

Variations de pratiques médicales

Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires

Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique
(analyses et tendances par régions, provinces et arrondissements) pour l'année **2019**



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

Cellule Soins Efficaces

Pascal Meeus, Virginie Dalcq, Delphine Beauport,
Michaël Vande Velde, Lucien Hoekx, Kathleen Sierens, Benjamin Swine
Contact : appropriatecare@riziv-inami.fgov.be

Date de ce rapport : 4 août 2021

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
1. INTRODUCTION	3
2. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE SPÉCIFIQUE	4
A. CODES DE NOMENCLATURE INAMI RETENUS POUR L'ANALYSE	4
B. HISTORIQUE DES CODES DE NOMENCLATURE	5
C. SOURCE DES DONNÉES ET PÉRIODE D'ANALYSE.....	6
D. CRITÈRES DE SÉLECTION	7
E. STANDARDISATION.....	7
3. RÉSULTATS	8
A. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ NATIONAL	8
B. RÉPARTITION EN VOLUMES DES CODES DE NOMENCLATURE PRESTÉS	9
C. SPÉCIALITÉ DES PRESTATAIRES	10
D. SPÉCIALITÉ DES PRESCRIPTEURS	11
E. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ PAR GENRE ET PAR CLASSE D'ÂGE	12
F. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ HOSPITALIER ET AMBULATOIRE	16
G. TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ SELON LE RÉGIME DE REMBOURSEMENT	18
H. ÉVOLUTION DES TAUX DE RECOURS STANDARDISÉS	20
I. VARIATIONS GÉOGRAPHIQUES DES TAUX DE RECOURS STANDARDISÉS	23
J. DÉPENSES STANDARDISÉES EN SOINS DE SANTÉ À CHARGE DE L'ASSURANCE	28
4. RÉSUMÉ DES DONNÉES-CLÉS	31
5. ANNEXES	32
A. ANALYSE DE LA VARIANCE (ANOVA).....	32
B. FRÉQUENCE DES OCCURRENCES DE LA PRATIQUE	33
C. TYPES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT	35
D. VARIATIONS DE CODAGE ET ALTERNATIVES DE LA PRATIQUE.....	37

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'INAMI¹. 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 2016². Ce plan énonce une trentaine de mesures visant à tendre vers davantage d'efficacité 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 inexplicables 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 identifiée.

Le présent document vise à présenter les résultats chiffrés et graphiques des analyses³ de la pratique de Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires, 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.

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

² (Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2016)

³ Nous renvoyons le lecteur intéressé par la méthodologie suivie pour ces analyses quantitatives vers le document intitulé « Variations de pratiques – Méthodologie ».

2. 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
156435	156446	non	oui	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473690 - 473701 de la nomenclature, par voie endoscopique	01-07-2014		N80	.
157076	157080	non	oui	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, sans utilisation de ballonnet de dilatation	01-07-2014		N80	.
157091	157102	non	oui	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723 de la nomenclature, par voie endoscopique, le ballonnet de dilatation utilisé inclus	01-07-2014		N80	.
157113	157124	non	oui	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830 - 473841 de la nomenclature, par voie endoscopique	01-07-2014		N80	.
173972	173983	non	oui	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474736 - 474740 de la nomenclature, par voie endoscopique	01-11-2016		N80	.
173994	174005	non	oui	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 474773 - 474784 de la nomenclature, par voie endoscopique	01-11-2016		N80	.
242410	242421	oui	oui	Reconstitution par hépatico-jéjunostomie intra-hépatique pour sténose de la voie biliaire consécutive à une intervention antérieure	01-04-1985		N23	N800
242432	242443	oui	oui	Reconstitution par suture bout à bout de la voie biliaire sténosée	01-04-1985		N23	N500
451614	451625	non	oui	Cholangiographie postopératoire, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 6 clichés	01-04-1985		N50	N80
451813	451824	oui	oui	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 451894 - 451905, effectuée le même jour	01-04-1985		N50	N175
451850	451861	oui	oui	Cholangiographie percutanée, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 3 clichés, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	01-04-1985		N50	N100
451894	451905	oui	oui	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 451813 - 451824, effectuée le même jour	01-11-1992		N50	N200
462615	462626	non	oui	Cholangiographie postopératoire, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 6 clichés	01-11-1994		N50	N80
462814	462825	oui	oui	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 462895 - 462906, effectuée le même jour	01-11-1994		N50	N175
462851	462862	oui	oui	Cholangiographie percutanée, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 3 clichés, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision	01-11-1994		N50	N100
462895	462906	oui	oui	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation 462814 - 462825, effectuée le même jour	01-11-1994		N50	N200
473395	473406	oui	oui	Insertion d'un cathéter dans les voies biliaires ou la veine porte par ponction transcutanée	01-04-1985		N42	K112
473535	473546	oui	oui	Insertion d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée	01-04-1985		N42	K225
473690	473701	oui	oui	Section du muscle sphincter de la papille duodénale, par endoscopie	01-08-1988		N42	K250
473712	473723	oui	oui	Insertion d'une prothèse dans les voies biliaires ou pancréatiques, par endoscopie	01-08-1988		N42	K400
473734	473745	oui	oui	Cathétérisme des voies biliopancréatiques	01-04-1997		N42	K132
473830	473841	oui	oui	Extraction de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) au cours d'une cholangiopancréatographie par endoscopie	01-07-2003		N42	K350
474736	474740	non	oui	Examen des voies biliopancréatiques par endoscopie	01-11-2016		N42	K100
474773	474784	non	oui	Fragmentation de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) par laser ou sonde électrohydraulique	01-11-2016		N42	K150
715013	715024	non	oui	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723, par voie endoscopique, sans utilisation de ballonnet de dilatation	01-11-2009	30-06-2014	N80	.
715035	715046	non	oui	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723, par voie endoscopique, le ballonnet de dilatation utilisé inclus	01-11-2009	30-06-2014	N80	.
731076	731080	non	oui	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473690 - 473701, par voie endoscopique	01-03-2004	30-06-2014	N80	.
731091	731102	non	oui	Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830 - 473841, par voie endoscopique	01-03-2004	30-06-2014	N80	.
731113	731124	non	oui	Ensemble du matériel de consommation utilisé lors de la prestation 473712 - 473723, par voie endoscopique	01-03-2004	31-10-2009	N80	.

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 prestations 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.

B. Historique des codes de nomenclature

Ambulant	Hospitalisé	Date	Libellé
473395	473406	01-02-2016	Cathétérisme des voies biliaires ou de la veine porte par ponction transcutanée, y compris le contrôle radioscopique
473395	473406	01-11-2016	Insertion d'un cathéter dans les voies biliaires ou la veine porte par ponction transcutanée
473535	473546	01-02-2016	Mise en place d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision
473535	473546	01-11-2016	Insertion d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée
473690	473701	01-02-2016	Fibroduodéoscopie avec papillotomie
473690	473701	01-11-2016	Section du muscle sphincter de la papille duodénale, par endoscopie
473712	473723	01-02-2016	Placement d'une prothèse de dilatation des voies biliaires par fibroduodéoscopie
473712	473723	01-11-2016	Insertion d'une prothèse dans les voies biliaires ou pancréatiques, par endoscopie
473734	473745	01-02-2016	Fibro-duodéoscopie (2e et 3e duodénum) avec manipulation en vue d'une cholangiowirsungographie
473734	473745	01-11-2016	Cathétérisme des voies biliopancréatiques
473830	473841	01-02-2016	Cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens
473830	473841	01-11-2016	Extraction de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) au cours d'une cholangiopancréatographie par endoscopie



Ce tableau reprend l'historique des descriptions des codes de nomenclature de l'INAMI retenus pour l'analyse, en cas de modification implémentée durant la période 2009-2019.

C. Source des données et période d'analyse

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

Document N	pour les taux de recours et les dépenses des personnes assurées (qui répondent aux critères de sélection) dont l'âge, le sexe, le régime préférentiel et l'arrondissement sont connus en 2009-2019
Document P	pour les taux de recours et les dépenses des personnes assurées (qui répondent aux critères de sélection) par spécialité en 2017-2019
-	-
-	-

Période d'analyse	2009-2019
--------------------------	-----------



Documents N : Les Documents N sont des 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, genre, catégorie sociale et arrondissement du domicile. Les Documents N ne permettent toutefois pas d'analyser les combinaisons de prestations par assuré.

Documents P : Les Documents P sont des 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.

D. 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	
Genre	femmes et hommes
Âge	tous
-	-

E. Standardisation

Les données sont standardisées avant analyse par an, sur la base de l'âge, du sexe et du régime préférentiel par arrondissement, province et région.

