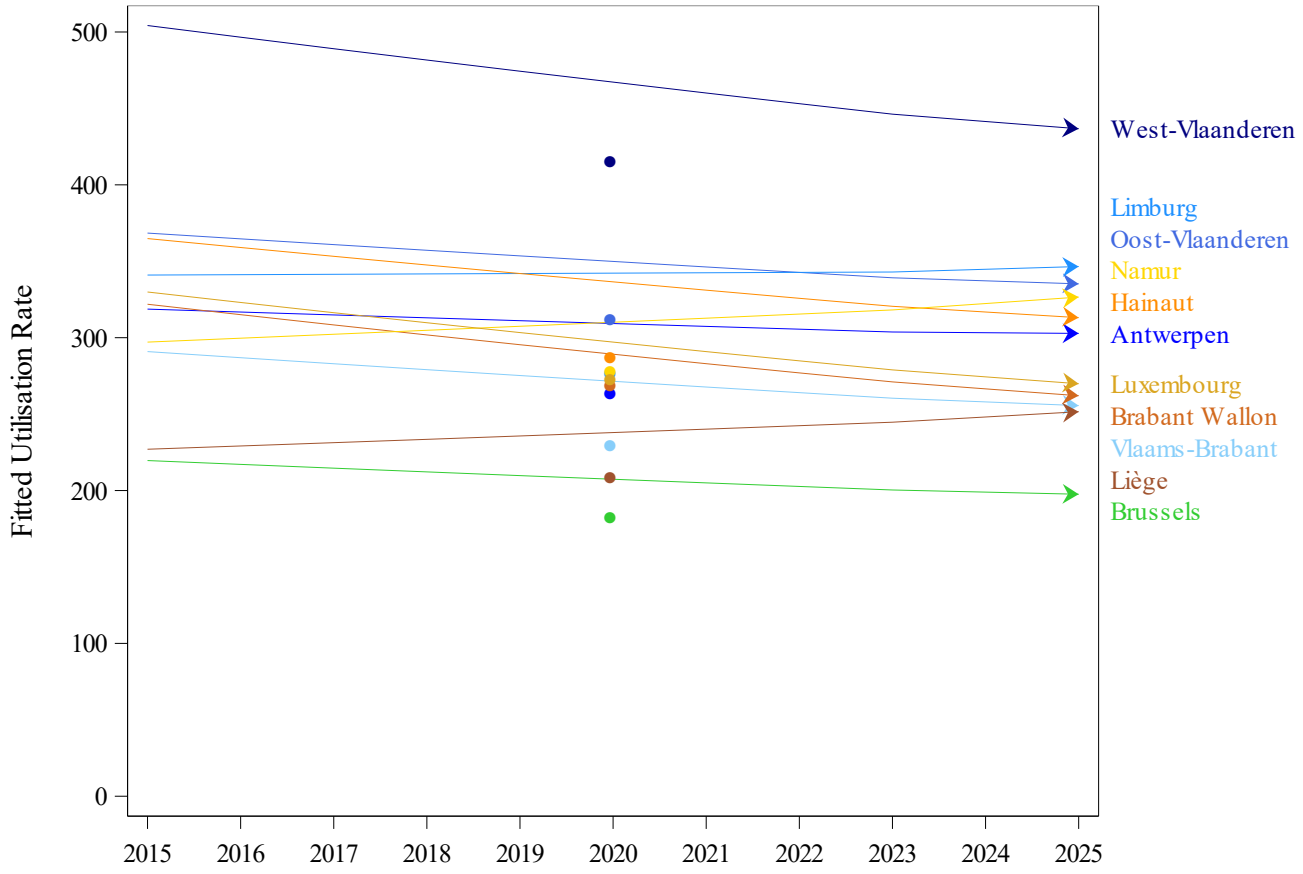
Evolution des taux de recours par province et par région

Ce tableau reprend les **taux de recours** standardisés pour la dernière année analysée (2025), mais aussi **les taux de croissance** moyens par province, par région et au total, pour le long terme (2015-2025), pour les dernières années (2023-2025) et pour la période qui les précède (2015-2023).

Pour tester si la tendance des dernières années diffère de la tendance des années qui précèdent, un modèle linéaire mixte en deux temps a été appliqué. Le premier temps teste si la tendance des 3 dernières années est différente de la période antérieure au niveau de la Belgique. Puis, si le test est significatif, le second temps teste si la rupture de tendance diffère d'une région ou d'une province à l'autre. Les données de 2020 sont exclues des modèles.

La significativité du test est rapportée dans la colonne rupture de tendances : * Valeur P ≤ 0,05 / ** Valeur P ≤ 0,01 / *** Valeur P ≤ 0,001 et NS pour un résultat non-significatif.

Les valeurs « NA » sont indiquées dans le cas où les codes de nomenclature retenus pour l'analyse ont une première année entière d'application plus récente que la période des dernières années prises en compte ou si les tests statistiques ne peuvent être effectués.



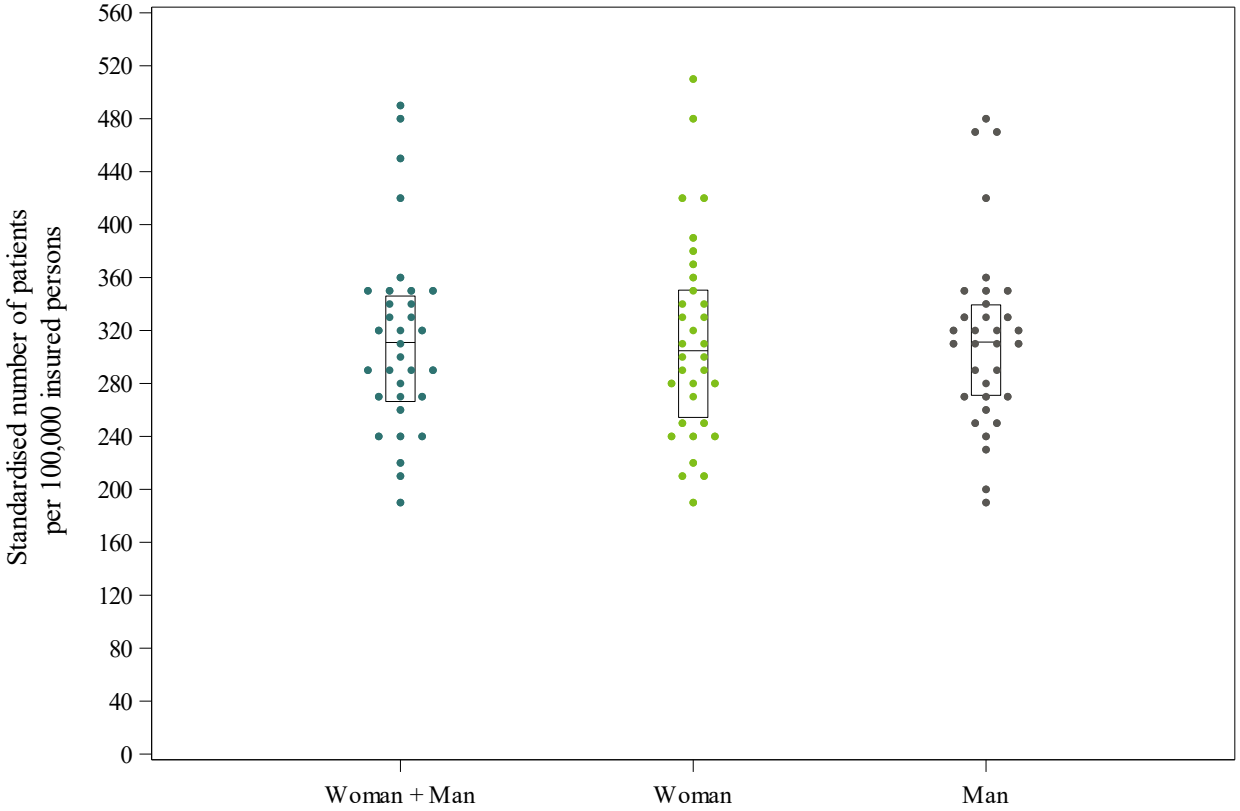
Modèle d'évaluation de rupture de tendance par province – Lignes de régression

Lignes de régression par province montrant une pente éventuellement différente pour les dernières années (2023-2025) par rapport aux années précédentes (2015-2023).

