

# Médecine générale en Belgique : forces et faiblesses. Apport potentiel du dossier patient informatisé

***GP practice in Belgium : strengths and weaknesses. Potential improvement by electronic patient record***

***P. Meeus, X. Van Aubel et M. Daubie***

Direction Recherche, Développement et Promotion de la Qualité, Service des Soins de Santé, Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI)

## RESUME

*En juillet 2012, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) a publié un rapport sur la performance de la médecine générale en Belgique, réalisé sous l'égide du Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) à l'intention des décideurs et des médecins généralistes. L'objectif de cet article est de résumer cette performance en soulignant ses forces et ses faiblesses. Les conclusions principales sont la grande satisfaction de la population, une bonne accessibilité et le rôle central du médecin généraliste. Des faiblesses sont notées dans le domaine de l'assurance qualité et de la pérennité du système. Des pistes de solutions sont tracées. Parmi celles-ci, le dossier médical informatisé (DMI), qui par l'ensemble des fonctions qu'il assure, pourrait combler bon nombre de lacunes observées.*

*Rev Med Brux 2012 ; 33 : 407-15*

## ABSTRACT

*In July 2012, NIHDI (National Institute for Health and Disease Insurance) has published a GP's performance report under the umbrella of the quality promotion Council, addressed to policymakers, stake holders and general practitioners (GP). This article is summarizing the performance measurement, strengths and weaknesses. Main findings are a pretty high level of population satisfaction, a good accessibility and the central role of GP's within the health organization. The report points out weaknesses in quality variation and sustainability. Electronic medical file could be helpful to improve quality.*

*Rev Med Brux 2012 ; 33 : 407-15*

*Key words : GP, performance, quality, guidelines, accessibility, efficiency, sustainability, indicator*

## CONCEPT ET METHODE

Pour garantir et maintenir une médecine générale performante en Belgique, celle-ci doit être accessible, acceptable et exercée par des médecins qualifiés, ouverts aux évolutions de la médecine moderne, sensibles à la multidisciplinarité et à la gestion informatisée de l'information, ayant le souci de la pérennité du système.

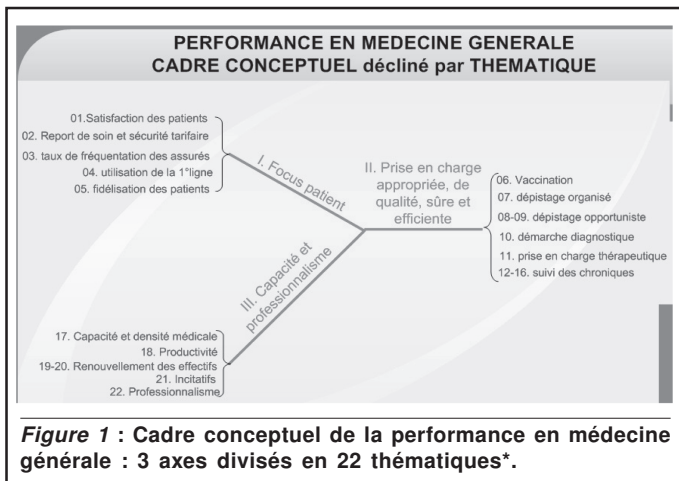
L'équilibre entre ces concepts est schématisé sous forme d'un *balanced scorecard* en 3 axes qui mettent l'accent sur 3 exigences principales (figure 1) :

1. une réponse durable aux besoins de santé et de proximité de la population (*focus patient*) ;

2. une prise en charge appropriée, de qualité, sûre et efficiente ;
3. une capacité suffisante et du professionnalisme.

Chacun des axes sous-entend les valeurs du système :

- l'axe " patient " sous-entend des valeurs d'accessibilité géographique et financière, d'*empowerment* du patient, de satisfaction, de continuité et d'intégration des soins ;
- l'axe " prise en charge appropriée " sous-entend une prise en charge appropriée, efficiente, de qualité et sûre ;
- l'axe " capacité et professionnalisme " sous-entend des effectifs adéquats, compétents et motivés.



