



INAMI

Performance de la médecine générale

Bilan de santé



.be

Cette brochure a pu se réaliser grâce à la précieuse collaboration :

- des experts du Conseil national de la promotion de la qualité et des experts bénévoles impliqués en médecine générale : G. Bruwier, M. Creemers, X. de Bethune, I. Heymans, L. Lefebvre, D. Paulus, R. Remmen, F. Renard, M. Roland, L. Seuntjens, A. Van Linden, H. Van Oyen et, P. Vandenbussche
- des collaborateurs de l'INAMI : D. Bodart, M. Breda, C. Bouffioux, C. Cauwenbergh, I. Collin, M. Daubie, J-P Dercq, R. Goetschalckx, P. Meeus, R. De Ridder et X. Van Aubel.

Comment citer la brochure ?

Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11



Cette brochure est disponible sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus? > Etudes & recherches.

Sommaire

Introduction	3
I. Cadre conceptuel	4
II. La médecine générale répond-elle aux besoins de santé et de proximité de la population ?	6
1. Taux de satisfaction des patients vis-à-vis des médecins généralistes	8
2. Accessibilité : report de soins, accessibilité financière, et sécurité tarifaire	9
3. Utilisation de la première ligne de soins	12
4. Contact avec le médecin généraliste : fréquence et nature du contact	21
5. Fidélisation des patients chez le médecin généraliste	26
III. La qualité des soins est-elle correcte en médecine générale ?	29
1. Prévention : vaccination contre la grippe	31
2. Dépistage	32
3. Mise au point diagnostique : imagerie médicale et ionisation d'origine médicale	35
4. Prescription thérapeutique : prescription d'antibiotiques	37
5. Suivi des patients chroniques	39

IV. Comment se situe la médecine générale en matière de capacité et de perfectionnement professionnel ?	44
1. Capacité médicale : densité	45
2. Productivité en médecine générale	46
3. Maintien des forces de travail	49
4. Médecins généralistes en formation	52
5. Incitatifs et encouragements à la médecine générale	54
6. Perfectionnement professionnel : accréditation et informatisation	57
V. Que faut-il faire pour maintenir et améliorer la performance de la médecine générale ?	59
Annexes	61
Résumés du « balanced scorecard 2012 »	62
Liste des abréviations	66
Légende des tableaux	67
Bibliographie	67

Introduction

Cette brochure tente de mettre en lumière la performance actuelle de la médecine générale en Belgique.

Pour mesurer la performance, l'INAMI a établi un « balanced scorecard » (un instrument de mesure et de gestion) en trois axes (voir cadre conceptuel, p. 4).

Grâce à cet outil, l'INAMI souhaite traduire la pratique des médecins généralistes en indicateurs lisibles et mettre à leur disposition des informations correctes et pertinentes. L'objectif est d'inciter les médecins généralistes à la réflexion concernant leur performance en tant que groupe (GLEM, cercle, etc.) et dans leur pratique personnelle.

La méthodologie utilisée pour définir la performance est identique à celle du rapport du KCE « Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge ».¹

Pour réaliser cette étude, l'INAMI a utilisé différentes bases de données :

- les bases de données de production qui détaillent les actes prestés et prescrits (volume et montants) par les dispensateurs de soins, ou par bénéficiaire dans le cadre de l'assurance soins de santé (p. ex : nombre de patients, de consultations, etc.)
- les données signalétiques qui caractérisent les dispensateurs de soins (p. ex. situation géographique, données d'accréditation, etc.)
- des sources d'information extérieures (p. ex. enquête nationale de santé par interview).

Les experts du Conseil national de la promotion de la qualité et de son groupe Médecine générale ainsi que de nombreux experts bénévoles impliqués en médecine générale ont collaboré intensivement à la réalisation de cette étude (phase conceptuelle et validation).

1. Voir bibliographie p. 67.

I. Cadre conceptuel

Les critères utilisés pour définir une médecine générale performante sont basés sur plusieurs sources et reprennent les concepts suivants :

- accessibilité
- acceptabilité
- exercice par des médecins généralistes :
 - qualifiés
 - ouverts aux évolutions de la médecine moderne
 - sensibles à la multidisciplinarité et la gestion informatisée de l'information
 - ayant le souci de la viabilité et de la pérennité du système.

L'équilibre entre ces concepts est schématisé sous forme d'un « balanced scorecard » en **trois axes** qui mettent l'accent sur trois exigences principales :

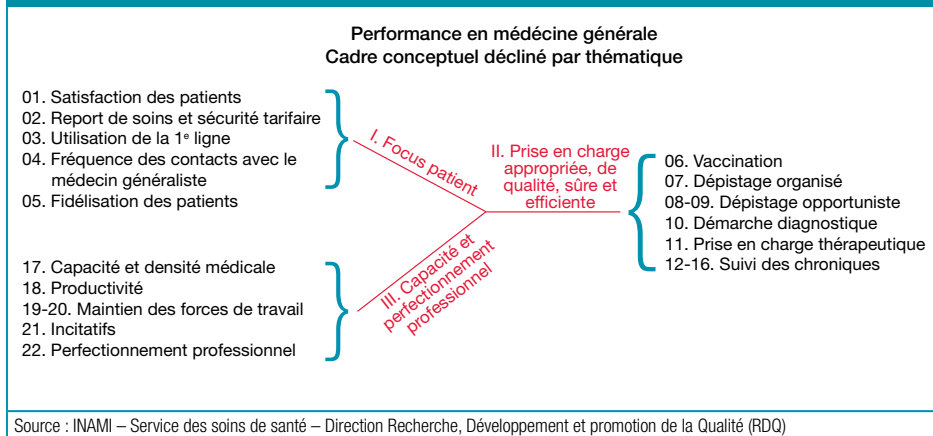
- focus patient : une réponse durable aux besoins de santé et de proximité de la population
- une prise en charge appropriée, de qualité, sûre et efficiente
- une capacité suffisante et du perfectionnement professionnel.

Chacun des axes sous-entend les valeurs du système :

- axe « focus patient » : accessibilité géographique et financière, empowerment du patient, satisfaction, continuité et intégration des soins
- axe « prise en charge appropriée » : prise en charge appropriée, efficiente, de qualité et sûre
- axe « capacité et perfectionnement professionnel » : nombre adéquat de médecins compétents et motivés.

Voir figure 1, p. 5.

Figure 1 – Cadre conceptuel de la performance en médecine générale : trois axes divisés en 22 thématiques



Chacun des trois axes est divisé en thématiques que les experts médecins généralistes ont jugées importantes ou prioritaires. Un nombre limité d'indicateurs évalue chacune des 22 thématiques. Ces indicateurs sont sélectionnés sur base des indicateurs identifiés dans les rapports du KCE et de NIVEL².

2. Voir bibliographie, p. 67.

II. La médecine générale répond-elle aux besoins de santé et de proximité de la population ?



La population semble satisfaite de son médecin généraliste (95% de la population est satisfaite).

La participation financière directe de la population aux dépenses de santé ne semble pas être une barrière à l'accès aux soins de santé. On ne constate pas de différence de consommation selon la catégorie de bénéficiaires (indépendant, salarié, bénéficiaire de l'intervention majorée ou non), alors que c'était le cas avant l'extension de la couverture « petits risques » aux indépendants. Il convient toutefois de s'assurer que la sécurité tarifaire existe bien dans les zones où la densité de médecins conventionnés est plus faible et d'analyser les raisons de report de soins déclarés.

La population privilégie le **contact avec le médecin généraliste**. 95% des patients qui ont un contact ambulatoire avec un médecin, ont un contact avec un médecin généraliste (en consultation ou en visite). Rares sont les patients qui consultent uniquement le spécialiste, quels que soient la catégorie de bénéficiaires, le sexe, l'âge, la région ou la province.



Par **contact ambulatoire** avec un médecin, on entend tout contact (visite ou consultation) avec un médecin généraliste ou spécialiste.



Le **dossier médical global (DMG)** semble un facteur positif de structuration de la première ligne de soins et de l'utilisation des soins spécialisés.

Le taux de couverture du DMG :

- s'élève à 46% des bénéficiaires en 2009
- est plus important chez les personnes âgées (78% chez les plus de 75 ans)
- augmente dans les trois régions du pays pour toutes les catégories de bénéficiaires.

Cependant, avec un taux deux fois moins important qu'en Flandre, la Wallonie et Bruxelles accusent un retard important. Il conviendra d'y remédier, éventuellement par une sensibilisation ciblée des populations concernées.

Toutefois, plusieurs signes **témoignent d'un problème potentiel à Bruxelles** :

- le taux de report de soins déclaré pour des raisons financières y est de 26% alors que ce taux est de 14% au niveau national
- le taux de fréquentation d'un médecin, calculé sur base des contacts ambulatoires (consultation ou visite), est plus faible : en moyenne 6,07 contacts à Bruxelles alors qu'il est de 7,11 au niveau national
- le pourcentage de la population ne fréquentant pas de médecin - durant une année - en ambulatoire (consultation ou visite), dont le médecin généraliste, est plus important; il est de 17% à Bruxelles alors qu'il est de 12% au niveau national. Ceci mérite une analyse particulière : les soins de première ligne répondent-ils aux besoins de la population à Bruxelles?

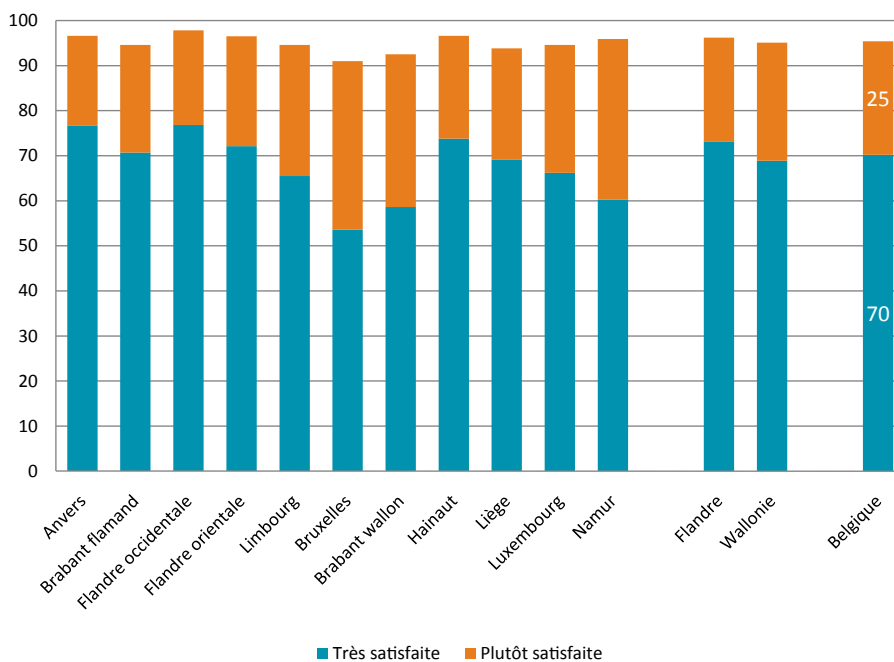
Thématiques évaluées

- Taux de satisfaction des patients vis-à-vis des médecins généralistes
- Report de soins, accessibilité financière, et sécurité tarifaire
- Utilisation de la première ligne de soins
- Taux de fréquentation et types de contacts chez le médecin généraliste
- Fidélisation des patients chez le médecin généraliste.

1. Taux de satisfaction des patients vis-à-vis des médecins généralistes

Selon l'enquête de santé par interview (HIS)³, **le taux de satisfaction déclaré de la population vis-à-vis des médecins généralistes est élevé** (95% de la population est satisfaite). Cependant, le pourcentage de population très satisfaite est très variable selon les provinces : il est globalement de 70%, mais il s'élève à peine à 54% à Bruxelles et à 59% dans le Brabant wallon. **Voir figure 2.**

Figure 2 - Pourcentage de la population satisfaite et très satisfaite (par province et par région) - Année 2008



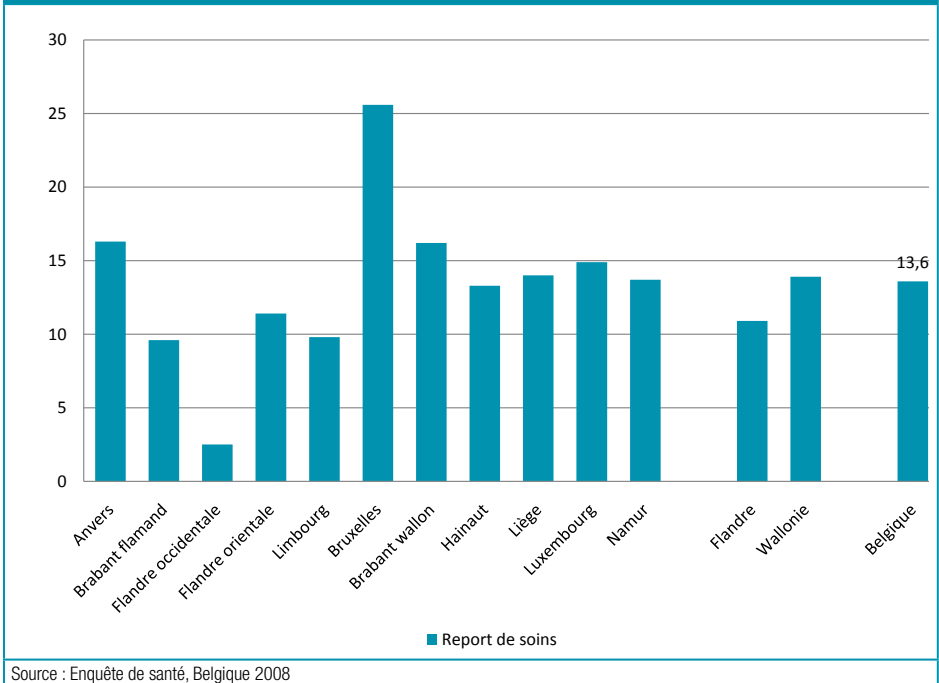
Source : Enquête de santé, Belgique 2008

2. Accessibilité : report de soins, accessibilité financière, et sécurité tarifaire

a. Report des soins

Selon l'enquête de santé par interview (HIS), **le report de soins pour des raisons financières est important** : 14% de la population belge déclare reporter les soins pour des raisons financières. Ce taux est même de 26% à Bruxelles. **Voir figure 3.**

Figure 3 - Pourcentage de la population qui déclare un report de soins (par province et par région) – Année 2008



b. Accessibilité financière

L'intervention personnelle (ticket modérateur) est-elle un frein à la fréquentation en 1^e ligne? En Belgique, les patients qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée paient en moyenne 12% des dépenses de santé (pour autant que ces dépenses soient prises en charge par l'assurance). Les différents dispositifs de protection permettent de diminuer à 4% le ticket modérateur pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée (bénéficiaires de l'intervention majorée : BIM) ou à l'atténuer lorsque le ticket modérateur cumulé est trop élevé (dispositif du maximum à facturer : MAF). [Voir tableau 1, p.11.](#)

Cependant, le montant total des dépenses des patients est proportionnel à la consommation de soins. Le total de la participation financière chez les patients chroniques peut être élevé et représenter une part importante de leurs revenus, en particulier en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) et maison de repos et de soins (MRS).

Ainsi, les patients hébergés en MRPA et MRS ont un ticket modérateur moyen de 4% qui représente en moyenne 657 EUR par an (hors MAF), tandis que les patients non-chroniques, ont un ticket modérateur de 12% qui représente en moyenne 185 EUR.

Rares sont cependant les personnes âgées de 60 ans et plus qui ne vont pas chez un généraliste chaque année ([figure 4, p. 16](#)), ce qui montre indirectement que le ticket modérateur n'est pas un frein à l'accès aux soins.

Tableau 1 - Dépenses de santé et ticket modérateur (en EUR) par patient et par an (BIM, chroniques, hébergés en MRPA et MRS) - Année 2008

Indicateurs	Total	Chroniques		BIM		MRPA/ MRS
		Non	Oui	Non	Oui	
Coût moyen soins (C.M.)/ patient	1.628	1.084	9.564	1.306	3.774	14.686
Dont ticket modérateur (T.M.)/ patient	143	124	414	148	110	404
% T.M.	8%	10%	4%	10%	3%	3%
C.M. médicaments/patient	359	297	1.263	305	720	1.365
dont T.M.	67	60	169	63	98	254
% T.M.	16%	17%	12%	17%	12%	16%
C.M. total/patient	1.987	1.381	10.827	1.611	4.494	16.051
dont T.M.	210	185	583	211	208	657
% T.M.	10%	12%	5%	12%	4%	4%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

c. Sécurité tarifaire

La sécurité tarifaire est-elle pour autant assurée ? Le médecin conventionné s'engage à appliquer la convention tarifaire. Le patient qui consulte un médecin conventionné sait qu'il ne paiera que le ticket modérateur. La densité de médecins actifs conventionnés par 10.000 habitants permet d'évaluer dans quels endroits le patient bénéficie moins de cette sécurité tarifaire.

La densité moyenne en médecins généralistes actifs conventionnés actifs est de 7,94 par 10.000 habitants.



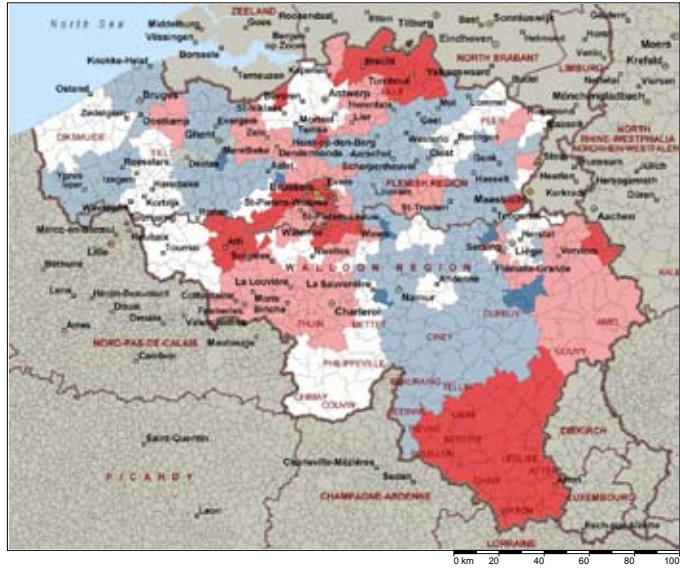
Un **médecin généraliste** est considéré comme « actif » lorsqu'il compte plus de 1.250 contacts par an.

La densité en médecins conventionnés n'est pas homogène sur l'ensemble du pays. Des écarts de densité de 1 à 10 existent entre cercles de médecins généralistes. **Voir carte 1, p. 12.**

Carte 1 - Densité des médecins généralistes (Equivalent temps plein - ETP) conventionnés par 10.000 habitants (par cercle) – Année 2009

GP etp: densité conventionné /10000 hab (cercles/kring)

- 2,33 to 4,43
- 4,44 to 6,47
- 6,48 to 8,04
- 8,05 to 10,08
- 10,09 to 20,64



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ).

3. Utilisation de la première ligne de soins

a. Fréquence des contacts avec le médecin généraliste

EVOLUTION 2006-2008

Sur une période de trois ans (de 2006 à 2008), 95 % des patients ont eu un contact ambulatoire avec un médecin (consultation ou visite) et 91% ont eu un contact avec un médecin généraliste. Seul 5% de la population n'a donc eu aucun contact ambulatoire avec un médecin. Voir tableau 2, p. 13.


 95% des patients qui ont un contact ambulatoire avec un médecin (sur une période de trois ans) ont un contact avec un médecin généraliste.

Tableau 2 - Pourcentage de la population sans contact ambulatoire avec un médecin (consultation ou visite) et pourcentage de la population avec contact avec le médecin généraliste - Évolution 2006-2008

Fréquentation ambulatoire				
Indicateurs	2006	2007	2008	06 à 08
% assurés sans contact	19%	19%	12%	5%
% assurés avec contact M.G.	73%	74%	79%	91%
% patients (=assurés avec contact) avec contact M.G.	91%	91%	90%	95%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

EN 2008

En 2008, 88% des patients ont eu un contact ambulatoire avec un médecin et 79% ont eu un contact avec un médecin généraliste. Cela représente une augmentation importante par rapport à 2007, où le pourcentage était de 74%. La raison de la fréquentation plus élevée en 2008 est liée à l'élargissement de la couverture de santé (« petits risques ») à l'ensemble des indépendants. [Voir tableau 3, p.14.](#)

12% de la population n'a donc eu aucun contact ambulatoire avec un médecin.


 90% des patients qui ont un contact ambulatoire avec un médecin (consultation ou visite) ont un contact avec un médecin généraliste dans l'année, quel que soit la catégorie de bénéficiaire, l'âge, le sexe, la région ou la province. Ce chiffre est toutefois plus bas chez les enfants (81%) et à Bruxelles (81%)

Tableau 3 - Pourcentage de la population sans contact ambulatoire avec un médecin (consultation ou visite) et pourcentage de la population avec contact avec le médecin généraliste (par sexe, classes d'âges et régions) – Année 2008

Fréquentation ambulatoire								
Indicateur	Total	Sexe		Classes d'âge		Régions		
		F	M	0-14	75+	Brux.	Flandre	Wall.
% assurés sans contacts	12%	8%	17%	15%	5%	17%	11%	12%
% assuré avec contact M.G.	79%	83%	75%	69%	93%	68%	82%	79%
% patients (= assurés avec contact) avec contact M.G.	90%	91%	90%	81%	97%	81%	92%	89%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

b. Fréquence des contacts avec les autres dispensateurs de soins

La fréquence des contacts avec les autres dispensateurs de soins est bien moins élevée. Ainsi, en 2008, 60% de la population fréquente au moins un spécialiste et 49% un dentiste. Voir [tableau 4, p. 15](#).

Les consultations des autres spécialistes se répartissent comme suit :

- 18% consultent l'ophtalmologue au moins une fois par an
- 28% des femmes consultent un gynécologue
- 12% consultent le dermatologue
- 25% des enfants de 0-14 ans consultent le pédiatre.

La fréquentation exclusive des services d'urgence est exceptionnelle (1 %).

Le type de fréquentation n'est pas différent à Bruxelles vis-à-vis du spécialiste. Toutefois, le pourcentage de la population qui consulte uniquement le spécialiste y est plus important que dans le reste du pays (14% en comparaison de 8%).

Tableau 4 - Pourcentage de la population qui a un contact ambulatoire annuel (consultation ou visite) avec un médecin - évolution 2006-2008 et par type de patients (femmes, enfants et Bruxelles) - année 2008

					Sexe	Classe	Région
Indicateurs	2006	2007	2008	06 à 08	F	0-14	Brux.
% assurés avec contact M.G.	73%	74%	79%	91%	83%	69%	68%
Nombre moyen contacts M.G.	5,77	5,94	5,85		6,42	3,40	5,62
% assurés avec contact M.S.	56%	56%	60%	80%	67%	55%	61%
Nombre moyen contacts M.S.	4,01	4,04	4,00		4,26	2,95	4,62
% assurés avec contact pédiatre	6%	5%	4%	8%	4%	25%	7%
Nombre moyen contacts pédiatre	3,24	3,05	2,53		2,51	2,60	2,54
% assurés avec contact gynécologue	13%	14%	14%	22%	28%	1%	17%
Nombre moyen contacts gynécologue	2,43	2,40	2,40		2,41	1,27	2,79
% assurés avec contact ophtalmologue	16%	17%	18%	35%	21%	14%	18%
Nombre moyen contacts ophtalmologue	2,27	2,32	2,33		2,32	0,74	2,95
% assurés avec contact dermatologue	10%	10%	12%	23%	14%	11%	15%
Nombre moyen contacts dermatologue	1,94	1,90	1,90		1,93	1,76	1,97
% assurés avec contact autres spécialistes	38%	38%	40%	63%	41%	27%	41%
Nombre moyen contact autres spécialistes	3,38	3,46	3,50		3,57	2,13	3,91
% assurés avec contact dentiste	48%	48%	49%	67%	51%	54%	48%
Nombre moyen contacts dentiste	1,33	1,34	1,33		1,44	1,35	1,51
% assurés sans contact	19%	19%	12%	5%	8%	15%	17%
% assurés avec contact URG uniquement			1%		0%	1%	2%
% assurés avec contact M.S. uniquement	8%	7%	8%		8%	15%	14%
% assurés avec contact M.S.+ M.G.	49%	49%	52%		59%	40%	47%
% assurés avec contact M.G. uniquement	24%	25%	27%		24%	29%	21%

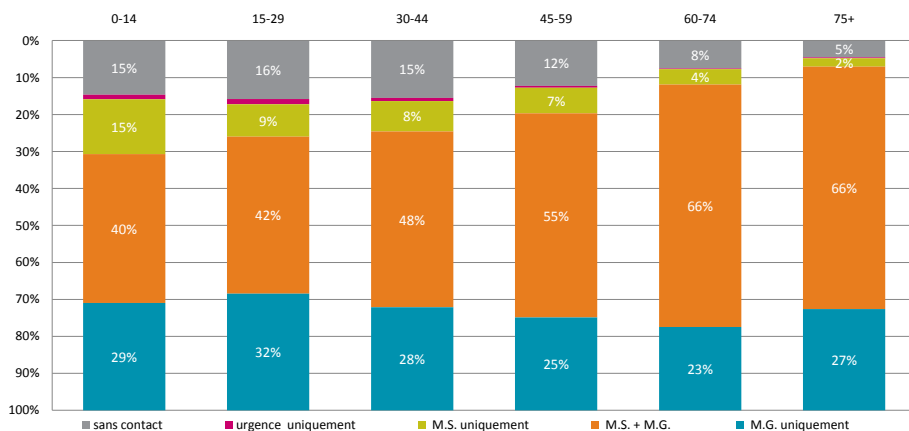
Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

c. Type de contacts ambulatoires

Pour 2008, plusieurs constatations portent sur les contacts ambulatoires :

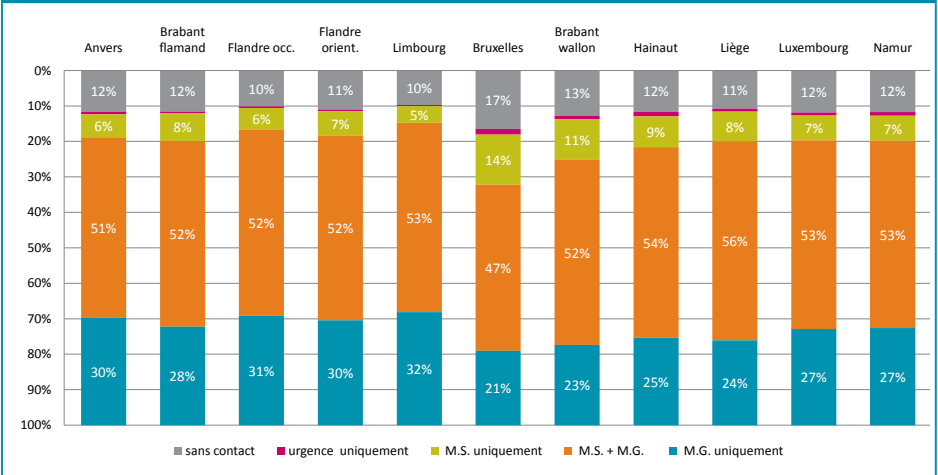
- Toutes les catégories de patients consultent de manière privilégiée le médecin généraliste (addition des barres bleue et orange dans la figure 4).
- Le pourcentage de patients qui consultent uniquement un médecin spécialiste (en vert dans la figure 4) est très faible (8%) surtout chez les personnes âgées (2%)
- La combinaison des fréquentations médecin généraliste-autre médecin spécialiste est très répandue, en particulier dans la tranche d'âge 60-74 ans (66%)
- Il n'y a aucune différence dans la structure du type de contact entre provinces (voir figure 5, p.17). Bruxelles se démarque cependant fortement par un pourcentage de la population qui ne consulte aucun médecin (17%) et par un pourcentage moins élevé de la population qui fréquente un médecin généraliste (68%).

