

BAROMETRE DOSSIER MEDICAL GLOBAL 2012

Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken



ETUDE

**Baromètre
Dossier Médical Global
2012**

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 généraliste.....	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, 2005-2012	9
Figure 2. Taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2012.....	10
Figure 3. Progression des taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2012	11
Figure 4. Ratio DMG/ « Patients attribués » par région (patientèle > 10), 31 décembre 2012	15
Figure 5. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle >=10), 31 décembre 2012	16

Table des tableaux

Tableau 1. Evolution du taux de couverture brut par région, 2005-2012.....	8
Tableau 2. Comparaison des taux de couverture « bruts » et « nets », 31 décembre 2012 ...	9
Tableau 3. Taux de couverture bruts selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2012.....	12
Tableau 4. Taux de couverture bruts des affiliés bénéficiant du forfait « malades chroniques » selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2012	13
Tableau 5. Evolution du taux de couverture brut selon le statut social, 2005-2012.....	14
Tableau 6. Taux de couverture bruts selon le statut social pour les patients âgés de moins de 65 ans, 31 décembre 2012.....	14
Tableau 7. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle > 10), 31 décembre 2012	15
Tableau 8. Mode de facturation pour l'ouverture ou la prolongation du DMG, 31 décembre 2012	17
Tableau 9. Proportion de la facturation en tiers payant lors d'une attestation DMG, 31 décembre 2012	17
Tableau 10. Proportion de facturation de la consultation en tiers payant lorsque le DMG est attesté en tiers payant, 31 décembre 2012	17
Tableau 11. Taux de couverture du DMG+, 31 décembre 2012	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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} janvier 2011, Solidaris – Mutualité Socialiste 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 2005-2012, le taux de couverture du DMG a fortement progressé (+50%) au niveau national. En 2012, plus d'un affilié sur deux (56%) disposent d'un DMG en Belgique (Tableau 1).

Les résultats ventilés par région montrent une augmentation de 98% en Wallonie et de 74% à Bruxelles tandis qu'en Flandre, où le taux de couverture était déjà élevé en 2005, la progression n'est que de 28% (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^{er} janvier 2011. En effet, depuis cette date, Solidaris – Mutualité Socialiste offre le remboursement du ticket modérateur pour un ensemble de prestations¹ à ses affiliés Mutualis² 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 en 2011 et de 3 points de pourcentage en 2012 (Figure 1).

Si on constate un certain rattrapage, en particulier de la Wallonie, des écarts importants entre régions subsistent. En Flandre, 71% des affiliés disposent d'un DMG tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, ces taux s'élèvent respectivement à 46% et 43%.

Tableau 1. Evolution du taux de couverture brut par région, 2005-2012³

Région	2005			2012			Evolution 2005-2012
	Total	DMG	%	Total	DMG	%	
Flandre	1.243.683	688.448	55%	1.395.310	992.086	71%	28%
Bruxelles	325.256	80.084	25%	376.866	161.209	43%	74%
Wallonie	1.207.522	282.739	23%	1.315.520	610.744	46%	98%
Belgique	2.946.175	1.105.962	38%	3.141.861	1.769.204	56%	50%