Chacun des trois axes est divisé en thématiques importantes ou prioritaires, sélectionnées par les experts en médecine générale du Conseil national de la promotion de la qualité. Un nombre limité d'indicateurs évalue chacune de ces 22 thématiques. Ces indicateurs ont été sélectionnés sur base des indicateurs identifiés dans les rapports du Centre d'expertise des soins de santé (KCE) et de NIVEL.

Différentes bases de données de l'INAMI ont été exploitées pour mesurer ces indicateurs, à savoir :

- les banques de données de production qui détaillent les actes prestés et prescrits par les professionnels (tels que les fichiers N et P, PAT, Pharmanet, PH, SHA), par institution (ADH, RHM), ou par bénéficiaire (échantillon permanent) ;
- les données signalétiques qui caractérisent les professionnels de santé (complétées par les situations d'activité) ;
- l'enquête de santé par interview réalisée par l'Institut de Santé Publique a été utilisée pour mesurer la satisfaction de la population.

## RESULTATS

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

Plusieurs thématiques ont été évaluées afin de répondre à cette question :

- taux de satisfaction des patients vis-à-vis des médecins généralistes ;
- report de soins, accessibilité financière, et sécurité tarifaire ;
- taux de fréquentation et type de contacts chez le médecin généraliste ;
- utilisation de la première ligne de soins ;
- fidélisation des patients chez un médecin généraliste.

En résumé :

1. La population semble satisfaite de son médecin généraliste (95 % de la population est satisfaite).
2. La participation financière directe des assurés aux dépenses de santé ne semble pas être une barrière à l'accès : on ne constate pas de différence de consommation selon les types d'assurés depuis que

les indépendants sont couverts également pour les "petits risques". 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, en particulier pour les patients chroniques dont le montant cumulé de la participation financière peut être relativement élevé, malgré des mécanismes atténuateurs tels que le MAF (maximum à facturer).

3. La population privilégie le contact avec le médecin généraliste. En effet, 95 % des assurés qui ont un contact ambulatoire avec un médecin, ont un contact avec un médecin généraliste (en consultation ou en visite) (tableau 1). Rares sont les patients qui consultent uniquement le spécialiste, quels que soient la catégorie d'assurés, le sexe, l'âge, la région ou la province. Toutefois, plusieurs signes témoignent d'un problème potentiel à Bruxelles.
4. La fidélisation chez le médecin généraliste matérialisée par un dossier médical global (DMG) s'élevait 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 %). Bien qu'en croissance dans toutes les catégories d'assurés, avec une couverture 2 fois moins importante qu'en Flandre, la Wallonie et Bruxelles accusent un retard important auquel il convient de remédier.
5. Le dossier médical global (DMG) semble un facteur positif de structuration de la première ligne de soins et de l'utilisation des soins spécialisés.

**Tableau 1 : Pourcentage d'assurés sans contact ambulatoire avec un médecin (consultation ou visite) et % d'assurés avec contact avec le médecin généraliste par type d'assuré (évolution 06-08)\*.**

Fréquentation ambulatoire				
Indicateur	06=>08	2006	2007	2008
% assurés sans contacts	5%	19%	19%	12%
% assuré avec contact MG	91%	73%	74%	79%
% patients(=assurés avec contact) qui consultent un MG	95%	91%	91%	90%

Le fait d'avoir un médecin traitant attiré (DMG) pour les patients qui ont au moins un contact dans l'année avec les services ambulatoires, augmente le nombre annuel de contact totaux (10,47 contre 6,76), le nombre de contacts avec le généraliste (7,42 contre 4,66), le pourcentage de patients qui ont un contact avec le spécialiste (67 % contre 54 %), mais diminue la fréquence des contacts avec le spécialiste (4,29 contre 4,86) et la fréquence des recours aux urgences (0,18 contre 0,22), quel que soit le type ou la catégorie d'assurés.

