

## Variations de pratiques médicales

### Soins palliatifs à domicile (Ajusté)

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 **2021**



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

#### Cellule Soins Efficaces

Pascal Meeus, Virginie Dalcq, Delphine Beauport, Katrien Declercq, Lucien Hoekx, Kathleen Sierens, Benjamin Swine

Contact : [appropriatecare@riziv-inami.fgov.be](mailto:appropriatecare@riziv-inami.fgov.be)

Date de ce rapport : 9 juin 2022

## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>2. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE SPÉCIFIQUE</b> .....	<b>4</b>
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
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	<b>8</b>
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 SEXE 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.....	24
J. DÉPENSES STANDARDISÉES EN SOINS DE SANTÉ À CHARGE DE L'ASSURANCE .....	29
<b>4. RÉSUMÉ DES DONNÉES-CLÉS</b> .....	<b>32</b>
<b>5. ANNEXES</b> .....	<b>33</b>
A. ANALYSE DE LA VARIANCE (ANOVA), HORS BRUXELLES .....	33
B. FRÉQUENCE DES OCCURRENCES DE LA PRATIQUE .....	34
C. TYPES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT .....	36
D. VARIATIONS DE CODAGE ET ALTERNATIVES DE LA PRATIQUE.....	38

### 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<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. 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 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 analyses<sup>3</sup> de la pratique de Soins palliatifs à domicile (Ajusté), 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.

---

<sup>1</sup> (Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2016)

<sup>2</sup> (Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2016)

<sup>3</sup> 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	Dépense	Libellé	Création	Suppression	Groupe N	Valeur
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque visite urgente effectuée pendant la journée de soins pour le forfait PA (42703 et 42704), pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque visite planifiée effectuée pendant la nuit pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque visite urgente effectuée pendant la nuit pour le forfait PA (42703 et 42704), pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque consultation de concertation avec le médecin traitant effectuant pendant la journée de soins pour le forfait PA (42703 et 42704), pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque consultation de concertation avec le médecin traitant effectuant pendant la journée de soins pour le forfait PA (42703 et 42704), pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque consultation avec l'équipe d'accompagnement effectuant pendant la journée de soins pour le forfait PA (42703 et 42704), pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque visite sans acte de la nomenclature effectuée pendant la journée de soins pour le forfait PA (42703 et 42704), pour le forfait PB (42705 et 42706), pour le forfait PC (42707 et 42708), pour le forfait PD (42709 et 42710) et pour le forfait PE (42711 et 42712).	05-10-2001		N06	-
	x	non	oui	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocodes à mentionner pour chaque visite de soins au minimum 3 heures effectuée pendant la journée de soins pour le forfait PA (42703 et 42704).	05-10-2001		N06	-
	x	oui	oui	Infirmiers forfaits PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4), et l'autre un score de minimum 3) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W14
	x	oui	oui	Infirmiers forfaits PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W12
	x	oui	oui	Infirmiers forfaits PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W11
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W7
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W22
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W17
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W16
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W11
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W11
	x	oui	oui	Infirmiers supplémentaires, dits forfaits PH, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : « dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère de lever (score 4) et le critère d'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transferts et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4) » et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5 bis, 2°	05-10-2001		N06	W16



Ce tableau reprend les codes de nomenclature de l'INAMI retenus pour l'analyse avec la mention de leur inclusion ou non dans l'analyses 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
426510	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : visite urgente - journée - patient
426510	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque visite urgente effectuée pendant la journée de soins pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426532	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : visite planifiée - nuit
426532	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque visite planifiée effectuée pendant la nuit pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426554	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : visite urgente - nuit - patient
426554	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque visite urgente effectuée pendant la nuit pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426871	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : contact praticien de référence
426871	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque contact avec le praticien de référence effectué pendant la journée de soins pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426893	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : réunion concertation médecin
426893	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque réunion de concertation avec le médecin traitant effectué pendant la journée de soins pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426915	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : réunion coordination équipe
426915	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque contact avec l'équipe d'accompagnement effectué pendant la journée de soins pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426930	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : visite sans acte nomenclature
426930	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque visite sans acte de la nomenclature effectuée pendant la journée de soins pour le forfait PA (427055 et 427136), pour le forfait PB (427033 et 427114), pour le forfait PC (427011 et 427092), pour le forfait PP (427173 et 427195) et pour le forfait PN (427070 et 427151)
426952	x	01-10-2001	Soins à domicile, patients palliatifs : visite de minimum 1 heure
426952	x	01-04-2014	Soins infirmiers à domicile, patients palliatifs : pseudocode à mentionner pour chaque visite de minimum 1 heure effectuée pendant la journée de soins pour le forfait PN (427070 et 427151)



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 2011-2021.

## C. Source des données et période d'analyse

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

<b>Document N</b>	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 2011-2021
<b>Document P</b>	pour les taux de recours et les dépenses des personnes assurées (qui répondent aux critères de sélection) par spécialité en 2021
<b>Document P, SHA, ADH</b>	pour les valeurs de redondance et la répartition par secteur de soins en 2019
-	-

<b>Période d'analyse</b>	2011-2021
--------------------------	-----------



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.

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.

### 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	
Sexe	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 (standardisation par rapport à la population en 2021).

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.

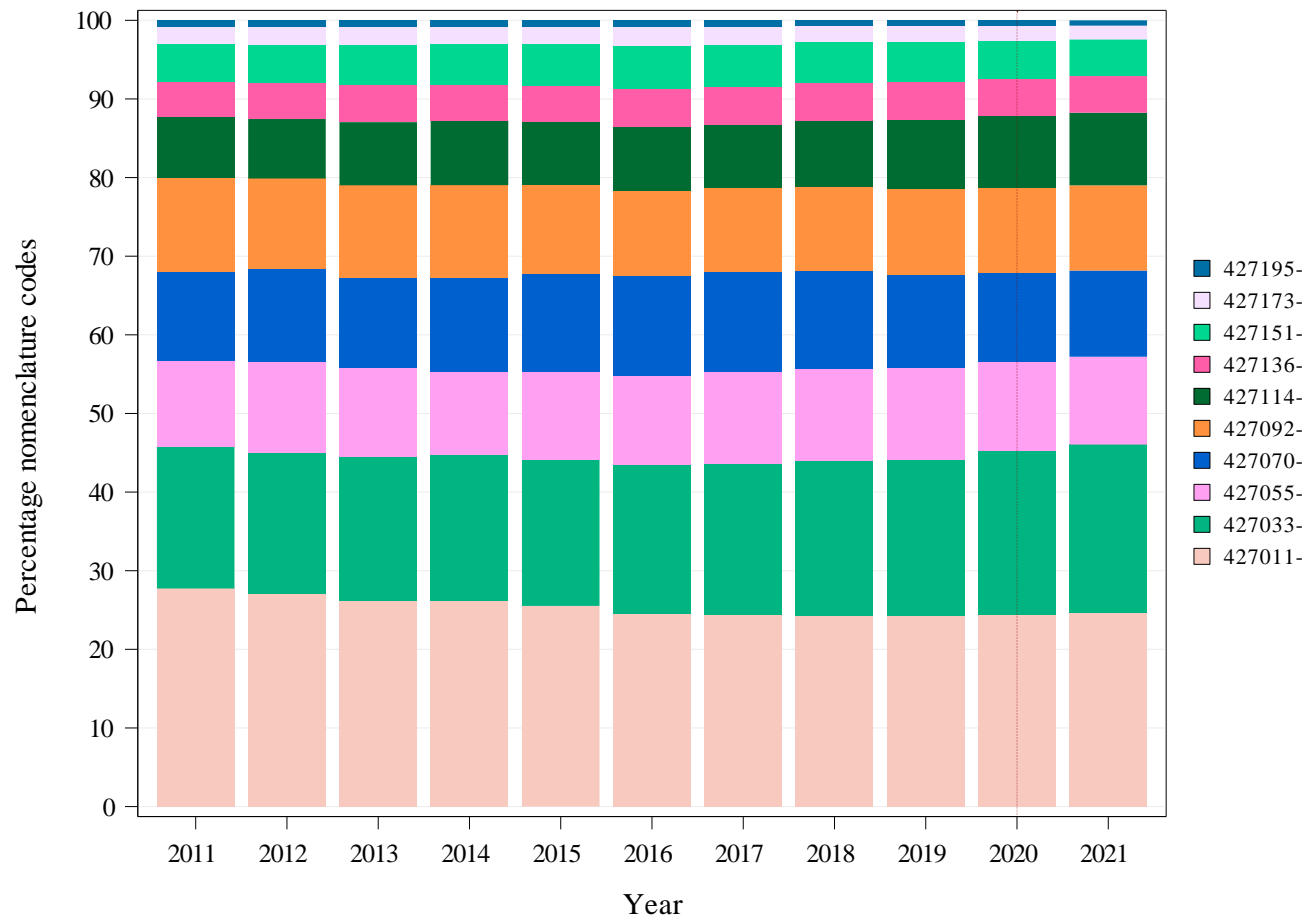
### 3. RÉSULTATS

#### A. Taux de recours standardisé national

	TOTAL
Nombre moyen d'interventions par an	29.064
Taux de recours standardisé par 100 000 assurés	254



## 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.  
 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.

## C. Spécialité des prestataires

Spécialisation du prestataire	Total prestataires	Prestataires concernés	% Prestataires	Médiane de prestations	Q3 de prestations	% Prestations
Infirmiers	32008	23955	75%	1	2	98,50%
Infirmiers accoucheurs	675	458	68%	1	1	1,47%
Autres spécialités	472	20	4%	0	0	0,03%
<b>Total</b>	<b>33155</b>	<b>24433</b>	<b>74%</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>100,00%</b>



Ce tableau reprend respectivement les données non-standardisées suivantes par spécialité médicale (chiffres pour l'année 2021) :

- Le nombre de prestataires par spécialité ayant attesté au moins une prestation (les relevés sont exceptionnellement extrapolés à partir d'un seul semestre si une \* est indiquée en entête, sinon l'année complète est bien prise en compte);
- 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, c'est-à-dire le rapport du nombre de prestations attestées par cette spécialité sur le total des prestations.