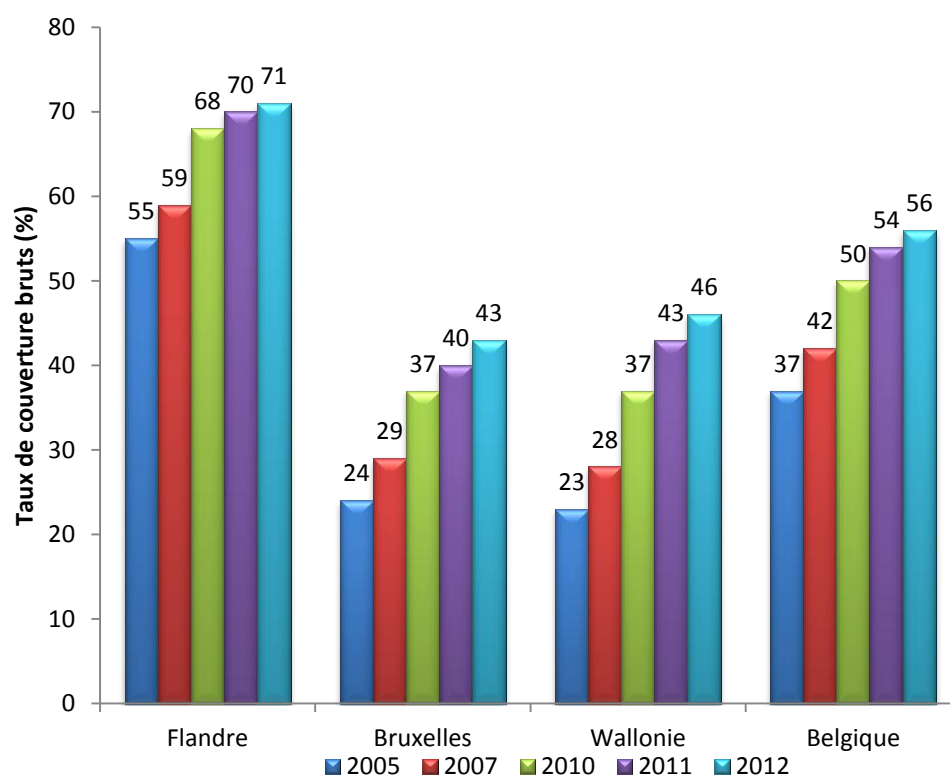
Source : UNMS (2013)

¹ Ticket modérateur remboursé aux affiliés Mutualis à partir du 1^{er} 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 reprises pour les 18 ans et plus.

² 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.

³ 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, 2005-2012

Source : UNMS (2013)

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 1,4 (Tableau 2).

Tableau 2. Comparaison des taux de couverture « bruts » et « nets », 31 décembre 2012

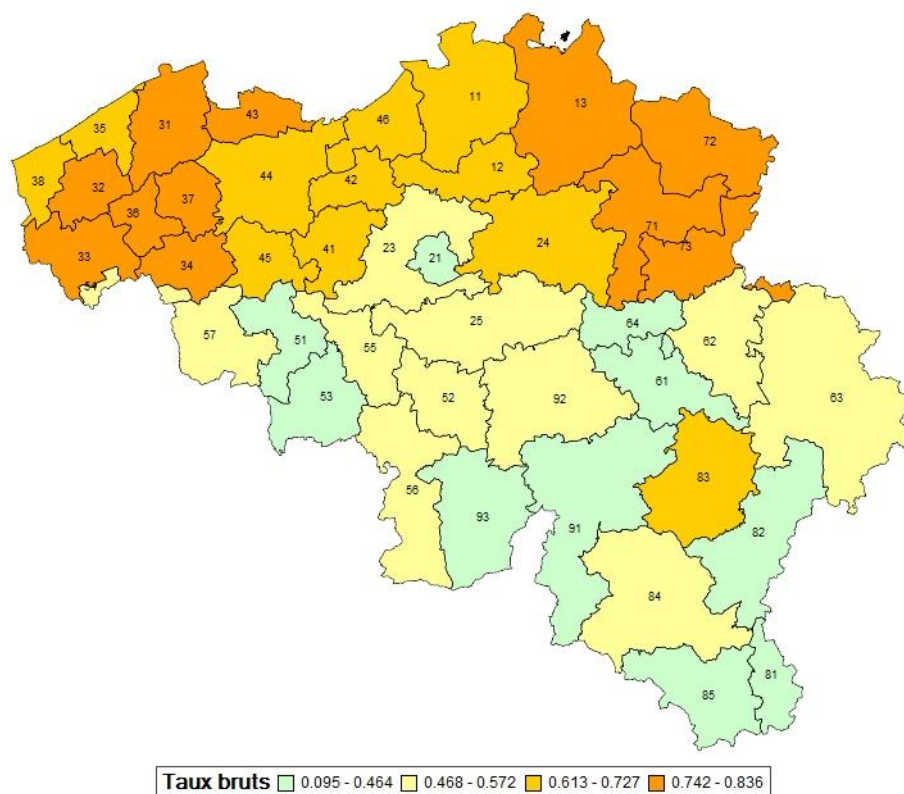
Région	Taux brut	Taux net	Net/brut
Flandre	71%	86%	121%
Bruxelles	43%	62%	145%
Wallonie	46%	59%	127%
Belgique	56%	72%	128%

Source : UNMS (2013)

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 46% tandis que six affiliés sur dix de l'arrondissement de Marche-en-Famenne possèdent un DMG. En Flandre, on observe des taux de plus de 74% 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 dans la plupart des arrondissements de la dorsale wallone ainsi qu'à Marche-en-Famenne, Philippeville et Dinant. A contrario, la progression est la plus faible dans les arrondissements tels que Furnes, Alost, Hasselt, Anvers, Tongres, etc.

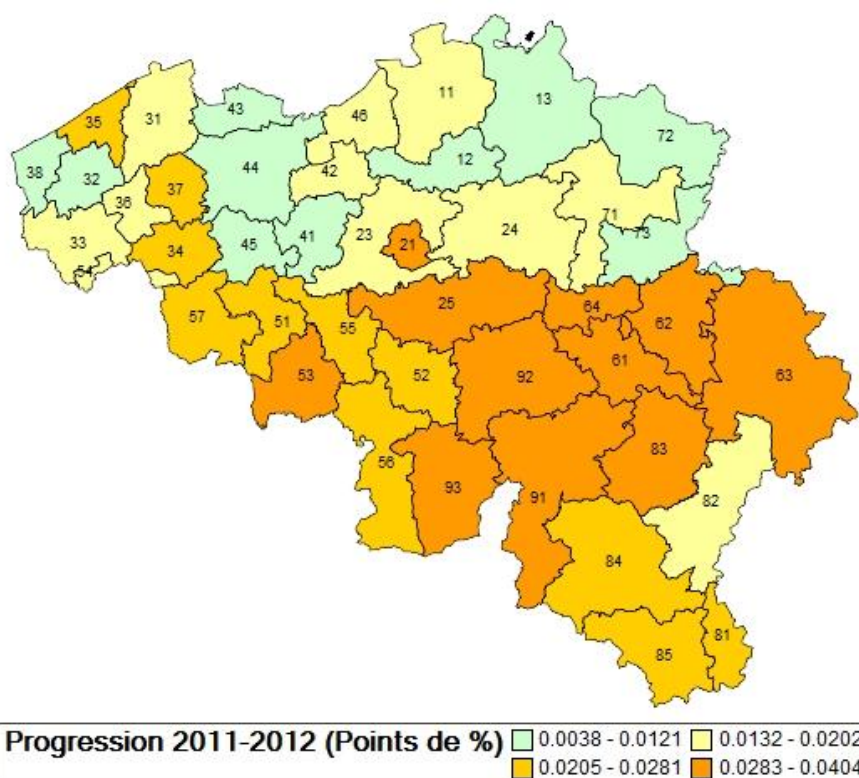
Figure 2. Taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2012



Num.	Arrondissement	Taux brut	Num.	Arrondissement	Taux brut	Num.	Arrondissement	Taux brut
11	Anvers	66%	38	Furnes	71%	61	Huy	36%
12	Malines	71%	41	Alost	69%	62	Liège	49%
13	Turnhout	80%	42	Termonde	70%	63	Verviers	51%
21	Bruxelles-Capitale	43%	43	Eeklo	76%	64	Waremme	46%
23	Hal-Vilvorde	54%	44	Gand	66%	71	Hasselt	81%
24	Louvain	73%	45	Audenarde	68%	72	Maaseik	84%
25	Nivelles	48%	46	Saint-Nicolas	63%	73	Tongres	79%
31	Bruges	74%	51	Ath	41%	81	Arlon	37%
32	Dixmude	75%	52	Charleroi	47%	82	Bastogne	36%
33	Ypres	82%	53	Mons	37%	83	Marche-en-Famenne	61%
34	Courtrai	78%	54	Mouscron	57%	84	Neufchâteau	50%
35	Ostende	67%	55	Soignies	48%	85	Virton	37%
36	Roulers	77%	56	Thuin	48%	91	Dinant	46%
37	Tielt	77%	57	Tournai	50%	92	Namur	50%
						93	Philippeville	43%

Source : UNMS (2013)

Figure 3. Progression des taux de couverture bruts par arrondissement, 31 décembre 2012



Num.	Arrondissement	Progression (points %)	Num.	Arrondissement	Progression (points %)	Num.	Arrondissement	Progression (points %)
11	Anvers	1%	38	Furnes	0%	61	Huy	4%
12	Malines	1%	41	Alost	0%	62	Liège	3%
13	Turnhout	1%	42	Termonde	1%	63	Verviers	4%
21	Bruxelles-Capitale	3%	43	Eeklo	1%	64	Waremmes	3%
23	Hal-Vilvorde	2%	44	Gand	1%	71	Hasselt	1%
24	Louvain	2%	45	Audenarde	1%	72	Maaseik	1%
25	Nivelles	4%	46	Saint-Nicolas	1%	73	Tongres	1%
31	Bruges	2%	51	Ath	2%	81	Arlon	2%
32	Dixmude	1%	52	Charleroi	3%	82	Bastogne	2%
33	Ypres	2%	53	Mons	4%	83	Marche-en-Famenne	3%
34	Courtrai	2%	54	Mouscron	2%	84	Neufchâteau	2%
35	Ostende	2%	55	Soignies	3%	85	Virton	3%
36	Roulers	2%	56	Thuin	3%	91	Dinant	3%
37	Tielt	2%	57	Tournai	2%	92	Namur	4%
						93	Philippeville	4%

Source : UNMS (2013)

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 2012.

Tableau 3. Taux de couverture bruts selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2012

Tranches d'âge	Sexe	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Belgique
de 0 à 9 ans	Hommes	56%	33%	41%	46%
	Femmes	55%	33%	40%	45%
	Total	55%	33%	40%	45%
de 10 à 19 ans	Hommes	59%	42%	41%	48%
	Femmes	63%	43%	44%	51%
	Total	61%	42%	43%	50%
de 20 à 39 ans	Hommes	61%	31%	31%	44%
	Femmes	72%	42%	42%	54%
	Total	66%	37%	37%	49%
de 40 à 59 ans	Hommes	70%	40%	42%	54%
	Femmes	78%	50%	49%	62%
	Total	74%	45%	46%	58%
de 60 à 74 ans	Hommes	82%	53%	59%	69%
	Femmes	86%	59%	62%	72%
	Total	84%	56%	60%	70%
75 ans et plus	Hommes	89%	64%	71%	78%
	Femmes	91%	69%	71%	79%
	Total	90%	67%	71%	78%
Total	Hommes	68%	39%	43%	53%
	Femmes	75%	47%	50%	60%
	Total	71%	43%	46%	56%

Source : UNMS (2013)

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 45% (Tableau 3).

Le taux de couverture est aussi supérieur chez les femmes (60% contre 53% 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 »⁴. Pour rappel, ces affiliés bénéficient du droit à l'ouverture d'un DMG depuis 1999.

On constate qu'au 31 décembre 2012, 72% des malades chroniques avaient ouvert un DMG. Ce taux était de 60% au 31 octobre 2005.

Les taux de couverture sont importants dans les trois régions du pays : 82% en Flandre, 65% en Wallonie et 60% à Bruxelles.

Tableau 4. Taux de couverture bruts des affiliés bénéficiant du forfait « malades chroniques » selon l'âge et le sexe, 31 décembre 2012

Tranches d'âge	Sexe	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Belgique
de 0 à 9 ans	Hommes	63%	42%	54%	57%
	Femmes	63%	43%	52%	55%
	Total	63%	42%	53%	56%
de 10 à 19 ans	Hommes	64%	47%	51%	57%
	Femmes	67%	51%	55%	59%
	Total	65%	49%	53%	58%
de 20 à 39 ans	Hommes	68%	45%	50%	58%
	Femmes	77%	54%	55%	66%
	Total	72%	49%	52%	62%
de 40 à 59 ans	Hommes	76%	55%	58%	65%
	Femmes	84%	60%	62%	72%
	Total	80%	58%	60%	69%
de 60 à 74 ans	Hommes	87%	65%	69%	77%
	Femmes	88%	69%	70%	78%
	Total	88%	67%	69%	77%
75 ans et plus	Hommes	91%	74%	75%	83%
	Femmes	93%	77%	76%	84%
	Total	92%	76%	76%	84%
Total	Hommes	78%	56%	62%	69%
	Femmes	85%	64%	67%	75%
	Total	82%	60%	65%	72%

Source : UNMS (2013)

⁴ 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 118% contre 50%. Mais cette évolution est essentiellement le résultat de la progression du nombre de bénéficiaires BIM. En effet, la progression du taux de couverture de la population BIM (33%) a été moindre que celle enregistrée pour la population bénéficiaires ordinaires (53%) entre 2005 et 2012 (Tableau 5).

Tableau 5. Evolution du taux de couverture brut selon le statut social, 2005-2012

Statut	Région	2005			2012			Evolution 2005-2012
		Population	Nb DMG	%	Population	Nb DMG	%	
BIM	Flandre	167.400	104.494	63%	255.338	188.368	74%	18%
	Bruxelles	78.304	26.768	34%	151.723	77.791	51%	49%
	Wallonie	196.973	69.646	35%	316.103	172.326	55%	54%
	Belgique	443.897	201.058	45%	725.197	439.035	61%	33%
BO	Flandre	1.132.073	610.002	54%	1.139.972	803.718	71%	30%
	Bruxelles	263.945	56.096	21%	225.143	83.418	37%	73%
	Wallonie	1.043.644	219.999	21%	999.417	438.418	44%	108%
	Belgique	2.473.076	887.710	36%	2.416.664	1.330.169	55%	53%

Source : UNMS (2013)

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 2012

Statut	Région	Taux de couverture brut
BIM	Flandre	68%
	Bruxelles	49%
	Wallonie	51%
	Belgique	56%
BO	Flandre	68%
	Bruxelles	34%
	Wallonie	40%
	Belgique	52%

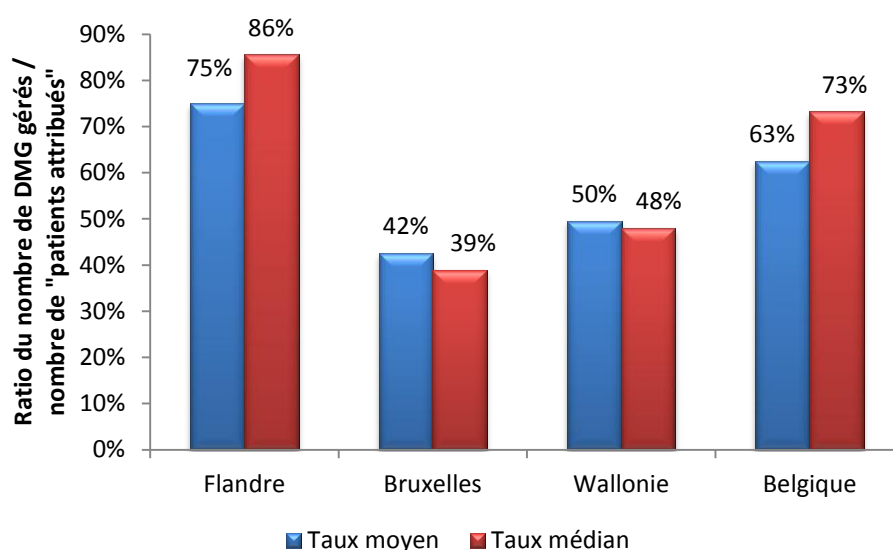
Source : UNMS (2013)

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 75% en Flandre, 50% en Wallonie et 42% à Bruxelles (Tableau 7 et Figure 4). La distribution des taux de DMG par pratique de MG est comparable à Bruxelles et en Wallonie : une minorité de MG bruxellois et wallons (un peu plus de 10%) atteignent le taux médian de DMG observé en Flandre (soit 86%) (Tableau 7 et Figure 5).

Figure 4. Ratio DMG/ « Patients attribués » par région (patientèle > 10), 31 décembre 2012



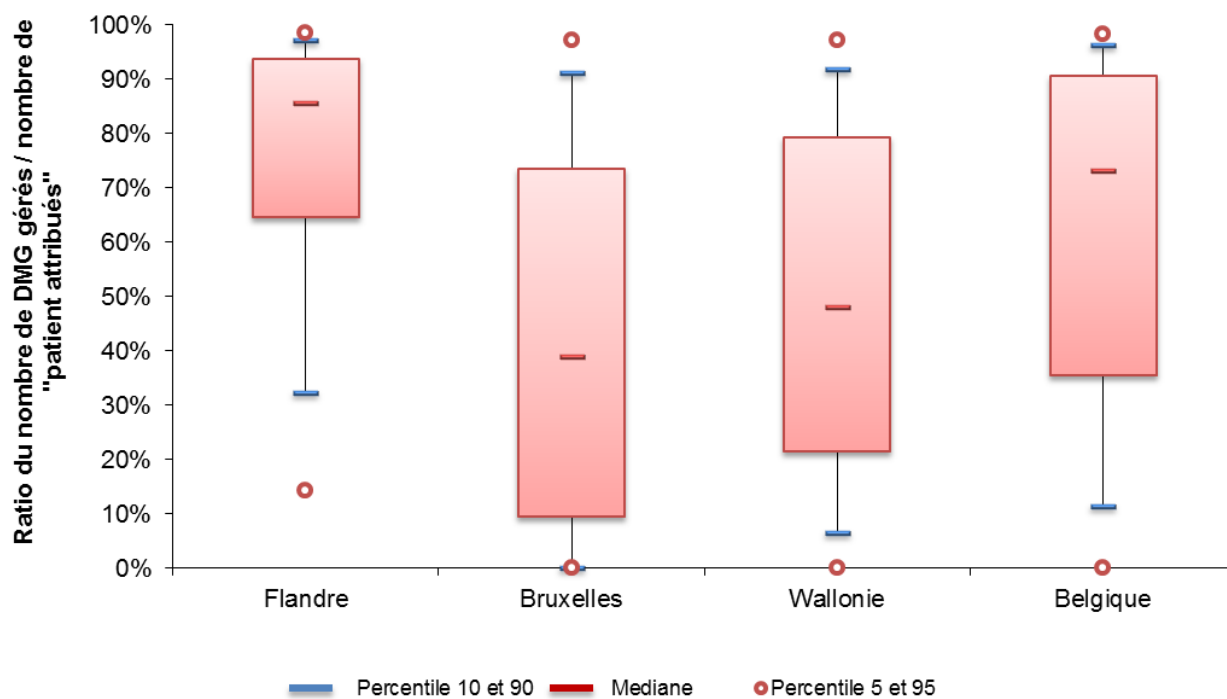
Source : UNMS (2013)

Tableau 7. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle > 10), 31 décembre 2012

Région	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Moyenne	Nb MG
Flandre	14%	32%	65%	86%	94%	97%	99%	75%	6.028
Bruxelles	0%	0%	10%	39%	74%	91%	97%	42%	1.286
Wallonie	0%	7%	22%	48%	79%	92%	97%	50%	3.838
Belgique	0%	11%	35%	73%	91%	96%	98%	63%	11.154

Source : UNMS (2013)

Figure 5. Distribution du ratio DMG/« Patients attribués » par MG (patientèle ≥ 10), 31 décembre 2012



Source : UNMS (2013)