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

Plusieurs situations concrètes ont été mesurées

\*Source pour les tableaux 1 à 12 et la figure 1 : INAMI - 2012 - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Promotion de la Qualité (RDQ).

afin de répondre à cette question :

- la prévention et le dépistage ;
- la mise au point diagnostique ;
- la prescription thérapeutique ;
- le suivi des patients chroniques.

*Les démarches préventives sont correctement appliquées en ce qui concerne la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées*

La couverture est meilleure chez les patients qui consultent le médecin généraliste que dans la population générale (70 % en 2008) (tableau 2). La couverture des patients à risque est également satisfaisante. Par exemple, le taux de vaccination des assurés qui ont une affection pulmonaire chronique (BPCO/asthme) est de 83 %. La couverture dans les maisons de repos (MRPA et MRS) est très élevée (96 %), ce qui est très rassurant.

**Tableau 2 : Couverture vaccinale contre la grippe des assurés parmi les patients de 65 ans et plus qui fréquentent le médecin généraliste dans l'année entre 2006 et 2008, par type d'assurés (chroniques, maison de repos et type de prescription)\*.**

% vaccinés GRIPPE > 65 ans	2006	2007	2008
population totale	68%	67%	66%
assurés chez le GP	73%	72%	70%
chroniques	83%	81%	80%
maison de repos et de soins	100%	97%	96%
antiacides	84%	83%	82%
CHF	87%	87%	87%
BPCO / asthme	83%	83%	83%
diabète	84%	83%	83%

*Les démarches de screening pourraient être plus efficaces et surtout plus efficaces*

Les patientes qui fréquentent le généraliste ont un niveau de dépistage de 59 % pour le cancer du col, de 65 % pour le cancer du sein. Les femmes de 50 à 69 ans ne sont pas toujours encouragées à suivre les programmes officiels (48 % seulement du dépistage du cancer du sein se fait par le programme officiel).

Les personnes qui se font dépister (en dehors d'un programme officiel) le font à une trop grande fréquence : par exemple, les femmes de 25 à 64 ans qui ont un frottis de col le répètent en moyenne tous les 19 mois alors qu'un frottis tous les 36 mois devrait suffire.

Les femmes qui ne font pas partie de la population cible sont souvent trop dépistées : par exemple 36 % des femmes de 40 à 49 ans subissent

des mammographies (tableau 3).

Pour ces deux types de cancer, le rôle du médecin généraliste est essentiel tant par la sensibilisation des patientes que par une meilleure collaboration avec les gynécologues.

*La mise au point diagnostique est évaluée sur base des prescriptions d'imagerie médicale et de biologie clinique. Les prescriptions observées sont bien au-dessus de ce que l'on peut attendre si l'on suit les recommandations du secteur*

La consommation appropriée d'imagerie se mesure en calculant le niveau théorique d'exposition aux rayons ionisants d'origine médicale. Le niveau d'irradiation se mesure en millisievert (mSv). Une dose cumulée de 100 mSv sur 3 ans représente un risque (soit 30 mSv/an). Cette ionisation d'origine médicale est particulièrement importante en Belgique, en particulier à cause de l'utilisation du scanner et des prescriptions d'examens d'imagerie médicale en général.

Malgré les recommandations en imagerie (publiées en 2002), qui devraient faire baisser l'irradiation d'origine médicale (tableau 4) :

- le pourcentage de patients avec un examen d'imagerie augmente (de 49 à 51 % depuis 2006) ;
- le niveau d'irradiation théorique par patient avec examen augmente (de 4,6 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 3 ans reste limité à 0,6 %.

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.

La situation est identique en biologie clinique qui est évaluée sur base de la prescription de tests de thyroïde chez les patients qui ne sont pas sous traitement thyroïdien. En effet, 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, nous observons cependant une croissance régulière d'examens

**Tableau 3 : 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 GP	65%	48%	0,82	38%	0,62

**Tableau 4 : Pourcentage de patients chez le médecin généraliste qui ont une prescription d'imagerie (quel que soit le prescripteur), dose cumulée moyenne annuelle et pourcentage de patients dépassant le seuil de 30 mSV dans l'année (ou 100 mSv entre 2006 et 2008)\*.**

Indicateur	2006-08	2006	2007	2008
nb patients avec contact GP	198598	183389	185310	198596
% chroniques	7%	7%	7%	7%
% de patients avec RX	78%	49%	50%	51%
dose moyenne cumulée (patient RX+)	9,11	4,60	5,01	5,23
% patients à risque (dose annuelle > 30)	<b>0,6%</b>	5,4%	6,0%	6,4%
<b>exposition à l'ionisation d'origine médicale</b>				

pratiqués en fréquence et en volume, quel que soit l'âge ou le sexe (tableau 5). 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.

**Tableau 5 : Pourcentage de patients chez le médecin généraliste sans test annuel thyroïdien et nombre moyen de tests thyroïdiens parmi ceux qui ont une biologie thyroïdienne (2006-2008)\*.**

évaluation de l'absence de screening thyroïdien				
	06>08	2006	2007	2008
% d'assurés sans examens	23%	49%	48%	46%
chez les assurés avec examen:				
nb moyen d'examens thyroïde		4,12	4,24	4,39
nb moyen de TSH		0,90	0,93	0,96

Sur une période d'observation de 3 ans (2006-2008), à peine 23 % des patients n'auront pas d'examens de thyroïde, alors que les indications de mise au point sont réduites (symptômes de fatigue chronique, ...).

*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. Lorsque l'on prescrit de l'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 (tableau 6).

Le nombre de jours de traitement est en augmentation (23,9 contre 21,2). De plus, les antibiotiques de première intention ne sont pas particulièrement privilégiés. On le constate par exemple par une prescription très fréquente de l'association amoxicilline-acide clavulanique 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 %. On constate également des prescriptions beaucoup plus fréquentes chez les plus de 75 ans dans les maisons de repos que chez les plus de 75 ans en général. Enfin, la prescription des maisons médicales (MM) montre également une prescription beaucoup plus modérée des antibiotiques.

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

*Suivi des patients chroniques - 1) prise en charge globale du patient diabétique*

Plusieurs situations permettent d'évaluer la qualité du suivi des patients chroniques, en particulier

**Tableau 6 : Pourcentage de patients chez le médecin généraliste avec une prescription annuelle d'antibiotiques, nombre de doses journalières annuelles moyennes, *ratio* amoxicilline/ amoxicilline + acide clavulanique, répartition des types d'antibiotiques par assuré.**

Indicateur	tous assurés			0-14 ans			75 + (2008)		2008 MM
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	tous assurés	MR-MRS	
nb patients GP	183.389	185.310	198.596	28.634	26.538	25.487	20.435	1.083	4.477
nb patients avec AB	78.708	80.512	84.635	14.616	13.181	11.973	9.183	737	1.212
% patients avec AB	43%	43%	43%	51%	50%	47%	45%	68%	27%
nb DDD par patient AB	21,18	23,0	23,9	11,0	11,3	12,0	33,0	44,6	19,7
% 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+amoxiclavu	44%	44%	45%	63%	65%	68%	35%	33%	64%
% sirop amoxi+amoxiclav (0-14 ans)				54%	57%	62%			



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, l'albumine 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 d'albumine. 57 % ont eu un contrôle ophtalmique durant les 12 derniers mois. Sur une période de 3 ans, 20 % des patients n'ont eu aucune consultation ophtalmologique (tableau 7).

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.

*Suivi des patients chroniques - 2) prévention chez le patient angoreux*

Les démarches de prévention secondaire sont-elles intégrées au suivi des patients chroniques ? La thématique est analysée 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 (tableau 8).

*Suivi des patients chroniques - 3) 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 ? La thématique est analysée chez les patients sous antihypertenseurs et en particulier chez les patients qui reçoivent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion ainsi que chez les personnes âgées de plus de 75 ans sous antidiurétiques (chez les personnes sous IEC - inhibiteurs d'enzymes de conversion - et les patients âgés sous diurétiques, il est recommandé d'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 être plus rigoureuse (tableau 9).

*Suivi des patients chroniques - 4) surveillance du traitement anticoagulant*

Les démarches de surveillance sont-elles intégrées au suivi des patients chroniques ? Nous analysons cette particularité chez les patients sous anticoagulants. Chez un patient sous anticoagulants, il est recommandé d'analyser tous les mois la

**Tableau 7 : Pourcentage de patients diabétiques (insulino et/ou non insulino dépendants) chez le généraliste qui ont tous les 15 mois une hémoglobine glyquée, un test d'albumine, un test de créatinine, chaque année une consultation ophtalmologique sur une période de 3 ans en 2008\*.**

Diabétiques: suivi			
Indicateurs 2008	insulino dépendants	Non insulino dépendants	Tous diabétiques
nbre de diabétiques ID+NID	2896	8856	11752
% diabétiques chez le GP	90%	94%	93%
% Hb glyquée 15 mois	<b>95%</b>	<b>86%</b>	<b>88%</b>
nb moyen d'Hb glyquée	2,94	2,05	2,26
% test albumine 15 mois	<b>56%</b>	<b>23%</b>	<b>31%</b>
nb moyen test albumine	0,73	0,27	0,38
% test créatinine 15 mois	<b>93%</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>
nb moyen créatinine	2,88	2,07	2,27
% patients avec ophtalmo dans les 3 ans	<b>80%</b>	<b>61%</b>	<b>65%</b>
% avec ophtalmo dans l'année	<b>57%</b>	<b>39%</b>	<b>44%</b>

**Tableau 8 : Pourcentage de patients chez le médecin généraliste suivis pour angor avec une prescription d'antiagrégants plaquettaires en 2008\*.**

Indicateurs	2008
nb patients angor	3.816
% antiagrégants plaquettaire	69%
% hypolipémiants	55%
% dosage lipides annuel	69%
patients angoreux	

**Tableau 9 : 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\*.**

Indicateurs	2008
nb nouveaux patients sous IEC depuis 3 ans	21.840
<b>% contrôle créatinine après début</b>	<b>35%</b>
nb nouveaux patients >75 sous diurétique depuis 3 ans	9.460
<b>% contrôle créatinine après début</b>	<b>34%</b>
<b>surveillance de la créatinine</b>	

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 % (tableau 10).

En résumé, les patients obtiennent des réponses concrètes et efficaces à certaines de leurs attentes, mais globalement la démarche médicale pourrait être plus efficace et surtout plus efficiente (dans la mesure où, par exemple, certains examens sont prescrits trop fréquemment en *screening*).

**Tableau 10 : Pourcentage de patients sous anticoagulant chez le généraliste qui ont un contrôle de la coagulation mensuel en 2008 par type d'assuré\*.**

indicateur	2008
nb de patients	2748
% patients avec 1 contrôle mensuel	35%
nb moyen d'examens annuels	15,8
surveillance coagulation	

### Comment se situe la médecine générale en matière de capacité et de professionnalisme ?

Les thématiques évaluées sont les suivantes :

- capacité médicale et productivité ;
- renouvellement des effectifs ;
- incitatifs ;
- professionnalisme.

#### 1. La capacité en ressources humaines, actuellement suffisante, atteint un seuil critique :

Elle 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 (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.

#### 2. 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 ancienne. Il faut convaincre les nouveaux diplômés de s'engager rapidement et massivement dans cette voie.