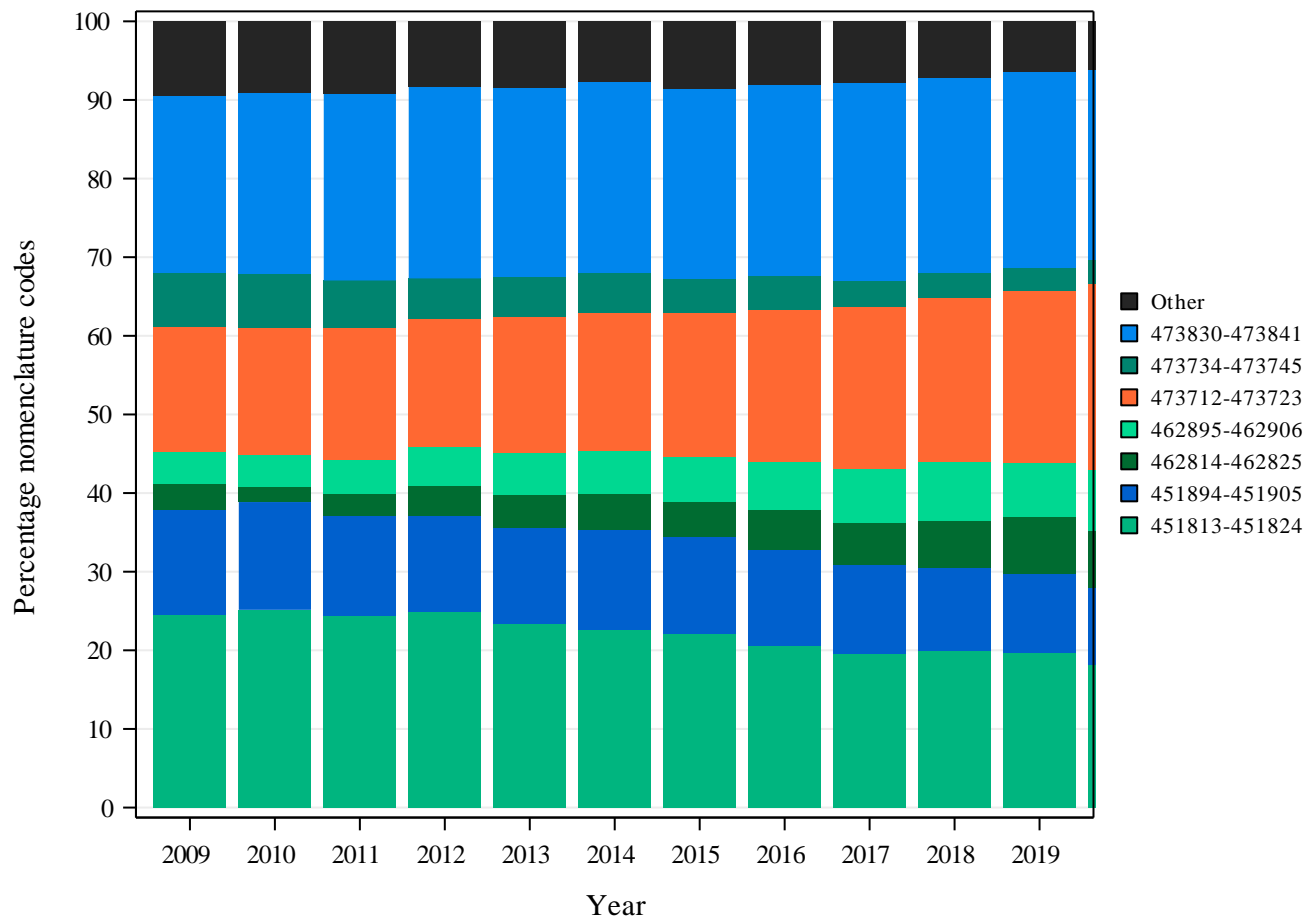
La **standardisation** est un processus qui permet de rendre des populations comparables pour un ou plusieurs critères d'analyse. De cette manière, si une différence est observée entre ces populations, on pourra en déduire qu'elle n'est pas due à ces critères pris en compte dans la standardisation.

3. RÉSULTATS

A. Taux de recours standardisé national

	TOTAL
Nombre moyen d'interventions par an	24.460
Taux de recours standardisé par 100 000 assurés	215

B. Répartition en volumes des codes de nomenclature prestés



Voir les Codes de nomenclature INAMI retenus pour l'analyse à la page 4 pour connaître les informations relatives à ces codes.

C. Spécialité des prestataires

Spécialisation du prestataire	Total prestataires	Prestataires concernés	% Prestataires	Médiane de prestations	Nombre de prestations	% Prestations	Dépenses	% Dépenses
Gastroentérologie	740	309	42%	24	16489	67%	5.903.073,67	53%
Radiologie	1609	472	29%	7	7967	32%	808.262,36	7%
Autres spécialités	4301	37	1%	1	125	1%	4.438.706,86	40%
Total	6650	818	12%	9	24581	100%	11.150.042,89	100%



Ce tableau reprend respectivement les données non-standardisées suivantes par spécialité médicale (chiffres moyens de la période 2019) :

- Le nombre de prestataires par spécialité 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 de prestations par prestataires (attestant les codes) ;
- Le nombre de prestations réalisées ;
- Le pourcentage de prestations, c'est-à-dire le rapport du nombre de prestations attestées par cette spécialité sur le total des prestations ;
- Les dépenses ;
- Le pourcentage de dépenses, c'est-à-dire le rapport des dépenses induites par cette spécialité sur les dépenses totales.

D. Spécialité des prescripteurs

Spécialisation du prescripteur	Total prescripteurs	Prescripteurs concernés	% Prescripteurs	Médiane de prescriptions	Nombre de prescriptions	% Prescriptions	Dépenses	% Dépenses
Pas d'application	0	0	0%	0	16742	68%	6.023.434,92	54%
Gastroentérologie	836	281	34%	7	6228	25%	4.909.022,43	44%
Spécialistes en formation	7833	239	3%	2	998	4%	106.073,88	1%
Autres spécialités	50088	316	1%	1	613	2%	111.511,66	1%
Total	58757	837	1%	2	24581	100%	11.150.042,89	100%



Ce tableau reprend dans l'ordre les données non-standardisées suivantes par spécialité médicale (chiffres moyens de la période 2019) :

- Le nombre de prescripteurs ayant prescrit au moins une prestation ;
- Le nombre de prescripteurs prescrivant les codes de nomenclatures retenus pour cette analyse ;
- Le pourcentage de prescripteurs prescrivant ces codes par rapport au nombre de prestataires ayant prescrit au moins une prestation ;
- Le nombre médian de prestations par prescripteurs (prescrivant les codes) ;
- Le nombre de prestations prescrites concernées ;
- Le pourcentage de prestations prescrites, c'est-à-dire le rapport du nombre de prestations prescrites par cette spécialité sur le total des prestations prescrites ;
- Les dépenses ;
- Le pourcentage de dépenses, c'est-à-dire le rapport des dépenses induites par cette spécialité sur les dépenses totales.

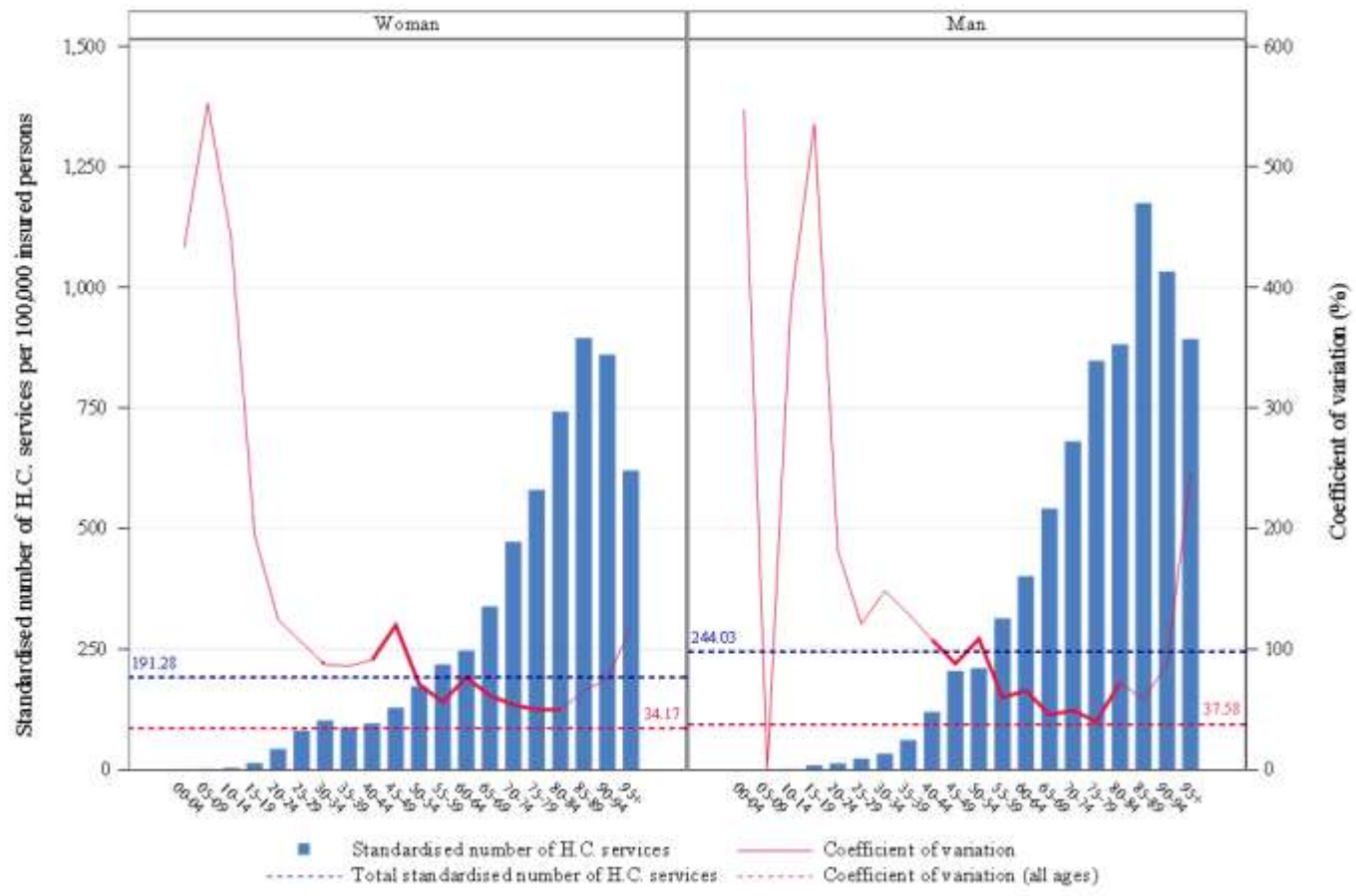
E. Taux de recours standardisé par genre et par classe d'âge

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	24.460
Age médian (ans)	70
Age moyen (ans)	67,37
Ratio Max/Min de l'âge médian (par arrondissement)	1,22
Pourcentage de femmes	49,07%

Ratio Max/Min :

Le ratio max/min est une mesure de dispersion des valeurs. Il se calcule dans ce rapport en faisant le rapport de la valeur maximale retrouvée pour la variable parmi tous les arrondissements sur la valeur minimale. Si cette valeur minimale est égale à zéro, le ratio max/min ne peut alors pas être calculé et sera indiqué « NA » (c'est-à-dire non applicable).

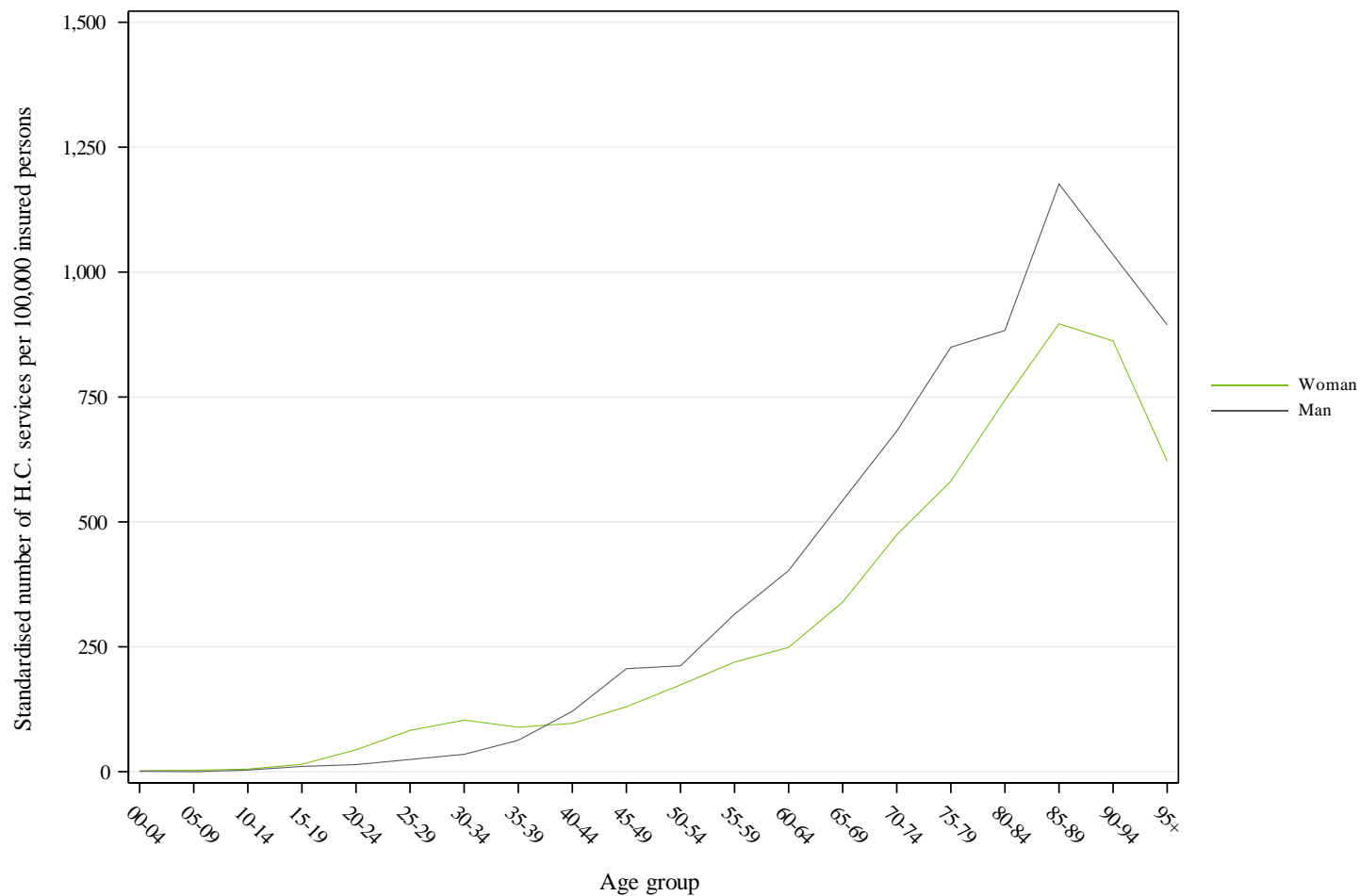
Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires



Ce graphique se compose de diagrammes à barres pour chaque genre. Le **coefficient de variation**, représenté par la ligne rouge, est une mesure de dispersion relative des taux de recours standardisés observés par arrondissement, par groupe d'âge et par genre (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 groupes d'âges où il y a suffisamment d'assurés par arrondissement pour permettre une comparaison).

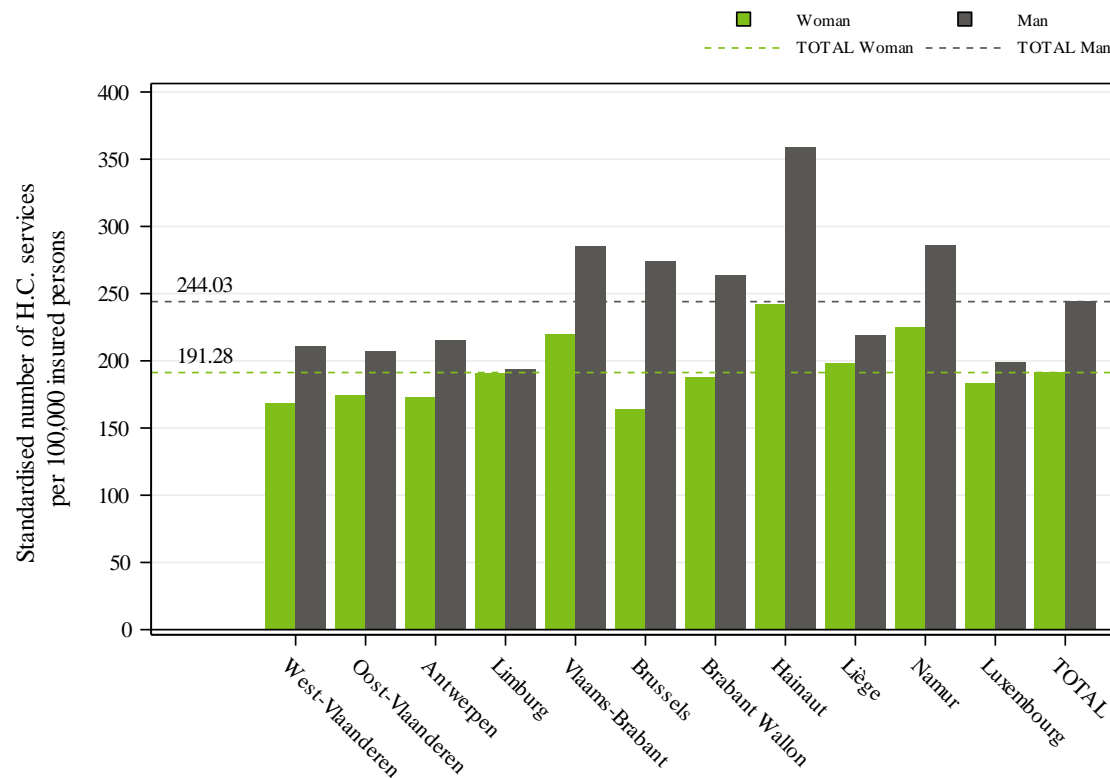
L'axe vertical gauche du graphique correspond au taux de recours standardisé et l'axe à droite au coefficient de variation. L'axe horizontal montre la division en groupes d'âge. Les lignes pointillées horizontales indiquent les valeurs totales des taux de recours standardisés (en bleu) et du coefficient de variation (en rouge).

Taux de recours standardisé par 100 000 assurés et coefficient de variation selon les arrondissements par groupe d'âge et par genre pour l'année 2019



Comparaison des taux de recours standardisés féminins et masculins (pour 100 000) en 2019

Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires

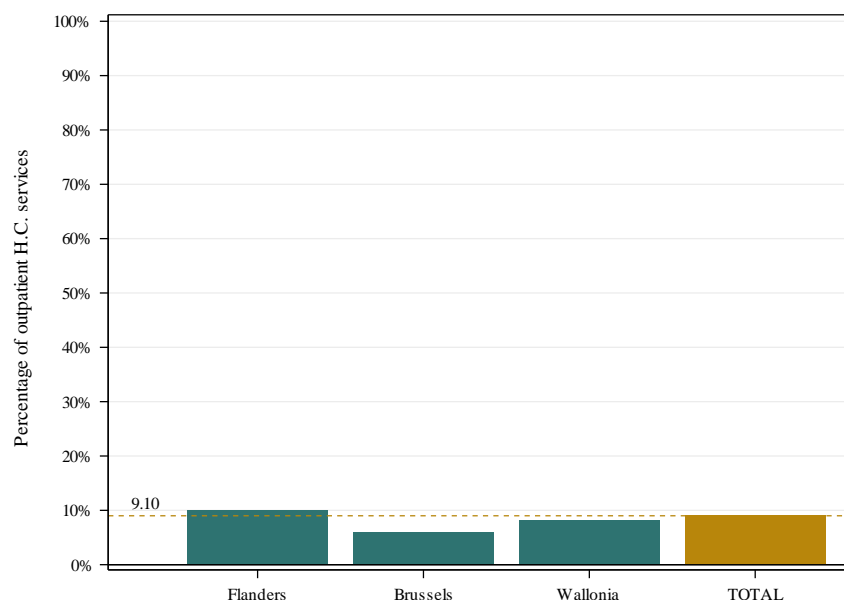


Ce graphique en histogramme montre les taux de recours standardisés par province et par genre. Les barres grises indiquent les taux masculins tandis que les barres vertes représentent les taux féminins pour chaque province. Les lignes discontinues grises et vertes indiquent les taux de recours standardisés totaux selon le même code de couleur.