Figure 4 - Pourcentage de contacts ambulatoires dans l'année (consultation ou visite) avec un médecin (par classes d'âge) et répartition par type de contact (sans contact, médecins généralistes (M.G.), médecins spécialistes (M.S.), M.G.+M.S.) - Année 2008



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

Figure 5 - Pourcentage de contacts ambulatoires (consultation ou visite) avec un médecin (par provinces) et répartition par type de contact (pas de contact, médecins généralistes (M.G.), médecins spécialistes (M.S.), G.P.+M.S.) - Année 2008



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

d. Nombre de contacts

Le médecin généraliste est le dispensateur de soins chez qui les contacts sont les plus fréquents (5,85 en moyenne sur l'année 2008). En comparaison, les contacts tous spécialistes confondus s'élèvent à 4,00 en moyenne et les contacts chez le dentiste à 1,33.

Voir tableau 4, p.15.

e. Les patients chroniques fréquentent-ils davantage le médecin généraliste ?



Les **patients chroniques** sont identifiés par leur consommation de médicaments (>80 DDD/an).

On distingue ainsi les patients :

- diabétiques (insulino- et non insulino- dépendants)
- avec décompensation cardiaque (CHF)
- consommant des inhibiteurs d'acide gastrique (anti-acides)
- souffrant de bronchite chronique obstructive (BPCO) ou d'asthme, identifiés à partir de 20 DDD
- résidant en maisons de repos (MRPA et MRS).

95 à 100% des patients chroniques, du fait de leur pathologie, fréquentent le médecin généraliste chaque année. Le nombre moyen de contacts est élevé. Il est en moyenne de plus de 10 contacts et de 19 en maisons de repos (MRPA et MRS), quelle que soit la maladie.

Voir [tableau 5, p.19](#).

Tableau 5 - Pourcentage de contacts ambulatoires (consultation ou visite) avec des médecins pour l'année 2008 par type de patient avec une maladie chronique : résidant en maison de repos (MPRA et MRS), asthme/BPCO, décompensation cardiaque, anti-acides et diabète (par sexe, classes d'âge)

Suivi patients chroniques									
Indicateur : MRPA/MRS		Sexe		Classes d'âges					
		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	1,0%	1,5%	0,4%			0,0%	0,0%	0,5%	4,1%
% patients avec contact M.G.	100%	100%	100%					100%	100%
% chroniques	59%	58%	61%					71%	57%
nb moyen de contacts	18,87	19,00	18,42					18,54	18,91
Indicateur : asthme/BPCO		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	9,8%	9,9%	9,7%	10,4%	5,8%	7,2%	9,5%	13,7%	16,3%
% patients avec contact M.G.	94%	95%	92%	85%	91%	93%	95%	97%	98%
nb moyen de contacts	8,90	9,63	8,10	4,66	5,41	6,41	8,08	10,43	15,67
Indicateur : CHF		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	2,2%	2,9%	1,5%	0,0%	0,2%	1,5%	3,4%	7,5%	22,4%
% patients avec contact M.G.	98%	98%	97%			96%	98%	99%	96%
nb moyen de contacts	14,51	14,99	13,57			10,55	12,47	17,05	14,51
Indicateur : anti-acides		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	6,8%	7,9%	5,5%	0,2%	1,1%	3,7%	8,2%	14,3%	18,3%
% patients avec contact M.G.	97%	97%	95%		95%	95%	96%	98%	98%
nb moyen de contacts	10,83	11,65	9,59		6,46	7,41	8,88	10,24	15,31

Tableau 5 - Pourcentage de contacts ambulatoires (consultation ou visite) avec des médecins pour l'année 2008 par type de patient avec une maladie chronique résidant en maison de repos (MPRA et MRS) : asthme/BPCO, décompensation cardiaque, anti-acides et diabète (par sexe, classes d'âge) - (Suite)

Suivi patients chroniques									
		Sexe		Classes d'âges					
Indicateur : diabète		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	4,2%	4,2%	4,2%	0,1%	0,4%	0,9%	4,5%	11,2%	12,6%
% patients avec contact M.G.	96%	97%	95%		82%	89%	94%	96%	98%
nb moyen de contacts	10,66	11,95	9,29		5,71	6,77	8,34	9,77	14,38
Indicateur : diabète ID		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	1,2%	1,2%	1,2%	0,1%	0,2%	0,4%	1,2%	2,9%	3,5%
% patients avec contact M.G.	95%	96%	94%			87%	94%	97%	99%
nb moyen de contacts	11,62	13,22	9,85			5,84	9,13	10,80	14,38
Indicateur : diabète NID		F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
% patients	2,7%	2,7%	2,7%	0,0%	0,1%	0,5%	3,1%	7,5%	8,1%
% patients avec contact M.G.	96%	97%	95%			90%	94%	96%	98%
nb moyen de contacts	10,30	11,49	9,04			7,52	8,15	9,44	13,62

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

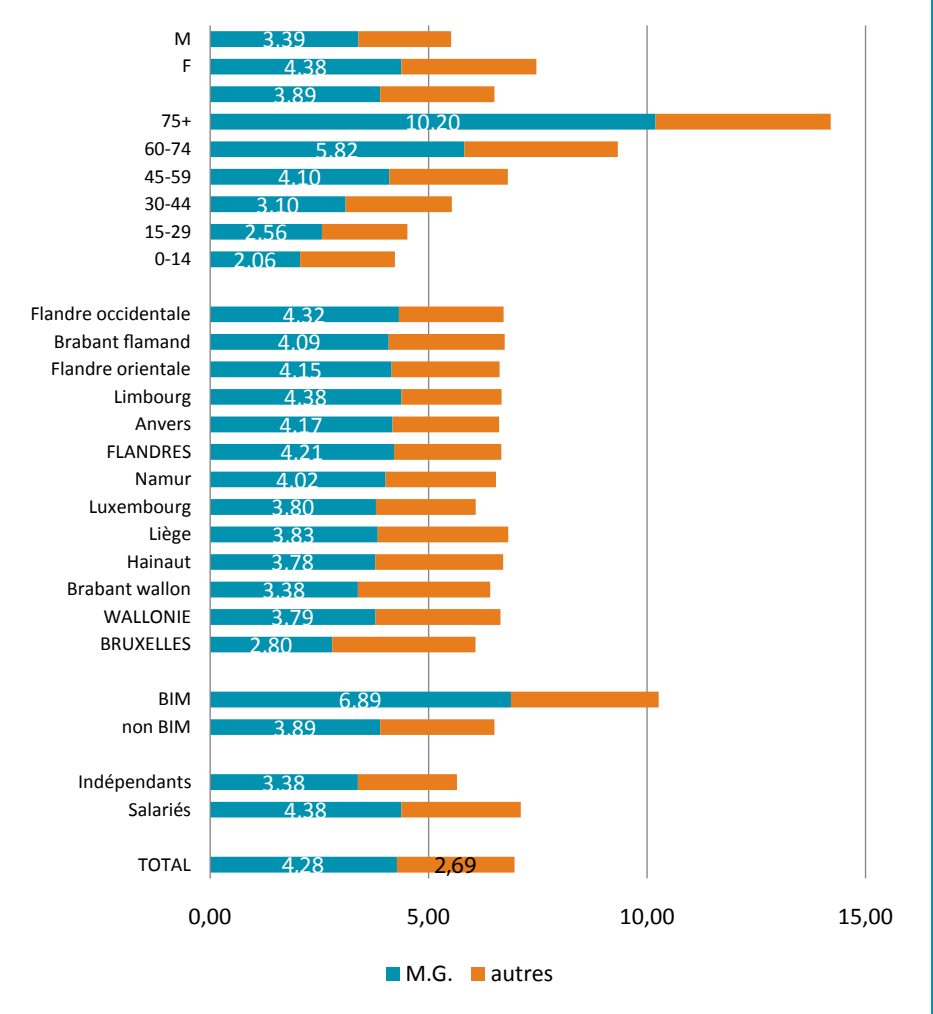
4. Contact avec le médecin généraliste : fréquence et nature du contact

a. Taux de fréquentation du médecin généraliste

Un patient fréquente 4,28 fois par an le médecin généraliste (en 2010); il ne fréquente que 2,69 fois par an les autres médecins spécialistes (contacts ambulatoires). Voir figure 6, p. 22.

Ce taux de fréquentation est bien plus élevé chez les personnes âgées et chez les patients qui bénéficient de l'intervention majorée (BIM). Le taux de fréquentation chez le médecin généraliste est sensiblement identique dans toutes les régions et provinces, sauf à Bruxelles, où il est beaucoup moins important (2,80). En effet, la fréquentation ambulatoire totale (consultations et visites) y est également plus basse qu'ailleurs.

Figure 6 - Taux de fréquentation ambulatoire par patient (par sexe, classes d'âge, provinces, catégorie de bénéficiaires) - Année 2010



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

b. Types de contacts chez le médecin généraliste (consultations vs visites)

Le médecin généraliste rencontre ses patients majoritairement en consultation plutôt qu'au domicile du patient (68% des contacts se déroulent en consultation). Par contre, pour les patients de plus de 75 ans et pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée (BIM), les visites au domicile sont privilégiées (respectivement 62% et 56% des contacts se font à domicile). Voir figure 7, p.24.

La fréquence des visites à domicile baisse rapidement depuis 2006 (-2,8%/an) dans toutes les catégories de bénéficiaires. Une augmentation des consultations (+2,1%/an) semble compenser la baisse des visites à domicile. Toutefois, une lecture scrupuleuse permet de comprendre que la compensation est essentiellement liée à l'élargissement de la couverture de santé («petits risques») à l'ensemble des indépendants et donc à l'augmentation de la fréquentation plus élevée des indépendants. Chez les salariés, la diminution des visites (-3.8%) n'est pas du tout compensée par l'augmentation très légère des consultations (+0,1%/ an). Voir figure 8 p. 25.

Figure 7 - Pourcentage des visites à domicile par rapport au nombre de contacts avec le médecin généraliste (par sexe, classes d'âge, provinces et catégories de bénéficiaires) - Année 2010