3. FACTURATION EN TIERS PAYANT ET PROLONGATION ADMINISTRATIVE DU DMG

Dans 73% des cas, les MG recourent au tiers payant (TP) pour ouvrir ou prolonger le DMG. Ils recourent, par ailleurs, à la prolongation administrative dans 31% des cas (Tableau 8). Ainsi, dans huit cas sur dix (81%), le patient n'a pas dû avancer les 28,99 € 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 2012

Région	Nombre de DMG ouverts ou prolongés en 2012	Attestation DMG		Prolongation administrative		% TP + Prol. Adm.
		Nombre	% TP	Nombre	%	
Flandre	871.653	638.686	70%	232.967	27%	78%
Bruxelles	136.442	104.548	87%	31.894	23%	90%
Wallonie	524.205	315.745	75%	208.460	40%	85%
Belgique	1.564.196	1.080.318	73%	483.878	31%	81%

Source : UNMS (2013)

Le recours au tiers payant pour l'ouverture ou la prolongation du DMG est aussi davantage pratiqué pour les BIM (83%) que pour les BO (70%) (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 2012

Région	BO	BIM
Flandre	69%	76%
Bruxelles	81%	93%
Wallonie	70%	85%
Belgique	70%	83%

Source : UNMS (2013)

Relevons que lorsque le DMG est facturé en tiers payant, la consultation du MG n'est facturée en tiers payant que dans 85% des cas pour les BIM – alors que pour ces patients, le tiers payant est autorisé pour la consultation – et dans 59% 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 2012

Statut social	Taux
BIM	85%
BO	59%
TOTAL	66%

Source : UNMS (2013)

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^{er} avril 2011 pour les patients entre 45 et 75 ans ayant ouvert un DMG (groupe cible).

Entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2012, 80.675 attestations de DMG+ ont été enregistrées pour les affiliés de Solidarité – Mutualité Socialiste (Tableau 11). Cela représente 11% 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^{er} janvier et le 31 décembre 2012, on obtient un taux légèrement plus élevé de 12% pour l'ensemble du territoire.

Les taux de DMG+ ventilés par région montrent qu'en Flandre, 13% des affiliés entre 45 et 75 ans ayant ouvert un DMG et ayant consulté le MG entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2012 se sont vus facturer le DMG+, contre 11% 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, 82% des affiliés n'ont pas eu à débours les 10,44 € qui rémunèrent le travail de prévention.

Tableau 11. Taux de couverture du DMG+, 31 décembre 2012

Région	Groupe cible			Groupe cible ayant consulté entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012	
	Nb de DMG+	Nb affiliés	% de DMG+	Nb affiliés	% de DMG+
Flandre	52.009	415.934	13%	387.479	13%
Bruxelles	4.847	55.684	9%	42.564	11%
Wallonie	23.819	250.203	10%	226.182	11%
Belgique	80.675	721.821	11%	657.545	12%

Source : UNMS (2013)

CONCLUSIONS

En 2012, la proportion d'affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste ayant ouvert un Dossier Médical Global était de 56%. Ainsi, 1.769.204 affiliés de Solidaris – Mutualité Socialiste disposaient d'un DMG auprès d'un médecin généraliste au 31 décembre 2012.

Entre 2005 et 2012, le nombre d'affiliés ayant ouvert un DMG a progressé de 98% en Wallonie et de 74% à Bruxelles, contre 28% 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 85% de leur patientèle disposant d'un DMG alors qu'à peine un peu plus de 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 62% 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 75 ans et plus, 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 : 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 75% des cas en Wallonie, contre 70% 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.

Enfin, le Baromètre DMG renseigne le nombre de patients ayant bénéficié de la consultation de prévention dans le cadre du DMG+ instauré depuis le 1^{er} avril 2011. Le taux de couverture du DMG+ a ainsi augmenté fortement en 2012 : 11% 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 12% pour l'ensemble du territoire. Ce taux était de 13% en Flandre, 9% à Bruxelles et 10% 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



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

EDITEUR RESPONSABLE :

ALAIN THIRION

Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles