

# BAROMETRE DOSSIER MEDICAL GLOBAL 2011

*Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken*





ETUDE

**Baromètre  
Dossier Médical Global  
2011**

**Direction Études**

## **Table des matières**

Introduction .....	7
1. Taux de couverture du DMG : évolutions et variations .....	8
1.1. Evolution du taux de couverture du DMG.....	8
1.2. Taux de couverture du DMG selon l'âge et le sexe.....	12
1.3. Taux de couverture du DMG selon le statut social du patient.....	14
2. Distribution du taux de DMG par médecin generaliste.....	15
3. Facturation en tiers payant et prolongation administrative du DMG.....	17
4. DMG+ .....	18
Conclusions.....	19
Annexe .....	20

## **Table des figures**

Figure 1. Evolution du taux de couverture brut par région et avantage CSA, 2005-2011 .....	9
Figure 2. Taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2011 .....	10
Figure 3. Progression des taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2011 .....	11
Figure 4. Ratio DMG/ « Patients attribués » par région (patientèle > 10), 31 décembre 2011 .....	15
Figure 5. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle >=10), 31 décembre 2011 .....	16

## **Table des tableaux**

Tableau 1. Evolution du taux de couverture brut par région, 2005-2011 .....	8
Tableau 2. Comparaison des taux de couverture « bruts » et « nets », 31 décembre 2011 ...	9
Tableau 3. Taux de couverture bruts selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2011.....	12
Tableau 4. Taux de couverture bruts des affiliés bénéficiant du forfait « malades chroniques » selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2011 .....	13
Tableau 5. Evolution du taux de couverture brut selon le statut social, 2005-2011.....	14
Tableau 6. Taux de couverture bruts selon le statut social pour les patients âgés de moins de 65 ans, 31 décembre 2011.....	14
Tableau 7. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle > 10), 31 décembre 2011 .....	15
Tableau 8. Mode de facturation pour l'ouverture ou la prolongation du DMG, 31 décembre 2011 .....	17
Tableau 9. Proportion de la facturation en tiers payant lors d'une attestation DMG, 31 décembre 2011 .....	17
Tableau 10. Proportion de facturation de la consultation en tiers payant lorsque le DMG est attesté en tiers payant, 31 décembre 2011 .....	17
Tableau 11. Taux de couverture du DMG+, 31 décembre 2011 .....	18

### **Remerciements**

Nous remercions tout particulièrement pour l'assistance technique

Vinciane Devrou

## INTRODUCTION

Le Dossier Médical Global (DMG) a été instauré par l'accord médico-mutualiste du 15 décembre 1998 et existe depuis le 1<sup>er</sup> mai 1999. Son objectif est d'encourager le recours à un outil d'échange d'informations médicales entre les acteurs de la première ligne mais aussi entre les différents échelons de soins.

Réservé dans un premier temps aux personnes âgées de 60 ans ou plus et uniquement dans le cadre des consultations au cabinet du médecin, l'accès au DMG et à ses avantages a été progressivement étendu d'abord à certains groupes cibles (malades chroniques) puis à l'ensemble de la population le 1<sup>er</sup> mai 2002.

L'accès au DMG a aussi été amélioré grâce à la simplification des procédures administratives lors de l'ouverture et de la prolongation. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'ouverture et la prolongation du DMG sont possibles pour tous les patients lors d'une visite à domicile. Par ailleurs, le médecin peut aussi opter pour une prolongation dite « administrative », qui se fait automatiquement sans attestation d'un code nomenclature mais avec vérification par l'organisme assureur que le médecin en question a eu au moins un contact avec son patient au cours de l'année.

En finançant la gestion du DMG au niveau du médecin généraliste, les acteurs de la médico-mut ont voulu valoriser le rôle central de ce dernier au sein du système de soins. Mais le DMG se veut aussi un instrument d'engagement entre le patient et son médecin traitant visant à renforcer la stabilité de la relation et contribuant ainsi à assurer la continuité des soins. Il est aussi devenu au fil du temps un outil d'accessibilité. Ainsi, l'ouverture d'un DMG donne droit à une réduction de 30% sur les tickets modérateurs des consultations du médecin généraliste (pour les visites, la réduction vaut uniquement pour les 75 ans et plus, les bénéficiaires du forfait malades chroniques et du forfait soins palliatifs à domicile) et au remboursement du supplément de 3 € pour le médecin généraliste de permanence dans son cabinet après 18 h. L'ouverture d'un DMG est aussi une condition pour l'accès aux trajets de soins pour les patients diabétiques ou insuffisants rénaux. Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, les détenteurs d'un DMG âgés entre 45 et 75 ans peuvent annuellement bénéficier gratuitement d'un module de prévention appelée Dossier Médical Global Plus (DMG+) lors d'une consultation ou d'une visite du médecin généraliste ayant ouvert le DMG.

Relevons aussi que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Mutualité Socialiste – Solidaris offre, au travers de son assurance Complémentaire Soins Ambulatoire (CSA), le remboursement du ticket modérateur pour un ensemble de prestations à ses affiliés Mutualis ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin généraliste.

Les analyses présentées dans ce document ont été réalisées tant sous l'angle du patient que du prestataire/gestionnaire du DMG. Dans un premier temps, l'étude examine les taux de couverture « bruts » (rapport entre le nombre de DMG et la population totale) et dans un second temps, ces taux sont affinés en étudiant le rapport entre le nombre de DMG et la population ayant eu au moins un contact avec le médecin généraliste au cours de la période, ce que nous appelons taux de couverture « nets ». Les taux de couverture « bruts » sont ensuite analysés à la lumière de certaines caractéristiques démographiques, socio-économiques, géographiques ou de morbidité afin d'établir une typologie des patients « DMGistes ». Au niveau des médecins généralistes, le taux de DMG par pratique est étudié, de même que le recours des médecins au tiers payant et à la prolongation administrative dans les différentes régions du pays.

## 1. TAUX DE COUVERTURE DU DMG : EVOLUTIONS ET VARIATIONS

### 1.1. Evolution du taux de couverture du DMG

Sur la période 2005-2011, le taux de couverture du DMG a fortement progressé (+44%) au niveau national. En 2011, plus d'un affilié sur deux (54%) disposent d'un DMG en Belgique (Tableau 1).

Les résultats ventilés par région montre une augmentation de 85% en Wallonie pour 62% à Bruxelles tandis qu'en Flandre, où le taux de couverture était déjà élevé en 2005, la progression n'est que de 26% (Tableau 1).

La forte progression observée en Wallonie est à mettre en relation avec l'avantage lié à l'assurance Complémentaire Soins Ambulatoires (CSA) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. En effet, depuis cette date, la Mutualité Socialiste – Solidaris offre le remboursement du ticket modérateur pour un ensemble de prestations<sup>1</sup> à ses affiliés Mutualis<sup>2</sup> ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin généraliste. L'octroi de ces remboursements étant conditionné à la possession ou l'ouverture d'un DMG, cet avantage a eu un impact sur la progression du taux de couverture DMG chez nos affiliés. Ainsi, en Wallonie, le taux de couverture a augmenté de 6 points de pourcentage depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (Figure 1). Parmi ces affiliés wallons qui ont ouvert un DMG en 2011, on trouve davantage de BIM (23% contre 18% parmi les affiliés sans DMG), de malades chroniques (5% contre 3%) et de femmes (57% contre 49%) ; et ils sont également, en moyenne, plus âgés (âge moyen de 49 contre 45 ans).

Si on constate un certain rattrapage, en particulier de la Wallonie, des écarts importants entre régions subsistent. En Flandre, 70% des affiliés disposent d'un DMG tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, ces taux s'élèvent respectivement à 43% et 40%.

**Tableau 1. Evolution du taux de couverture brut par région, 2005-2011<sup>3</sup>**

Région	2005			2011			Evolution 2005-2011
	Population	Nb DMG	%	Population	Nb DMG	%	
Flandre	1.243.683	688.448	55%	1.383.780	964.994	70%	26%
Bruxelles	325.256	80.084	25%	372.102	148.623	40%	62%
Wallonie	1.207.522	282.739	23%	1.305.709	565.058	43%	85%
Belgique	2.946.175	1.105.962	38%	3.112.346	1.683.023	54%	44%

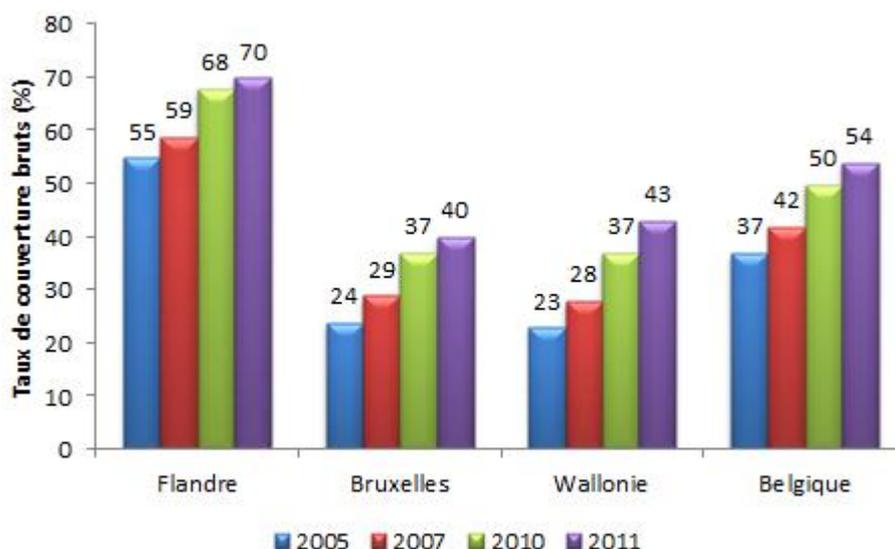
Source : UNMS (2011)

<sup>1</sup> Ticket modérateur remboursé aux affiliés Mutualis à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2011 pour les affiliés ayant ouvert un DMG :

- 3-18 ans : Pédiatre, MG, Spécialiste, Kiné, Infirmier ;
- Plus de 18 ans : moyennant une franchise de 25 € - Consultation du MG, Gynéco et Ophtalmo ;
- Plus de 75 ans : moyennant une franchise de 25 € - Visite du MG en plus des prestations représent pour les 18 ans et plus.

<sup>2</sup> Affiliés des mutualités Wallonnes du Brabant Wallon, du Hainaut occidental, de Mons-Borinage, du Centre et Soignies, de Charleroi, de Liège, du Luxembourg et de Namur.

<sup>3</sup> Les chiffres pour la Belgique diffèrent quelque peu de la somme des chiffres régionaux car une partie des données ne peuvent être attribuées à une région. Il en va de même pour les tableaux suivants où les données régionales et nationales sont présentées.