Les données 2020 ont été exclues de la modélisation, mais sont représentées sur le graphe pour information.

F. Variations géographiques des taux de recours standardisés

	TOTAL
Nombre estimé de patients par an	***34.446***
Coefficient de variation (2025)	**22,62**
Coefficient de variation (2023-2025)	**21,97**
Coefficient de variation (2015-2017)	**27,18**
Différence statistiquement significative ? ($p \leq 0.05$)	*Non*

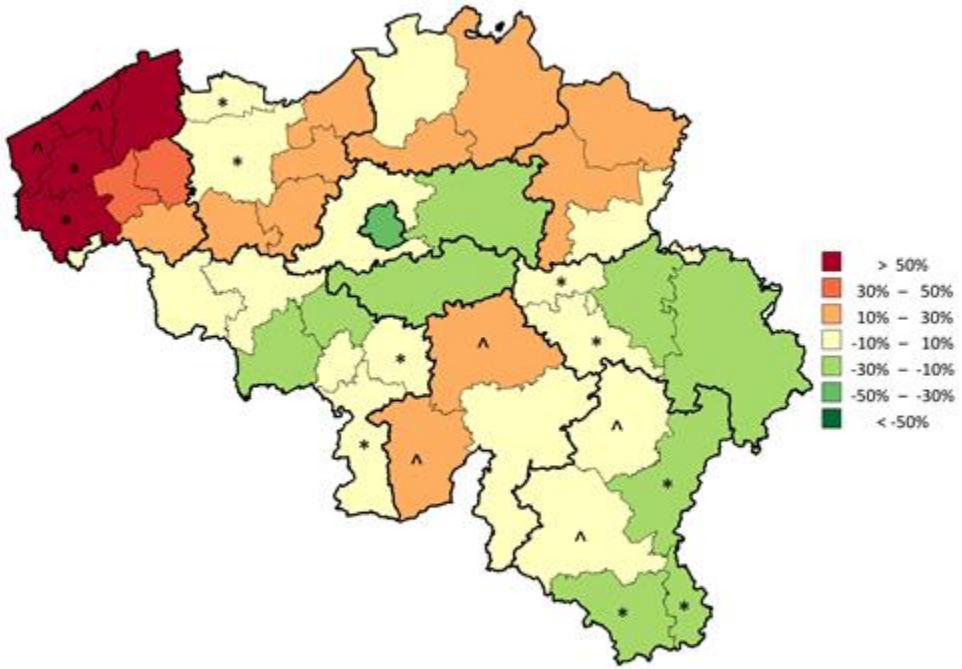


Répartition en « dot plot » des taux de recours standardisés par arrondissement* selon le sexe

Un graphique en **dot-plot** est un graphique de distribution qui est utile pour mettre en évidence des regroupements de données, des trous dans la répartition ainsi que des valeurs extrêmes. Ici, chaque point représente le taux de recours d'un arrondissement* pour toute sa population ou selon le sexe.

Les taux sont arrondis selon la valeur du taux maximal (à l'unité, à la dizaine, à la centaine…) afin de mieux regrouper les valeurs.

Le graphique montre également sous forme de « boîtes » les 25^{e}, 50^{e} et 75^{e} percentiles des taux de recours standardisés non arrondis pour tous les arrondissements*. La ligne du bas de la boîte correspond au 25^{e} percentile tandis que le 75^{e} percentile est représenté par la ligne supérieure. La ligne interne à la boîte correspond au 50^{e} percentile.



Carte de répartition par arrondissement* des taux de recours standardisés

Sur cette carte de la Belgique, les frontières des arrondissements sont tracées par des lignes fines tandis que les frontières provinciales sont indiquées en lignes épaisses.

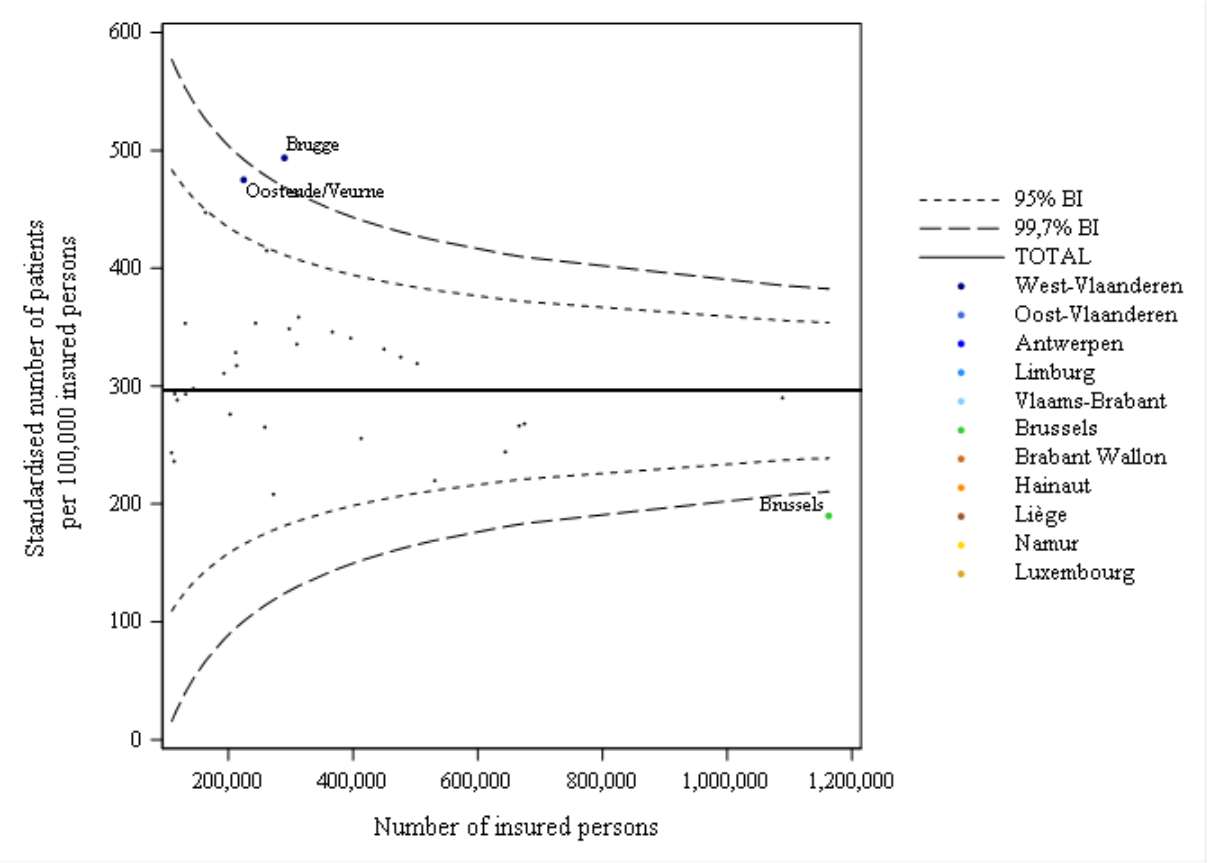
Les arrondissements* sont colorés selon une échelle de couleur basée sur le rapport du taux de recours dans cet arrondissement* sur le taux national belge (taux total). Cette comparaison est exprimée en pourcentage : par exemple, 0% si le taux de l'arrondissement* est égal au taux total, 20% si le taux est supérieur de 20% et à -20% si le taux est inférieur de 20%.