## D. Spécialité des prescripteurs

Spécialisation du prescripteur	Total prescripteurs	Prescripteurs concernés	% Prescripteurs	Médiane de prescriptions	Q3 de prescriptions	% Prescriptions
Pas d'application	0	0	0%	0	0	64,02%
Médecins généralistes	17675	6075	34%	0	1	20,82%
Médecins non spécialisés	3396	43	1%	0	0	10,70%
Généralistes en formation	4097	631	15%	0	1	1,00%
Autres spécialités	38245	2440	6%	0	1	3,45%
Total	63413	9190	14%	0	1	100,00%



Ce tableau reprend dans l'ordre les données non-standardisées suivantes par spécialité médicale (chiffres pour l'année 2021) :

- Le nombre de prescripteurs ayant prescrit au moins une prestation (les relevés sont exceptionnellement extrapolés à partir d'un seul semestre si une \* est indiquée en tête, sinon l'année complète est bien prise en compte);
- 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 et le troisième quartile de prestations par prescripteurs (prescrivant les codes) ;
- 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.

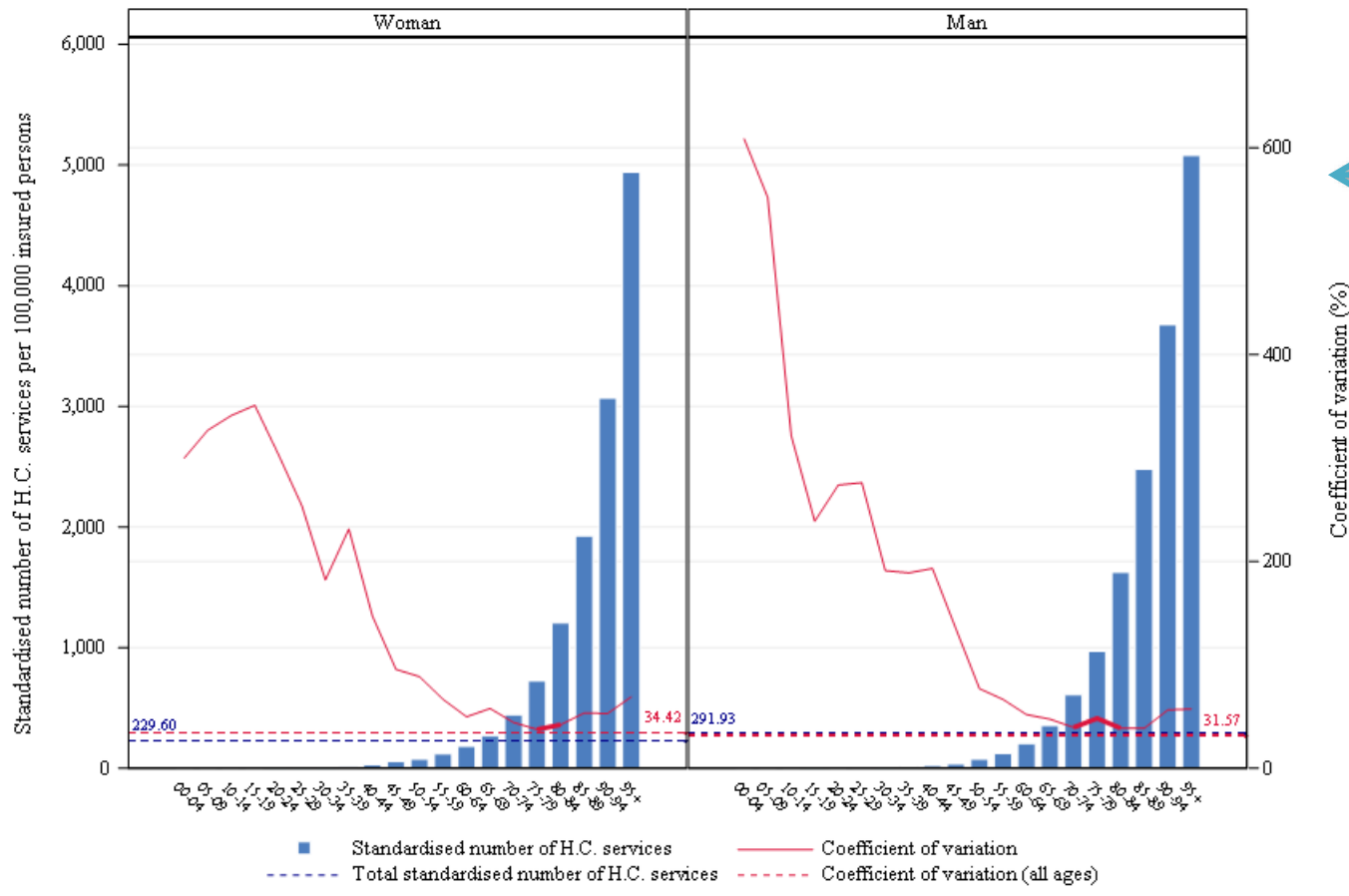
E. Taux de recours standardisé par sexe et par classe d'âge

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	29.064
Age médian (ans)	82
Age moyen (ans)	79,24
Ratio Max/Min de l'âge médian (par arrondissement)	1,09
Pourcentage de femmes	55,80%

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).

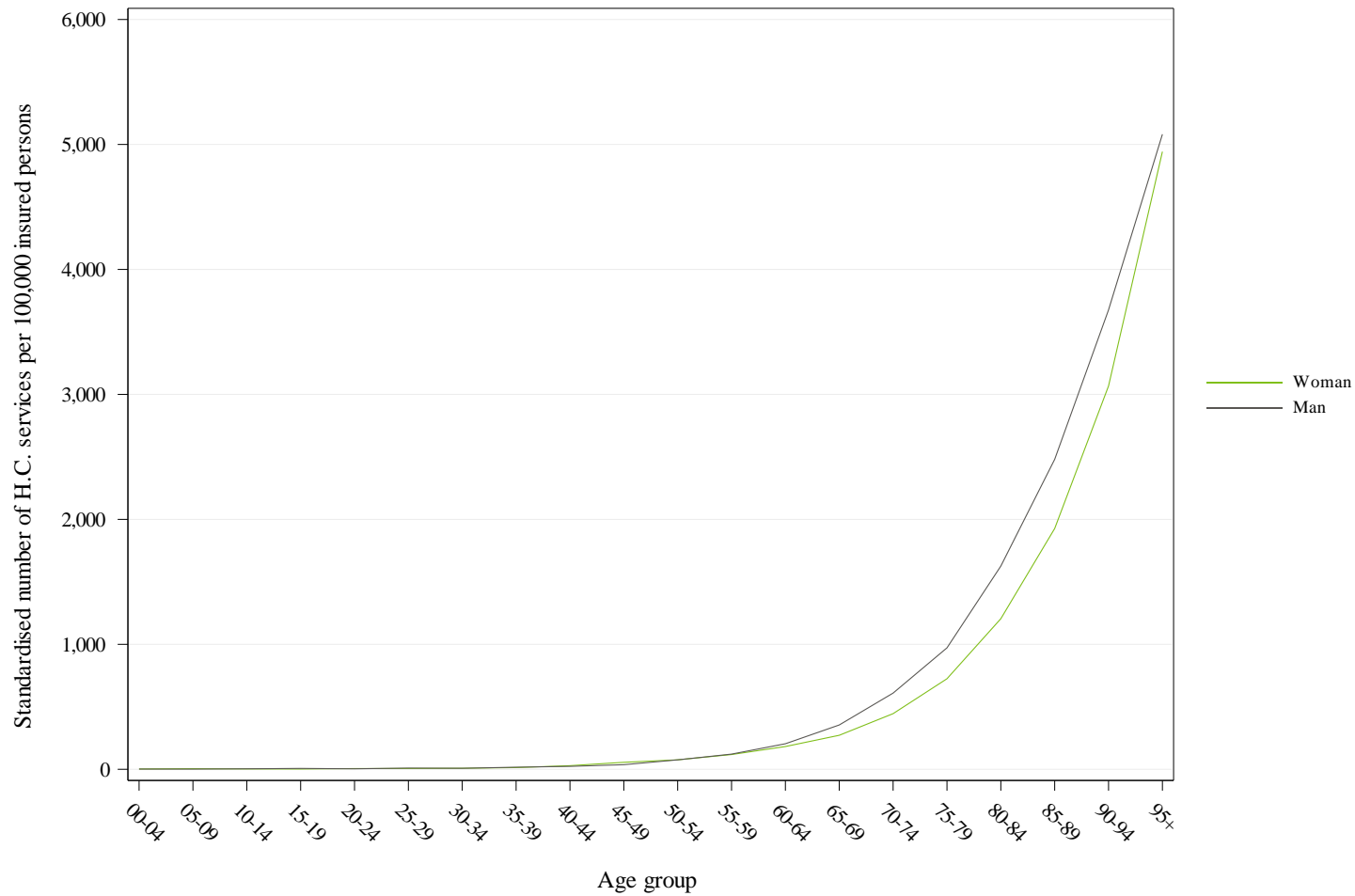
# Infirmiers - Soins palliatifs à domicile (Ajusté)