Taux de recours standardisé par 100 000 assurés par genre et par province pour l'année 2019

F. Taux de recours standardisé hospitalier et ambulatoire

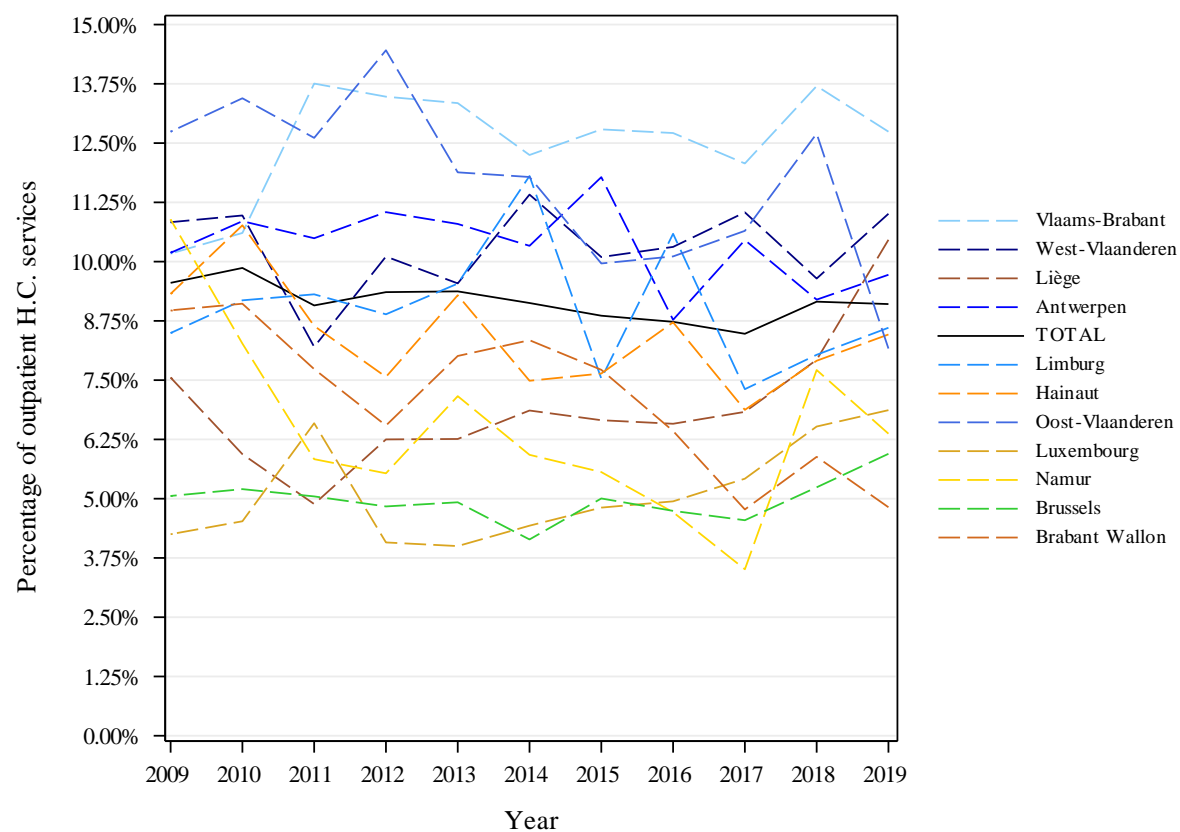
	TOTAL
Nombre moyen d'interventions par an	24.460
Pourcentage en mode ambulatoire	9,10%
Ratio max/min des pourcentages ambulatoires (par arrondissement)	8,3



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.

Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires

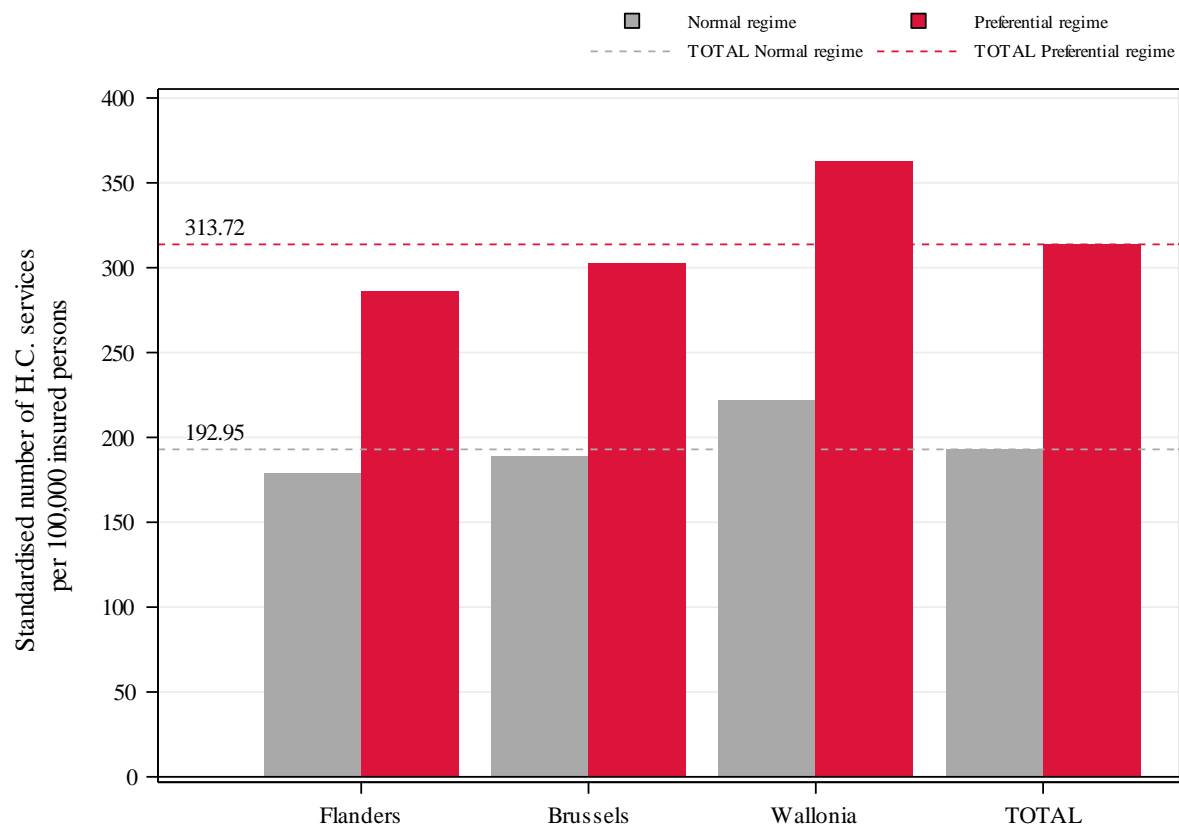


Evolution par province du pourcentage de prise en charge ambulatoire

NB : Un complément à ce chapitre détaillant la prise en charge des patients par secteurs de soins se trouve en [annexe de ce rapport \(voir page 35\)](#).

G. Taux de recours standardisé selon le régime de remboursement

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	24.460
Pourcentage en régime préférentiel	32,00%
Taux de recours standardisé avec régime préférentiel (par 100.000)	314
Taux de recours standardisé sans régime préférentiel (par 100.000)	193
Ratio Régime préférentiel/Régime général	1,63

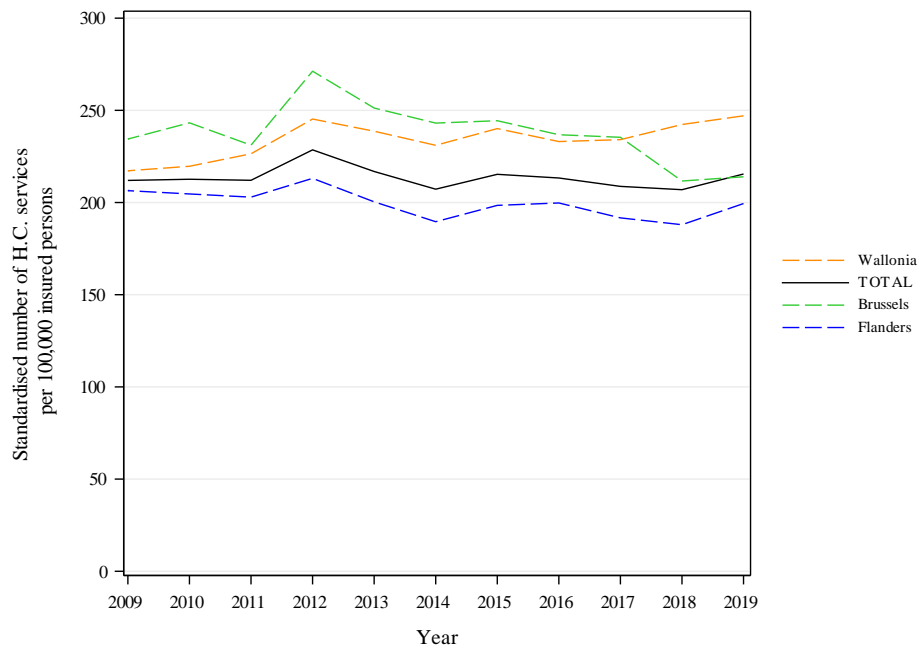


Le graphique représente les taux de recours standardisés avec (en rouge) et sans (en gris) régime préférentiel, par région et au total. Les lignes pointillées rouge et grise représentent les taux de recours standardisés totaux respectivement avec et sans régime préférentiel.

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

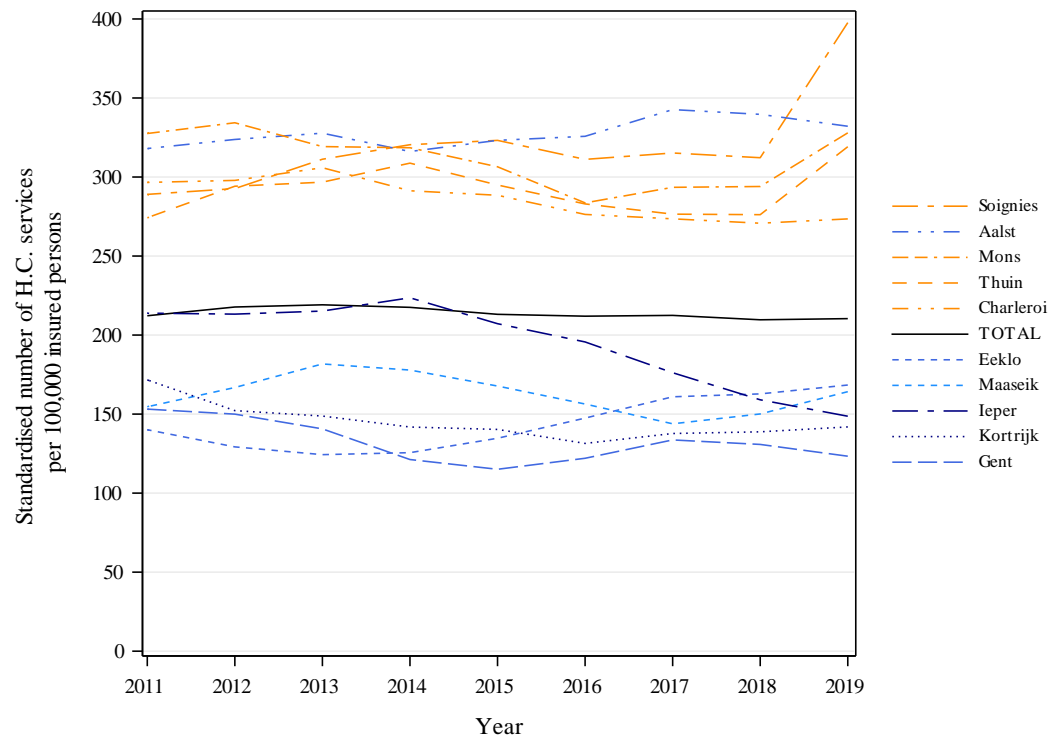
H. Evolution des taux de recours standardisés

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	24.460
Tendance (2009-2019)	0,16%
Tendance (2017-2019)	1,60%



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.

Evolution par région du taux de recours standardisé par 100.000 assurés



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.

Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires

		Taux de recours	Croissance annuelle		Rupture de tendances
		2019 (par 10 ⁵ assurés)	2009-2019	2017-2019	
Provinces	Flandre occidentale	190,37	-1,75%	-0,68%	
	Flandre orientale	188,36	-1,00%	-2,10%	
	Anvers	191,68	-0,56%	2,52%	
	Limbourg	192,74	2,02%	13,36%	
	Brabant flamand	248,25	1,22%	2,56%	
	Bruxelles	213,97	-0,91%	-4,66%	
	Brabant wallon	219,18	-1,22%	-1,60%	
	Hainaut	297,07	0,59%	4,32%	
	Liège	208,03	2,53%	-2,97%	
	Namur	252,36	4,49%	17,51%	
	Luxembourg	189,68	-0,16%	-3,28%	
Régions	Flandre	199,45	-0,34%	2,01%	
	Bruxelles	213,97	-0,91%	-4,66%	
	Wallonie	247,03	1,29%	2,72%	
TOTAL		215,47	0,16%	1,60%	

Evolution des taux de recours par province et par région

Ce tableau reprend les **taux de recours** (ou d'intervention) standardisés pour la dernière année analysée (2019), mais aussi **les taux de croissance** moyens par province, par région et au total, tant pour le long terme (2009-2019) que le court terme (2017-2019).

La **continuité** (ou la rupture) **des tendances à long terme et à court terme** a été évaluée statistiquement à l'aide de **régressions linéaires**. Ces analyses, propres à chaque entité géographique (i.e., province, région), permettent de mettre en évidence si l'évolution des taux de recours standardisés au cours des trois dernières années de la période d'analyse diffère significativement de l'évolution des taux sur l'ensemble de la période.

La significativité du test (et son degré de significativité) est rapportée dans la colonne rupture de tendances : * Seuil de valeur de $p \leq 0,05$ / ** Seuil de valeur de $p \leq 0,01$ / *** Seuil de valeur de $p \leq 0,001$. L'absence d'astérisque indique que la rupture de tendances observée est non-significative statistiquement.

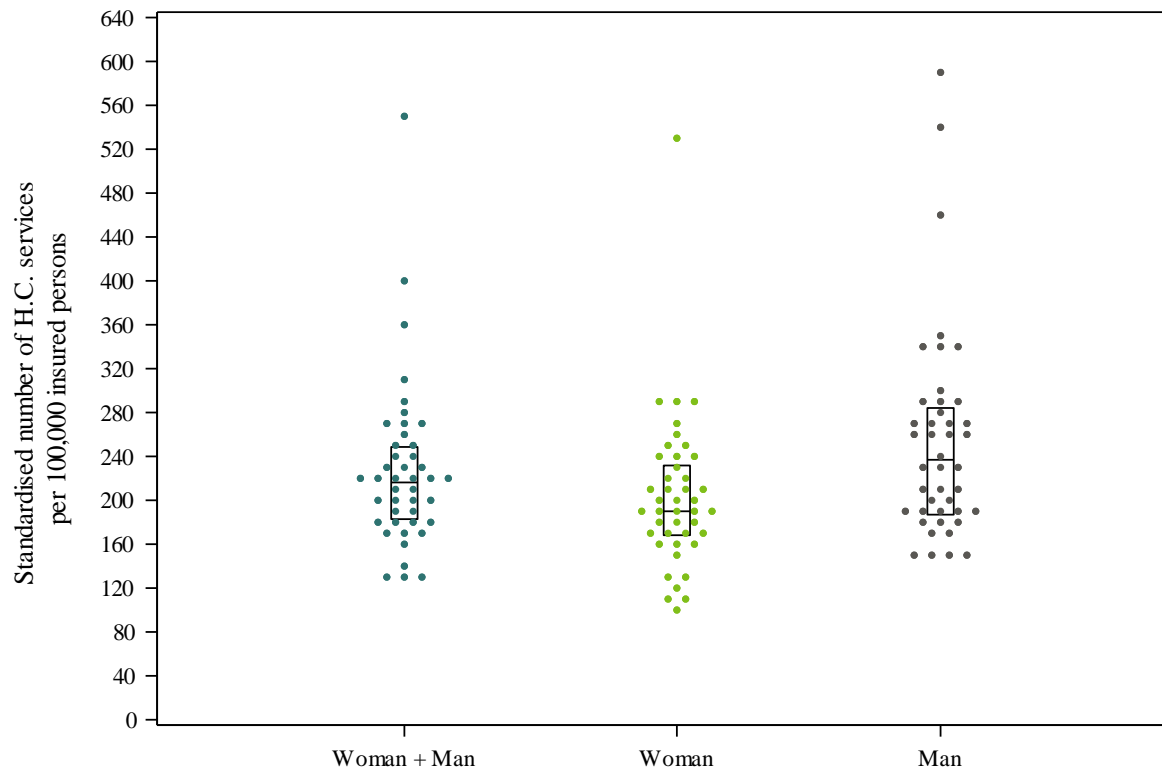
Les valeurs « NA » sont indiquées dans le cas où les codes de nomenclature retenus pour l'analyse ont une première année entière d'application plus récente que la période des 3 dernières années prises en compte.

I. Variations géographiques des taux de recours standardisés

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	24.460
Coefficient de variation (2019)	33,33
Ratio Max/Min* des taux de recours standardisés (par région)	1,24
Ratio Max/Min* des taux de recours standardisés (par arrondissement)	4,38

Coefficient de variation (2017-2019)	24,64
Coefficient de variation (2009-2011)	22,37
<i>Différence statistiquement significative ?</i>	Non

* Un résultat « NA » s'affiche en cas de ratio non calculable, c'est-à-dire dans le cas où la valeur minimale est égale à zéro (cf. E. Taux de recours standardisé par genre et par classe d'âge)

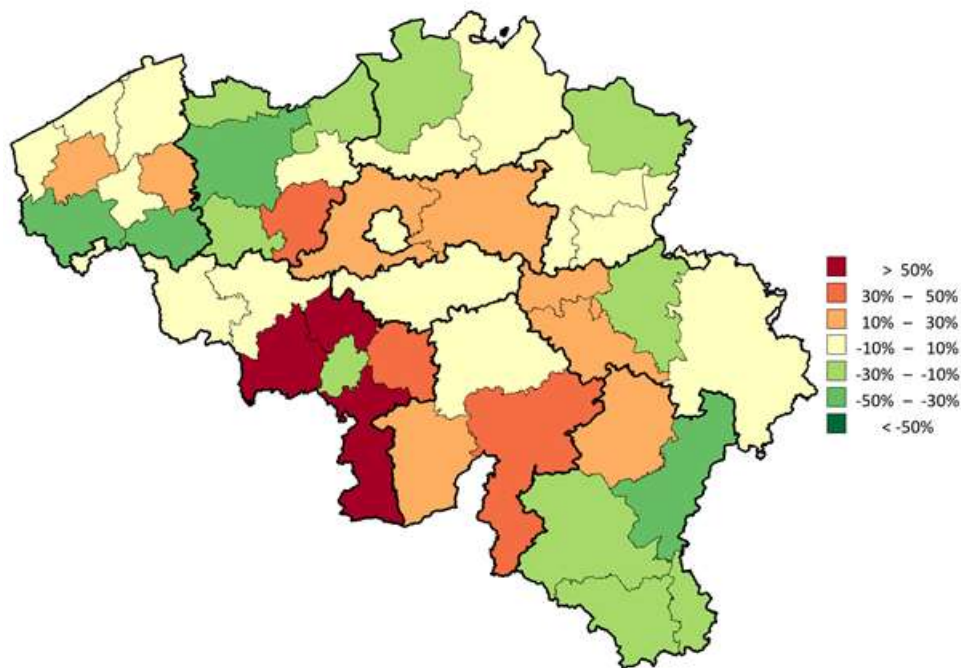


Répartition en « dot plot » des taux de recours standardisés par arrondissement selon le genre

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 genre.

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.

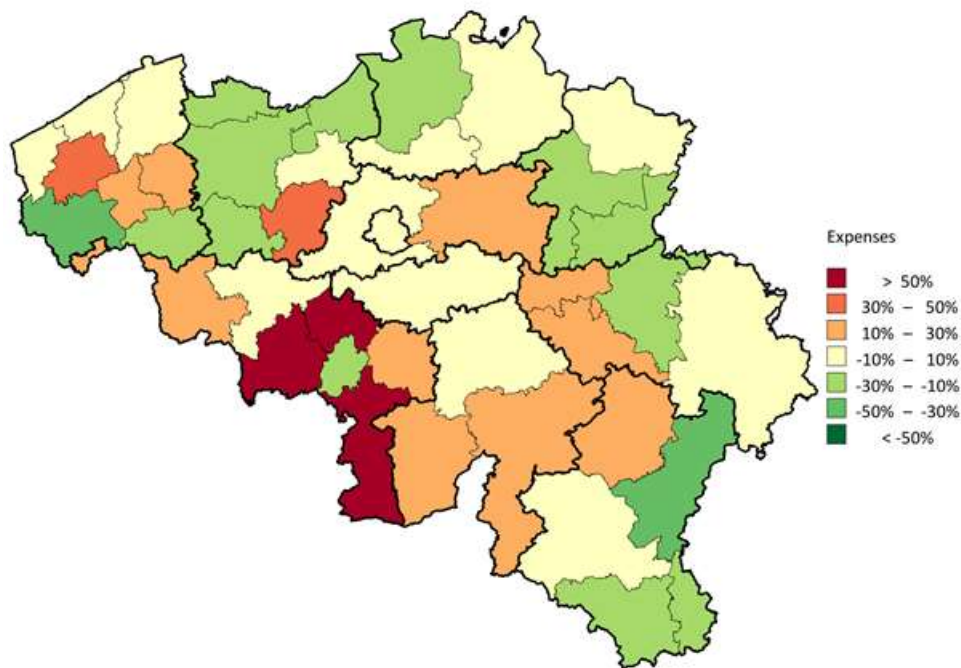
Le graphique montre également sous forme de « boîtes » les 25^e, 50^e et 75^e percentiles des taux de recours standardisés non arrondis pour tous les patients. La ligne du bas de la boîte correspond au 25^e percentile tandis que le 75^e percentile est représenté par la ligne supérieure. La ligne interne 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 médian belge. 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 la base de la moyenne des taux standardisés des trois dernières années 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

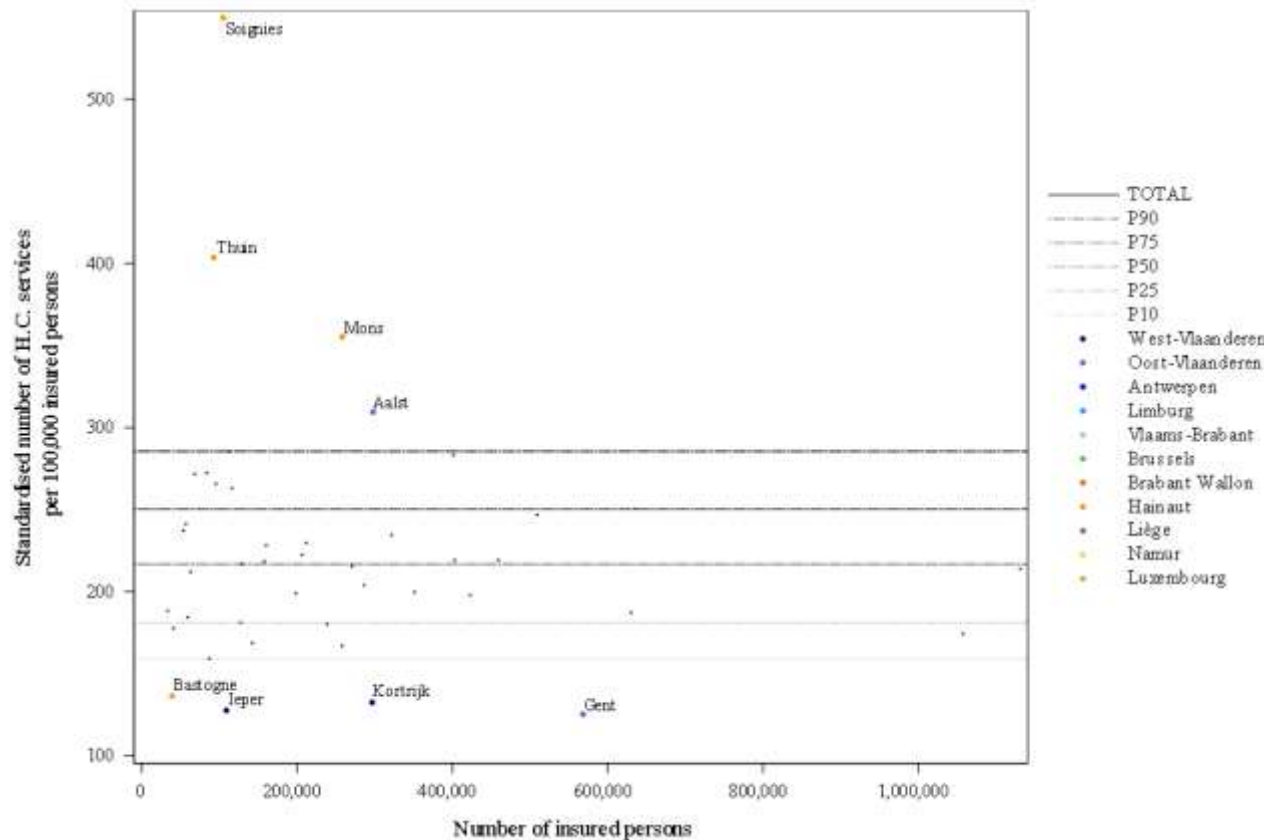


Carte de répartition par arrondissement des dépenses standardisées

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 dans cet arrondissement sur les dépenses médianes 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 la base de la moyenne des dépenses standardisées des trois dernières années et sont répartis par tranches de 20%. Les couleurs suivantes leur sont attribuées :

Couleur	Catégorie
Dark Red	Supérieur à 50%
Red	Entre 30% et 50%
Orange	Entre 10% et 30%
Yellow	Entre -10% et 10%
Light Green	Entre -30% et -10%
Green	Entre -50% et -30%
Dark Green	Inférieur à -50%
White	Aucune dépense

Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires



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, les **intervalles de confiance** (variation attendue du taux de recours standardisé lorsque la seule source de variation est de type aléatoire) sont également indiqués sur le graphique (lignes de percentiles horizontales). Ils sont indépendants de la taille des arrondissements. La ligne horizontale épaisse indique le taux de recours standardisé national. Les arrondissements extrêmes sont identifiés par les valeurs au-dessus de P90 et en-dessous du P10.

Répartition en « funnel plot » des taux de recours standardisés par arrondissement selon le nombre d'assurés

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

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	24.460
Dépenses moyennes annuelles (€)	11.071.381
Coût moyen par intervention (€)	452,63
Dépenses moyennes annuelles par assuré (€)	0,98
Ratio Max/Min* des dépenses par assuré (par région)	1,21
Ratio Max/Min* des dépenses par assuré (par arrondissement)	3,9

* Un résultat « NA » s'affiche en cas de ratio non calculable, c'est-à-dire dans le cas où la valeur minimale est égale à zéro (cf. E. Taux de recours standardisé par genre et par classe d'âge)

		Dépenses standardisées (par assuré)	
Provinces	Flandre occidentale	0,91 €	
	Flandre orientale	0,91 €	
	Anvers	0,9 €	
	Limbourg	0,87 €	
	Brabant flamand	1,08 €	
	Bruxelles	0,9 €	
	Brabant wallon	0,94 €	
	Hainaut	1,31 €	
	Liège	0,94 €	
	Namur	1,09 €	
	Luxembourg	0,88 €	
	Régions	Flandre	0,93 €
		Bruxelles	0,9 €
Wallonie		1,09 €	
TOTAL		0,98 €	

Répartition régionale et provinciale des dépenses standardisées (2019)

Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires

Nomenclature	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Taux de croissance annuel moyen
242410-242421	1.081,07	1.154,16	1.126,33	1.146,99	1.177,25	1.213,18	1.179,81	1.206,26	1.200,28	1.216,90	1.229,58	1,30%
242432-242443	559,73	537,77	574,86	555,34	598,24	585,13	609,61	567,41	618,66	608,85	629,09	1,17%
451813-451824	94,89	96,36	96,78	97,82	96,99	98,46	98,66	98,68	98,69	99,75	99,39	0,46%
451850-451861	48,16	48,74	49,17	49,70	49,30	50,00	50,13	50,05	50,07	50,65	50,71	0,52%
451894-451905	96,51	97,91	98,39	99,44	98,71	100,16	100,37	100,36	100,37	101,41	101,01	0,46%
462814-462825	94,91	96,43	96,94	97,76	97,19	98,71	98,84	98,87	98,88	99,78	99,96	0,52%
462851-462862	47,99	48,58	49,02	49,41	49,24	49,95	50,19	50,20	50,13	50,65	50,64	0,54%
462895-462906	96,52	98,02	98,49	99,45	98,80	100,28	100,47	100,46	100,48	101,53	100,50	0,41%
473395-473406	123,93	126,77	127,56	129,60	130,85	132,97	133,02	133,35	131,86	135,00	135,37	0,89%
473535-473546	253,54	255,38	258,44	263,49	266,73	269,32	271,50	270,27	266,10	272,85	273,64	0,77%
473690-473701	279,88	284,50	286,66	291,40	293,54	298,11	298,03	299,19	295,57	303,38	303,62	0,82%
473712-473723	451,33	454,60	455,98	462,43	467,51	474,53	475,54	475,64	472,39	485,66	485,42	0,73%
473734-473745	147,41	149,96	151,02	153,24	154,90	156,99	157,42	157,12	156,07	160,17	160,64	0,86%
473830-473841	393,33	397,88	399,19	407,33	410,47	416,35	417,06	416,64	413,23	424,65	420,05	0,66%

Evolution des dépenses par prestation et par code de nomenclature

4. RÉSUMÉ DES DONNÉES-CLÉS

		TOTAL	
PRESTATAIRES & PRESCRIPTEURS			
Prestataires principaux :	<i>Gastroentérologie</i>	67,00%	
Prescripteurs principaux :	<i>Pas d'application</i>	-	
TAUX DE RECOURS			
	Nombre moyen d'interventions (par an)	24.460	
	Taux de recours standardisé (par 100 000 assurés)	215,47	
	≥ 2 occurrences par patient ⁴ (2019)	77,4%	
	Pourcentage en mode ambulatoire	9,10%	
POPULATION			
	Âge médian	70 ans	
	Ratio max/min ⁵ de l'âge médian (par arrondissement)	1,22	
	Pourcentage de femmes ⁶	49,07%	*
	Ratio Régime préférentiel/Régime général ⁶	1,63	***
TENDANCES			
	Tendance ⁶ (2009-2019)	0,16%	NS
	Tendance ⁶ (2017-2019)	1,60%	
VARIATIONS GÉOGRAPHIQUES			
	Coefficient de variation ⁶ (2009-2011)	22,37	NS
	Coefficient de variation ⁶ (2017-2019)	24,64	
	Ratio max/min ⁵ du nombre d'intervention ⁶ (par 100 000 assurés, par région)	1,24	***
	Ratio max/min ⁵ du nombre d'intervention (par 100 000 assurés, par arrondissement)	4,38	
DÉPENSES DIRECTES			
	Dépenses moyennes annuelles	11.071.381 €	
	Dépenses moyennes annuelles par assuré	0,98 €	
	Ratio max/min ⁵ des dépenses par assuré (par région)	1,21	
	Ratio max/min ⁵ des dépenses par assuré (par arrondissement)	3,9	
	Cout moyen des interventions	452,63 €	
VARIATIONS DE CODAGE & ALTERNATIVES DE PRATIQUE⁴			
	Variations de codage de la pratique ⁶ (par province)	Oui	***
	Variations de choix des alternatives de pratique ⁶ (par province)	Oui	***

⁴ Les résultats plus détaillés sont présentés en annexe de ce rapport.

⁵ Un résultat « NA » s'affiche en cas de ratio non calculable, c'est-à-dire dans le cas où la valeur minimale est égale à zéro.

⁶ Si le(s) résultat(s) démontre(nt) une différence significative, le degré de la significativité statistique est symbolisée par une à trois astérisques (de plus en plus significatif). Dans le cas contraire, le sigle NS s'affiche (non significatif).

5. ANNEXES

A. Analyse de la variance (ANOVA)

Significativité statistique des différences observées en 2019		
<i>Selon la région ?</i>	Oui	***
<i>Selon le genre ?</i>	Oui	*
<i>Selon le régime de remboursement ?</i>	Oui	***
<i>Selon le genre et par région ?</i>	Non	
<i>Selon le régime de remboursement et par région ?</i>	Non	
<i>Selon le genre et par régime de remboursement ?</i>	Non	
<i>Selon le genre et le régime de remboursement et par région ?</i>	Non	

Afin de pouvoir évaluer la significativité des différences observées, une analyse **ANOVA** peut être effectuée.

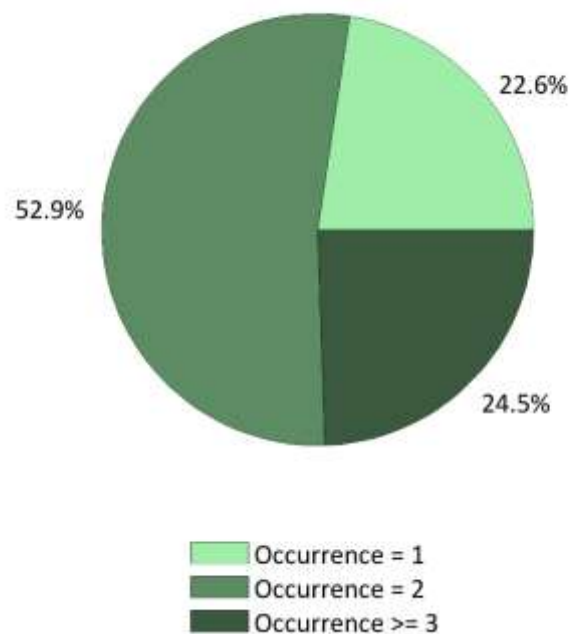
L'analyse ANOVA appliquée ici étudie d'une part chaque **facteur** pris séparément (la région, le genre et le régime de remboursement). La **significativité statistique** des différences observées de taux de recours pour chacun de ces trois facteurs est donc d'abord évaluée séparément.

D'autre part, l'analyse est aussi appliquée de manière **multifactorielle**, en croisant deux ou trois facteurs, afin d'identifier d'éventuelles différences significatives plus spécifiques. Par exemple, observe-t-on des différences significatives de taux de recours selon le genre à l'échelle régionale ?

Les **astérisques** représentent le degré de significativité statistique des données observées avec les valeurs suivantes : * Seuil de valeur de $p \leq 0,05$ / ** Seuil de valeur de $p \leq 0,01$ / *** Seuil de valeur de $p \leq 0,001$. L'absence d'astérisque indique que la différence observée est non-significative statistiquement.

B. Fréquence des occurrences de la pratique

Fréquence	Par année	Par jour
2 occurrences	52,9%	71,4%
≥ 3 occurrences	24,5%	1,0%
≥ 2 occurrences	77,4%	72,4%



Répartition des récurrences de la pratique par an (2019)

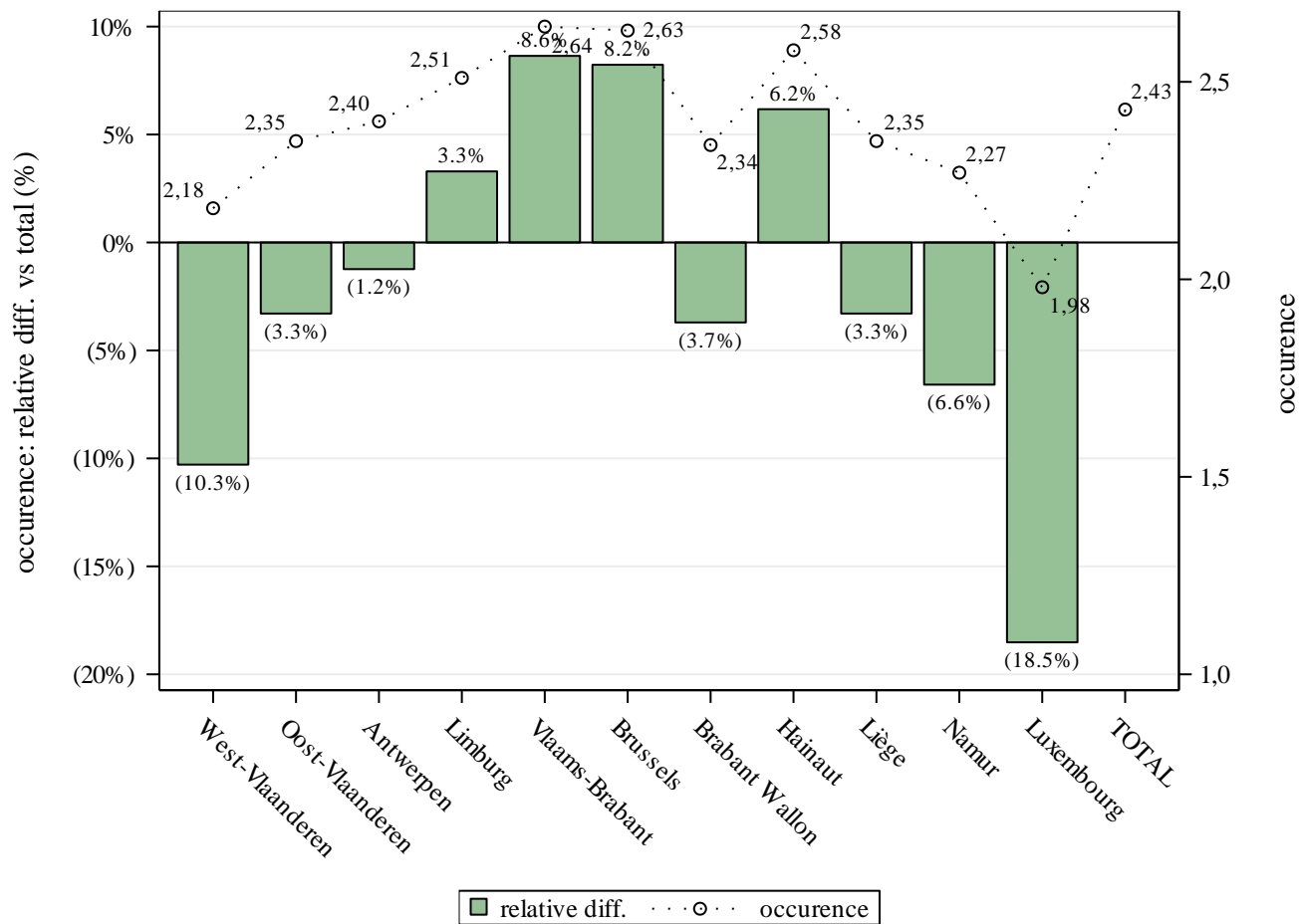
Il arrive que certaines pratiques soient facturées plusieurs fois pour le même patient sur la même année ou même sur le même jour. Ceci peut être dû à une **répétition de la pratique**, mais aussi par un effet anatomique qui pourra conduire, selon l'organe concerné, à effectuer la même pratique de manière **bilatérale** pouvant dès lors causer une double occurrence sur le même jour.

Afin d'interpréter les résultats par jour valablement, il est utile de noter qu'un même patient pourra être comptabilisé plusieurs fois s'il a, par exemple, bénéficié de deux prestations identiques simultanément, 2 fois dans l'année.

Ces présentes analyses de fréquence des occurrences sont réalisées sur l'année **2019** à partir des bases de données suivantes : Documents P, ADH et SHA.

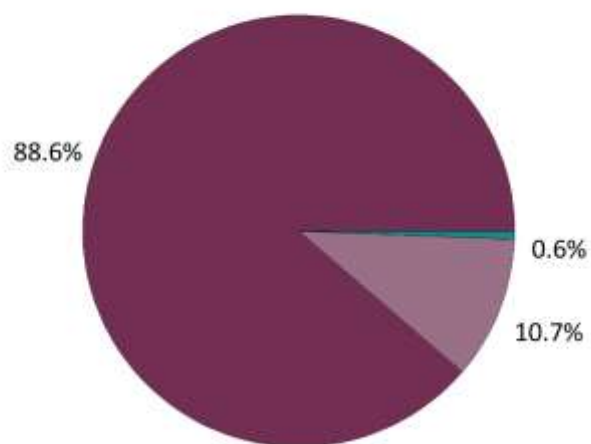
Des valeurs « **n.d.** » sont indiquées si les données n'étaient pas disponibles au moment de l'édition de ce rapport.

Gastroentérologie - Procédures diagnostiques et interventionnelles des voies biliaires



Récurrence de pratique par province et variation par rapport à la valeur nationale (2019)

C. Types de prise en charge du patient



■ Inpatient ■ One-day
■ Outpatient (clinic)

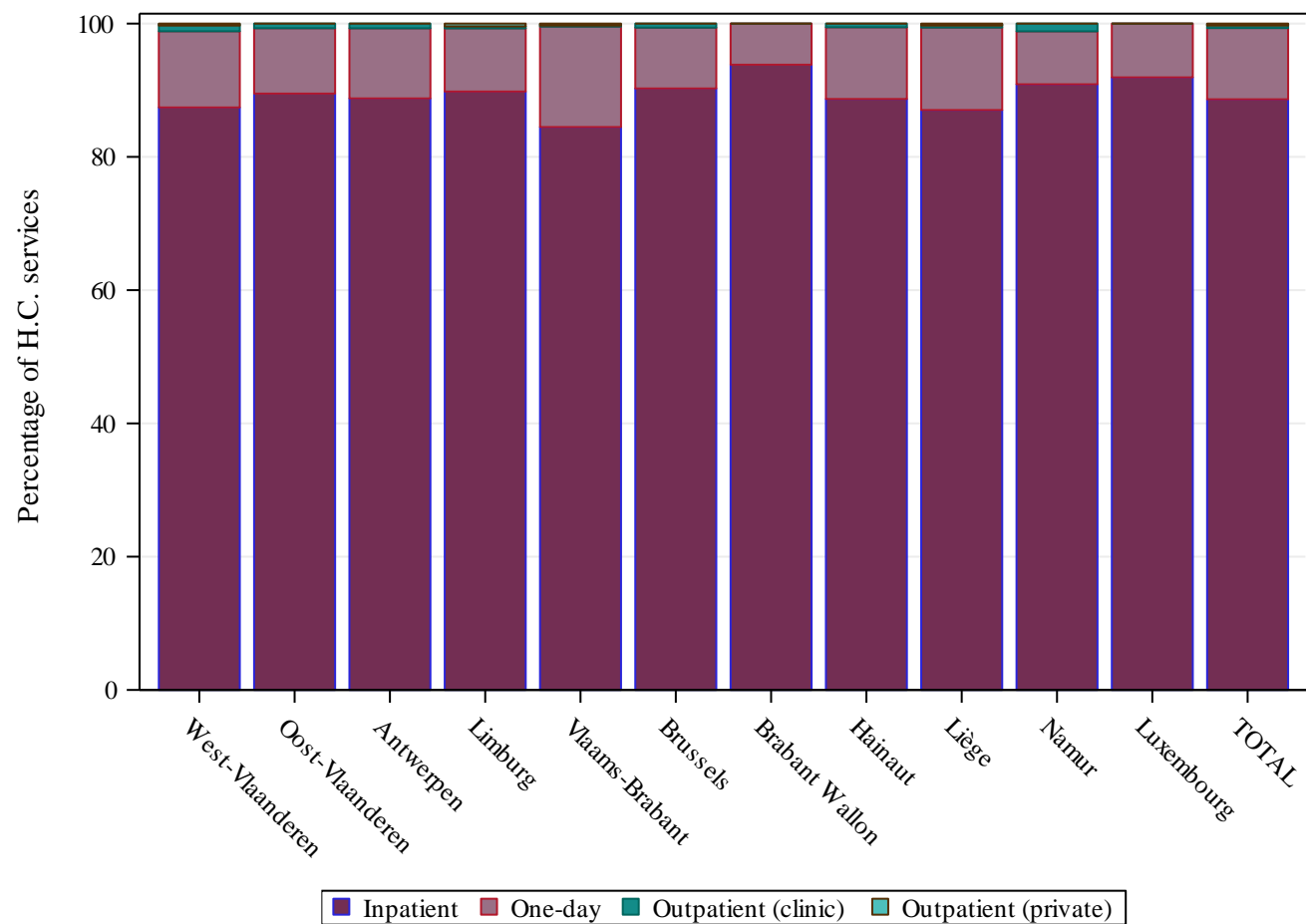
Répartition des types de prise en charge en 2019

Types de prise en charge	
Ambulatoire (privé)	0.1%
Ambulatoire (polyclinique)	0.6%
Hospitalier (de jour)	10.7%
Hospitalier (séjour)	88.6%

En complément au chapitre abordant les [taux de recours standardisés hospitaliers et ambulatoires \(voir page 16\)](#), 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 **2019** à partir des bases de données suivantes : Documents P, ADH et SHA.

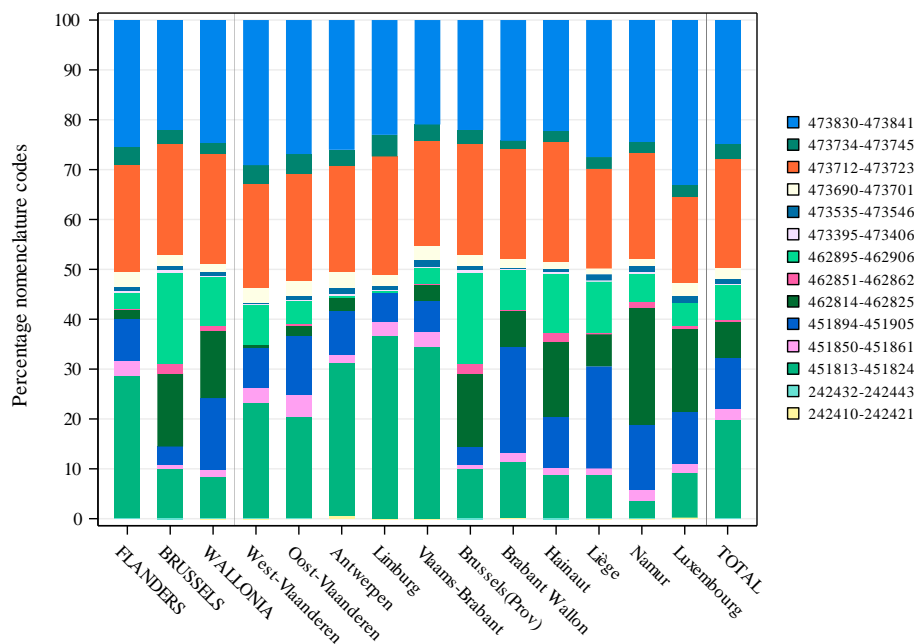
Des valeurs « **n.d.** » sont indiquées si les données n'étaient pas disponibles au moment de l'édition de ce rapport.



Répartition des types de prise en charge par province (2019)

D. Variations de codage et alternatives de la pratique

➔ Variations dans le codage :



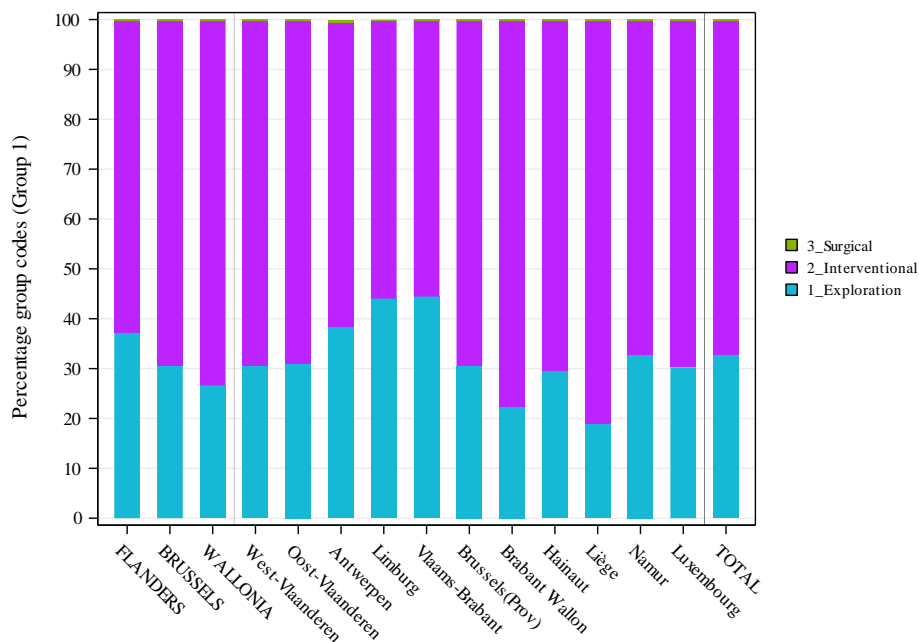
Répartition en volume des codes de nomenclature

[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.]

Significativité	Par région	Par province
Recours aux Codes de nomenclature ⁷	***	***

⁷ 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 :



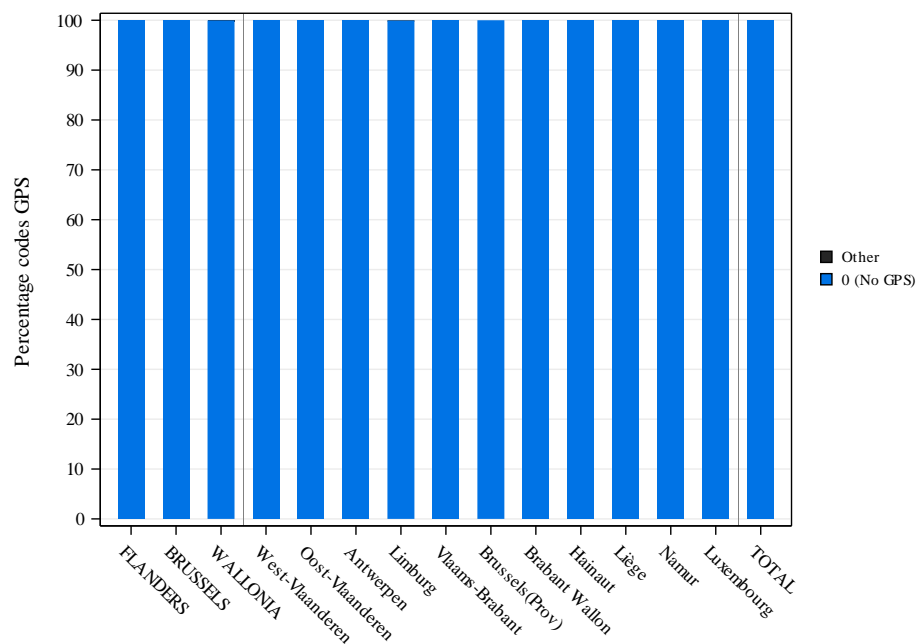
Répartition des choix des alternatives de pratique

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

Codes combinés	Regroupements
242410-242421	3_Surgical
242432-242443	3_Surgical
451813-451824	1_Exploration
451850-451861	1_Exploration
451894-451905	2_Interventional
462814-462825	1_Exploration
462851-462862	1_Exploration
462895-462906	2_Interventional
473395-473406	1_Exploration
473535-473546	2_Interventional
473690-473701	2_Interventional
473712-473723	2_Interventional
473734-473745	1_Exploration
473830-473841	2_Interventional

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.

→ Variation de recours aux soins à basse variabilité :



Pseudocodes	Libellé
-------------	---------

Répartition en volume des pseudocodes de soins à basse variabilité

Significativité	Par région	Par province
Recours aux Soins à basse variabilité ⁸	NS	NS

⁸ Le calcul de significativité est réalisé ici en comparant le recours aux soins à basse variabilité dans leur globalité comparativement à la non-utilisation de ces forfaits (« No GPS »).