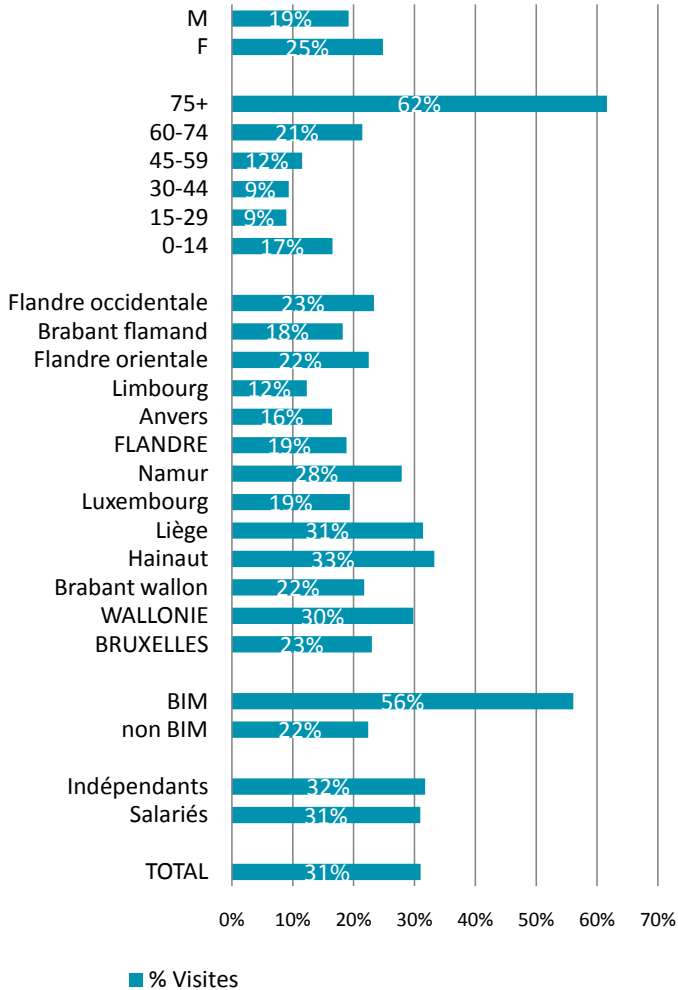
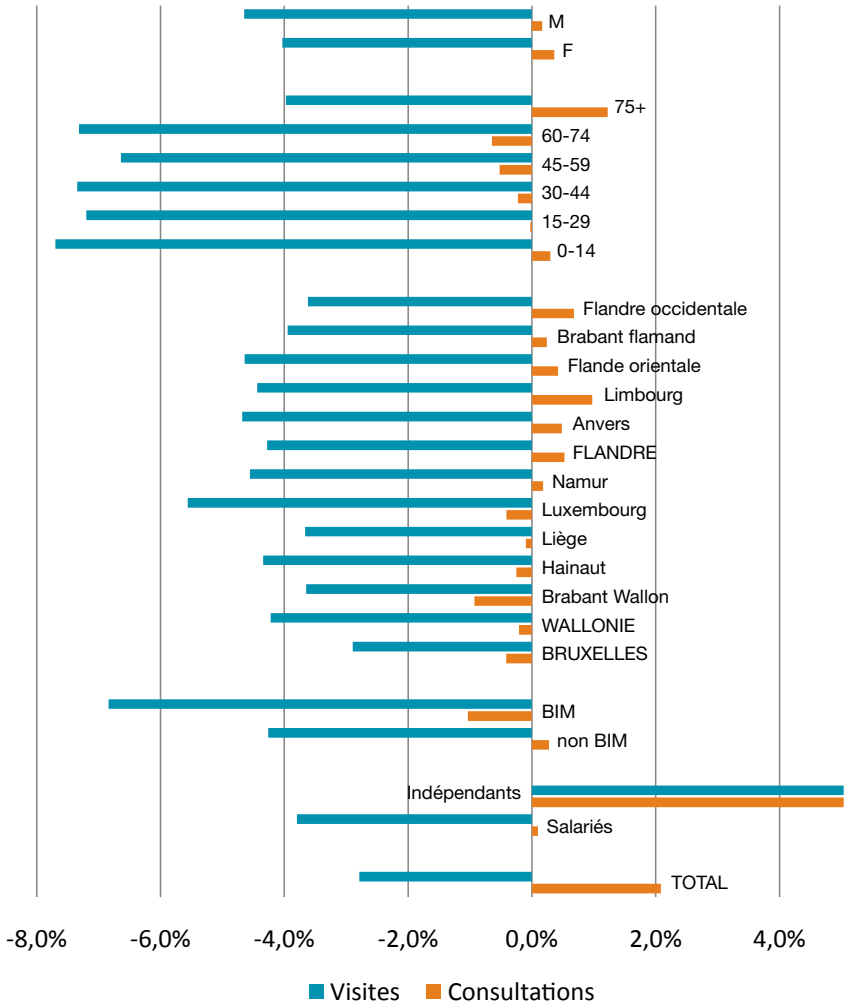


Figure 8 - Evolution des contacts avec le médecin généraliste (visites et consultations) (par sexe, classes d'âge, provinces et catégories de bénéficiaires) – Entre 2006 et 2010



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

5. Fidélisation des patients chez le médecin généraliste

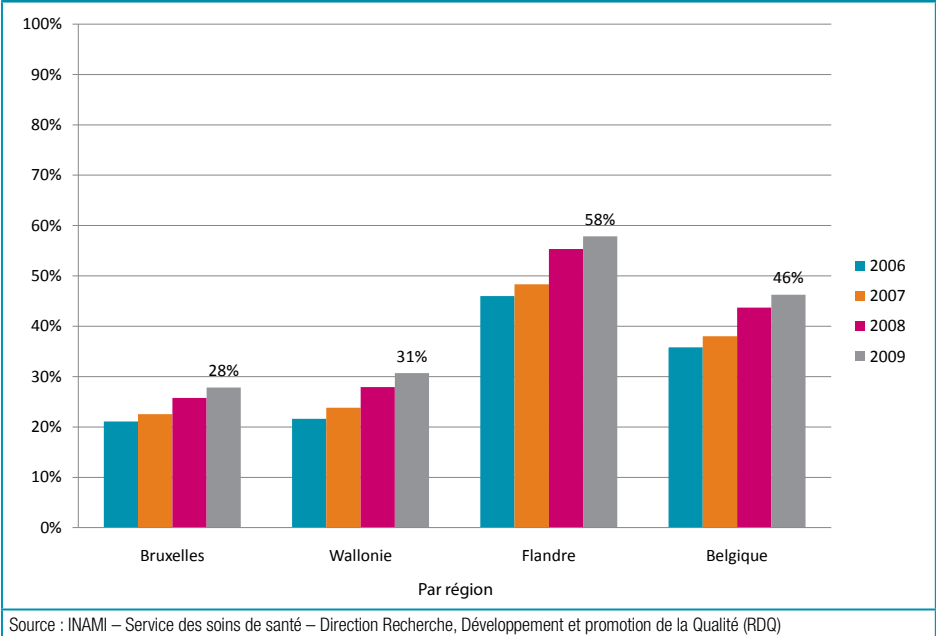
La fidélisation chez le médecin généraliste, matérialisée par un dossier médical global (DMG), s'élève à 46% en 2009. La couverture est plus importante chez les personnes âgées (78% chez les plus de 75 ans) et chez les femmes (50%). Voir tableau 6 et figure 9.

Tableau 6 - Pourcentage de patients avec un DMG (par sexe, classes d'âge et catégories de bénéficiaires) - De 2006 à 2009				
DMG / assuré	2006	2007	2008	2009
Par sexe				
F	39%	42%	47%	50%
M	32%	34%	40%	42%
Par classe d'âge				
0-14	21%	23%	27%	30%
15-29	24%	27%	32%	35%
30-44	27%	29%	35%	38%
45-59	37%	39%	46%	49%
60-74	56%	58%	63%	65%
75+	69%	71%	76%	78%
Par catégorie de bénéficiaires				
Non BIM	34%	36%	42%	44%
Actif (non BIM)	28%	30%	36%	39%
Salariés (actif,nbim)	31%	34%	37%	40%
Indépendants (actif,nbim)	0%	0%	30%	31%
VIPO (non BIM)	59%	60%	63%	66%
Salariés (vipo,nbim)	61%	63%	65%	67%
Indépendants (vipo,nbim)	20%	23%	40%	61%
BIM	48%	50%	53%	54%
Actif (BIM)	33%	35%	39%	40%
Salariés (actif,bim)	33%	35%	39%	40%
Indépendants (actif,bim)	5%	4%	34%	30%
VIPO (BIM)	55%	58%	63%	65%
Salariés (vipo,bim)	57%	60%	62%	64%
Indépendants (vipo,bim)	40%	45%	68%	71%
Total	36%	38%	43%	46%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

Le taux de couverture est en progression quel que soit le type de patients et quelle que soit la région.

Figure 9 - Pourcentage de patients avec un DMG (par région) - Évolution 2006-2009



Le fait d’avoir un DMG et donc un médecin traitant attiré pour les patients qui ont au moins un contact dans l’année avec un médecin (en consultation ou en visite), quel que soit le type de patients ou la catégorie de bénéficiaires

- augmente
 - le nombre de contacts totaux (en 2008, 10,47 contre 6,76)
 - le nombre de contacts avec le médecin généraliste (en 2008, 7,42 contre 4,66)
 - le pourcentage de patients qui ont un contact avec le médecin spécialiste (67% contre 54%)
- mais diminue
 - la fréquence des contacts avec le médecin spécialiste (en 2008, 4,29 contre 4,86)
 - le recours aux urgences (en 2008, 0,18 contre 0,22)

Voir tableau 7, p. 28.

Tableau 7 - Fréquentation ambulatoire selon que l'assuré dispose ou non d'un DMG (par sexe, classes d'âge) - Évolution 2006-2008 et année 2008

Indicateurs	06=>08	2006	2007	2008	Sexe		Classes d'âge					
					F	M	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
nb assurés	251.432	251.432	251.432	251.432	128.484	122.948	36.785	45.406	52.054	54.026	38.244	24.917
Patients avec contacts	238.596	202.421	203.058	220.145	117.654	102.491	31.405	38.216	43.987	47.400	35.350	23.787
Patients avec DMG	DMG+	84.823	83.409	85.909	47.247	38.662	8.282	11.709	15.080	19.544	18.179	13.115
Patients sans DMG	DMG-	117.591	119.641	134.236	70.407	63.829	23.123	26.507	28.907	27.856	17.171	10.672
% avec DMG		42%	41%	39%	40%	38%	26%	31%	34%	41%	51%	55%
Moyenne contacts total	DMG+	10,45	10,56	10,47	11,38	9,37	6,56	7,52	8,55	9,78	11,94	16,78
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-	1,67	1,60	1,55	1,49	1,62	1,52	1,50	1,47	1,41	1,24	1,21
% avec contact M.G.	DMG+	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-	1,19	1,17	1,19	1,18	1,20	1,33	1,20	1,19	1,16	1,10	1,06
Moyenne contacts M.G.	DMG+	7,51	7,61	7,42	8,00	6,71	4,78	5,28	5,77	6,62	8,10	13,12
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-	1,76	1,66	1,59	1,55	1,64	1,75	1,63	1,58	1,44	1,25	1,20
% avec contact M.S.	DMG+	68%	68%	67%	72%	62%	56%	57%	64%	70%	76%	72%
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-	1,26	1,25	1,25	1,20	1,31	1,26	1,21	1,23	1,20	1,15	1,11
Moyenne contacts M.S.	DMG+	4,31	4,33	4,29	4,49	4,01	2,88	3,55	4,11	4,34	4,89	4,75
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-	0,88	0,89	0,88	0,88	0,89	0,63	0,81	0,84	0,89	0,89	0,94
Moyenne contacts urgences	DMG+			0,18	0,17	0,19	0,20	0,23	0,18	0,14	0,14	0,25
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-			0,83	0,88	0,79	0,85	0,85	0,84	0,89	0,83	0,83
% urgences référées	DMG+			0,40	0,41	0,39	0,18	0,21	0,28	0,37	0,51	0,69
Ratio	DMG-/ DMG+/ DMG-			1,40	1,34	1,45	1,45	1,21	1,28	1,12	1,08	1,00

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

III. La qualité des soins est-elle correcte en médecine générale?



Prévention

La prévention contre la grippe est correctement appliquée.

Dépistage

Les démarches de dépistage pourraient être plus efficaces et surtout plus efficaces en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Dans les deux cas, le rôle du médecin généraliste est essentiel tant par la sensibilisation des patientes que par une meilleure collaboration avec les gynécologues.

Démarche diagnostique

Tant en imagerie médicale que pour la biologie clinique, la prescription est bien supérieure aux recommandations du secteur. La population devrait être plus sensibilisée aux effets secondaires de mises au point inutiles et parfois iatrogènes (irradiation).

Antibiorésistance

La sensibilisation à la problématique de l'antibiorésistance semble s'essouffler, bien que certaines améliorations soient observées dans la prescription d'antibiotiques aux enfants.

Suivi des patients chroniques

Bien que certaines situations semblent plus rassurantes (diabète), l'application des recommandations manque de rigueur, comme en témoignent le dosage de la créatinine dans le mois qui suit la mise en traitement d'IEC (35%) ou de diurétiques chez les personnes âgées (34%), ou la régularité de la surveillance mensuelle chez les patients sous anticoagulants (35%).



Les indicateurs de qualité sont mesurés chez les personnes de l'échantillon permanent de santé⁴ qui ont consulté le médecin généraliste dans l'année.



Patients âgés

Les patients âgés méritent une attention particulière : les recommandations semblent suivies de manière plus aléatoire. C'est le cas en particulier des patients chroniques ou en maisons de repos (MRPA et MRS) (pour autant que les recommandations s'appliquent chez ces patients qui présentent une situation clinique complexe). Ce n'est toutefois pas parce que l'on est en maison de repos que l'on ne peut pas bénéficier d'une consultation ophtalmologique (35% ont eu un contact avec un ophtalmologue dans l'année)

Dossier médical global

Le suivi des recommandations pour la pratique clinique n'est pas différent chez les patients qui bénéficient d'un dossier médical global. Des éléments suggèrent même une possibilité de surconsommation, sans qu'il soit possible de la quantifier puisque les données cliniques du patient ne sont pas connues.

Thématiques évaluées :

- prévention
- dépistage
- mise au point diagnostique
- prescription thérapeutique
- suivi des patients chroniques.

4. Echantillon permanent – échantillon anonyme représentatif de la population (- EPS (Echantillon Permanent(e) steekproef) 2006, 2007 et 2008 – version 5.

1. Prévention : vaccination contre la grippe

Les démarches préventives sont évaluées sur base de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées

Il est recommandé de vacciner les **patients à risque et les patients âgés de 65 ans et plus** contre la grippe **chaque année**.

La recommandation est correctement appliquée chez les personnes âgées (66% en 2008). La couverture est meilleure chez les patients qui consultent le médecin généraliste que dans la population générale (70% en 2008). La couverture des patients à risque est également satisfaisante. Par exemple, la couverture dans les maisons de repos (MRPA et MRS) est très élevée (96%), ce qui est très rassurant.

Voir [tableau 8](#).

Tableau 8 - Couverture vaccinale contre la grippe de la population des 65 ans et plus qui fréquentent le médecin généraliste dans l'année, par type de patient (chroniques, en maison de repos et selon le type de prescriptions) - Entre 2006 et 2008

% vaccinés grippe > 65 ans	2006	2007	2008
Population totale	68%	67%	66%
Population avec contact M.G.	73%	72%	70%
Patients chroniques	83%	81%	80%
MRPA/MRS	100%	97%	96%
Patients sous anti-acides	84%	83%	82%
Décompensation cardiaque	87%	87%	87%
Asthme/BPCO	83%	83%	83%
Diabète	84%	83%	83%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

2. Dépistage

a. Dépistage recommandé et organisé : cancer du sein

Le dépistage recommandé et organisé est évalué sur base des résultats du screening du cancer du sein chez les femmes. Chaque région a mis en place un programme spécifique à ce sujet (dépistage organisé).

Il est recommandé de dépister **chaque femme asymptomatique âgée de 50 à 69 ans une fois tous les deux ans**. Idéalement, le nombre d'examen doit se situer un peu au-dessus de 0,5/an. Il n'est pas recommandé de dépister les femmes plus jeunes. Le médecin généraliste se doit d'encourager les femmes au dépistage selon le programme officiel.

Parmi les femmes de 50 à 69 ans qui vont chez le médecin généraliste, 65% se font dépister, contre 62% dans la population totale des femmes de 50 à 69 ans (voir colonne « % screening »). Moins de 50% sont dépistées en suivant le programme officiel de dépistage (voir colonne « % Prog/tot »). Autrement dit, d'une part le dépistage est insuffisant et d'autre part, les femmes de 50 à 69 ans ne sont pas assez encouragées à suivre les programmes officiels qui garantissent de meilleurs résultats, en particulier par l'application d'une double lecture. Les taux de couverture et d'adhésion au programme sont toutefois meilleurs au Nord du pays. Enfin, le nombre moyen d'examens annuels est trop fréquent (0,82/ an).

On note également que 36% des femmes de 40 à 49 ans se font dépister, ce qui semble exagéré et provoque une exposition inutile aux irradiations ionisantes (0,6 examen/an).

Voir [tableau 9, p. 33](#).

Tableau 9 - Couverture du dépistage du cancer du sein parmi les patientes qui fréquentent le médecin généraliste dans l'année – Population cible (50-69 ans) ou non (40-49 ans) - Entre 2007 et 2008

Dépistage sein 2008 (population cible 1x tous les 2 ans)					
	Femmes âgées de 50 à 69 ans			Femmes âgées de 40 à 49 ans	
	% screening	% Prog/tot	nb moyen ex	% screening	Nb moyen ex
Pop. totale	62%	48%	0,82	36%	0,61
Pop. M.G.	65%	48%	0,82	38%	0,62

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

b. Dépistage recommandé et non organisé : cancer du col de l'utérus

Le dépistage recommandé et non organisé est évalué sur base du cancer du col. Contrairement au cancer du sein, aucun dépistage systématique n'est organisé.

Il est recommandé de dépister **chaque femme asymptomatique âgée de plus de 25 ans une fois tous les trois ans**. Idéalement le nombre d'examens doit se situer un peu au-dessus de 0,3/an. Le médecin généraliste doit encourager les femmes au dépistage.

Parmi les femmes de 25 à 64 ans qui vont chez le généraliste, 61% se font dépister (voir colonne « % dépistage »). Ce pourcentage est légèrement meilleur que dans la population totale des femmes de 25 à 64 ans (59%). La couverture est bien meilleure chez les femmes âgées de moins de 45 ans (70%). La couverture est légèrement meilleure au Sud du pays et à Bruxelles (64%) qu'au Nord (57%).

Voir [tableau 10, p. 34](#).

Le nombre moyen d'examen annuel est de 0,62 (nombre moyen de frottis/an). Les femmes qui se font dépister le font à une trop grande fréquence : un frottis de col est répété en moyenne tous les 19 mois alors qu'un frottis tous les 36 mois suffirait.

Tableau 10 - Couverture du dépistage du cancer du col parmi les patientes de 25-64 ans qui fréquentent le médecin généraliste dans l'année - Entre 2006 et 2008

Dépistage cancer col 2008 (1x tous les 3 ans à partir de 25 ans)		
Femmes de 25 à 64 ans	% dépistage	nb moyen frottis/an
Population totale	59%	0,61
Population M.G.	61%	0,62

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

c. Dépistage non recommandé et non organisé : biologie thyroïdienne chez les patients sans médication thyroïdienne

Le dépistage non recommandé et non organisé est évalué sur base de la prescription de tests de thyroïde chez les patients qui ne sont pas sous traitement thyroïdien.

Le dépistage de troubles de la thyroïde n'est pas recommandé chez le patient asymptomatique, quel que soit son âge ou son sexe.

Chez ces patients qui n'ont aucune prescription de médicaments thyroïdiens, une croissance régulière (en fréquence et en volume) d'examens pratiqués s'observe cependant, quel que soit l'âge ou le sexe. En 2008, 46,3% des patients qui fréquentent un médecin généraliste n'ont reçu aucun examen. Et lorsque l'examen est réalisé, le nombre moyen est de 4,39 sur l'année (dont au moins un dosage de TSH). Le nombre moyen d'examens demandés est passé de 4,12 à 4,39 entre 2006 et 2008.

Voir tableau 11, p. 35.

Sur une période d'observation de trois ans (2006-2008), à peine 23% des patients n'auront pas d'examens de thyroïde, alors que les indications de mise au point sont limitées (symptômes de fatigue chronique, etc.).

Tableau 11 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste sans examen annuel thyroïdien et nombre moyen d'examens thyroïdiens parmi ceux qui ont une biologie thyroïdienne – Évolution 2006-2008

Évaluation de l'absence de screening thyroïdien				
	2006	2007	2008	06 à 08
% d'assurés sans examen	49%	48%	46%	23%
Chez les assurés avec examen :				
Nombre moyen d'examens thyroïdiens	4,12	4,24	4,39	
Nombre moyen de TSH	0,90	0,93	0,96	

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

3. Mise au point diagnostique : imagerie médicale et ionisation d'origine médicale

La mise au point diagnostique est évaluée sur base des prescriptions d'imagerie médicale.

L'ionisation d'origine médicale est particulièrement importante en Belgique, en particulier à cause de l'utilisation du scanner et du nombre de prescriptions d'examens d'imagerie médicale en général. Le niveau d'irradiation se mesure en millisievert (mSv).



Une dose cumulée de 100 mSv sur trois ans représente un risque.

Le médecin généraliste est en partie responsable car, à lui seul, il prescrit près de 25% de l'irradiation totale et 33% de l'irradiation chez les patients ambulants.

Malgré les recommandations en imagerie médicale (publiées en 2002), qui devraient faire baisser l'irradiation d'origine médicale :

- le pourcentage de patients avec un examen d'imagerie médicale augmente (de 49 à 51% depuis 2006)
- le niveau d'irradiation théorique par patient avec examen augmente (de 4,60 à 5,23 mSv/patient examiné)
- le pourcentage de patients qui ont une dose supérieure à 30 mSv augmente également de 5,4% à 6,4%.

Toutefois, le pourcentage de patients qui ont une dose cumulée supérieure à 100 mSv après trois ans reste limité à 0,6%.

Voir tableau 12.

Tableau 12 - Nombre de patients chez le médecin généraliste qui ont une prescription d'imagerie médicale (quel que soit le prescripteur), dose cumulée moyenne annuelle et pourcentage de patients dépassant le seuil de 30 mSv dans l'année (ou 100mSv) – Entre 2006 et 2008

Exposition à l'ionisation d'origine médicale				
indicateurs	2006	2007	2008	2006-08
nb patients avec contact M.G.	183.389	185.310	198.596	198.598
% chroniques	7%	7%	7%	7%
% de patients avec RX	49%	50%	51%	78%
dose moyenne cumulée (patient RX+)	4,60	5,01	5,23	9,11
% patients à risque (dose annuelle >30)	5,4%	6,0%	6,4%	0,6%
Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)				

4. Prescription thérapeutique : prescription d'antibiotiques


La prescription thérapeutique est évaluée sur base de la prescription d'antibiotiques.

Depuis le début des années 2000, les autorités sensibilisent la population et les médecins à la problématique de l'antibiorésistance.

Les antibiotiques ne doivent être prescrits que lorsqu'ils sont vraiment nécessaires et le choix doit s'orienter de préférence vers les **antibiotiques de première intention**. En cas de prescription d'amoxicilline, il faut privilégier les conditionnements sans acide clavulanique.

43% des patients qui consultent le médecin généraliste ont au moins une prescription d'antibiotiques dans l'année. Ce chiffre - élevé - est stable depuis 2006.

Le nombre de jours de traitement est en augmentation (23,9 en 2008 contre 21,2 en 2006). De plus, ce ne sont pas toujours les antibiotiques de première intention qui sont prescrits.

 Par exemple, l'association amoxicilline-acide clavulanique est très souvent prescrite alors que la prescription d'amoxicilline seule suffit (le ratio de 45% est stable depuis 2006).

Toutefois, on observe une amélioration légère en matière de prescriptions d'antibiotiques chez les enfants, tant dans la fréquence de prescription, qui baisse de 51% à 47% entre 2006 et 2008, que dans l'évolution favorable du ratio amoxicilline versus amoxicilline-acide clavulanique qui augmente de 63% à 68%.

Par ailleurs, on constate également des prescriptions exagérées chez les patients de plus de 75 ans dans les maisons de repos par rapport aux patients de plus de 75 ans en général.

Voir tableau 13, p. 38.

Enfin, les prescriptions d'antibiotiques émanant des maisons médicales (M.M.) sont plus conformes aux recommandations.

En résumé, au risque d'augmenter l'antibiorésistance, les antibiotiques continuent à être très fréquemment prescrits. Ils sont également prescrits de manière non judicieuse, malgré des campagnes de sensibilisation à l'attention de la population et des prescripteurs.

Tableau 13 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste avec une prescription annuelle d'antibiotiques (A.B.), nombre de doses journalières annuelles moyennes, ratio amoxicilline/amoxicilline+acide clavulanique, répartition des types d'antibiotiques par patient – Entre 2006 et 2008

Indicateurs	Population totale			0-14 ans			75 + (2008)	2008	
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	Tous assurés	MR-MRS	M.M.
nb patients M.G.	183.389	185.310	198.596	28.634	26.538	25.487	20.435	1.083	4.477
nb patients avec A.B.	78.708	80.512	84.635	14.616	13.181	11.973	9.183	737	1.212
% patients avec A.B.	43%	43%	43%	51%	50%	47%	45%	68%	27%
nb DDD par patient A.B.	21,18	23,00	23,90	11,00	11,30	12,00	33,00	44,60	19,70
% tétracyclines (DDD)			5%			1%	4%	4%	7%
% chloramphenicol			0%			0%	0%	0%	0%
% betalactames			65%			79%	52%	51%	68%
% cotrimoxazole			1%			2%	2%	2%	1%
% macrolides			10%			12%	6%	5%	8%
% aminoglycosides			0%			0%	0%	0%	0%
% quinolones			9%			0%	12%	12%	6%
% autres			10%			5%	23%	27%	11%
% amoxi/(amoxi + amoxiclav)	44%	44%	45%	63%	65%	68%	35%	33%	64%
% sirop/(amoxi + amoxiclav) (0-14 ans)				54%	57%	62%			

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

5. Suivi des patients chroniques

a. Prise en charge globale du patient diabétique

Plusieurs situations permettent d'évaluer la qualité du suivi des patients chroniques, en particulier la prise en charge intégrée et multidisciplinaire du patient diabétique.

Chez un patient diabétique, il est recommandé de suivre au minimum une fois par an, et en tout cas **tous les 15 mois**, le niveau **d'hémoglobine glyquée (HbA1C)**, la **microalbumine** et **la créatinine**. Il est également conseillé de réaliser un fond de l'œil chez l'**ophtalmologue tous les ans** afin de prévenir les complications oculaires.

Sur une période de 15 mois, 95% des patients insulinodépendants ont eu un contrôle de glycémie, 93% un contrôle de créatinine et 56% un contrôle de microalbumine. 57% ont eu un contrôle ophtalmique durant les 12 derniers mois. Sur une période de trois ans, 20% des patients n'ont eu aucune consultation ophtalmologique.

La situation est généralement moins favorable chez les patients qui ne sont pas sous insuline.

La consultation ophtalmologique paraît être difficile pour un tiers des diabétiques. [Voir tableau 14, p. 40.](#)

Tableau 14 - Pourcentage de patients diabétiques (insulino et/ou non insulino-dépendants) chez le médecin généraliste qui ont tous les 15 mois une hémoglobine glyquée, un test de microalbumine, un test de créatinine, chaque année une consultation ophtalmologique, sur une période de trois ans, pour l'année 2008

Diabétiques : suivi			
Indicateurs	Insulino dépendants (ID)	Non Insulino dépendants (NID)	Tous diabétiques
Nombre de diabétiques ID + NID	2.896	8.856	11.752
% diabétiques chez le M.G.	90%	94%	93%
% Hb glyquée (15 mois)	95%	86%	88%
Nombre moyen d'Hb glyquée	2,94	2,05	2,26
% test albumine (15 mois)	56%	23%	31%
Nombre moyen test albumine	0,73	0,27	0,38
% test créatinine (15 mois)	93%	90%	91%
Nombre moyen créatinine	2,88	2,07	2,27
% patients avec ophtalmologue dans les 3 ans	80%	61%	65%
% avec ophtalmologue dans l'année	57%	39%	44%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

b. Prévention chez le patient angoreux

Les démarches de prévention secondaire sont-elles intégrées au suivi des patients chroniques ? Nous analysons cette particularité chez les patients angoreux.

Chez les patients angoreux, **il est recommandé de prescrire des antiagrégants plaquettaires** (sauf contre-indication) ainsi que des hypolipémiants. Une surveillance annuelle des lipides est souhaitable.

La prévention par antiagrégants plaquettaires chez les patients angoreux est satisfaisante (69%), compte tenu du fait qu'une proportion d'entre eux présente des contre-indications. Voir tableau 15.

Tableau 15 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste suivis pour angor avec une prescription d'antiagrégants plaquettaires - Année 2008

Patients angoreux	
Indicateurs	2008
Nombre patients angoreux	3.816
% antiagrégants plaquettaire	69%
% hypolipidémiants	55%
% dosage lipides annuels	69%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

c. Précaution à la mise sous traitement en particulier chez les personnes âgées

Toutes les précautions et vérifications sont-elles prises au début du traitement chez les patients chroniques ? Cette particularité est analysée chez les patients sous antihypertenseurs et en particulier chez les patients qui reçoivent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ainsi que chez les personnes âgées de plus de 75 ans sous antidiurétiques.

Les personnes sous IEC (inhibiteurs d'enzymes de conversion) et les patients âgés sous diurétiques doivent avoir un **dosage de la créatinine** de préférence **dans le mois qui suit le début du traitement**.

35% des patients bénéficient des recommandations de dosage de la créatinine tant après initiation des IEC que chez les patients âgés sous diurétiques. La surveillance pourrait donc être plus rigoureuse. Voir tableau 16 p. 42.

Tableau 16 - Pourcentage de patients chez le médecin généraliste qui ont un test de créatinine dans le mois qui suit le début du traitement, chez les patients avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion et chez les patients âgés de 75 ans et plus sous diurétique, en 2008

Surveillance de la créatinine	
Indicateurs	2008
Nombre nouveaux patients sous IEC depuis 3 ans	21.840
% contrôle créatinine après début	35%
Nombre nouveaux patients > 75 sous diurétique depuis 3 ans	9.460
% contrôle créatinine après début	34%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

d. Surveillance du traitement anticoagulant

Les démarches de surveillance sont elles intégrées au suivi des patients chroniques ? Cette particularité est analysée chez les patients sous anticoagulants.

Chez un patient sous anticoagulants, il est recommandé d'**analyser tous les mois la coagulation**. Le nombre moyen annuel d'examens doit être plus élevé que 12 car au moment de la mise en traitement un contrôle plus fréquent est recommandé.

Le pourcentage de patients sous anticoagulant avec un contrôle mensuel strict est de 35%, ce qui est insuffisant. Voir tableau 17.

Tableau 17 - Pourcentage de patients sous anticoagulant chez le médecin généraliste qui ont un contrôle mensuel de la coagulation - Année 2008

Surveillance coagulation	
Indicateurs	2008
Nombre de patients	2.748
% de patients avec 1 contrôle mensuel	35%
Nombre moyen d'examens annuels	15,8

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

e. Maladies mentales : surveillance du traitement au lithium

Chez un patient sous lithium, il est recommandé de **doser le lithium annuellement**.

80% des patients en bénéficient. La recommandation est mieux appliquée chez les jeunes. Elle est particulièrement mal appliquée dans le Sud du pays. Voir [tableau 18](#).

Tableau 18 - Pourcentage de patients sous lithium chez le médecin généraliste qui ont un contrôle du dosage de lithium - Année 2008

Surveillance patients sous lithium	
Indicateurs	2008
Nombre de patients	153
% avec examen annuel	80%
Nombre moyen d'examens	4,0

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

IV. Comment se situe la médecine générale en matière de capacité et de perfectionnement professionnel ?



La capacité de la médecine générale en ressources humaines est actuellement suffisante mais atteint peu à peu un **seuil critique** :

- La capacité de la médecine générale va se réduire rapidement, sans pouvoir être immédiatement renouvelée, ce qui va probablement modifier fondamentalement la manière d'exercer la médecine générale et peut-être poser des problèmes d'accès aux soins. En effet, les médecins généralistes accepteront-ils encore aussi facilement de nouveaux patients ?
- Des incitatifs importants ont permis de revaloriser la profession. Les généralistes francophones accusent un retard dans l'utilisation de ces nouvelles ressources.

Une nouvelle génération de médecins apparaît : ceux-ci sont plus enclins à s'engager dans de nouvelles initiatives (accréditation, informatisation, médecine de groupe, etc.), mais ils ne sont pas encore assez nombreux pour remplacer la génération plus âgée. Il faut convaincre les nouveaux diplômés de s'engager rapidement et massivement dans la voie de la médecine générale.

Thématiques évaluées :

- capacité médicale
- productivité
- maintien des forces de travail
- médecins en formation
- incitatifs
- perfectionnement professionnel.

1. Capacité médicale : densité

La **capacité médicale** est évaluée sur base de la densité (M.G. actifs/10.000 habitants).

La capacité médicale en médecins généralistes a longtemps été surévaluée. En effet, un grand nombre de médecins généralistes agréés ne travaillent pas ou très peu comme médecin généraliste. (<1.250 contacts par an). La prise en compte de critères réalistes (équivalents temps plein-ETP ou 1.250 contacts par an) ramène la densité à 9,5 par 10.000 habitants alors qu'elle était estimée dans les rapports internationaux (OCDE) au début des années 2000 à 21,1.

Tableau 19 - Nombre de médecins généralistes agréés selon le critère d'activité par catégories de généralistes (2000-2009, régime linguistique, sexe)

Indicateurs	Médicine générale				Régime linguistique		Sexe médecin	
	2000	2004	2008	2009	FR	NL	F	M
nb de M.G. (>1 contact)	13.270	13.984	14.241	14.285	6.666	7.619	4.624	9.660
nb M.G. (>500 contacts)	10.855	10.822	10.567	10.536	4.721	5.815	3.092	7.444
nb M.G. (> 1.250 contacts)	9.976	9.816	9.693	9.676	4.143	5.533	2.757	6.919
nb M.G. ETP lissé	8.515	8.472	8.336	8.642	3.554	5.088	2.367	6.275
% nb M.G. > 500/nb M.G.	82%	77%	74%	74%	71%	76%	67%	77%
% nb M.G. > 1.250/nb M.G.	75%	70%	68%	68%	62%	73%	60%	72%
% nb M.G. ETP/nb M.G.	64%	61%	59%	60%	53%	67%	51%	65%
% de la capacité totale 2009 (> 1 contact)	93%	98%	100%	100%	47%	53%	32%	68%
% de la capacité totale 2009 (> 500 contacts)	103%	103%	100%	100%	45%	55%	29%	71%
% de la capacité totale 2009 (> 1.250 contacts)	103%	101%	100%	100%	43%	57%	28%	72%
% de la capacité totale 2009 (ETP)	99%	98%	96%	100%	41%	59%	27%	73%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

Il y a un médecin généraliste par 1.100 habitants en Belgique. Cette densité est restée constante de 2000 à 2010. En 2010, elle est homogène sur l'ensemble du territoire.

2. Productivité en médecine générale

La **productivité** est évaluée par la taille de la patientèle, le nombre et le type de contacts pour un médecin temps plein.

La pratique évolue fortement :


- la taille de la patientèle grandit (de 802 en 2000 à 1.003 en 2009)
- le nombre de contacts augmente (5.532 à 5.686) : une légère augmentation
- la fréquence des contacts par patient diminue (6,89 à 5,67)
- la structure de l'activité se déplace vers la consultation au détriment des visites (passant de 40% de visites en 2000 à 29% en 2009)
- de plus en plus de médecins exercent la médecine en groupe (¼ des ETP).

Autrement dit, la productivité globale, qui est en croissance régulière depuis 2000, se marque par une augmentation de la patientèle, une baisse du nombre de contacts par patient, une diminution relative des visites et une légère augmentation du nombre total de contacts du médecin généraliste.

Selon la catégorie de médecin, on constate une productivité sensiblement différente :

- les médecins plus âgés sont plus enclins à revoir leurs patients et leur rendent visite plus fréquemment
- les médecins plus jeunes et féminins revoient moins souvent leurs patients et ont des contacts de préférence au cabinet de consultation.

Ces résultats sont bien entendu à croiser avec l'âge de la patientèle (qui évolue en parallèle avec l'âge du médecin).

 Les médecins les plus productifs sont les hommes âgés de 45 à 54 ans, plutôt néerlandophones.

Voir tableau 20, p. 47 et carte 2, p. 48.

Tableau 20 - Indicateurs de productivité en médecine générale par catégorie de médecins généralistes (ETP) - 2000-2009

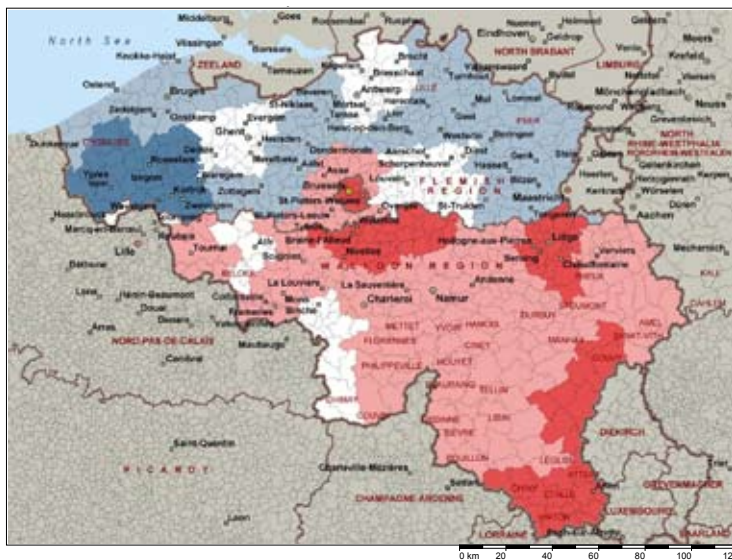
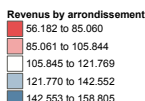
Indicateurs	2000	2004	2008	2009	Sexe F	65+	Classes d'âge du médecin				
							35-	35-44	45-54	55-64	65-74
Nombre de M.G. ETP lissé (sauf M.M.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
% activité				100%	22%	7%	5%	17%	36%	35%	6%
Total Patientèle	802	815	981	1.003	973	768	839	1.015	1.098	986	795
Moyenne DMG	108	353	518	543	461	379	397	530	601	557	399
% DMG/patientèle	13%	43%	53%	54%	47%	49%	47%	52%	55%	56%	50%
Nombre contacts moyen	5.532	5.271	5.512	5.686	5.019	5.072	4.707	5.431	5.996	5.827	5.133
Nombre contacts/patient	6,89	6,47	5,62	5,67	5,16	6,60	5,61	5,35	5,46	5,91	6,46
% visites non urgentes	40%	36%	31%	29%	22%	38%	24%	25%	27%	33%	37%
Total Revenus (en EUR)	74.600	95.980	125.071	135.479	115.468	119.085	111.014	128.805	143.286	139.376	121.026

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

L'analyse par arrondissement illustre le fait que les pratiques ne sont pas homogènes dans le pays : le montant des revenus des médecins généralistes entre arrondissements extrêmes peut varier du simple au double, lié à des différences du simple au double pour la taille de la patientèle (53%) ou au nombre moyen de contacts (43%). Le poids des visites qui peut varier du simple au triple (34%) intervient également. Ces différences, combinées avec une pénétration du DMG très variable entraîne des différences du simple au triple en termes de revenus moyens des médecins généralistes dans le cadre de l'assurance soins de santé (35%).

! Autrement dit, si la densité des médecins généralistes actifs est homogène sur l'ensemble du territoire, la productivité est généralement plus élevée au Nord du pays et plus faible dans le Sud, en particulier dans la province de Luxembourg : la patientèle y est moins importante et le nombre de contacts moyen plus faible. On peut être étonné par les différences importantes de revenus observés entre le Nord et le Sud du pays. Celles-ci s'expliquent essentiellement par un volume d'activité moins élevé et le fait que le Sud est, jusqu'à présent, moins enclin à utiliser le DMG.

Carte 2 - Revenu moyen annuel (AMI) par médecin généraliste (>1.250 contacts/an) - Par arrondissement (2009)

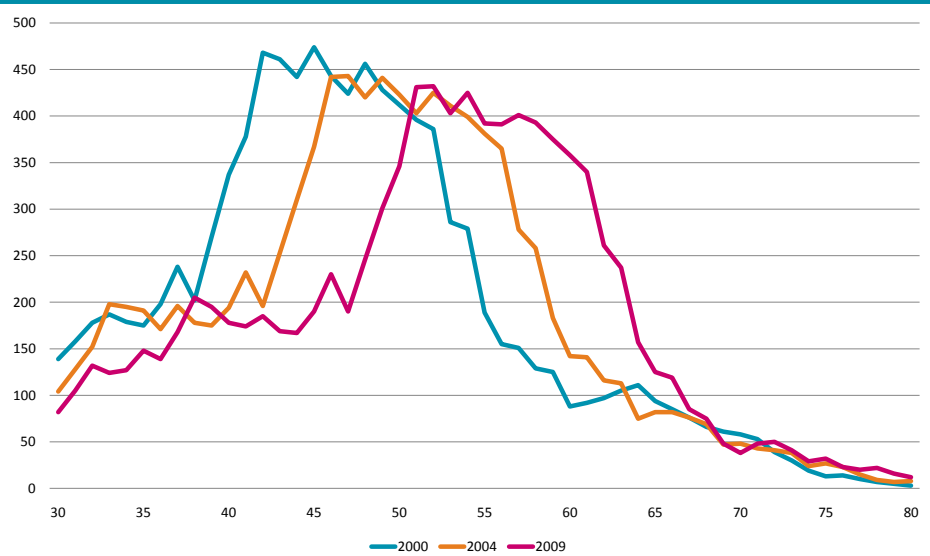


Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

3. Maintien des forces de travail

L'évolution de la cohorte des médecins actifs approche très rapidement de l'âge de la retraite, comme le montrent les courbes superposées des années 2000, 2004 et 2009 des médecins ayant plus de 1.250 contacts. Voir figure 10 et tableau 21, p. 50.