**Figure 1. Evolution du taux de couverture brut par région et avantage CSA, 2005-2011**

Source : UNMS (2011)

Ces écarts entre régions s'expliquent en partie par des différences en matière de recours à la médecine générale. Lorsque l'on compare les taux de couverture parmi les affiliés qui ont eu au moins un contact avec leur généraliste au cours de la période étudiée (taux de couverture « net »), les écarts régionaux observés entre Bruxelles et la Flandre se réduisent. En effet, à Bruxelles, le rapport entre le taux de couverture « net » et le taux de couverture « brut » est de 1,7 (Tableau 2).

**Tableau 2. Comparaison des taux de couverture « bruts » et « nets », 31 décembre 2011**

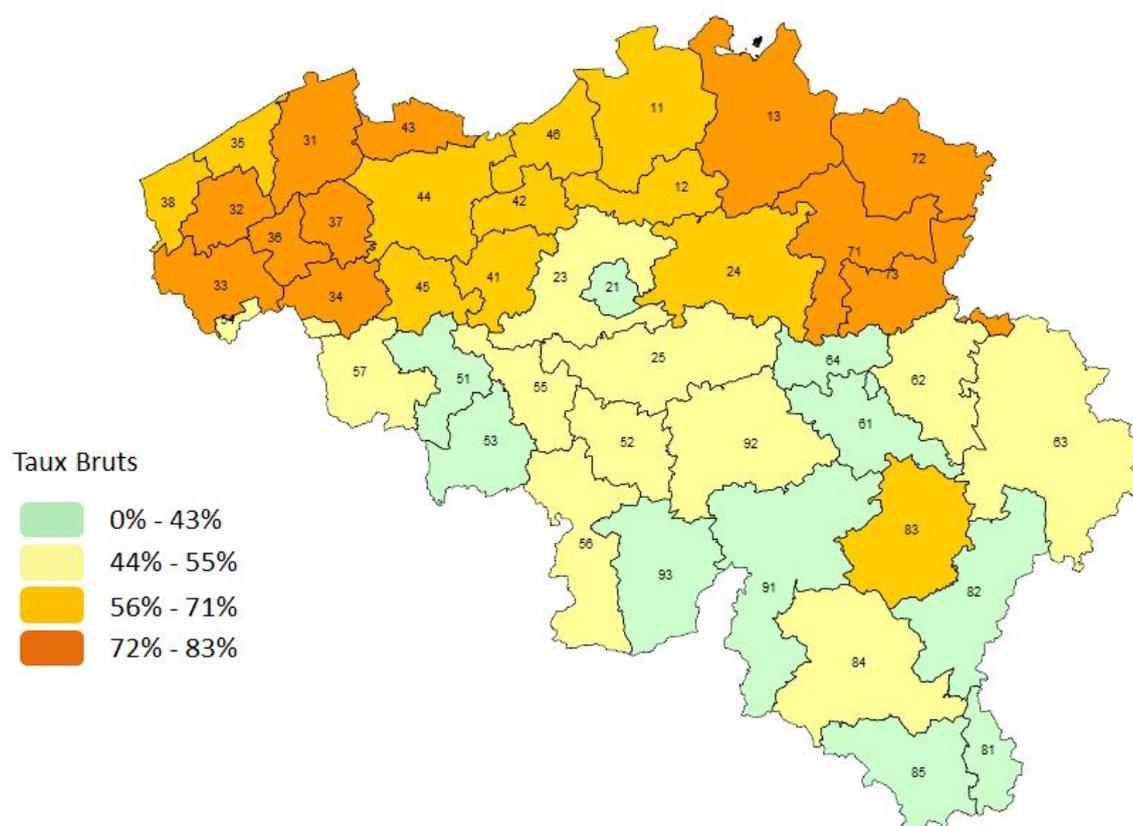
Région	Taux brut	Taux net	Net/brut
Flandre	70%	86%	124%
Bruxelles	40%	70%	175%
Wallonie	43%	58%	133%
Belgique	54%	73%	134%

Source : UNMS (2011)

La figure 2 met en évidence les variations existantes entre arrondissements d'une même région. En Wallonie, de nombreux arrondissements de la province du Hainaut et du Luxembourg n'atteignent pas le taux de couverture régional de 43% tandis que plus d'un affilié sur deux de l'arrondissement de Marche-en-Famenne possède un DMG. En Flandre, on observe des taux de plus de 72% dans les arrondissements de la province du Limbourg et de la Flandre Occidentale.

La progression des taux de couverture observée au niveau national s'est également traduite par des augmentations dont l'ampleur diffère sensiblement selon l'arrondissement (Figure 3). Les plus grosses progressions sont enregistrées au niveau des arrondissements de la dorsale wallonne (à l'exception de Liège) ainsi qu'à Marche-En-Famenne, Neufchâteau et Verviers. Ici aussi, on peut y voir l'effet de notre avantage CSA qui a permis de stimuler l'ouverture de DMG dans les arrondissements wallons. A contrario, la progression est la plus faible dans les arrondissements tels que Masseik et Tongres dans la province du Limbourg, Malines et Turnhout dans la province d'Anvers, etc.