Les pourcentages sont calculés sur base des taux standardisés de la dernière année analysée et sont répartis par tranches de 20%. Les couleurs suivantes leur sont attribuées :

Couleur	Catégorie
	Supérieur à 50%
	Entre 30% et 50%
	Entre 10% et 30%
	Entre -10% et 10%
	Entre -30% et -10%
	Entre -50% et -30%
	Inférieur à -50%
	Aucun recours

N.B. : L'interprétation de cette carte est à faire en parallèle au graphe en funnel plot (page suivante).

* Les arrondissements marqués des symboles * ou ^ sont regroupés au sein d'une même province
cf. page 13, Standardisation



«Funnel plot » des taux de recours standardisés par arrondissement* selon le nombre d'assurés

Dans ce graphique, le taux de recours standardisé dans un arrondissement* est positionné selon la taille de sa population. En plus des points par arrondissement*, des **intervalles de confiance** à 95% et à 99.7% sont également indiqués sur le graphique. Ceux-là dépendent de la taille de la population.

La ligne horizontale épaisse indique le taux de recours standardisé national. Les arrondissements* extrêmes sont identifiés par les valeurs en dehors des intervalles de confiance à 99.7%. Le zone entre les intervalles de confiance à 95% et 99.7% est considéré comme un « warning zone ».

N.B. : L'interprétation de ce graphe est à faire en parallèle de la carte de répartition des taux de recours (page précédente).

G. Dépenses standardisées en soins de santé à charge de l'assurance

	TOTAL
Nombre de prestations par an	*36.875*
Dépenses annuelles (€)	*36.439.664*
Coût moyen par patient (€)	1.057,88
Coût moyen par assuré[1] (€)	3,12

[1] Rappel : Les dépenses sont rapportées aux assurés sélectionnés pour l'analyse (cf. section 3.E, Critères de sélection)

		Dépenses standardisées (par assuré[1])	Différence relative par rapport au total
Provinces	Flandre occidentale	4,54 €	45,51%
	Flandre orientale	3,46 €	10,90%
	Anvers	3,28 €	5,13%
	Limbourg	3,39 €	8,65%
	Brabant flamand	2,6 €	-16,67%
	Bruxelles	2,04 €	-34,62%
	Brabant wallon	2,67 €	-14,42%
	Hainaut	3,1 €	-0,64%
	Liège	2,51 €	-19,55%
	Namur	3,47 €	11,22%
	Luxembourg	2,77 €	-11,22%
Régions	Flandre	3,46 €	10,90%
	Bruxelles	2,04 €	-34,62%
	Wallonie	2,9 €	-7,05%
	TOTAL	**3,12 €**	

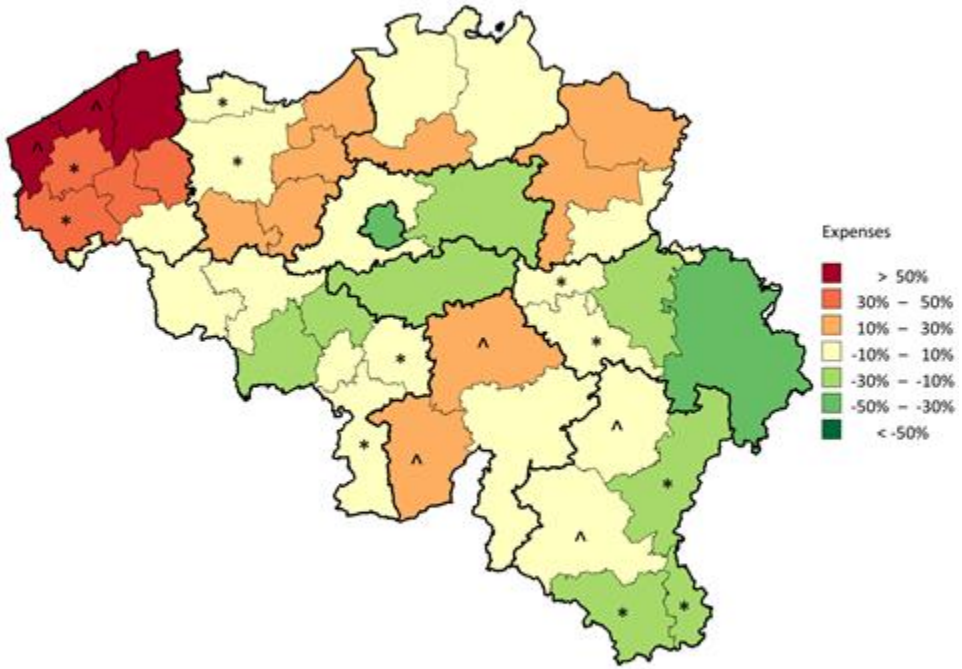
Répartition régionale et provinciale des dépenses standardisées (2025)

[1] Rappel : Les dépenses sont rapportées aux assurés sélectionnés pour l'analyse (cf. section 3.E, Critères de sélection)

Evolution des dépenses par prestation et par code de nomenclature

Codes de nomenclature	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	% Croissance annuelle moyenne	% Prestations 2025
225072-225083								527,58	550,77	584,07	606,73	4,77%	22,0%
225374-225385								662,81	691,30	732,71	759,31	4,63%	9,9%
225396-225400								858,15	897,63	952,65	987,70	4,80%	9,1%
224070-224081								923,49	966,35	1.023,16	1.060,44	4,72%	8,2%
225536-225540								956,66	996,31	1.052,85	1.094,99	4,60%	7,9%
225411-225422								1.055,21	1.103,58	1.170,51	1.209,10	4,64%	6,2%
224092-224103								1.145,35	1.200,05	1.272,15	1.319,01	4,82%	4,8%
232492-232503	350,30	349,01	352,68	356,49	358,35	357,41	358,64	364,91	388,34	413,81	431,83	2,11%	3,6%
225551-225562								1.184,26	1.244,44	1.315,18	1.364,32	4,83%	2,8%
225131-225142								921,93	961,24	1.018,39	1.056,01	4,63%	2,4%
225455-225466								728,94	766,25	813,78	845,46	5,07%	1,8%
225094-225105								652,45	687,42	727,62	758,47	5,15%	1,8%
225514-225525								1.199,75	1.274,08	1.349,01	1.400,83	5,30%	1,4%
224114-224125								1.368,29	1.426,84	1.507,75	1.567,26	4,63%	1,3%
225492-225503								996,96	1.047,74	1.110,94	1.157,75	5,11%	1,2%
224313-224324								736,63	771,10	819,48	846,99	4,76%	1,1%
226516-226520								592,53	617,26	653,39	681,59	4,78%	1,1%
225816-225820								365,08	381,72	408,12	418,06	4,62%	1,0%
225470-225481								796,55	825,67	871,28	906,25	4,39%	1,0%

Les dépenses moyennes par code de nomenclature et par année sont listées pour les codes retenus en volume (voir section 3.A), pour lesquels des prestations ont été facturées en 2025. Ils sont classés par ordre de fréquence décroissant, selon le pourcentage du volume presté en 2025 (dernière colonne).
Lorsque le nombre de codes de nomenclature concernés est important, la liste se limite à ceux qui atteignent 1 % du volume total.



Carte de répartition par arrondissement* des dépenses standardisées (par assuré)

Sur cette carte de la Belgique, les frontières des arrondissements sont tracées par des lignes fines tandis que les frontières provinciales sont indiquées en lignes épaisses.

Les arrondissements* sont colorés selon une échelle de couleur basée sur le rapport des dépenses par assuré dans cet arrondissement* sur les dépenses par assuré nationales (totales) belges. Cette comparaison est exprimée en pourcentage : par exemple, 0% si les dépenses de l'arrondissement* sont égales aux dépenses totales, 20% si les dépenses sont supérieures de 20% et à -20% si les dépenses sont inférieures de 20%.

Les pourcentages sont calculés sur base des dépenses standardisées de la dernière année analysée et sont répartis par tranches de 20%. Les couleurs suivantes leur sont attribuées :

Couleur	Catégorie
	Supérieur à 50%
	Entre 30% et 50%
	Entre 10% et 30%
	Entre -10% et 10%
	Entre -30% et -10%
	Entre -50% et -30%
	Inférieur à -50%
	Aucune dépense

* Les arrondissements marqués des symboles * ou ^ sont regroupés au sein d'une même province
cf. page 13, Standardisation



Sur cette carte les arrondissements* sont colorés selon une échelle de couleur basée sur le rapport des dépenses par patient dans cet arrondissement* sur les dépenses par patient nationales (totales) belges.

Cette comparaison est exprimée en pourcentage:

Couleur	Catégorie
	Supérieur à 50%
	Entre 30% et 50%
	Entre 10% et 30%
	Entre -10% et 10%
	Entre -30% et -10%
	Entre -50% et -30%
	Inférieur à -50%
	Aucune dépense

Carte de répartition par arrondissement* des dépenses standardisées (par patient)

* Les arrondissements marqués des symboles * ou ^ sont regroupés au sein d'une même province
cf. page 13, Standardisation

Dépenses standardisées par patient en 2025 et occurrences de la pratique par patient en 2024 (voir Annexe B), par catégorie démographique

	Dépenses std. estimées par patient		Occurrence par an	Occurrence par an	Occurrence par jour
	(€)	Diff. Relative Tot. (%)	(Prestations)	(Jours)	(Prestations)
TOTAL	1.057,88		1,07	1,07	1,00
Sexe					
Hommes	1.051,85	-0,57%	1,07	1,07	1,00
Femmes	1.064,68	0,64%	1,07	1,07	1,00
Régime préférentiel					
Général	1.041,90	-1,51%	1,06	1,06	1,00
Préférentiel	1.105,96	4,55%	1,09	1,09	1,00
Région					
Flandre	1.063,97	0,58%	1,08	1,07	1,00
Bruxelles	1.072,97	1,43%	1,07	1,07	1,00
Wallonie	1.045,61	-1,16%	1,06	1,06	1,00
Age					
00-04	2.496,56	136,00%	1,05	1,05	1,00
05-09	1.700,04	60,70%	1,19	1,15	1,03
10-14	1.891,78	78,83%	1,12	1,11	1,01
15-19	1.785,80	68,81%	1,04	1,03	1,00
20-24	1.056,29	-0,15%	1,05	1,05	1,00
25-29	924,14	-12,64%	1,06	1,06	1,00
30-34	878,94	-16,92%	1,06	1,05	1,00
35-39	927,57	-12,32%	1,06	1,06	1,00
40-44	964,01	-8,87%	1,07	1,07	1,00
45-49	1.005,78	-4,93%	1,07	1,07	1,00
50-54	1.057,34	-0,05%	1,07	1,07	1,00
55-59	1.062,78	0,46%	1,08	1,08	1,00
60-64	1.076,77	1,79%	1,08	1,07	1,00
65-69	1.099,77	3,96%	1,07	1,07	1,00
70-74	1.086,95	2,75%	1,07	1,07	1,00
75-79	1.097,85	3,78%	1,07	1,07	1,00
80-84	1.055,03	-0,27%	1,06	1,05	1,00
85-89	1.037,37	-1,94%	1,05	1,05	1,00
90-94	1.087,89	2,84%	1,03	1,03	1,00
95+	992,37	-6,19%	1,00	1,00	1,00

5. ANNEXES

A. Analyse de la variance (ANOVA), hors Bruxelles

Significativité statistique des différences observées en 2025		
Selon la région ?	Oui	**
Selon le sexe ?	Non	NS
Selon le régime de remboursement ?	Oui	***
Selon le sexe et par région ?	Non	NS
Selon le régime de remboursement et par région ?	Oui	***
Selon le sexe et par régime de remboursement ?	Oui	**
Selon le sexe et le régime de remboursement et par région ?	Non	NS

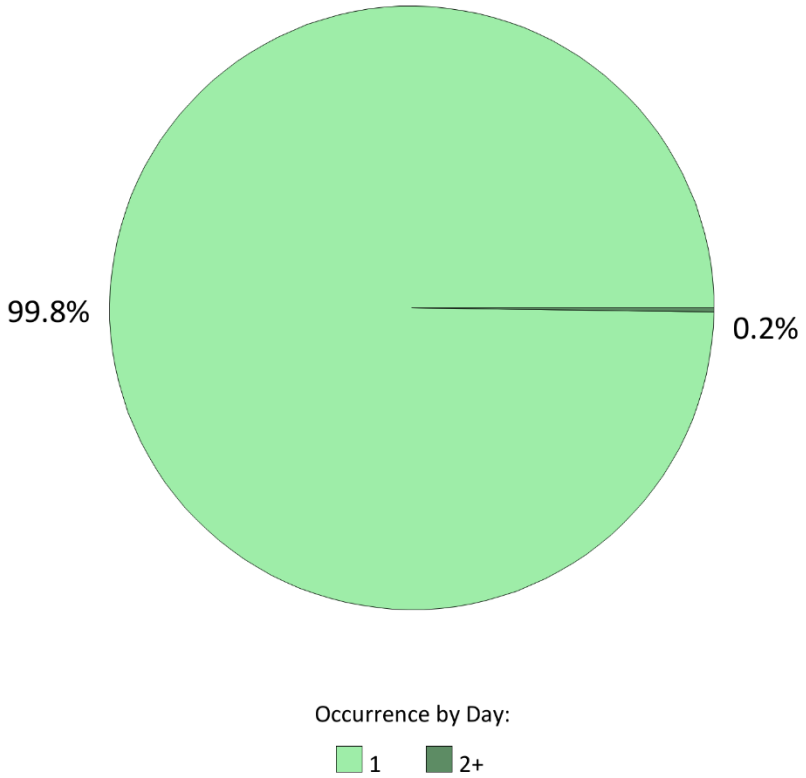
Afin d'évaluer la significativité des différents effets, un modèle linéaire mixte ANOVA a été appliqué sur les données des arrondissements* des régions wallonne et flamande, après standardisation par rapport à l'âge. Le modèle inclut les facteurs région, sexe et régime de remboursement, (effets principaux) ainsi que toutes les interactions à deux effets et l'interaction à trois effets en facteur fixe.