Figure 10 - Répartition par année d'âge des médecins généralistes (>1.250 contacts/an) - comparaison 2000-2004-2009



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

Une autre manière de mesurer cette évolution est de calculer l'âge moyen des médecins généralistes en activité. L'âge moyen des médecins équivalents temps plein (ETP), est actuellement de 51,4 ans. Cet âge moyen croit très rapidement depuis 2000, où il était de 47,3 ans.



Un âge moyen en croissance signifie que la cohorte des nouveaux venus est insuffisante pour remplacer les médecins qui cessent leur activité.

Deux autres phénomènes importants peuvent être observés :

- Le nombre de médecins âgés de 65 ans et plus encore actifs n'est pas négligeable. Beaucoup de médecins prolongent leur activité au-delà de 65 ans et représentent 7,7% des ETP. Cette catégorie est aussi importante que la catégorie des médecins âgés de moins de 35 ans.
- La différence d'âge moyen entre hommes et femmes. Les médecins âgés actifs sont essentiellement masculins et sont remplacés par une cohorte mixte, majoritairement féminine, comme le montre la diminution de la part des hommes dans les classes d'âge plus jeunes. Autrement dit, la féminisation, qui est une réalité, est surtout liée à la diminution des médecins masculins qui ne sont pas remplacés, comme le montre le graphique ci-après. Cette féminisation qui s'intensifie (28% des médecins actifs à temps plein) va modifier la pratique : les femmes médecins ont de plus petites patientèles et font beaucoup moins de visites.

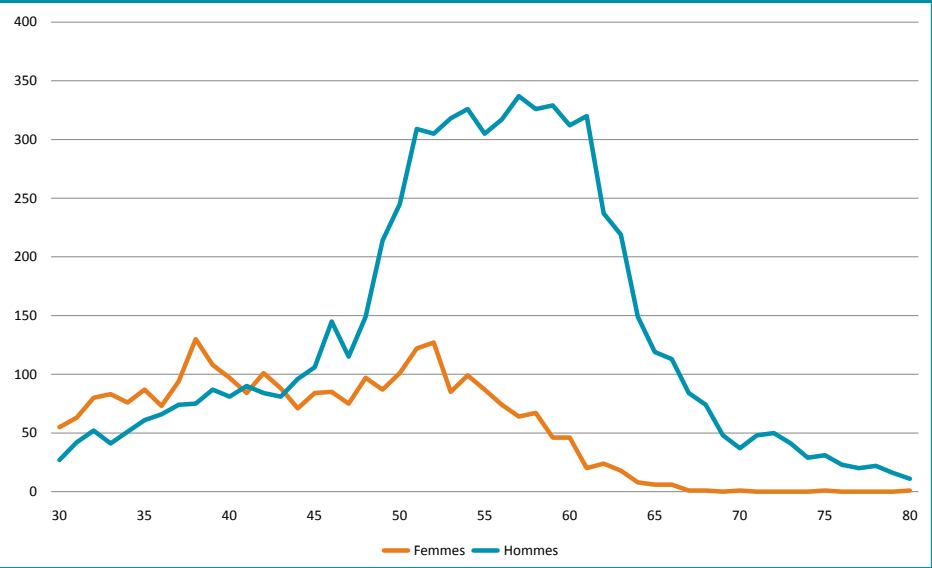
Voir figure 11, p. 51.

Tableau 21 - Âge moyen des médecins généralistes (ETP), pourcentage de médecins généralistes de 65 ans et plus, pourcentage d'hommes - 2000-2009

Indicateurs	2000	2004	2008	2009	Sexe	Classes d'âge médecin					
						F	65+	35-	35-44	45-54	55-64
Nombre de M.G. ETP lissé (sauf M.M.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
Âge moyen	47,3	49,2	51,3	51,4	44,6						
% 65+	6%	6%	8%	8%	1%						
% sexe masculin	81%	77%	74%	73%		98%	40%	48%	72%	88%	98%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

Figure 11 - Répartition des médecins généralistes par âge, par sexe (>1.250 contacts/an) - Année 2009



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

4. Médecins généralistes en formation

Le recrutement des médecins généralistes est problématique. Le non remplacement des médecins généralistes âgés est directement lié aux nouveaux médecins qui s'engagent dans la profession et, parmi ceux-ci, au pourcentage de ceux qui s'engagent en médecine générale.

Le pourcentage de généralistes nouvellement diplômés est calculé en rapportant le nombre de diplômés qui s'engagent en médecine générale sur l'ensemble des diplômés qui font une spécialisation dans les deux années qui suivent le diplôme (à la fin du cycle de sept ans d'études). Ce pourcentage est actuellement de 30%. Il était de 39% en 1996. Voir tableau 22 et figure 12 p. 54.

Tableau 22 - Evolution entre 1996 et 2008 des diplômés en médecine selon le type de spécialisation dans les deux années qui suivent leur diplôme

Diplômés < 2 ans	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
nb de médecins (après 7 ans)	2.253	2.311	2.198	2.190	1.988	1.541	1.803
nb médecins non spécialisés	850	855	873	800	750	277	367
% non spécialisés	38%	37%	40%	37%	38%	18%	20%
nb médecins qui se spécialisent (M.G.+M.S.)	1.403	1.456	1.325	1.390	1.238	1.264	1.436
nb médecins spécialistes	856	898	829	905	763	869	1.004
nb médecins généralistes	547	558	496	485	475	395	432
% M.G./M.G. + M.S.	39%	38%	37%	35%	38%	31%	30%
Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)							

Sur la période 1996 – 2008, on observe que le nombre de médecins diplômés (après les sept années d'étude) diminue régulièrement jusqu'en 2006. Ce phénomène est compensé par un nombre relativement constant de médecins qui se spécialisent. Par contre, le nombre de médecins spécialistes en formation croît régulièrement (sauf en 2004) et particulièrement entre 2006 et 2008. Enfin, le nombre de médecins généralistes en formation diminue régulièrement avant une amorce de reprise en 2008.

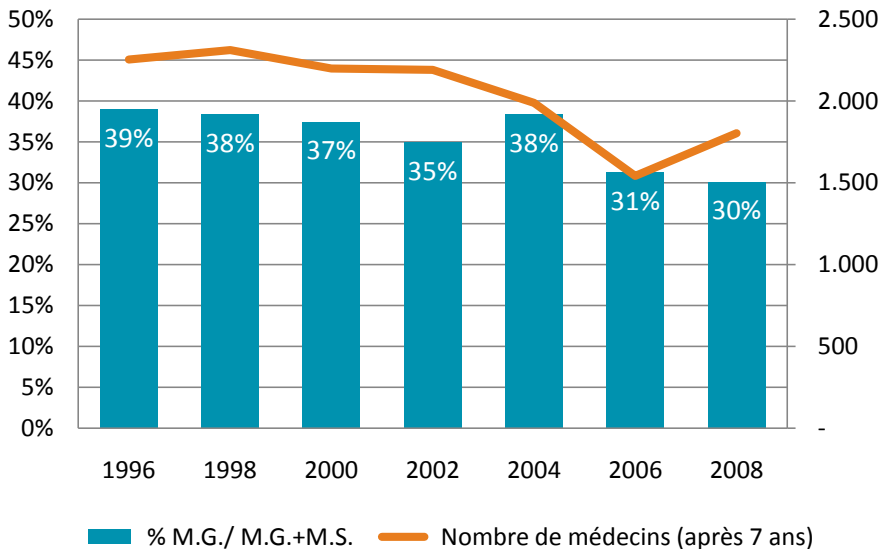


La diminution des médecins généralistes en formation est liée non pas à la limitation du nombre de diplômés (qui a principalement contribué à diminuer le pourcentage de médecins nouvellement diplômés non actifs), mais à l'attraction particulière de la médecine spécialisée au détriment de la médecine générale. Le pourcentage de médecins nouvellement diplômés qui s'engage en médecine générale a baissé régulièrement depuis 2000 au profit des spécialistes.

En résumé, le renouvellement des effectifs pose problème. La population de médecins généralistes vieillit : 34% de l'effectif actif actuel est âgé de 54 à 64 ans et arrive à l'âge de la retraite.

Il ne sera pas rapidement remplacé (l'effectif des moins de 45 ans représentent à peine 25% de l'activité actuelle) car on observe en parallèle un recrutement décroissant d'effectifs et une féminisation de la profession.

Figure 12 - Evolution entre 1996 et 2008 de la proportion de diplômés en médecine qui s'inscrivent dans la filière généraliste par rapport à l'ensemble des médecins qui s'inscrivent dans une spécialisation (générale ou autre spécialisation)



Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

5. Incitatifs et encouragements à la médecine générale

Les revenus des médecins généralistes ont été très fortement revalorisés en comparaison avec les autres professions de la santé (8%/an depuis 2000). Cela a permis de les amener au même niveau de rémunération que les autres spécialités médicales non chirurgicales.

Voir tableau 23, p. 55.

Tableau 23 - Comparaison et évolution 2000-2009 des revenus médians des médecins âgés de 45 à 54 ans par type de spécialité - en EUR

Catégories de professionnels	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médecine générale	56.274	58.324	60.040	66.009	71.206	74.728	79.305	83.288	92.084	99.559
Pédiatrie	68.271	69.192	64.947	71.428	79.378	85.111	86.088	93.085	99.132	107.134
Gynécologie	123.084	131.395	127.295	134.849	136.956	139.254	148.756	150.298	160.405	177.904
Psychiatrie	77.607	81.643	84.570	86.038	91.905	89.916	89.016	89.856	95.204	100.025
Médecine interne générale	137.647	145.690	142.440	143.334	158.359	157.832	164.269	176.293	182.992	161.084
Chirurgie générale	147.717	141.655	145.376	159.121	172.255	175.655	181.373	188.413	201.977	207.339

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

La revalorisation porte sur de nouvelles activités (principalement la fidélisation des patients financée à la capitation (DMG) qui représente 11% du revenu). Un certain degré de forfaitarisation apparaît également mais est négligeable dans la part des revenus totaux (2%).

Voir tableau 24, p. 56.

Tableau 24 - Structure de financement de la médecine générale**Structure de rémunération des médecins généralistes**

Composition	2006	2007	2008	2009	2010
Rémunération à l'acte	92%	91%	89%	89%	88%
Dont ticket modérateur	18%	17%	16%	16%	15%
Dont paiement par l'assurance maladie	74%	74%	73%	73%	73%
Consultation	41%	42%	42%	43%	43%
Visites	23%	22%	21%	20%	19%
Visites avec suppléments	10%	10%	10%	9%	9%
Expérience poste de garde	0%	0%	0%	0%	0%
Suppléments d'urgence (consultations)	0%	0%	0%	0%	0%
Suppléments d'urgence (visites)	0%	0%	0%	0%	0%
Déplacements avis	0%	0%	0%	0%	0%
Rémunération à la capitation	7%	8%	9%	10%	11%
Trajets de soins	0%	0%	0%	0%	0%
Passeports diabète	0%	0%	0%	0%	0%
Trajet de soins diabète	0%	0%	0%	0%	0%
Trajet de soins insuffisance rénale	0%	0%	0%	0%	0%
DMG	7%	8%	9%	9%	10%
Ouverture	5%	5%	7%	7%	7%
Prolongation administrative	2%	2%	2%	2%	3%
Rémunération au forfait	2%	2%	2%	2%	2%

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

6. Perfectionnement professionnel : accréditation et informatisation

Les indicateurs de professionnalisme permettent de savoir dans quelle mesure les médecins :

- remettent leur pratique en question
- sont ouverts à l'évaluation, à l'innovation, à la formation continue
- sont impliqués dans la promotion de la profession
- participent à l'organisation collective de la première ligne de soins.

Les médecins généralistes bénéficient de mesures d'encouragement afin de relever les défis de formation continue, d'informatisation et de pratique partagée. Beaucoup de ces initiatives sont récentes et ne peuvent pas encore être correctement étudiées.

Faute de mieux, les indicateurs sélectionnés sont le pourcentage de médecins accrédités et le degré d'informatisation.

Le dispositif de l'accréditation est largement suivi (91%) en 2009. Un programme d'informatisation (75% des médecins perçoivent une prime informatique en 2009) et de mise à disposition de recommandations de bonnes pratiques par les sociétés scientifiques l'a complété.

Ces programmes pénètrent plus facilement chez les jeunes médecins (97% sont accrédités et 89% reçoivent la prime informatique).

D'une manière générale, on constate aussi que Bruxelles et le Sud du pays bénéficient moins de ces incitatifs : 84% de médecins sont accrédités, 60% demandent la prime informatique, 34% des patients ont un DMG, etc. [Voir tableau 25 p. 58.](#)

Tableau 25 - Indicateurs de perfectionnement professionnel chez les médecins généralistes (ETP) - 2000-2009

Indicateurs	2000	2004	2008	2009	Sexe		Classe d'âge médecin					
					F	65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74	
Nombre de M.G. ETP lissé (sauf M.M.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545	
% conventionnés	84%	78%	83%	84%	87%	79%	93%	87%	82%	82%	80%	
% accrédités	89%	90%	92%	91%	93%	86%	97%	90%	92%	92%	89%	
% statut social	77%	73%	79%	80%	83%	63%	92%	85%	79%	78%	67%	
% inscrits garde		78%	85%	84%	87%	38%	94%	91%	89%	84%	43%	
% prime informatique		61%	72%	75%	79%	44%	89%	84%	79%	70%	49%	
% maître de stage	6%	11%	10%	11%	10%	4%	1%	9%	13%	13%	5%	
% pratique de groupe				27%	41%	11%	64%	41%	22%	19%	11%	

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ)

V. Que faut-il faire pour maintenir et améliorer la performance de la médecine générale ?

Trois axes de réflexion se dessinent.

1. La pratique de la médecine générale est essentielle pour garantir la santé de proximité. Elle est reconnue comme telle par la population. Bruxelles présente toutefois un déficit de fréquentation de 20% en première ligne. Une analyse approfondie de la non-fréquentation d'une partie de la population y semble donc justifié. Certains arrondissements comptent peu de médecins conventionnés. Il convient de vérifier si les assurés y bénéficient d'une sécurité tarifaire acceptable.

Le fait d'avoir un médecin généraliste attitré (Dossier Médical Global - DMG) semble un facteur positif de structuration de la première ligne de soins. Bien que le nombre de DMG augmente dans toutes les catégories d'assurés, la Wallonie et Bruxelles accusent toutefois un retard important auquel il convient de remédier, éventuellement par une sensibilisation ciblée des populations concernées.

2. La médecine générale est une pratique complexe, touchant la prévention, la sensibilisation au dépistage, la prise en charge des pathologies aiguës, la mise au point et le suivi de malades chroniques. Cette pratique pourrait être plus rigoureuse afin d'être plus efficace et surtout plus efficiente. Au niveau locorégional, une diffusion large de recommandations adaptées à la médecine générale et acceptées par les médecins généralistes pourrait améliorer la situation. Les programmes de « formation continue » largement suivis pourraient y contribuer, de même que :

- l'informatisation (déjà largement présente),
- l'intervention qui peut être favorisée par les GLEMS, les pratiques de groupe et soutenue par les cercles et les sociétés scientifiques de médecine générale.

Dans des cas ponctuels de pathologies fréquentes et complexes, des programmes structurés à l'image de ce qui se fait pour le diabète pourraient favoriser le suivi des recommandations.

3. En terme de pérennité, il convient de prendre conscience rapidement que la médecine générale va devoir faire face très rapidement à la réduction prévisible de l'activité de la génération des médecins qui ont actuellement 55 à 64 ans qui produit un tiers de l'activité actuelle. Or, les effectifs des générations plus récentes ne seront pas suffisants pour remplacer cette perte d'activité, ce qui pourrait considérablement modifier la manière de pratiquer la médecine de première ligne. Des mesures d'encouragement à ne pas abandonner la profession sont un premier pas qui doit être rapidement suivi de mesures d'encouragement fortes pour que les médecins actuellement en formation s'orientent comme par le passé vers la médecine générale.

Annexes

Résumés du “balanced scorecard 2012”

Figure 13 - Résumé des résultats de l'axe “focus patient”

Codes des symboles:							
	Résultat observé	Appréciation	Homogénéité géographique	Inégalités	Tendance	CONCLUSION	
1. FOCUS PATIENT ACCESSIBILITÉ CONTINUITÉ ACCEPTABILITÉ							Priorités : Bruxelles, DMG, MRS/MRPA
1. Indice de satisfaction et report de soins	70-90% 14%						Vérifier les raisons de report de soins
2. Accessibilité financière et sécurité tarifaire (ex: niveau du ticket modérateur)	143€/pat.						Le MAF compense-t-il suffisamment?
3. Utilisation de la 1 ^{re} ligne (% sans contact % sans contact M.G.)	7,9/10.000 hab. 12% 21%						Vérifier si l'accessibilité financière est garantie dans les zones à densité de conventionnés faibles Etudier les raisons de déficit de fréquentation sur Bruxelles
4. Taux de fréquentation	4,28						Vérifier si les visites sont effectuées chez les personnes à mobilité réduite Améliorer l'accès aux spécialistes et dentistes dans les MRS/MRPA
5. Abonnement chez un M.G. attiré (DMG)	46%						Sensibilisation de la population aux avantages du DMG

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDO)

Figure 14 - Résumé des résultats de l'axe "Prise en charge appropriée, de qualité, sûre et efficiente"

	Résultat observé	Appréciation	Homogénéité géographique	Inégalités	Tendance	CONCLUSION	Actions proposées
2. QUALITÉ PERTINENCE SÉCURITÉ EFFICIENCE							Priorités : diffusion des guidelines , feedbacks, sensibilisation (safety et efficience)
6. Prévention (ex: vaccination grippe)	73%						Surveiller
7. Dépistage recommandé et organisé (ex: sein)							Sensibilisation des prescripteurs au programme organisé Sensibiliser les femmes âgées Améliorer la communication gynécologues-généralistes
8. dépistage recommandé et non organisé (ex: col)	62% 48%						Améliorer la communication gynécologues-généralistes, Sensibiliser les femmes âgées
9. Prescription diagnostique (ex: imagerie médicale)							Sensibilisation des prescripteurs , de la population, Diffusion des guidelines
% patients avec imagerie dose moyenne	51%						
% personnes surexposées/an	5,23 6,4%						
10. Dépistage opportuniste inadéquat (ex: thyroïde)							Sensibilisation des prescripteurs aux examens inutiles Diffusion des guidelines
% d'assurés avec un test en 3 ans	75%						

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDO)

Figure 14 - Résumé des résultats de l'axe "Prise en charge appropriée, de qualité, sûre et efficiente" - (Suite)

Codes des symboles:	+		-		=		+		-		=	
	○	+	○	+	○	+	○	+	○	+	○	+
	Appréciation	Homogénéité	Inégalités	Tendance	CONCLUSIO N	Actions proposées						
2. QUALITÉ PERTINENCE SÉCURITE EFFICIENCE												
11. Prescription thérapeutique (ex: AB) patients avec une prescription Dose annuelle (en jours) ratio amoxy/amoxy + clav	43% 23,9 45%	○	○	○	○	Priorités : diffusion des guidelines , feedbacks, sensibilisation (safety et efficience)	Sensibilisation des prescripteurs et de la population à l'antibiorésistance Diffusion des guidelines					
12. Suivi des chroniques : suivi global (ex: diabète) hémoglobine glyquée tous les 15 mois micro-albumine tous les 15 mois créatinine tous les 15 mois % sans ophtalmo en 3 ans	88% 31% 91% 35% 69%	○	○	○	○		Améliorer l'accès aux spécialistes dans les MRS/MRPA					
13. Suivi chronique : prévention (ex: antiagrégants sous angor)		○			○		Diffusion des guidelines					
14. Suivi chronique : précaution (ex: créatinine en début de traitement)	35%	○			○		Diffusion des guidelines					
15. Surveillance (ex: anticoagulants et surveillance mensuelle)	35%	○			○		Diffusion des guidelines					

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDO)

Figure 15 - Résumé des résultats de l'axe "capacité et perfectionnement professionnel"

	Résultat observé	Appréciation	Homogénéité	Inégalités	Tendance	CONCLUSIO N	Actions proposées
3. ADÉQUATION DE L'OFFRE FORCE DE TRAVAIL PRODUCTIVITÉ FINANCEMENT GOUVERNANCE							
17. Densité médicale	9,5						Priorités : renouvellement des effectifs, différence Nord-Sud
18. Productivité (taille de la patientèle volume de travail nb de contacts)	998 5664						Vérifier si le maintien d'activité des médecins de plus de 65 ans répond à un besoin et pourquoi l'implantation des femmes n'est pas homogène
19- 20 Renouvellement des effectifs (âge moyen)	51,3						Vérifier si l'amélioration de la productivité est en adéquation avec les besoins Task force ?
21. Incitatifs (évolution du revenu médian)	99.559 €						Sensibilisation des médecins concernés
22. Perfectionnement professionnel (ex: accréditation (informatisation))	91% 64%						Sensibilisation des médecins concernés

Source : INAMI – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDO)

Liste des abréviations

A.B.	Antibiotiques
AMI	Assurance maladie-invalidité
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
BPCO	Bronchite pulmonaire chronique obstructive
CHF	Décompensation cardiaque
CNPQ	Conseil national de promotion de la qualité
DDD	Defined daily dosis : dose d'entretien moyenne supposée, par jour, pour un médicament, utilisée chez l'adulte
DMG	Dossier médical global
ETP	Equivalent temps plein
GLEM	Groupe local d'évaluation médicale
G.P.	General practitioner (médecin généraliste)
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INH	Inhabitants (habitants)
ISP	Institut scientifique de Santé Publique
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAF	maximum à facturer
M.G.	Médecin généraliste
M.M.	Maison médicale
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
M.S.	médecin spécialiste
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
T.M.	Ticket modérateur

Légende des tableaux



Dans les tableaux de cette brochure :

- le **rouge** exprime un résultat plus mauvais ou inférieur
- le **vert** exprime un résultat positif ou supérieur
- l'**orange** et le **jaune** expriment un résultat intermédiaire.

Bibliographie

Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C. Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2009. KCE Reports 128B(D/2010/10.273/26)

Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J-B, et al. Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique : status quo ou quo vadis ? Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE Reports 76B (D/2008/10.273/19)

Enquête de santé par interview Belgique 2008, service d'épidémiologie 2008, Bruxelles, Institut scientifique de santé publique

Indicateurs de qualité cliniques

Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C, Paulus D, Leys M, Ramaekers D, et al. Indicateurs de qualité cliniques. Objective Elements - Communication (OEC). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 41B (D/2006/10.273/44)

Annemans L, Closos J-P, Closos M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, et al. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 85B (D/2008/10.273/50)

Remmen R, Damen A, Vinck I, Piérart J, de Burbure C, Pestiaux D, Couttenye MM, Paulus D. Critères de qualité pour les lieux de stage des candidats-médecins généralistes et candidats-spécialistes. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 130B. D/2010/10.273/34.

Analyses de biologie clinique en médecine générale

De Sutter A., Van den Bruel A., Devriese S., Mambourg F., Van Gaever V., Verstraete A., Huybrechts M. Analyses de biologie clinique en médecine générale. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 59B (D/2006/10.273/25).

De Laet C, Neyt M, Van Brabant H, Ramaekers D. Rapid Assessment: Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 52 B (D/2007/10.273/04)

Lombalgie chronique

Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Lombalgie chronique. Good Clinical practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 48 B (D/2006/10.273/64).

Qualité et organisation des soins du diabète de type 2

Mathieu C, Nobels F, Peeters G et al. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; mai 2006. KCE reports vol. 27B. Ref. D/2006/10.273/08.

Dépistage du cancer du sein

Paulus D, Mambourg F, Bonneux Luc . Dépistage du cancer du sein. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2005 avril. KCE Reports vol. 11B. Ref. D/2005/10.273/06.

Mambourg F, Robays J, Camberlin C, Vlayen J, Gailly J. Dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE). 2010. KCE Reports vol 129B. D2010/10.273/29

Heymans I, Van Linden A, Mambourg F, Leys M. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation .– Rapport de recherche : partie II. KCE reports vol. 32B. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; Mai 2006. Ref. D/2006/10.273/20.

Van Linden A, Heymans I, Mambourg F, Leys M, De Prins L, Dieleman P, Mensaert A, Vanhalewyn M. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation .– Rapport de recherche: partie 1. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); Avril 2005. KCE Reports vol. 9B. Ref.D/2005/10.273/02.

Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? . Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 90B (D/2008/10.273/64)

L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis

Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 72B D/2008/10.273/08

Borgermans L, Dubois C, Rieppi S, Vanhaeren S, Geukens N, Fallon C, Claisse F, Massart C, Brunet S, Kohn L, Piérart J, Paulus D. Impact du visiteur médical indépendant sur la pratique des médecins de première ligne. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 125B. D/2010/10.273/15

Annelies Van Linden, Sylviane Carbonnelle, Laurence Kohn, Françoise Mambourg, Dirk Ramaekers, et al. Valeur en termes de données probantes des informations écrites de l'industrie pharmaceutique destinées aux médecins généralistes, Good Clinical Practise (GCP) Bruxelles: Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 55B D2007/10.273/13

Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile

Spinewine A, Foulon V, Claeys C, De Lepeleire J, Chevalier P, Desplenter F, De Winter S, Dumont C, Lacour V, Simoens S, Dubois C, Paulus D. Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 131B. D/2010/10.273/38

Vrijens F, Van de Voorde C, Farfan-Portet MI, le Polain M, Lohest O. Le système du prix de référence et les différences socio-économiques dans l'utilisation des médicaments moins onéreux. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE reports 126B. D/2010/10.273/19

Kringos DS, Boerma WG & all NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, Netherlands

Éditeur responsable
J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation
Service des soins de santé de l'INAMI

Design graphique
Cellule communication INAMI

Date de publication
Février 2013

Dépot légal
D/2013/0401/6