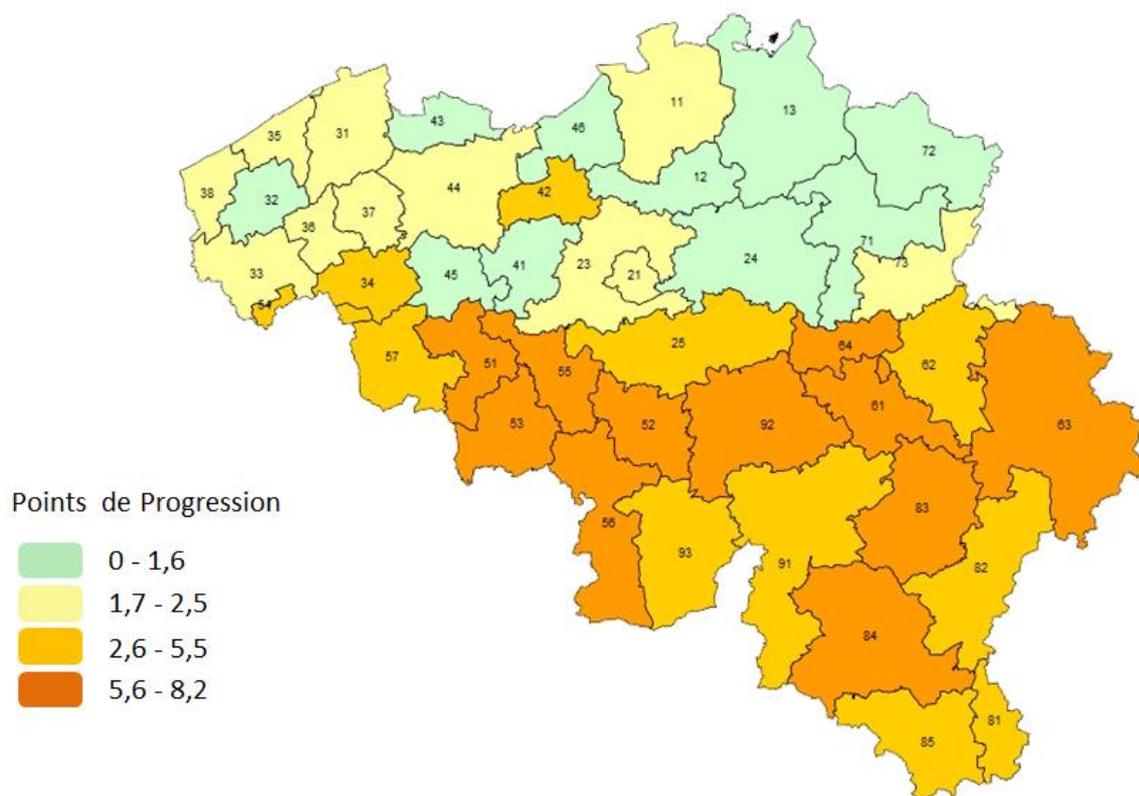
Figure 2. Taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2011



Num.	Arrondissement	Taux brut	Num.	Arrondissement	Taux brut	Num.	Arrondissement	Taux brut
11	Anvers	65%	38	Furnes	70%	61	Huy	33%
12	Malines	70%	41	Alost	69%	62	Liège	45%
13	Turnhout	79%	42	Termonde	68%	63	Verviers	47%
21	Bruxelles	40%	43	Eeklo	75%	64	Waremmes	43%
23	Hal-Vilvorde	52%	44	Gand	65%	71	Hasselt	79%
24	Louvain	71%	45	Audenarde	67%	72	Maaseik	83%
25	Nivelles	45%	46	Saint-Nicolas	61%	73	Tongres	78%
31	Bruges	72%	51	Ath	39%	81	Arlon	35%
32	Dixmude	75%	52	Charleroi	44%	82	Bastogne	35%
33	Ypres	80%	53	Mons	33%	83	Marche-en-Famenne	58%
34	Courtrai	76%	54	Mouscron	55%	84	Neufchâteau	48%
35	Ostende	65%	55	Soignies	45%	85	Virton	34%
36	Roulers	75%	56	Thuin	45%	91	Dinant	43%
37	Tielt	74%	57	Tournai	48%	92	Namur	46%
						93	Philippeville	39%

Source : UNMS (2011)

**Figure 3. Progression des taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2011**



Num.	Arrondissement	Progression (points %)	Num.	Arrondissement	Progression (points %)	Num.	Arrondissement	Progression (points %)
11	Anvers	2%	38	Furnes	2%	61	Huy	7%
12	Malines	1%	41	Alost	1%	62	Liège	6%
13	Turnhout	1%	42	Termonde	3%	63	Verviers	6%
21	Bruxelles-Capitale	3%	43	Eeklo	1%	64	Wareme	7%
23	Hal-Vilvorde	2%	44	Gand	2%	71	Hasselt	1%
24	Louvain	2%	45	Audenarde	1%	72	Maaseik	1%
25	Nivelles	5%	46	Saint-Nicolas	2%	73	Tongres	2%
31	Bruges	2%	51	Ath	7%	81	Arlon	3%
32	Dixmude	1%	52	Charleroi	7%	82	Bastogne	5%
33	Ypres	2%	53	Mons	6%	83	Marche-en-Famenne	7%
34	Courtrai	3%	54	Mouscron	5%	84	Neufchâteau	6%
35	Ostende	2%	55	Soignies	8%	85	Virton	5%
36	Roulers	2%	56	Thuin	8%	91	Dinant	5%
37	Tielt	2%	57	Tournai	5%	92	Namur	6%
						93	Philippeville	5%

Source : UNMS (2011)

## 1.2. Taux de couverture du DMG selon l'âge et le sexe

Le tableau 3 ci-dessous compare les taux de couverture par tranche d'âge et par sexe au 31 décembre 2011.