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 groupe 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 groupes d'âges où il y a suffisamment d'assurés par arrondissement pour permettre une comparaison).

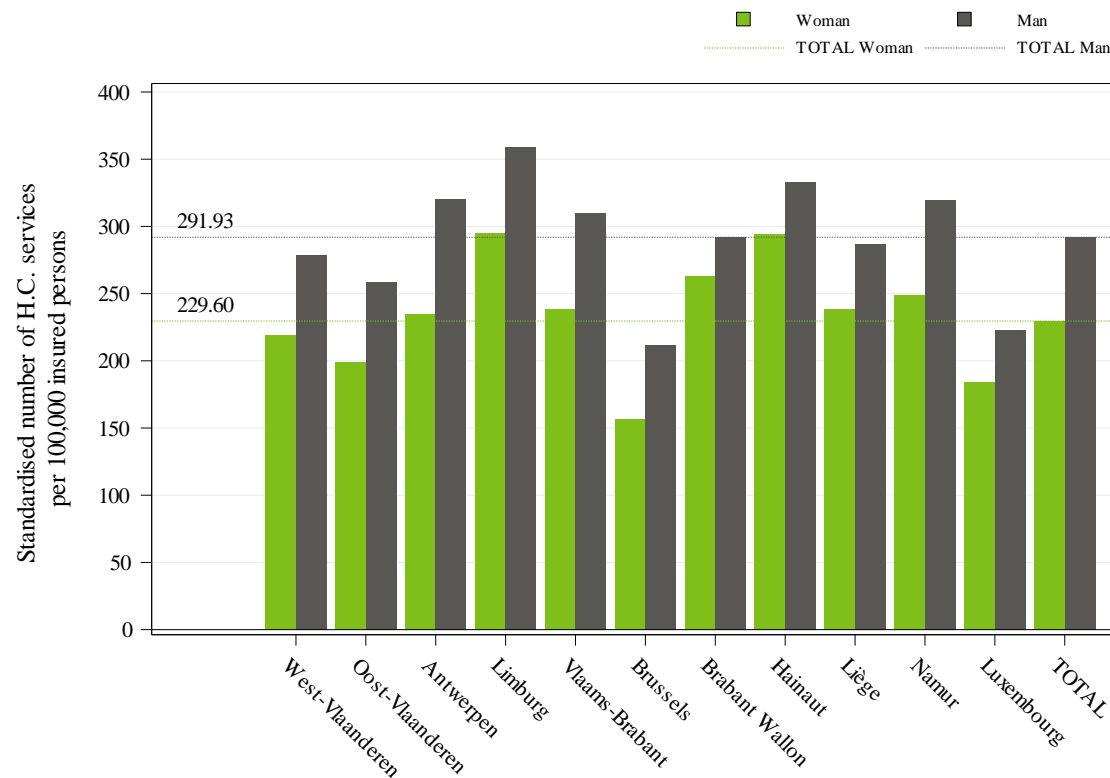
L'axe vertical gauche du graphique correspond au taux de recours standardisé et l'axe à droite au coefficient de variation. L'axe horizontal montre la division en groupes d'âge. Les lignes pointillées horizontales indiquent les valeurs totales des taux de recours standardisés (en bleu) et du coefficient 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 sexe pour l'année 2021



Comparaison des taux de recours standardisés par sexe (pour 100 000) en 2021

## Infirmiers - Soins palliatifs à domicile (Ajusté)

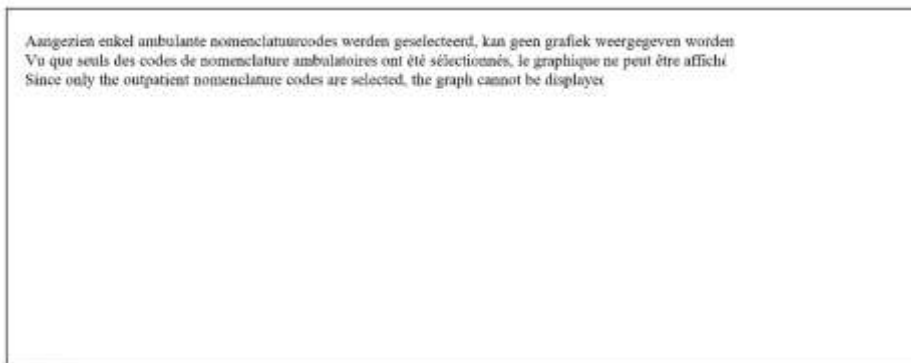


Ce graphique en histogramme montre les taux de recours standardisés par province et par sexe. Les barres grises indiquent les taux masculins tandis que les barres vertes représentent les taux féminins pour chaque province. Les lignes discontinues grises et vertes indiquent les taux de recours standardisés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

Taux de recours standardisé par 100 000 assurés par sexe et par province pour l'année 2021

F. Taux de recours standardisé hospitalier et ambulatoire

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	29.064
Pourcentage en mode ambulatoire	100,00%
Ratio max/min des pourcentages ambulatoires (par arrondissement)	1



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.



Aangezien enkel ambulante nomenclatuurcodes werden geselecteerd, kan geen grafiek weergegeven worden  
Vu que seuls des codes de nomenclature ambulatoires ont été sélectionnés, le graphique ne peut être affiché  
Since only the outpatient nomenclature codes are selected, the graph cannot be displayed

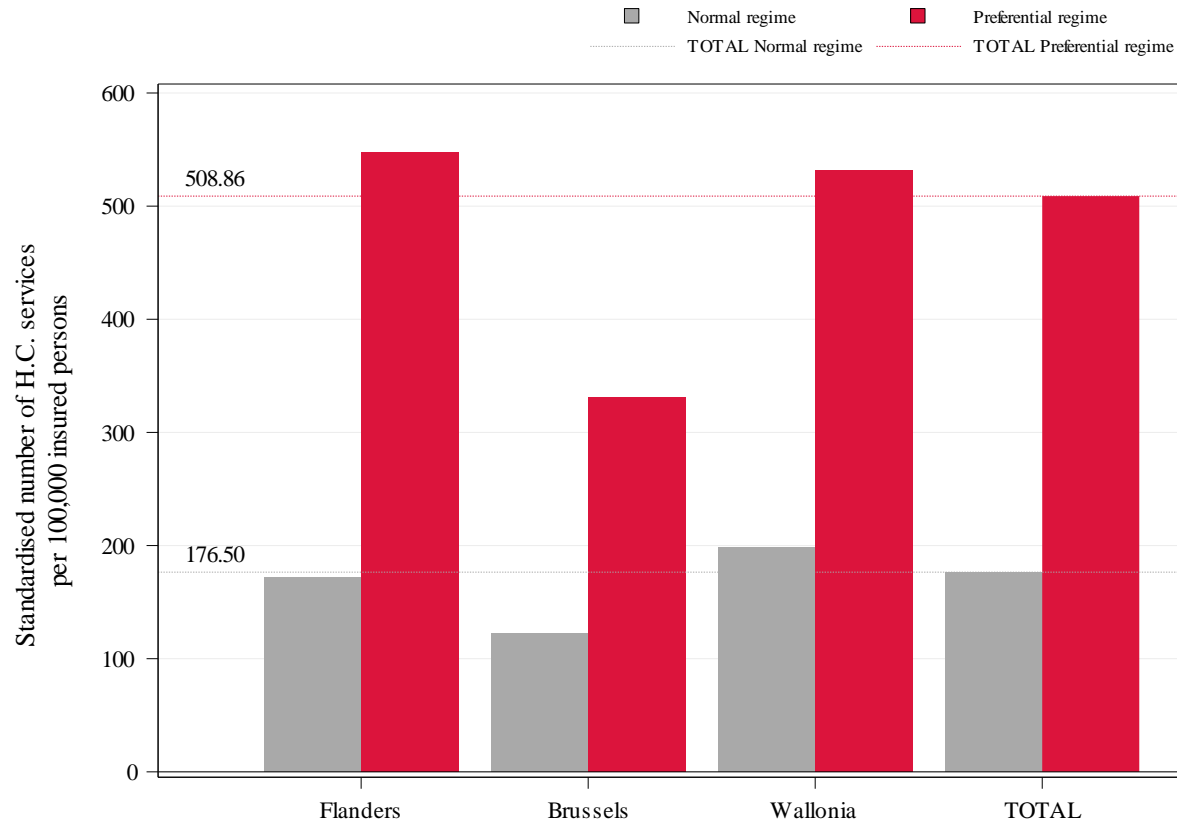
**Evolution par province du pourcentage de prise en charge ambulatoire**

