

Réponses aux questions posées lors du Webinaire du 12 mars 2026 sur le Courrier envoyé par le CNPQ aux organisations médicales en ce qui concerne les variations de pratiques

QUESTION & REPONSE 1

Chaque spécialité a-t-elle reçu un aperçu des variations géographiques en matière de soins la concernant spécifiquement ?

Le courrier a été envoyée à 35 spécialités différentes, soit au total à 107 organisations médicales différentes (unions professionnelles et sociétés scientifiques). Chaque spécialité a reçu une liste d'analyses la concernant spécifiquement.

QUESTION & REPONSE 2

A quelles organisations médicales le courrier a-t-il été envoyé ?

Les organisations médicales de la spécialité à qui le courrier a été envoyé sont listées dans l'Annexe 2 du courrier en question. Il est toutefois toujours possible de relayer le courrier vers d'autres organisations médicales qui ne l'auraient pas encore reçue, ce que nous ferons avec plaisir.

QUESTION & REPONSE 3

Est-ce possible pour une organisation médicale de s'intéresser à d'autres analyses que celles listées dans le courrier qui leur a été adressé ? Par exemple, les cardiologues peuvent-ils s'intéresser à l'analyse [Lipid-modifying agents - For a Healthy Belgium](#) même si les médecins généralistes en sont les prescripteurs principaux (81,22%) ?

Oui, les organisations médicales peuvent certainement aussi s'intéresser à d'autres analyses que celles qui leur ont été listées dans le courrier adressé à leur spécialité. Nous invitons d'ailleurs les organisations médicales à prendre connaissance de l'ensemble des analyses de variations de pratiques qui ont été produites :

[*Medical Practice Variations - For a Healthy Belgium*](#)

QUESTION & REPONSE 4

Où pouvons-nous trouver le formulaire de réponse pour donner notre input sur la priorisation de notre analyse des données ?

Le Template pour aider les organisations à répondre à la demande formulée dans le courrier qui leur a été adressé est téléchargeable en bas de la page web : [Davantage d'efficacité dans les soins de santé | INAMI](#)

QUESTION & REPONSE 5

J'avais l'impression que le but était de parler de soins de qualité, mais je remarque qu'au final on se concentre uniquement sur les variations de pratique. Ne s'éloigne-t-on pas du véritable objectif ?

Il est exact que nous sommes bien sur deux registres différents, même si l'un n'exclut pas l'autre. L'analyse des variations de pratiques sert avant tout à détecter des incohérences ou des disparités dans les soins. Ces variations peuvent être justifiées par des différences contextuelles, mais parfois aussi être le révélateur de problèmes de qualité comme l'exposition de patients à des examens inutiles ou des pratiques hors recommandation. Ainsi, bien que l'objectif initial soit d'étudier les variations, cela ouvrira de facto des pistes pour améliorer la qualité des soins.

QUESTION & REPONSE 6

Il peut être délicat de parler de qualité des soins au travers d'une analyse ne tenant pas compte de l'état de santé des patients et des « outcomes ». Or, les analyses de variations de pratiques n'incluent pas ces dimensions. N'est-ce pas un problème ?

Les analyses de variations de pratiques partent de données administratives et proposent un set formaté d'informations qui pourront aider les organisations médicales à prioriser les thématiques en fonction de leur degré de variations inexploitées.

La production d'analyse tenant compte de l'état de santé des patients et des « outcomes » en lien avec la pratique analysée peut être réalisée au cas par cas mais demande du temps et des ressources.

Après le travail de priorisation des thématiques par les organisations médicales, certaines thématiques pourraient faire l'objet d'un tel type d'analyse au cas par cas (outcomes, ...).

Il est cependant dans un premier temps demandé aux organisations médicales :

- d'identifier les variations qui semblent réellement significatives ou problématiques, notamment par rapport à des guidelines ou des recommandations*
- de déterminer les thématiques qui mériteraient d'être considérées comme prioritaires*
- de proposer, le cas échéant, d'autres sujets pertinents qui ne figureraient pas dans les analyses (pour en analyser les variations) mais sur lesquels il semblerait opportun d'agir.*

QUESTION & REPONSE 7

Pouvez-vous préciser si, dans votre pipeline, des réflexions ou des initiatives sont en cours concernant l'objectif de sensibilisation et la démarche d'« enforcement » ? Comment ces axes sont-ils intégrés dans ce projet ?

Le plan pluriannuel « Appropriate Care » intègre une réflexion approfondie sur nos différents instruments, et notamment autour de la sensibilisation et de l'« enforcement ». Pour la sensibilisation, nous déployons des actions telles que des campagnes de communication vers le grand public et des initiatives ciblées spécifiquement sur les prestataires de soins, afin d'informer et de mobiliser. L'objectif est de générer une prise de conscience à la fois individuelle et collective, afin d'amorcer une évolution volontaire des comportements. En complément, l'approche d'« enforcement » prévoit la mobilisation progressive de différents leviers d'encadrement, tels que l'établissement de seuils, la proposition d'adaptation de la nomenclature ou encore l'intégration de certains actes dans des parcours de soins, afin de soutenir l'évolution des pratiques. Dans le cadre des missions de l'INAMI, cette démarche s'inscrit également dans une logique de responsabilisation des acteurs et peut, le cas échéant, s'appuyer sur des mécanismes de contrôle ainsi que sur des mesures plus coercitives. L'ensemble de ces axes, complémentaires, est inscrit dans notre plan pluriannuel, dans une perspective de changement durable et partagé.

QUESTION & REPONSE 8

Dans les analyses de variations de pratiques, est-ce le lieu de prestation qui est pris en compte ou le domicile du patient ? Les patients ne consultent pas toujours dans la province/région de leur domicile. Ne serait-ce donc pas plus pertinent de baser les analyses sur le lieu de la prestation (hôpital, ...) ?

C'est le domicile du patient qui est pris en compte pour les analyses de variations de pratiques (pour tout type de prestation : diagnostiques, thérapeutiques ou autre). Ceci permet que les données présentées par sous-ensembles géographiques soient standardisées par an, sur base de l'âge (par année), du sexe et du régime préférentiel de la population nationale. Cette standardisation de la population n'est pas possible lorsque l'on retient le lieu de prestation plutôt que le domicile des assurés.

QUESTION & REPONSE 9

Dans le slide 33 de votre présentation (un classement pour vous aider à prioriser : les critères d'intérêt), vous reprenez comme critères d'intérêt « Simulations dépenses P25-75 (< -500 000) » ainsi que « Simulations dépenses P10-90 (< -500 000) ». Pourriez-vous préciser en quoi consistent ces deux critères ?

L'objectif de ces critères est d'examiner les pratiques médicales présentant une forte variabilité géographique. Nous souhaitons nous concentrer sur les analyses où la réduction des variations pourrait avoir un impact financier significatif. Pour ce faire, nous prenons en compte les dépenses simulées P10-90 et P25-75. Concernant les montants simulés P10-90, les dépenses par patient dans les 10 % des arrondissements où les dépenses par patients sont les plus basses (<P10) sont amenées aux dépenses du percentile 10 (P10) tandis que celles des 10 % des arrondissements où les dépenses par patients sont les plus hautes (>P90) sont ramenées aux dépenses du P90. L'impact financier de ces modifications est estimé et cumulé. Si le résultat se traduit par un surcoût, la valeur est positive ; s'il s'agit d'une réduction du coût total, la valeur est négative. Notre objectif est une réduction du coût d'au moins 500 000 €. Nous attribuons alors un point de « priorité » dans ce cas.

Le raisonnement est analogue pour les simulations de dépenses P25-75.

QUESTION & REPONSE 10

Les variables socio-économiques peuvent parfois expliquer certaines variations. Dans ce sens, vos analyses de variations de pratiques prennent-elles en compte les variations de revenu moyen par arrondissement ?

Les données présentées sont standardisées sur base de l'âge, du genre et du régime préférentiel de la population nationale. Le critère de revenu n'a pas pu être intégré dans les analyses de variations de pratiques car il ne nous est pas possible de coupler le revenu (l'INAMI ne possède pas ces données) avec les autres données administratives à notre disposition.

QUESTION & REPONSE 11

Les analyses reçues portent sur 2024. Mais est-il certain que les mêmes zones « rouges » (des slides 22 et 23 du PowerPoint) sont apparues dans les mêmes arrondissements en 2023, 2022 et 2021, de sorte qu'il existe une variation « systémique » ?

Une fois les analyses annuelles terminées, nous effectuons un contrôle global afin de vérifier si les indicateurs clés présentent des écarts anormaux par rapport à l'année précédente. Il arrive parfois que l'on retrouve de petites différences de variations pour un même arrondissement entre deux années analysées, mais globalement les variations restent relativement stables.

Sur HealthyBelgium, on ne peut trouver à l'heure actuelle que l'analyse portant sur 2024. Cependant, comme la présentation des données et la méthodologie des analyses de variations de pratiques devrait rester stable dans les années à venir, nous envisageons de laisser disponible, lors des prochaines mises à jour, un historique avec pour commencer le rapport d'analyse de 2024.

À l'inverse, les analyses de variations de pratiques portant sur les années précédant 2024 ont été dépubliées car la présentation des données a été modifiée chaque année et la méthodologie d'analyse des rapports a évolué au fil des ans (en s'améliorant), ce qui rend complexe la comparaison entre une analyse de 2024 et une autre portant sur des années précédentes... Le changement méthodologique le plus impactant est que, à partir de 2023, la présentation des données a été centrée sur les taux de recours des patients et plus sur les taux de recours des prestations.

QUESTION & REPONSE 12

À qui pouvons-nous nous adresser pour obtenir des données explicatives complémentaires (par exemple des facteurs socio-économiques, la densité, ...) ?

Une analyse « Health Professionals Report », par spécialité médicale, a été ajoutée à la fin de la liste jointe au courrier envoyé aux organisations médicales, afin de fournir un aperçu complémentaire concernant l'accessibilité, la patientèle, la charge de travail et les sous-spécialités (des données sur la densité médicale y sont notamment consultables) : [Healthcare providers - For a Healthy Belgium](#)

Cette analyse Healthcare providers a été fournie en fin de liste, pour aider les organisations médicales à contextualiser les analyses de variations de pratiques listées. Cependant, il n'est pas attendu des organisations médicales qu'elles produisent un travail uniquement sur base de cette analyse contextuelle Healthcare providers, sauf si elles venaient à le juger nécessaire.

QUESTION & REPONSE 13

En observant le slide de cholécystectomie (slide 29), je remarque une valeur aberrante (outlier). En statistiques, les valeurs aberrantes/outliers ne sont-elles pas éliminées ?

Il ne s'agit pas d'omettre systématiquement les valeurs aberrantes d'une analyse. Au contraire, elles peuvent aussi contenir des informations utiles et mener à des investigations plus approfondies sur les causes des variations observées.

QUESTION & REPONSE 14

D'autres pays produisent-ils également des analyses de variations de pratiques ? Si oui, où pouvons-nous trouver ces analyses ?

Vous trouverez des liens intéressants vers d'autres sites internet européens traitant des variations de pratiques médicale sur la page suivante de HealthyBelgium : [Practice variations in Europe - For a Healthy Belgium](#)

Cependant il s'agit d'être prudent lorsqu'on compare les taux de recours d'un pays à l'autre car les enregistrements d'information (codification et source de données) ne sont pas standardisés et la structure par âge des populations peut être significativement différente.

QUESTION & REPONSE 15

On pourrait avoir l'impression que les variations sont intrinsèquement « mauvaises », et qu'il faut les normaliser. Mais les variations ne peuvent-elles pas aussi parfois refléter une force de notre système qui favorise l'innovation ?

*Les variations restent par essence multicausales, et sont le plus souvent composées de facteurs liés tant à la demande qu'à l'offre : épidémiologie de la maladie, variables socio-économiques, choix du patient, **modalité de pratique du professionnel de santé**, densité médicale et accès aux soins. Il est donc normal qu'il existe des variations. L'objectif des analyses de variations de pratiques est d'identifier les différences de pratiques dans les soins de santé qui restent inexpliquées après standardisation, et qui vous semblent réellement significatives ou problématiques notamment par rapport à des guidelines ou des recommandations.*

QUESTION & REPONSE 16

Les rapports font la distinction entre les dépenses par patient et les dépenses par « personne assurée ». Comment faut-il interpréter cela ?

Dans les analyses de variations de pratiques, les dépenses standardisées en soins de santé à charge de l'assurance sont tantôt rapportées à l'ensemble des assurés d'un territoire déterminé, tantôt aux assurés sélectionnés pour l'analyse domiciliés sur ce territoire (nommés « patients ») :

- *Le quotient « dépenses moyennes annuelles par assuré » est le résultat de la division du dividende « dépenses standardisées d'une pratique sur un territoire déterminé » par le diviseur « nombre d'assurés domiciliés sur ce territoire ».*
- *Le quotient « dépenses moyennes annuelles par patient » est le résultat de la division du dividende « dépenses standardisées d'une pratique sur un territoire déterminé » par le diviseur « nombre de patients concernés par la pratique et domiciliés sur ce territoire ».*

Ces deux types de données donnent des renseignements différents. C'est la raison pour laquelle les rapports intègrent :

- *Une carte de répartition par arrondissement des dépenses standardisées (**par assuré**)*
- *Une carte de répartition par arrondissement des dépenses standardisées (**par patient**)*

*Les variations qui nous intéressent ici tout particulièrement sont les variations dans les dépenses moyennes annuelles **par patient**, variations qui impliquent qu'une même pratique peut avoir un coût variable en fonction du lieu de domicile d'un patient.*

QUESTION & REPONSE 17

Avons-nous accès aux codes de prestations utilisés pour chaque analyse ?

Les codes de nomenclature retenus dans une analyse de variations de pratiques sont repris dans un tableau qui est présenté au début du rapport. La méthodologie et les éléments d'interprétation des analyses de variations de pratiques est consultable et téléchargeable sur HealthyBelgium : [VariationsMethodo-VarPrat_FR.pdf](#)