**Tableau 3. Taux de couverture bruts selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2011**

Tranche d'âge	Sexe	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Belgique
de 0 à 9 ans	Hommes	53%	29%	35%	42%
	Femmes	52%	29%	34%	41%
	Total	53%	29%	35%	41%
de 10 à 19 ans	Hommes	58%	38%	36%	45%
	Femmes	62%	40%	39%	48%
	Total	60%	39%	37%	46%
de 20 à 39 ans	Hommes	59%	28%	29%	42%
	Femmes	70%	39%	39%	52%
	Total	65%	34%	34%	47%
de 40 à 59 ans	Hommes	69%	37%	39%	52%
	Femmes	77%	47%	47%	60%
	Total	73%	42%	43%	56%
de 60 à 74 ans	Hommes	82%	51%	57%	68%
	Femmes	85%	57%	60%	70%
	Total	83%	54%	58%	69%
75 ans et plus	Hommes	89%	63%	69%	77%
	Femmes	90%	68%	70%	78%
	Total	90%	67%	70%	77%
Total	Hommes	66%	36%	40%	50%
	Femmes	73%	44%	47%	57%
	Total	70%	40%	43%	54%

Source : UNMS (2011)

Il existe une corrélation entre le taux de couverture du DMG et l'âge. Ainsi, à partir de 75 ans, près de huit personnes sur dix ont ouvert un DMG auprès de leur médecin généraliste. Pour la tranche d'âge de 0 à 9 ans, le taux de couverture est de 41% (Tableau 3).

Le taux de couverture est aussi supérieur chez les femmes (57% contre 50% pour les hommes). On retrouve cette différence pour toutes les tranches d'âge, hormis chez les 0-9 ans. Cet écart est surtout marqué pour la tranche 20 à 39 ans, ce qui s'explique probablement par des contacts plus fréquents avec le médecin généraliste aux âges de la maternité.

Relevons enfin que les écarts entre régions varient selon la tranche d'âge : c'est pour les femmes entre 20 et 59 ans qu'ils sont les plus prononcés.

Le tableau 4 ci-dessous renseigne les taux de couverture du DMG pour les affiliés bénéficiant du forfait « malades chroniques »<sup>4</sup>. Pour rappel, ces affiliés bénéficient du droit à l'ouverture d'un DMG depuis 1999.

On constate qu'au 31 décembre 2011, 71% des malades chroniques avaient ouvert un DMG. Au 31 octobre 2005, le taux était de 60%.

Les taux de couverture sont importants dans les trois régions du pays : 81% en Flandre, 62% en Wallonie et 59% à Bruxelles.

**Tableau 4. Taux de couverture bruts des affiliés bénéficiant du forfait « malades chroniques » selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2011**

Tranche d'âge	Sexe	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Belgique
de 0 à 9 ans	Hommes	62%	38%	48%	53%
	Femmes	60%	35%	45%	51%
	Total	62%	37%	47%	52%
de 10 à 19 ans	Hommes	62%	46%	45%	53%
	Femmes	65%	48%	49%	55%
	Total	63%	47%	47%	54%
de 20 à 39 ans	Hommes	66%	43%	48%	56%
	Femmes	76%	51%	54%	65%
	Total	71%	47%	51%	60%
de 40 à 59 ans	Hommes	75%	53%	55%	64%
	Femmes	83%	57%	59%	70%
	Total	79%	55%	57%	67%
de 60 à 74 ans	Hommes	86%	63%	67%	76%
	Femmes	88%	67%	69%	77%
	Total	87%	65%	68%	77%
75 ans et plus	Hommes	91%	74%	75%	83%
	Femmes	93%	76%	74%	84%
	Total	92%	76%	75%	83%
Total	Hommes	77%	54%	59%	67%
	Femmes	85%	62%	65%	74%
	Total	81%	59%	62%	71%

Source : UNMS (2011)

<sup>4</sup> Voir en annexe pour plus de détails.

### 1.3. Taux de couverture du DMG selon le statut social du patient

Dans la mesure où le DMG est également un instrument d'accessibilité aux soins de médecine générale, la population bénéficiant du statut préférentiel peut également être considérée comme une « population cible ».

Le taux de progression du nombre de DMG a été plus important pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) que pour les bénéficiaires ordinaires (BO) : elle a été respectivement de 101% contre 44%. Mais cette évolution est essentiellement le résultat de la progression du nombre de bénéficiaires BIM. En effet, le taux de couverture de la population BIM (28%) a moins progressé que le taux de couverture de la population bénéficiaires ordinaires (47%) entre 2005 et 2011 (Tableau 5).

**Tableau 5. Evolution du taux de couverture brut selon le statut social, 2005-2011**

Statut	Région	2005			2011			Evolution 2005-2011
		Population	Nb DMG	%	Population	Nb DMG	%	
BIM	Flandre	167.400	104.494	63%	246.843	177.206	72%	15%
	Bruxelles	78.304	26.768	34%	143.921	69.003	48%	40%
	Wallonie	196.973	69.646	35%	305.180	157.863	52%	46%
	Belgique	443.897	201.058	45%	697.717	404.509	58%	28%
BO	Flandre	1.132.073	610.002	54%	1.136.937	787.788	69%	28%
	Bruxelles	263.945	56.096	21%	228.181	79.620	35%	63%
	Wallonie	1.043.644	219.999	21%	1.000.529	407.195	41%	93%
	Belgique	2.473.076	887.710	36%	2.414.629	1.278.514	53%	47%

Source : UNMS (2011)

Même après correction pour l'âge, les taux de couverture du DMG restent supérieurs parmi les BIM (Tableau 6). C'est surtout vrai en Wallonie et à Bruxelles. Ceci semble indiquer que dans ces deux régions, l'accessibilité aux soins soit, davantage qu'au nord du pays, une motivation d'ouverture d'un DMG.

**Tableau 6. Taux de couverture bruts selon le statut social pour les patients âgés de moins de 65 ans, 31 décembre 2011**

Statut	Région	Taux de couverture
BIM	Flandre	65%
	Bruxelles	46%
	Wallonie	48%
	Belgique	53%
BO	Flandre	66%
	Bruxelles	31%
	Wallonie	37%
	Belgique	50%

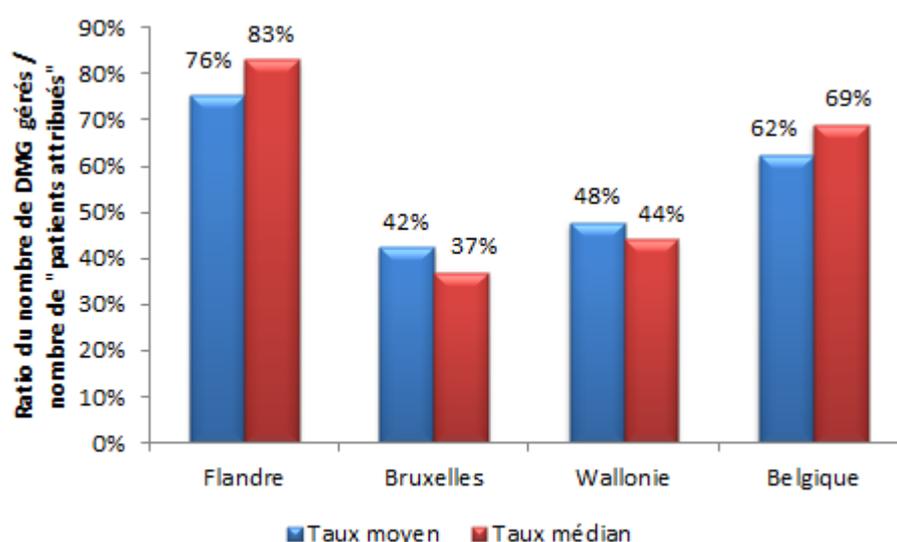
Source : UNMS (2011)

## 2. DISTRIBUTION DU TAUX DE DMG PAR MEDECIN GENERALISTE

La figure 4 donne le taux de DMG par pratique de médecin généraliste (MG). Ce taux est le rapport entre le nombre de DMG gérés par le MG et le nombre de « patients attribués ». Un patient est attribué à un MG lorsque ce dernier comptabilise le nombre le plus élevé des prestations du patient dans l'année. En cas d'égalité, c'est le MG qui a la consultation la plus récente qui l'emporte.

Le taux de DMG par pratique de MG est en moyenne de 76% en Flandre, 48% en Wallonie et 42% à Bruxelles (Taleau 7 et Figure 4). La distribution des taux de DMG par pratique de MG est très comparable à Bruxelles et en Wallonie : une minorité de MG bruxellois et wallons (10%) atteignent le taux médian de DMG observé en Flandre (soit 83%) (Taleau 7 et Figure 5).

**Figure 4. Ratio DMG/ « Patients attribués » par région (patientèle > 10), 31 décembre 2011**



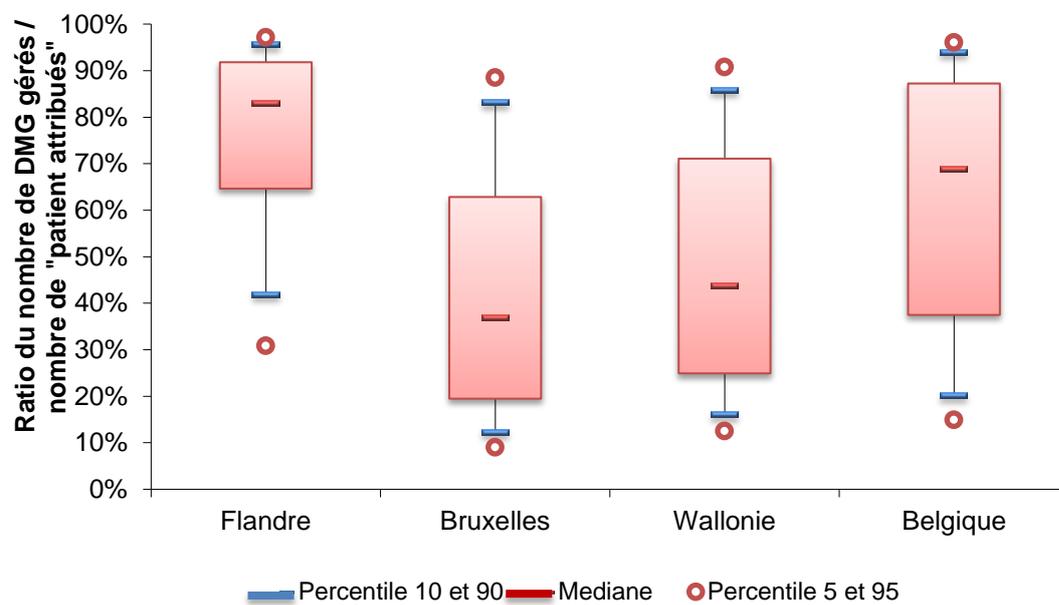
Source : UNMS (2011)

**Tableau 7. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle > 10), 31 décembre 2011**

Région	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Moyenne	Nb MG
Flandre	31%	42%	65%	83%	92%	96%	97%	76%	5.983
Bruxelles	9%	12%	19%	37%	63%	83%	89%	42%	1.237
Wallonie	13%	16%	25%	44%	71%	86%	91%	48%	3.785
Belgique	15%	20%	38%	69%	87%	94%	96%	62%	11.007

Source : UNMS (2011)

**Figure 5. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle >=10), 31 décembre 2011**



Source : UNMS (2011)

### 3. FACTURATION EN TIERS PAYANT ET PROLONGATION ADMINISTRATIVE DU DMG

Dans 70% des cas, les MG recourent au tiers payant (TP) pour ouvrir ou prolonger le DMG. Ils recourent, par ailleurs, à la prolongation administrative dans 29% des cas (Tableau 8). Ainsi, dans plus de trois cas sur quatre (78%), le patient n'a pas dû avancer les 28,15 € pour l'ouverture ou la prolongation de son DMG. On observe toutefois des écarts entre région avec un recours plus important des MG bruxellois et wallons au tiers payant et à la prolongation administrative.

**Tableau 8. Mode de facturation pour l'ouverture ou la prolongation du DMG, 31 décembre 2011**

Région	Nb DMG ouverts ou prolongés en 2011	Attestation DMG		Prolongation administrative		% TP + Prolongation
		Nb	% TP	Nb	%	
Flandre	842.550	616.955	67%	225.595	26%	76%
Bruxelles	125.387	96.566	87%	28.821	23%	90%
Wallonie	494.149	344.100	71%	150.049	36%	80%
Belgique	1.491.875	1.078.644	70%	413.231	29%	78%

Source : UNMS (2011)

Le recours au tiers payant pour l'ouverture ou la prolongation du DMG est aussi davantage pratiqué pour les BIM (79%) que pour les BO (67%) (Tableau 9). A nouveau, des écarts régionaux sont observés : alors que le recours au tiers payant selon le statut social varie fortement en Wallonie et à Bruxelles, cette différence est moindre en Flandre.

**Tableau 9. Proportion de la facturation en tiers payant lors d'une attestation DMG, 31 décembre 2011**

Région	BO	BIM
Flandre	66%	71%
Bruxelles	81%	92%
Wallonie	67%	81%
Belgique	67%	79%

Source : UNMS (2011)

Relevons que lorsque le DMG est facturé en tiers payant, la consultation du MG n'est facturée en tiers payant que dans 70% des cas pour les BIM – alors que pour ces patients, le tiers payant est autorisé pour la consultation – et dans 44% des cas pour les bénéficiaires ordinaires (Tableau 10).

**Tableau 10. Proportion de facturation de la consultation en tiers payant lorsque le DMG est attesté en tiers payant, 31 décembre 2011**

Statut social	Taux
BIM	70%
BO	44%
TOTAL	49%

Source : UNMS (2011)

## 4. DMG+

Ajoutant un volet prévention au DMG, le Dossier Médical Global Plus (DMG+) est une prestation qui peut être attestée par le MG depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 pour les patients entre 45 et 75 ans ayant ouvert un DMG (groupe cible).

Entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 2011, 43.980 attestations de DMG+ ont été enregistrées pour les affiliés de la Mutualité Socialiste – Solidaris (Tableau 11). Cela représente 6% des affiliés entre 45 et 75 ans ayant un DMG ouvert auprès de leur MG. Si on ramène ce nombre de DMG+ au groupe cible ayant consulté durant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 2011, on obtient un taux légèrement plus élevé de 7% pour l'ensemble du territoire.

Les taux de DMG+ ventilés par région montrent qu'en Flandre, 8% des affiliés entre 45 et 75 ans ayant ouvert un DMG et ayant consulté le MG entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 juin 2011 se sont vus facturer le DMG+, contre 6 % et 5% respectivement pour les affiliés bruxellois et wallons.

Enfin, comme pour la facturation du DMG, le MG a la possibilité de facturer le DMG+ en tiers payant pour l'ensemble de sa patientèle. Ainsi, 74% des affiliés n'ont pas eu à déboursier les 10,44 € qui rémunèrent le travail de prévention.

**Tableau 11. Taux de couverture du DMG+, 31 décembre 2011**

Région	Nb DMG+	Groupe cible		Groupe cible ayant consulté entre le 01/04/2011 et le 31/12/2011	
		Nb affiliés	% DMG+	Nb affiliés	% DMG+
<b>Flandre</b>	30.142	407.199	7%	367.360	8%
<b>Bruxelles</b>	2.423	52.438	5%	39.546	6%
<b>Wallonie</b>	11.358	237.236	5%	211.015	5%
<b>Belgique</b>	43.980	698.539	6%	618.817	7%

Source : UNMS (2011)

## CONCLUSIONS

En 2011, la proportion d'affiliés de la Mutualité Socialiste – Solidaris ayant ouvert un Dossier Médical Global a dépassé la barre des 50% pour atteindre 54%. Ainsi, 1.683.023 affiliés de la Mutualité Socialiste – Solidaris disposaient d'un DMG auprès d'un médecin généraliste au 31 décembre 2011.

Entre 2005 et 2011, le nombre d'affiliés ayant ouvert un DMG a progressé de 85% en Wallonie et de 62% à Bruxelles, contre 26% en Flandre. Malgré ce rattrapage en Wallonie, et dans une moindre mesure à Bruxelles, de fortes différences régionales subsistent :

- En Flandre, 7 personnes sur 10 disposent d'un DMG contre 4 personnes sur 10 en Wallonie et à Bruxelles.
- La moitié des médecins généralistes flamands ont plus de 80% de leur patientèle disposant d'un DMG alors qu'à peine 10% des médecins Bruxellois et Wallons sont dans ce cas.