#### 3. La pratique et la productivité sont en train d'évoluer fortement en médecine générale (tableau 11) :

- 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) ;
- la fréquence des contacts 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 (1/4 des équivalents temps plein - ETP).

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

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

- les médecins plus âgés sont plus enclins à revoir leurs patients et leur rendent plus fréquemment visite ;
- 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 celui du médecin).

Les pratiques ne sont pas homogènes dans le pays. Le montant des revenus des généralistes entre arrondissements extrêmes peut varier du simple au double (50 %), liés à des différences du simple au double pour la taille de la patientèle (53 %) ou du 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 entraînent des différences du simple au triple en termes de revenus moyens (35 %).

#### 4. Les indicateurs de professionnalisme permettent de savoir dans quelle mesure les médecins se

**Tableau 11 : Indicateurs de productivité en médecine générale par catégorie de généralistes (ETP) (2000-2009)\*.**

Indicateurs	2000	2004	2008	2009	sexe F	classe d'âge médecin					
						65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
nombre de GP ETP Lisse (sauf MM)	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/pat	13%	43%	53%	54%	47%	49%	47%	52%	55%	56%	50%
nb contacts moyen	5.532	5.271	5.512	5.686	5.019	5.072	4.707	5.431	5.996	5.827	5.133
nb contacts / patient	6,89	6,47	5,62	5,67	5,16	6,60	5,61	5,35	5,46	5,91	6,46
% visite non urgente	40%	36%	31%	29%	22%	38%	24%	25%	27%	33%	37%
Total Revenus	€ 74.600	€ 95.980	€ 125.071	€ 135.479	€ 115.468	€ 119.085	€ 111.014	€ 128.805	€ 143.286	€ 139.376	€ 121.026

remettent en question, sont ouverts à l'évaluation, à l'innovation, à la formation continue, sont impliqués dans la promotion de la profession et participent à l'organisation collective. 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 (tableau 12) : le dispositif de l'accréditation est largement suivi (90 %). Il a été complété par un programme d'informatisation (73 %) et de mise à disposition de recommandations de bonnes pratiques par les sociétés scientifiques. Ces programmes pénètrent plus facilement chez les jeunes médecins (97 % sont accrédités et 90 % disposent de la prime informatique).

D'une manière générale, on constate aussi que Bruxelles et le Sud du pays sont moins prompts à bénéficier de ces incitatifs : 84 % de médecins accrédités, 60 % demandent la prime informatique, 34 % des patients avec DMG, ...

### EN CONCLUSION, QUE PEUT-ON FAIRE POUR MAINTENIR ET AMELIORER LA PERFORMANCE DE LA MEDECINE GENERALE ET COMMENT LE DOSSIER MEDICAL INFORMATISE PEUT Y CONTRIBUER ?

1. La pratique de la médecine générale est essentielle pour garantir la santé de proximité. Elle est reconnue comme telle par la population. Le fait d'avoir un médecin généraliste attiré qui gère le dossier

médical global est un facteur positif de structuration de la première ligne de soins en ce sens qu'il est la plaque tournante autour de laquelle gravite l'ensemble des autres prestataires de soins.

Ce médecin a pour mission de centraliser toute l'information du patient. Il est une mémoire, une garantie de continuité, il a une fonction de synthèse, un rôle de surveillance des facteurs de risques, une fonction de coordination et de communication des informations. Ces fonctions sont les fonctions principales que doit également remplir un dossier patient informatisé (figure 2).

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 ", de même que l'informatisation, peuvent y contribuer : une autre fonction du DMI est en effet d'être un instrument de décision, d'évaluation, d'enseignement et de formation continue.
3. En termes de pérennité de la profession, il convient avant tout de redonner au médecin la satisfaction d'exercer un métier agréable. L'aide administrative que peut apporter le DMI dans sa fonction de gestion de même que la possibilité de partage de dossier dans le cadre de la pratique en groupe sont également des fonctions essentielles du DMI.