Pour une interprétation correcte de l'analyse, l'effet de l'interaction à trois effets (dernière ligne du tableau) devrait d'abord être interprétée, puis les interactions à deux effets et enfin par les effets principaux. Si l'interaction à trois effets est significative, chaque interprétation devrait se faire à ce niveau, tandis que les interactions à deux niveaux et les effets principaux ne devraient pas être interprétés. Si l'interaction à trois niveaux n'est pas significative, la significativité des interactions à deux effets devrait être vérifiée. Chaque effet qui fait partie d'une interaction significative devrait être interprété à partir de l'interaction et pas au niveau de l'effet principal. Ce n'est qu'au cas où un effet principal ne fait pas partie d'une interaction significative que l'interprétation se fait directement au niveau de l'effet principal.

Les **astérisques** représentent le degré de significativité statistique des tests : ***** Valeur P ≤ 0,05 / ****** Valeur P ≤ 0,01 / ******* Valeur P ≤ 0,001 et NS pour un résultat non-significatif.

B. Fréquence des occurrences de la pratique (par patient)

Nombre moyen de prestations par jour par patient : 1,00

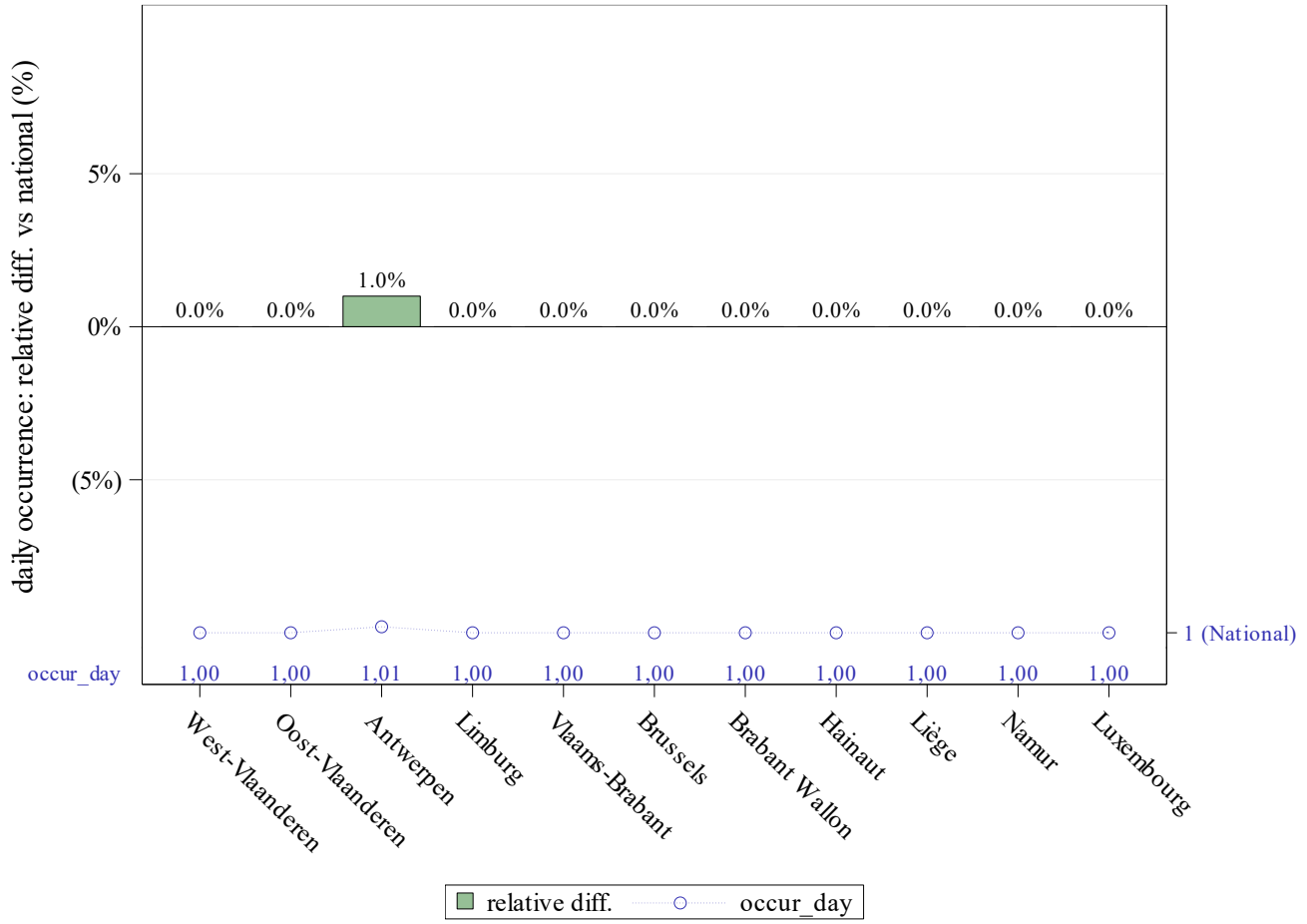


Répartition des jours-patients selon l'occurrence de la pratique par jour (2024)

Il arrive que plusieurs codes (similaires ou différents) relatifs à une même pratique soient facturés le même jour pour un même patient.

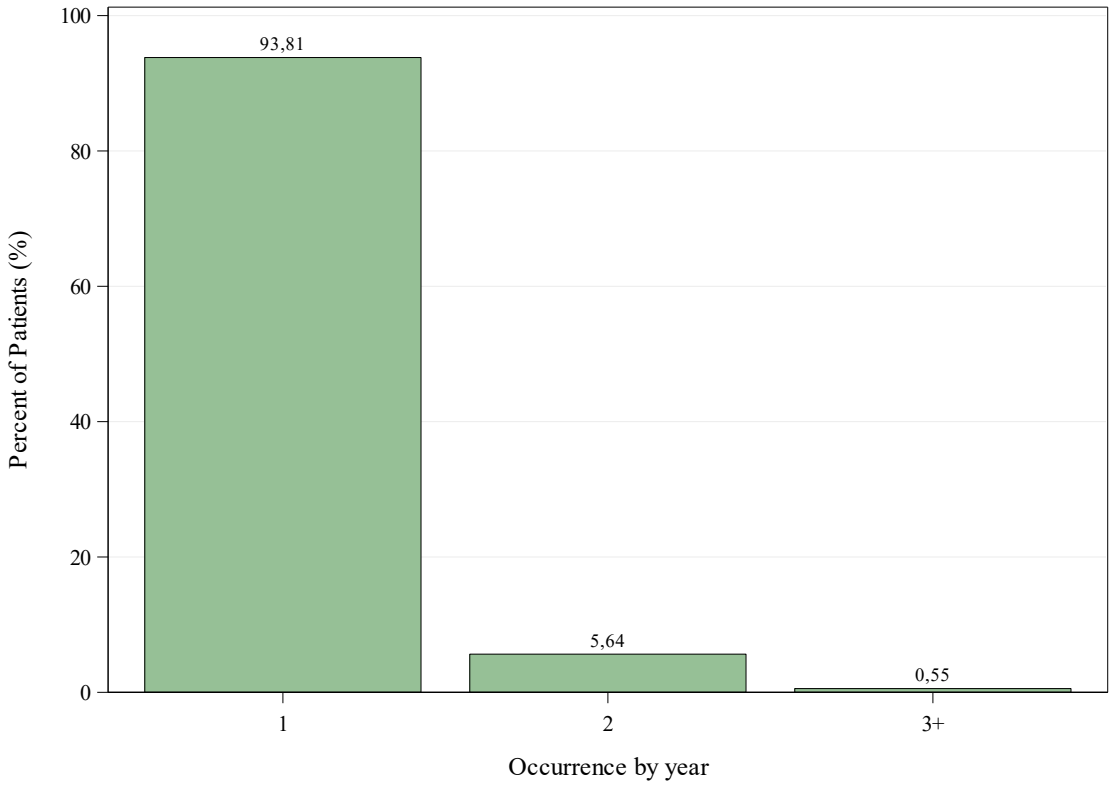
Ce diagramme circulaire présente la répartition des jours-patients selon le nombre de prestations réalisées un même jour chez un même patient.

Ces analyses de fréquence des occurrences sont réalisées sur l'année **2024** à partir des bases de données suivantes : Documents P, ADH et SHA.



Nombre moyen de prestations par jour par patient par province et variation par rapport à la moyenne nationale (2024)

Nombre de jours moyen par patient sur l'année : 1,07

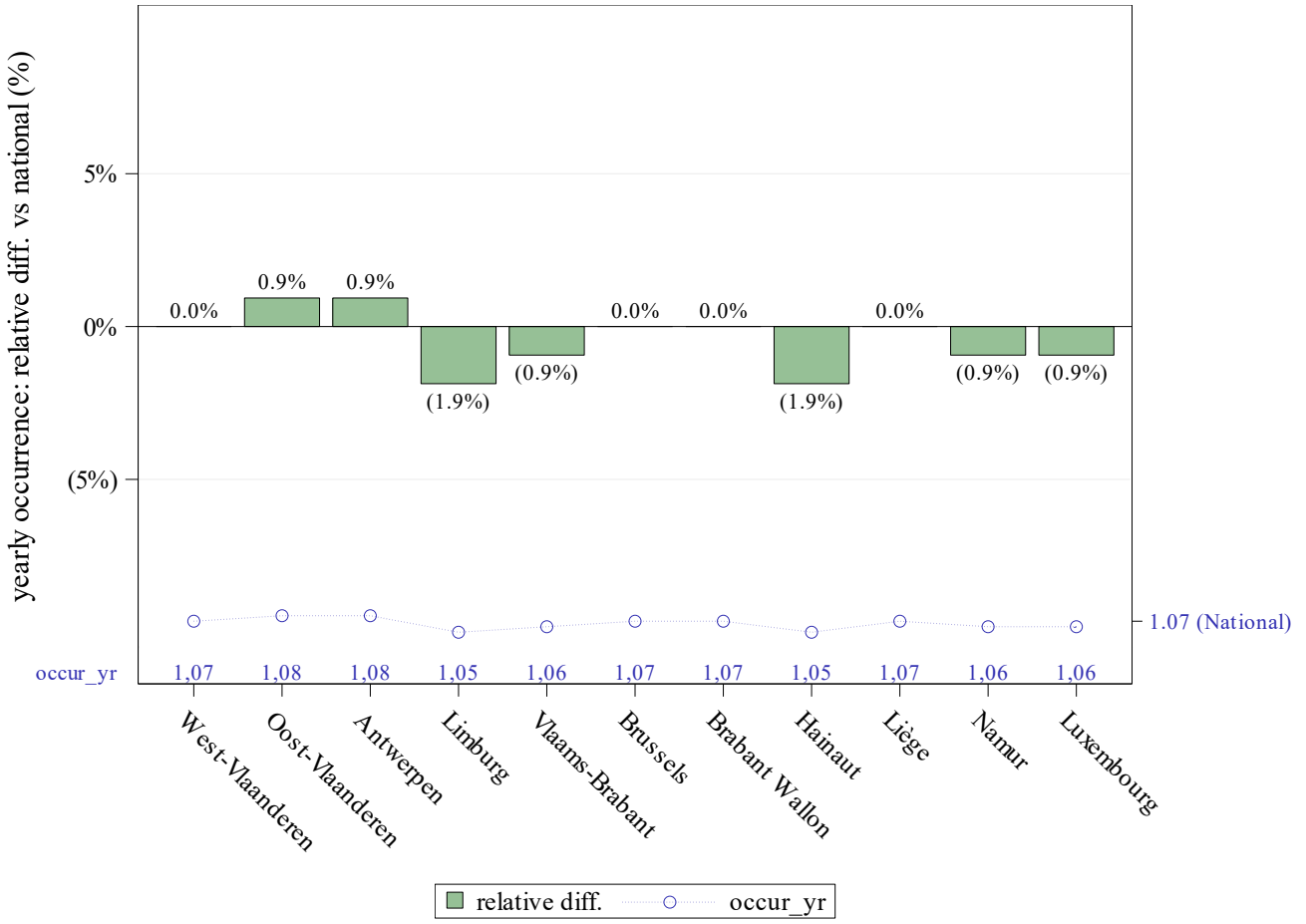


Répartition des patients selon l'occurrence de la pratique sur l'année (2024)

Après prise en compte de l'occurrence par jour, il arrive aussi qu'une ou plusieurs prestations d'une même pratique soient facturées plusieurs jours différents pour le même patient au cours de la même année.

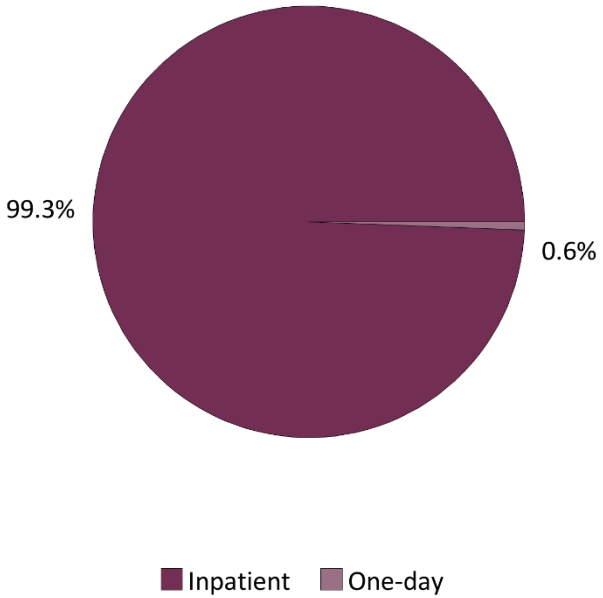
Cet histogramme présente la répartition des patients selon l'occurrence de la pratique sur l'année (qui n'inclut pas l'occurrence par jour).

L'année **2024** a été prise en compte pour calculer l'occurrence des prestations (à partir des bases de données suivantes : Documents P, ADH et SHA).



Nombre de jours moyen par patient sur l'année par province et variation par rapport à la moyenne nationale (2024)

C. Types de prise en charge du patient

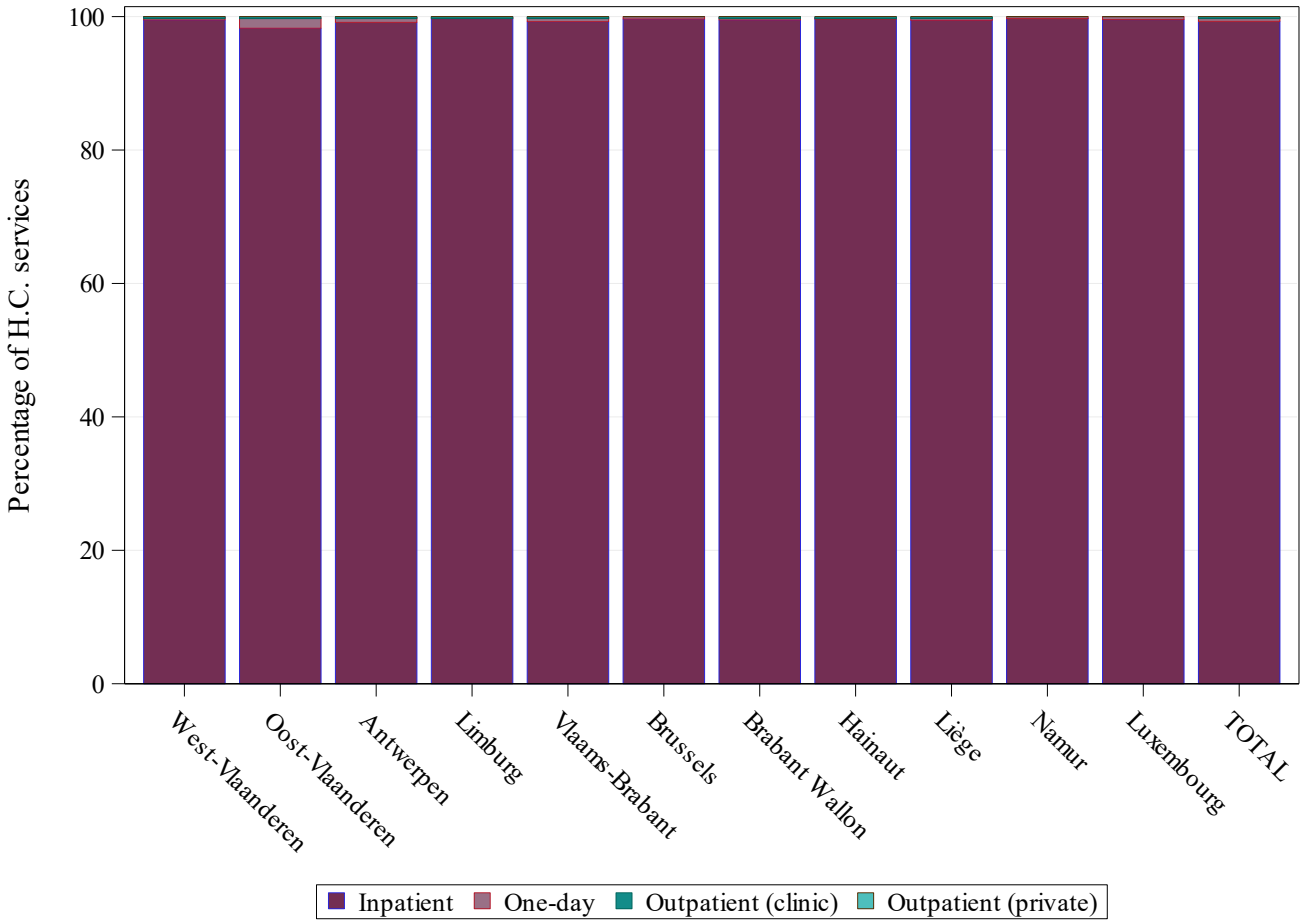


Répartition des types de prise en charge en 2024

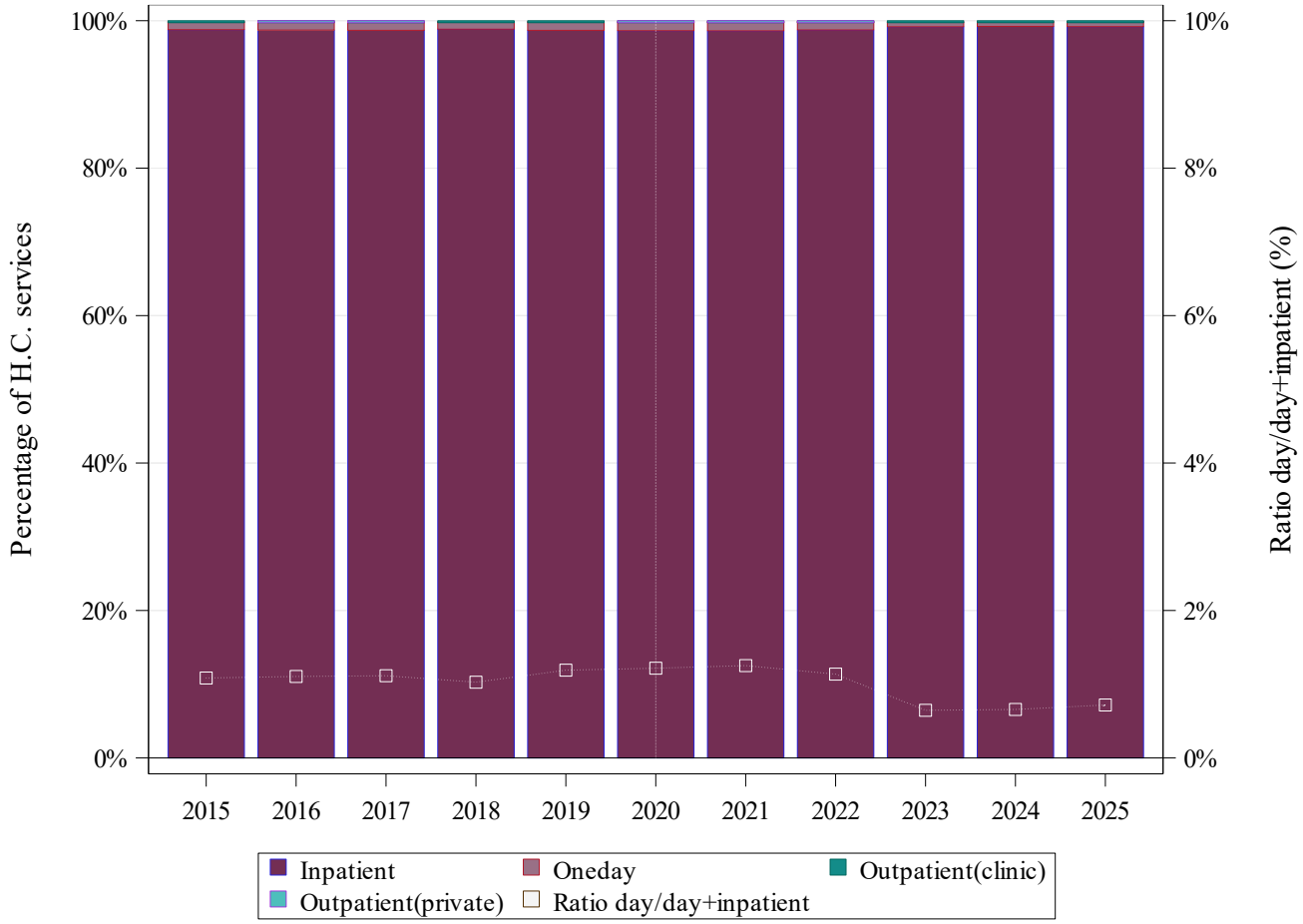
Types de prise en charge	
Ambulatoire (privé)	0,0%
Ambulatoire (polyclinique)	0,1%
Hospitalier (de jour)	0,6%
Hospitalier (séjour)	99,3%

En complément au chapitre abordant le taux de prise en charge ambulatoire (cf. section 4.C), l'analyse des types de prise en charge du patient peut être affinée en identifiant les sous-secteurs de soins ambulatoires (privé et polyclinique) et hospitaliers (hospitalisation de jour ou classique).

Ces présentes analyses sont réalisées sur l'année 2024 à partir des bases de données suivantes : Documents P, ADH et SHA.



Répartition des types de prise en charge par province (2024)



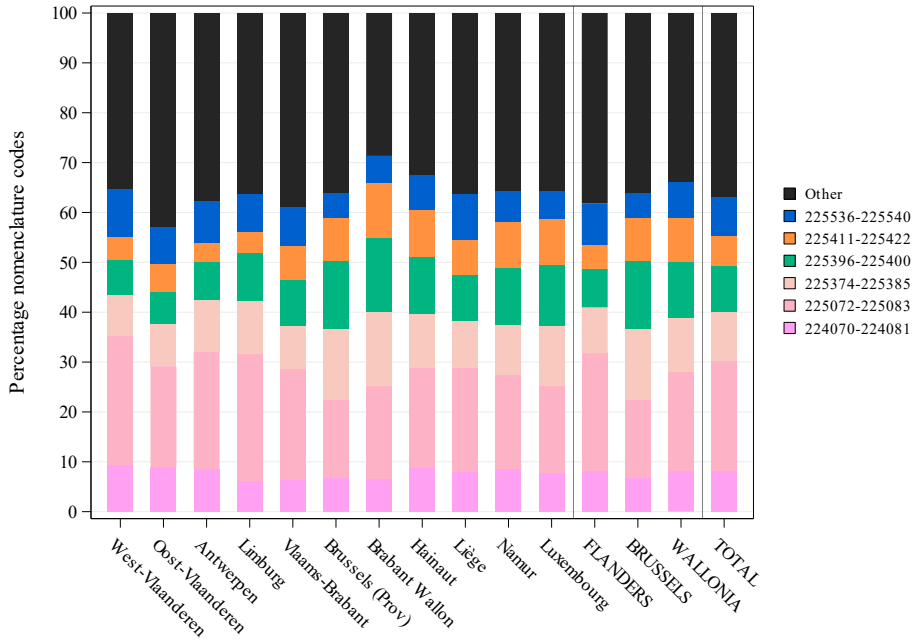
Evolution de la répartition des types de prise en charge (des prestations), par année

Ce graphique illustre la répartition des types de prise en charge par prestation, ce qui permet le suivi de leur évolution sur la période 2015-2025. (Dans le cas des prestations de biologie clinique, les types ambulatoires ne peuvent cependant pas être différenciés).

L'échelle de gauche se rapporte à la répartition par secteur en % (bâtonnets). Le cas échéant, l'échelle de droite se rapporte au taux d'hospitalisation de jour par rapport à l'ensemble des hospitalisations, en % (carrés blancs).

D. Variations de codage et alternatives de la pratique

➔ Variations dans le codage :



Répartition en volume des codes de nomenclature

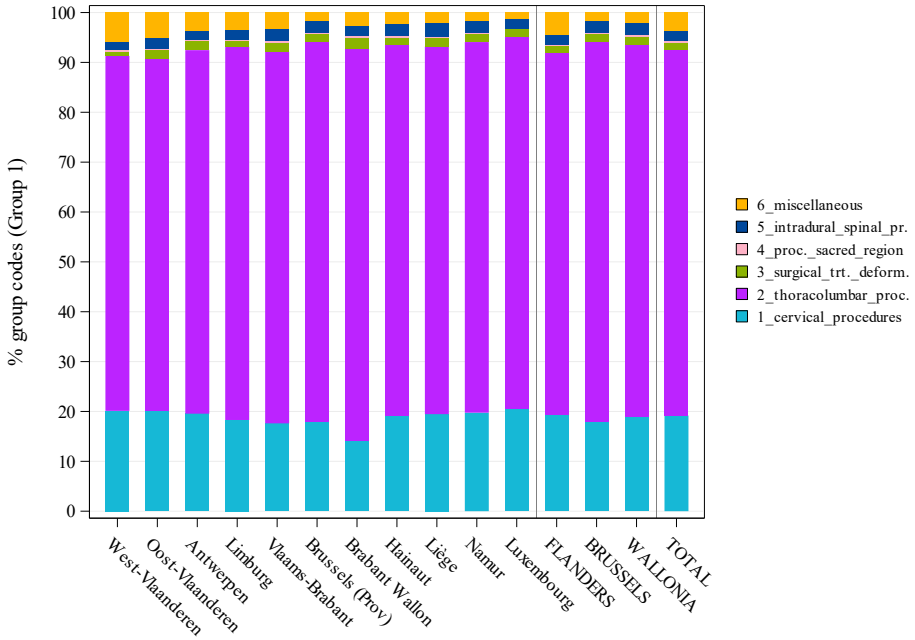
Codes combinés	Libellé
Other	Autres codes
225536-225540	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transforaminal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 1 niveau
225411-225422	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du ...
225396-225400	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du ...
225374-225385	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du ...
225072-225083	^ (Micro)discectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou ...
224070-224081	^ Discectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 1 niveau

Significativité	Par région	Par province
Recours aux **Codes de nomenclature**[1]	***	***

Les **astérisques** représentent le degré de significativité statistique du test Chi-carré avec les valeurs suivantes : * Valeur P ≤ 0,05 / ** Valeur P ≤ 0,01 / *** Valeur P ≤ 0,001. Les mentions **NS** et **NA** indiquent respectivement que les variations sont non significatives ou non applicables.

[1] Le calcul de significativité est réalisé ici en comparant les différences géographiques de recours aux différents codes de nomenclature pour coder la pratique.

➔ **Variations dans les alternatives de pratique :**



Répartition des choix des alternatives de pratique

Significativité	Par région	Par province
Choix des **Alternatives de pratique**	***	***

[Vu le nombre élevé de codes de nomenclature sélectionnés pour cette analyse, nous ne pouvons pas les reprendre en légende ici. Nous vous invitons donc à lire les détails les concernant en page 4 de ce rapport.]

Selon la nature de la pratique et les outils d'analyse disponibles, il peut être possible d'identifier et de définir des alternatives pour la réalisation de cette pratique. Dans ce cas, les codes de nomenclature définis pour l'analyse de la pratique sont regroupés dans l'objectif d'analyser si les choix de ces alternatives sont homogènes ou non à travers le territoire. Le calcul de significativité affiché dans le tableau est réalisé en comparant ces groupes de codes entre eux.