N.B. :

- 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
- Un complément à ce chapitre détaillant la prise en charge des patients par secteur de soins se trouve en [annexe de ce rapport](#) (voir p.36)

G. Taux de recours standardisé selon le régime de remboursement

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	29.064
Pourcentage en régime préférentiel	52,93%
Taux de recours standardisé avec régime préférentiel (par 100 000)	509
Taux de recours standardisé sans régime préférentiel (par 100 000)	177
Ratio Régime préférentiel/Régime général	2,88



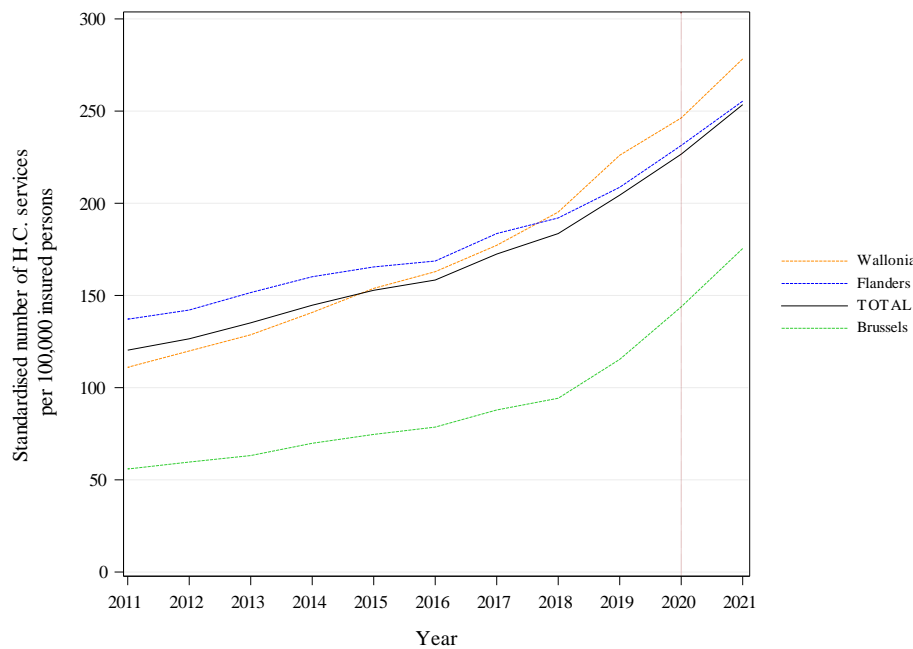
Le graphique représente les taux de recours standardisés avec (en rouge) et sans (en gris) régime préférentiel, par région et au total. Les lignes pointillées rouge et grise représentent les taux de recours standardisés totaux respectivement avec et sans régime préférentiel.

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

## H. Evolution des taux de recours standardisés

	TOTAL
<b>Nombre moyen d'interventions par an</b>	<b>29.064</b>
<b>Tendance (2011-2021)</b>	<b>7,74%</b>
Tendance (2011-2019)	6,85%
Tendance (2019-2021)	11,36%

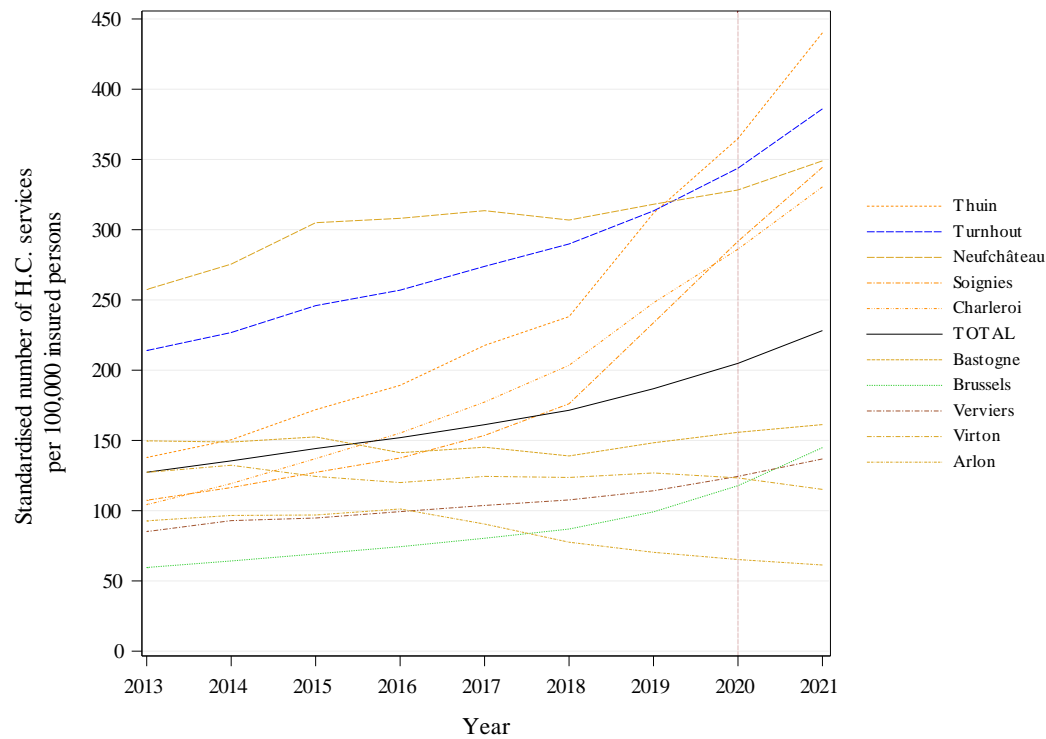
Les tendances calculées ici correspondent au taux de croissance annuel moyen.



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 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.

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.

## Infirmiers - Soins palliatifs à domicile (Ajusté)

		Taux de recours	Croissance annuelle			Rupture de tendances
		2021 (par 10 <sup>5</sup> assurés)	2011-2021	2011-2019	2019-2021	
Provinces	Flandre occidentale	241,26	7,39%	6,10%	12,73%	*
	Flandre orientale	220,38	4,25%	3,84%	5,91%	NS
	Anvers	266,76	8,69%	7,59%	13,16%	*
	Limbourg	318,99	5,02%	4,50%	7,12%	*
	Brabant flamand	266,21	5,80%	4,12%	12,78%	*
	Bruxelles	175,46	12,12%	9,48%	23,34%	*
	Brabant wallon	278,36	7,67%	4,87%	19,61%	*
	Hainaut	313,25	12,42%	12,71%	11,24%	**
	Liège	255,46	8,96%	8,63%	10,29%	*
	Namur	279,41	10,13%	9,97%	10,80%	*
	Luxembourg	200,72	1,37%	1,62%	0,39%	NS
Régions	Flandre	255,41	6,42%	5,39%	10,63%	NS
	Bruxelles	175,46	12,12%	9,48%	23,34%	*
	Wallonie	278,32	9,62%	9,29%	10,96%	NS
<b>TOTAL</b>		<b>253,50</b>	<b>7,74%</b>	<b>6,85%</b>	<b>11,36%</b>	<b>***</b>

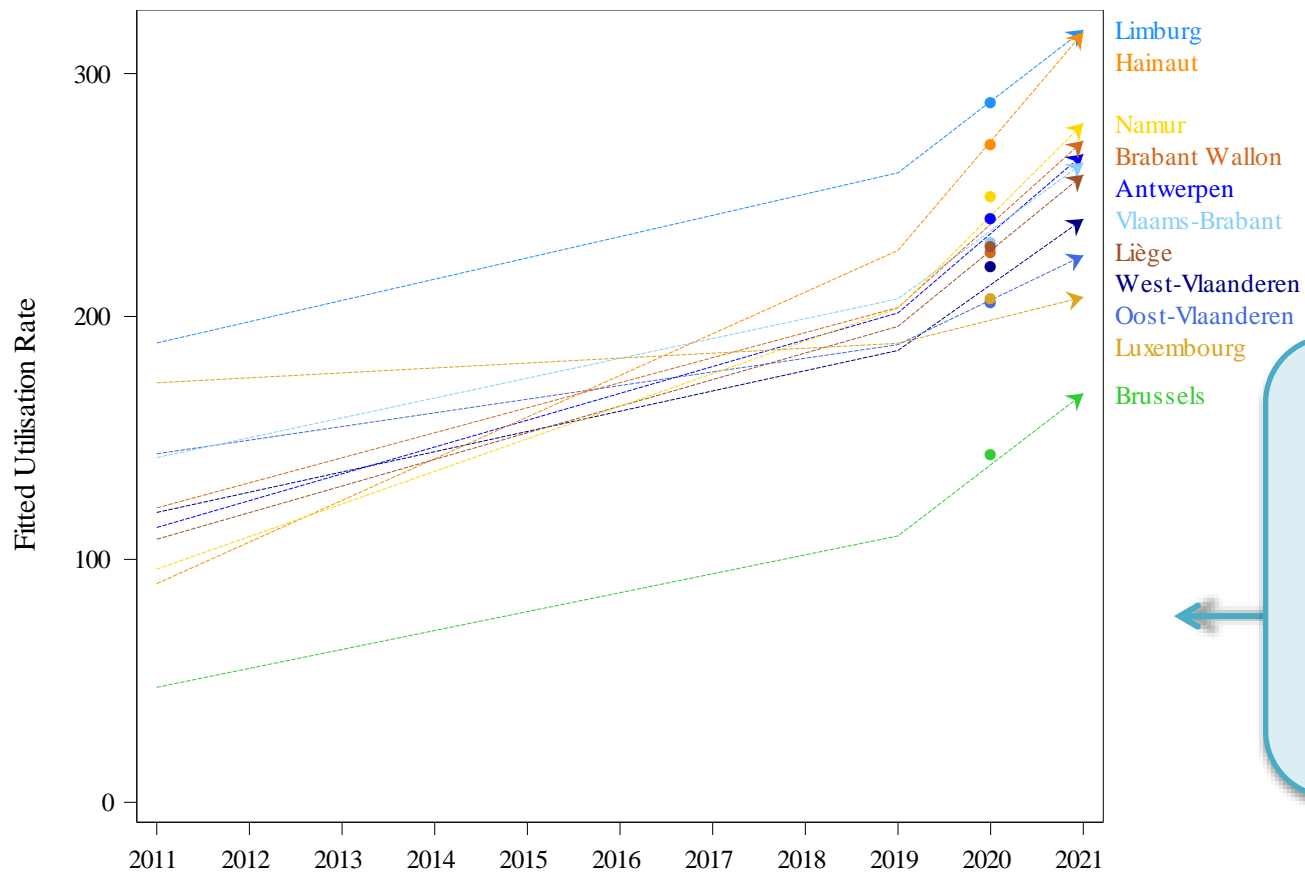
Evolution des taux de recours par province et par région

Ce tableau reprend les **taux de recours** (ou d'intervention) standardisés pour la dernière année analysée (2021), mais aussi les **taux de croissance** moyens par province, par région et au total, pour le long terme (2011-2021), pour les trois dernières années 2019-2021 et pour la période qui précède les trois dernières années (2011-2019).

Pour tester si la tendance des trois 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 exclus des modèles.

La significativité du test est rapportée dans la colonne rupture de tendances : \* Valeur  $P \leq 0,05$  / \*\* Valeur  $P \leq 0,01$  / \*\*\* Valeur  $P \leq 0,001$  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 trois dernières années prises en compte ou si les tests statistiques ne peuvent être effectués.



Lignes de régression par province montrant une pente éventuellement différente pour les trois dernières années (2019-2021) par rapport aux années précédentes (2011-2019).

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

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

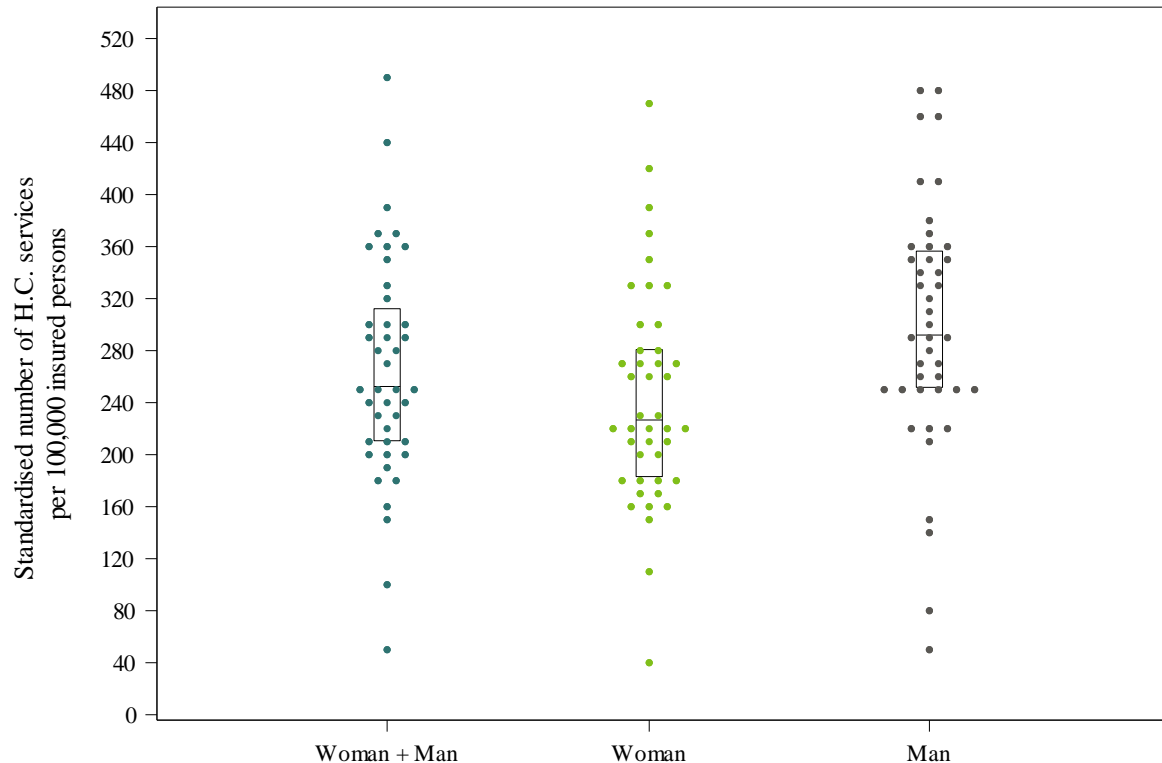
I. Variations géographiques des taux de recours standardisés

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	29.064
Coefficient de variation (2021)	32,45
Ratio Max/Min* des taux de recours standardisés (par région)	1,59
Ratio Max/Min* des taux de recours standardisés (par arrondissement)	10,09

Coefficient de variation (2019-2021)	31,42
Coefficient de variation (2011-2013)	30,72
<i>Différence statistiquement significative ? (<math>p \leq 0.05</math>)</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 sexe et par classe d'âge)



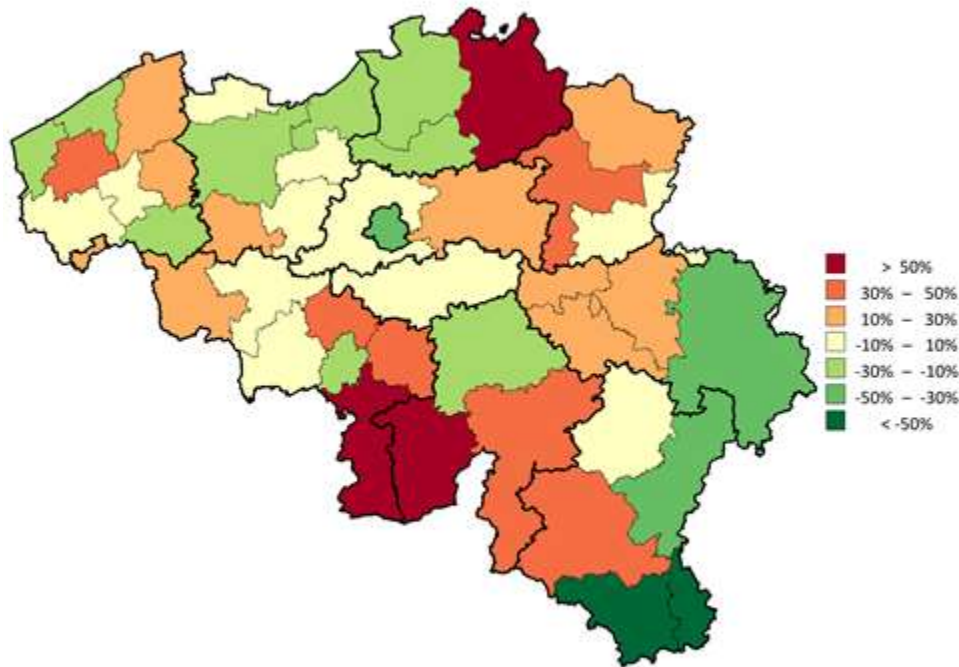


Répartition en « dot plot » des taux de recours standardisés par arrondissement selon le sexe

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<sup>e</sup>, 50<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> percentiles des taux de recours standardisés non arrondis pour tous les arrondissements. La ligne du bas de la boîte correspond au 25<sup>e</sup> percentile tandis que le 75<sup>e</sup> percentile est représenté par la ligne supérieure. La ligne interne à la boîte correspond au 50<sup>e</sup> percentile.

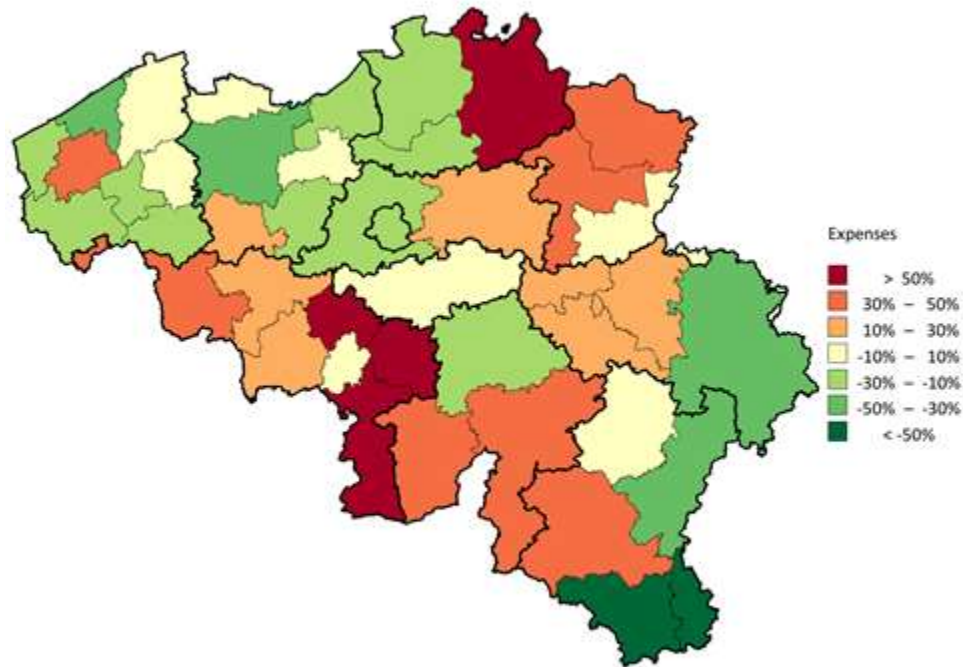


Carte de répartition par arrondissement des taux de recours standardisés

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
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	Aucun recours

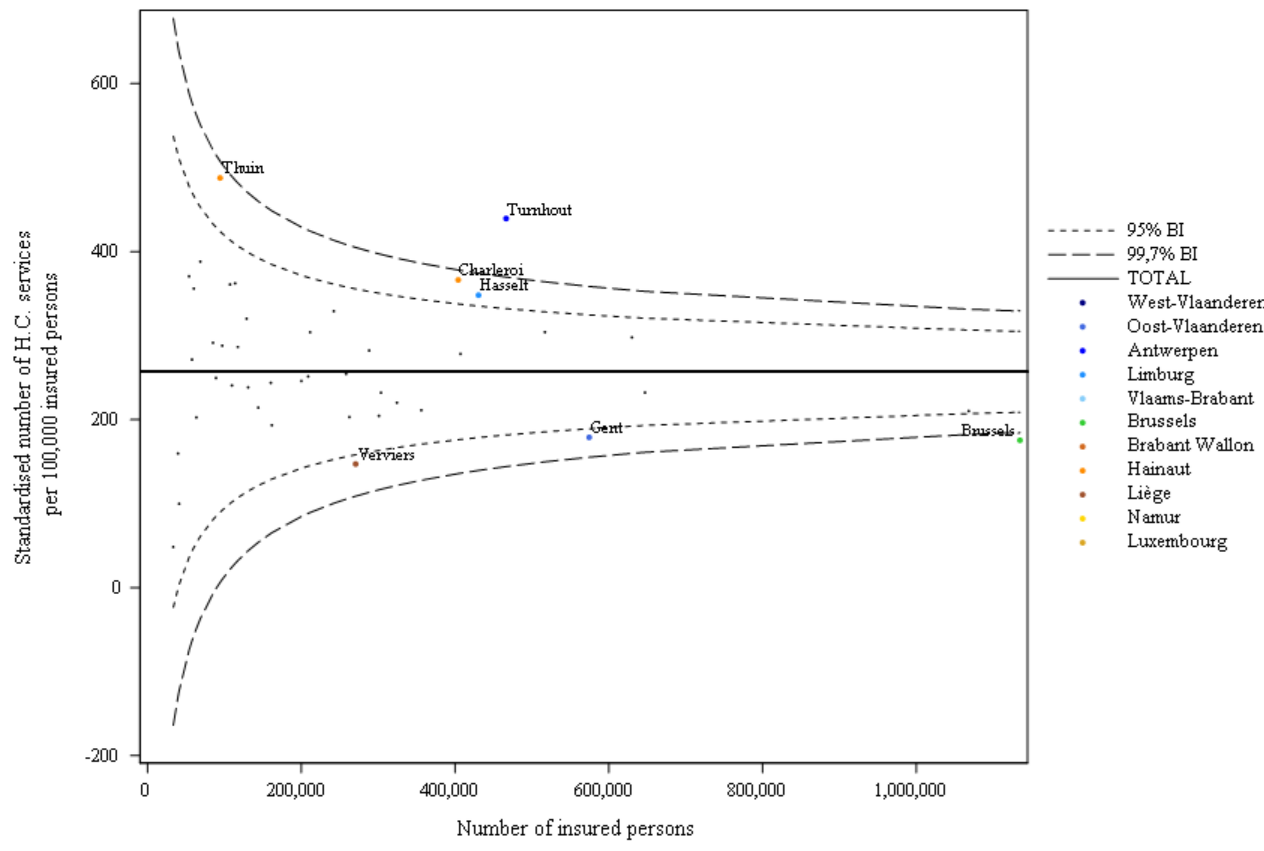
N.B. : L'interprétation de cette carte est à faire en parallèle au [graphe en funnel plot](#) (p.28)



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 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
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



«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](#) (p.26)

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

	TOTAL
<i>Nombre moyen d'interventions par an</i>	<b>29.064</b>
Dépenses moyennes annuelles (€)	<b>218.504.666</b>
Coût moyen par intervention (€)	<b>7518,08</b>
Dépenses moyennes annuelles par assuré (€)	<b>19,06</b>
Ratio Max/Min* des dépenses par assuré (par région)	<b>1,62</b>
Ratio Max/Min* des dépenses par assuré (par arrondissement)	<b>12,64</b>

\* 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 sexe et par classe d'âge)

		Dépenses standardisées (par assuré)	
Provinces	Flandre occidentale	16,55 €	
	Flandre orientale	15,45 €	
	Anvers	17,68 €	
	Limbourg	25,78 €	
	Brabant flamand	18,29 €	
	Bruxelles	14,31 €	
	Brabant wallon	20,78 €	
	Hainaut	28,67 €	
	Liège	20,87 €	
	Namur	20,07 €	
	Luxembourg	14,73 €	
	Régions	Flandre	17,92 €
		Bruxelles	14,31 €
Wallonie		23,21 €	
<b>TOTAL</b>		<b>19,06 €</b>	

Répartition régionale et provinciale des dépenses standardisées (2021)

## Infirmiers - Soins palliatifs à domicile (Ajusté)

Nomenclature	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Taux de croissance annuel moyen
427011-	7.033,55	7.162,30	7.366,37	7.488,03	7.515,29	7.523,02	7.582,65	7.726,80	7.849,59	7.998,67	8.096,44	1,42%
427033-	5.673,77	5.775,91	5.923,09	6.031,98	6.035,25	6.033,35	6.087,45	6.190,97	6.293,31	6.405,27	6.474,82	1,33%
427055-	5.247,78	5.330,89	5.471,37	5.568,34	5.562,66	5.562,88	5.602,51	5.703,26	5.797,35	5.912,40	5.960,68	1,28%
427070-	3.378,47	3.430,57	3.531,15	3.581,09	3.595,94	3.601,05	3.629,25	3.685,68	3.745,04	3.813,05	3.855,63	1,33%
427092-	10.487,14	10.675,66	10.976,32	11.160,54	11.204,51	11.217,92	11.308,49	11.516,19	11.702,16	11.926,96	12.072,95	1,42%
427114-	8.447,74	8.595,58	8.813,58	8.980,08	8.983,34	8.983,63	9.064,63	9.214,92	9.368,83	9.539,31	9.647,68	1,34%
427136-	7.843,82	7.962,30	8.170,70	8.321,08	8.316,50	8.315,76	8.370,49	8.516,40	8.659,96	8.831,45	8.910,19	1,28%
427151-	5.081,28	5.163,04	5.310,76	5.387,83	5.413,96	5.426,06	5.464,05	5.541,23	5.635,68	5.734,36	5.800,97	1,33%
427173-	5.215,33	5.304,05	5.450,19	5.562,04	5.592,26	5.605,79	5.644,84	5.724,50	5.814,33	5.908,04	5.971,09	1,36%
427195-	7.771,64	7.906,18	8.110,53	8.265,24	8.322,33	8.341,56	8.400,23	8.516,90	8.662,61	8.809,88	8.888,01	1,35%

### Evolution des dépenses par prestation et par code de nomenclature

## 4. RÉSUMÉ DES DONNÉES-CLÉS

		TOTAL	
<b>PRESTATAIRES &amp; PRESCRIPTEURS</b>			
Prestataires principaux :	<i>Infirmiers</i>	98,50%	
Prescripteurs principaux :	<i>Pas d'application</i>	-	
<b>TAUX DE RECOURS</b>			
Nombre moyen d'interventions (par an)		29.064	
Taux de recours standardisé (par 100 000 assurés)		253,5	
≥ 2 occurrences par patient <sup>4</sup> (2019)		98,3%	
Pourcentage en mode ambulatoire		100,00%	
<b>POPULATION</b>			
Âge médian		82 ans	
Ratio max/min <sup>5</sup> de l'âge médian (par arrondissement)		1,09	
Pourcentage de femmes		55,80%	
Ratio Régime préférentiel/Régime général		2,88	
<b>TENDANCES</b>			
Tendance (2011-2021)		7,74%	
Tendance <sup>6</sup> (2011-2019)		6,85%	***
Tendance <sup>6</sup> (2019-2021)		11,36%	
<b>VARIATIONS GÉOGRAPHIQUES</b>			
Coefficient de variation <sup>6</sup> (2011-2013)		30,72	NS
Coefficient de variation <sup>6</sup> (2019-2021)		31,42	
Ratio max/min <sup>5</sup> du nombre d'intervention <sup>6</sup> (par 100 000 assurés, par région)		1,59	
Ratio max/min <sup>5</sup> du nombre d'intervention (par 100 000 assurés, par arrondissement)		10,09	
<b>DÉPENSES DIRECTES</b>			
Dépenses moyennes annuelles		218.504.666 €	
Dépenses moyennes annuelles par assuré		19,06 €	
Ratio max/min <sup>5</sup> des dépenses par assuré (par région)		1,62	
Ratio max/min <sup>5</sup> des dépenses par assuré (par arrondissement)		12,64	
Cout moyen des interventions		7518,08 €	
<b>VARIATIONS DE CODAGE &amp; ALTERNATIVES DE PRATIQUE<sup>4</sup></b>			
Variations de codage de la pratique <sup>6</sup> (par province)		Oui	***
Variations de choix des alternatives de pratique <sup>6</sup> (par province)		NA	NA

<sup>4</sup> Les résultats plus détaillés sont présentés en annexe de ce rapport.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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). NA indique que le test ne peut être effectué.



## 5. ANNEXES

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

Significativité statistique des différences observées en 2021		
<i>Selon la région ?</i>	Non	NS
<i>Selon le sexe ?</i>	Oui	***
<i>Selon le régime de remboursement ?</i>	Oui	***
<i>Selon le sexe et par région ?</i>	Non	NS
<i>Selon le régime de remboursement et par région ?</i>	Oui	*
<i>Selon le sexe et par régime de remboursement ?</i>	Oui	*
<i>Selon le sexe et le régime de remboursement et par région ?</i>	Non	NS

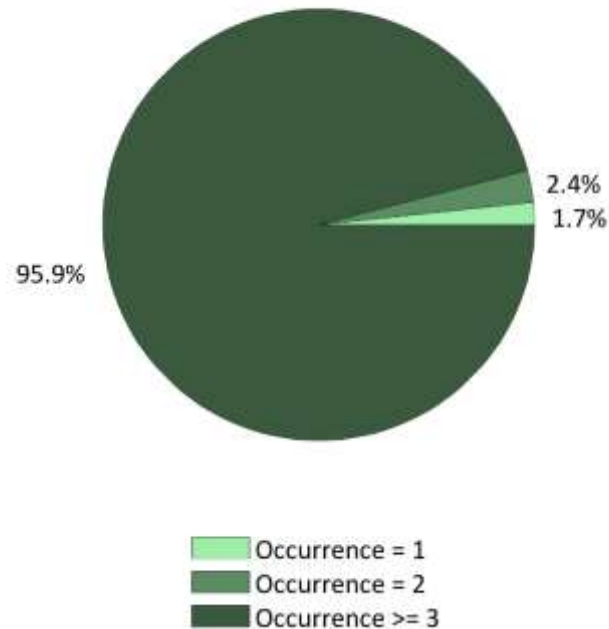
Afin de pouvoir évaluer la significativité des différents effets, un modèle linéaire mixte ANOVA a été appliqué sur les données des arrondissements des régions wallonne et flamande, après standardisation par rapport à l'âge. Le modèle inclut les facteurs région, sexe et régime de remboursement, (effets 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  $P \leq 0,05$  / \*\* Valeur  $P \leq 0,01$  / \*\*\* Valeur  $P \leq 0,001$  et NS pour un résultat non-significatif.

## B. Fréquence des occurrences de la pratique

Fréquence	Par année	Par jour
2 occurrences	2,4%	1,0%
≥ 3 occurrences	95,9%	n.d.
≥ 2 occurrences	98,3%	1,0%



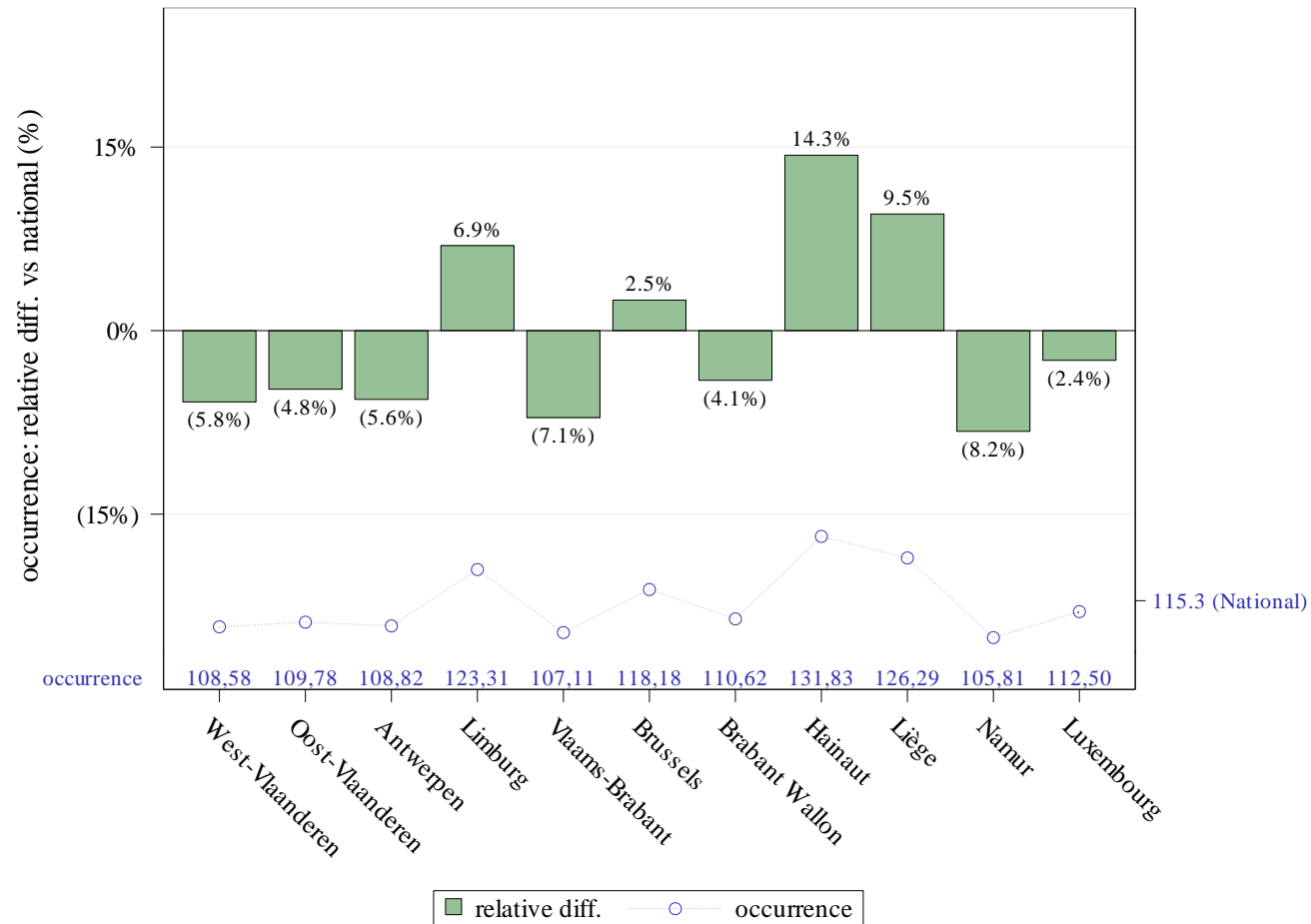
Répartition des récurrences de la pratique par an (2019)

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.

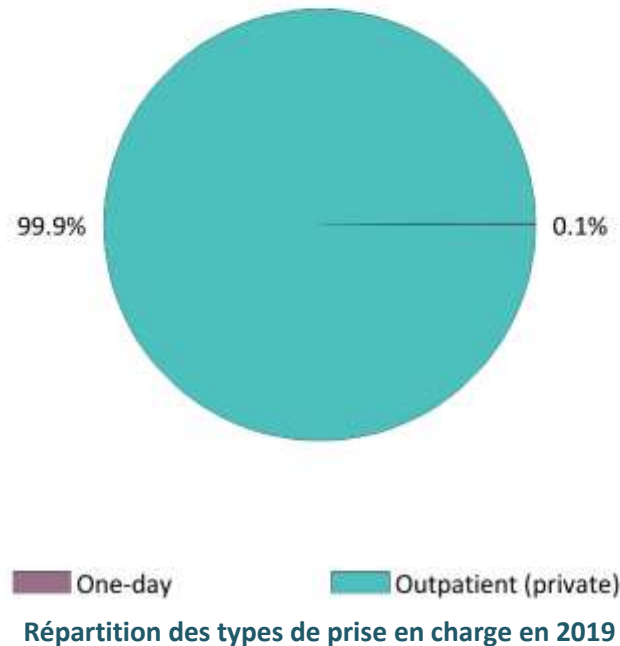
Ces présentes analyses de fréquence des occurrences sont réalisées sur l'année **2019** à partir des bases de données suivantes : Documents P, ADH et SHA.

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



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

## C. Types de prise en charge du patient

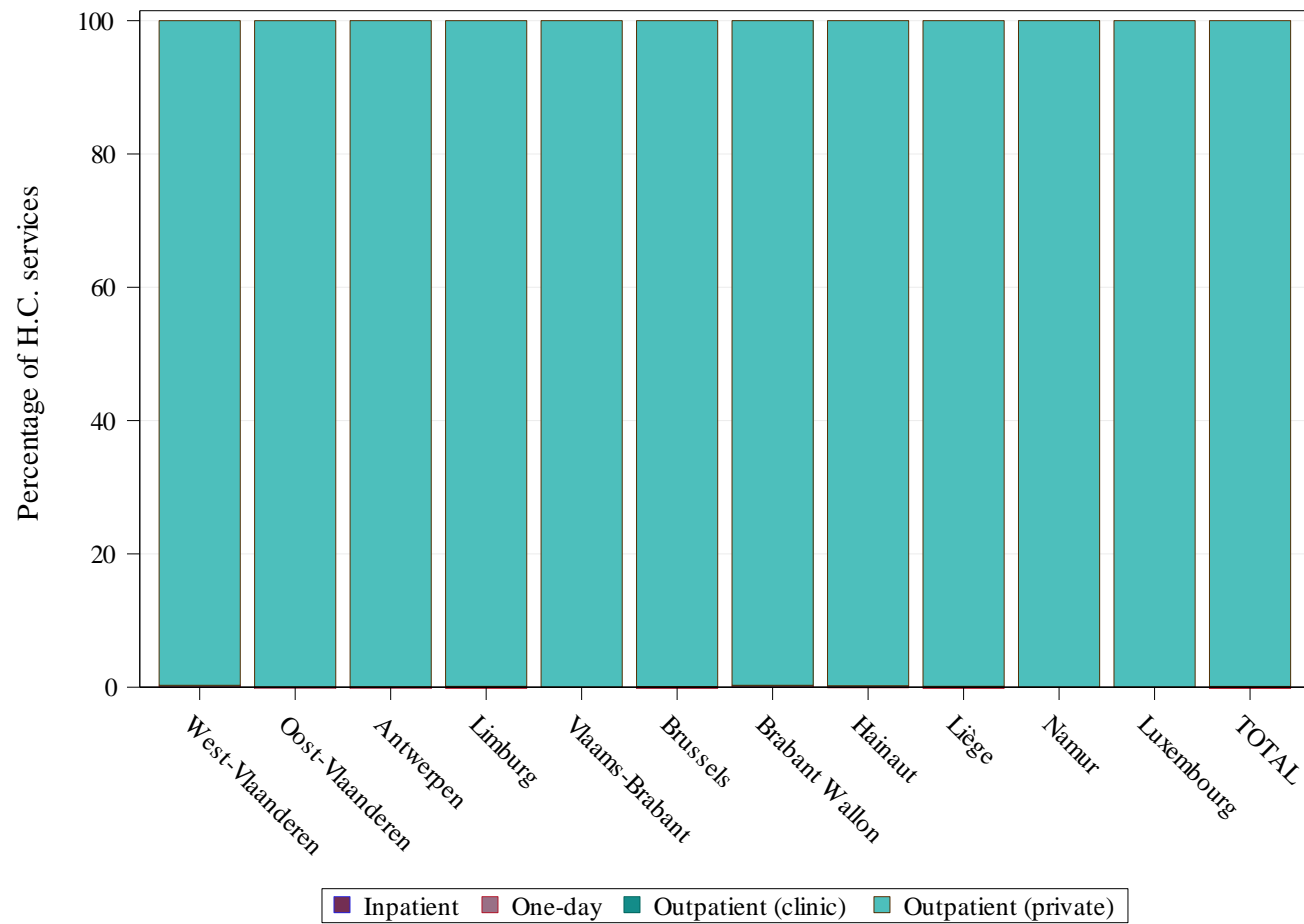


Types de prise en charge	
Ambulatoire (privé)	99,9%
Ambulatoire (polyclinique)	0,0%
Hospitalier (de jour)	0,1%
Hospitalier (séjour)	0,0%

En complément au chapitre abordant les [taux de recours standardisés hospitaliers et ambulatoires](#) (voir p.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.

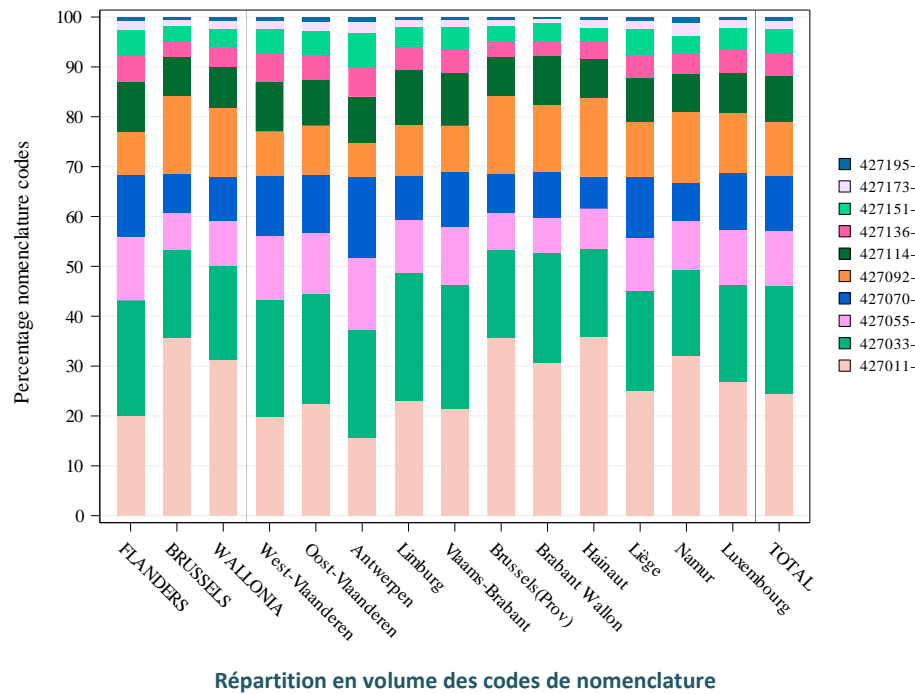
Des valeurs « **n.d.** » sont indiquées si les données n'étaient pas disponibles au moment de l'édition de ce rapport.



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

## D. Variations de codage et alternatives de la pratique

➔ Variations dans le codage :



[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 <sup>7</sup>	***	***

<sup>7</sup> Le calcul de significativité est réalisé ici en comparant les différences géographiques de recours aux différents codes de nomenclature pour coder la pratique.

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.