Tableau 12 : Indicateurs de professionnalisme chez les généralistes par médecin généraliste 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 GP ETP Lisse (sauf MM)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
% conventionnes	84%	78%	83%	84%	87%	79%	93%	87%	82%	82%	80%
% Accrédités	89%	90%	92%	91%	93%	86%	97%	90%	92%	92%	89%
% prime sociale	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%

#### Fonctions du DMI (1997) (Commission télématique)

- 1 Le DMI est la matérialisation de la position centrale du médecin de famille dans les soins de santé
- 2 Le DMI pour son rôle dans la dispensation des soins au patient a comme fonction:
  - 1 mémoire
  - 2 garantie de continuité
  - 3 synthèse
  - 4 surveillance des facteurs de risque et de prévention
  - 5 coordination et communication des informations
- 3 Le DMI a pour fonction de préserver la qualité et le coût des soins médicaux
- 4 Le DMI est outil d'aide à la décision, d'enseignement et de formation continue
- 5 Le DMI a une fonction médicolégale
- 6 Le DMI a une fonction de gestion

Figure 2 : Fonctions du dossier médical informatisé (Source : SPF Santé Publique, Commission télématique, 1997).

## Remerciements

Le rapport performance en médecine générale sur lequel se base cet article, n'aurait pas pu être réalisé sans la collaboration intensive des experts du Conseil national de la promotion de la qualité, de son groupe "médecin généraliste", épaulés par de nombreux experts bénévoles impliqués en médecine générale.

Par ordre alphabétique : 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, P. Vandebussche.

Tous sont vivement remerciés pour leur enthousiasme et leur lecture critique.

Il convient également d'associer à ce travail les collaborateurs de l'INAMI sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé : D. Bodart, M. Breda, C. Bouffiuou, M. Daubie, J.-P. Dercq, R. De Ridder, K. Cauwenbergh, R. Goetschalckx, P. Meeus, X. Van Aubel.

## BIBLIOGRAPHIE GENERALE

1. Rapport sur la performance en médecine générale (non publié), contrat d'administration 2010-2012, Direction RDQ, Service des Soins de Santé, INAMI, 2012
2. Brochure sur la performance des soins de santé, Direction RDQ, Service des Soins de Santé, INAMI, 2012
3. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y *et al.* : The European Primary Care Monitor : structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice* 2010 ; 11 : 81
4. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C *et al.* : 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)
5. Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D *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)
6. Enquête de santé par interview Belgique 2008. Bruxelles, Institut scientifique de Santé Publique, Service d'Epidémiologie, 2008
7. Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C *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)
8. Annemans L, Closon J-P, Closon M-C *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)
9. Remmen R, Damen A, Vinck I *et al.* : 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.
10. De Sutter A, Van den Bruel A, Devriese S *et al.* : 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).
11. 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)
12. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P *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).
13. 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), 2006. *KCE reports* vol. 27B. Ref. D/2006/10.273/08.
14. Paulus D, Mambourg F, Bonneux L : Dépistage du cancer du sein. Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2005. *KCE Reports* vol. 11B. Ref. D/2005/10.273/06.
15. 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
16. 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), 2006. Ref. D/2006/10.273/20.
17. Van Linden A, Heymans I, Mambourg F *et al.* : 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), 2005. *KCE Reports* vol. 9B. Ref.D/2005/10.273/02.
18. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W *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)
19. 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
20. Borgermans L, Dubois C, Rieppi S *et al.* : 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
21. Van Linden A, Carbonnelle S, Kohn L *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
22. Spinewine A, Foulon V, Claeys C *et al.* : 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
23. 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



**Correspondance et tirés à part :**

P. MEEUS  
INAMI  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles  
E-mail : pascal.meeus@inami.fgov.be

Travail reçu le 5 juin 2012 ; accepté dans sa version définitive le  
6 juillet 2012.