Ces écarts doivent toutefois être relativisés :

- L'écart entre Bruxelles et la Flandre s'explique par un moindre recours à la médecine générale dans la capitale. Parmi les patients qui ont effectivement consulté leur médecin généraliste au cours de l'année, le taux de DMG atteint 70% à Bruxelles contre 86% en Flandre.
- Dans les trois régions du pays, les plus âgés et les malades chroniques sont bien « couverts » par le DMG. Parmi les plus de 75 ans, 9 personnes sur 10 disposent d'un DMG en Flandre contre 7 personnes sur 10 dans les deux autres régions. Pour les malades chroniques, le taux est de 8 personnes sur 10 en Flandre contre 6 personnes sur 10 en Wallonie et à Bruxelles.
- A Bruxelles et en Wallonie, le taux de couverture du DMG est sensiblement plus élevé pour les bénéficiaires de l'intervention majorée : près d'un BIM sur deux dispose d'un DMG dans ces deux régions, même après correction pour l'âge.
- Enfin, les médecins généralistes bruxellois et wallons recourent davantage au tiers payant pour l'ouverture et la prolongation du DMG : le DMG est attesté en tiers payant dans 87% des cas à Bruxelles et 71% des cas en Wallonie, contre 67% en Flandre.

A Bruxelles et en Wallonie, le DMG reste dès lors davantage ciblé sur les populations qui recourent plus aux soins du MG (personnes âgées, malades chroniques) et qui sont plus fragilisées socialement alors qu'il est quasi généralisé à tous les patients en Flandre.

Le Baromètre DMG évalue par ailleurs l'impact du nouvel avantage « Soins 100% remboursés » lancé par la Mutualité Socialiste – Solidaris en Wallonie début 2011. Cet avantage, proposé dans le cadre de l'assurance complémentaire, rembourse les tickets modérateurs sur les consultations (et sur les visites à domicile pour les plus de 75 ans) pour les patients disposant d'un DMG. Les chiffres montrent que le nouvel avantage a non seulement augmenté le nombre de DMG mais a également permis d'augmenter l'accessibilité à la médecine générale d'une population plus malade et plus fragile socialement.

- Sur l'ensemble de l'année 2011, on enregistre une progression de 16% du taux de DMG parmi ses affiliés en Wallonie, contre 8% à Bruxelles et 3% en Flandre.
- Par ailleurs, parmi ces affiliés wallons qui ont ouvert un DMG en 2011, on trouve davantage de BIM (23% contre 18% parmi les affiliés sans DMG), de malades chroniques (5% contre 3%) et de femmes (57% contre 49%). Ils sont également en moyenne plus âgés (âge moyen de 49 contre 45 ans).

Enfin, le Baromètre DMG renseigne le nombre de patients ayant bénéficié de la consultation de prévention dans le cadre du DMG+. Huit mois après son instauration au 1<sup>er</sup> avril 2011, 6% des affiliés entre 45 et 75 ans disposant d'un DMG avaient bénéficié du remboursement de la consultation prévention dans le cadre du DMG+. Si on ramène ce nombre de DMG+ au groupe cible ayant effectivement consulté un MG au cours de la période, le taux passe à 7% pour l'ensemble du territoire. Ce taux était de 8% en Flandre, 6% à Bruxelles et 5% en Wallonie.

## ANNEXE

Pour bénéficier du forfait « malades chroniques », un patient doit avoir atteint pendant les 2 années précédentes un seuil de tickets modérateurs s'élevant pour un bénéficiaire ordinaire (BO) à 450 € et pour un bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) à 365 €. De plus, pour l'année en cours, il doit satisfaire à au moins une des conditions suivantes :

- avoir pendant 3 mois droit au forfait B ou C en matière de soins infirmiers ;
- avoir pendant 6 mois droit à un remboursement majoré en kinésithérapie ou physiothérapie dans le cadre de pathologies lourdes ;
- bénéficier d'allocations familiales majorées pour enfant handicapé ;
- satisfaire aux critères pour bénéficier de l'allocation d'intégration pour personnes handicapées (catégories III ou IV) ;
- répondre aux critères pour bénéficier d'une allocation d'aide pour personnes âgées (catégories II, III ou IV) ;
- bénéficier d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne dans l'ancien régime de l'allocation aux handicapés ;
- bénéficier d'une indemnité d'invalidité ou d'incapacité primaire majorée versée par la mutualité pour l'aide d'une tierce personne ;
- bénéficier d'une allocation forfaitaire payée par la mutualité pour l'aide d'une tierce personne aux titulaires invalides, chefs de ménage ;
- avoir séjourné dans un hôpital pendant au moins 120 jours dans une période de référence de 2 années civiles ou, à défaut, avoir été hospitalisé au minimum à 6 reprises.



LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE  
SONT TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE [www.mutsoc.be](http://www.mutsoc.be)



La Mutualité Socialiste 

DIRECTION ETUDES DE LA MUTUALITÉ SOCIALISTE

DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN

RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES

Téléphone : 02/515.03.93. – fax : 02/515.18.74. – mail : [Etudes@mutsoc.be](mailto:Etudes@mutsoc.be)

EDITEUR RESPONSABLE :

JEAN-PASCAL LABILLE

Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles