

**Campagne d'information 2008 de la Commission de profils
des « médecins généralistes »:
Synthèse des Rapports d'activité personnels 2005**

Commission de profils des médecins généralistes
Pour tout renseignement: FeedbackMG2008@inami.fgov.be
INAMI - Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité

Table des matières

Introduction	p.4
Objectif	p.4
Méthode	p.4
1. Caractéristiques des groupes de référence (GR)	p.7
2. Caractéristiques de la patientèle	p.8
3. Dépenses générées par les activités (prestations et prescriptions) dans le cadre de l'assurance soins de santé	p.9
4. Volume et nature des activités	p.14
4.1. Volume des contacts (patients ambulatoires)	p.14
4.2. Ventilation des contacts dans le cadre de l'assurance soins de santé	p.15
4.3. Autres prestations	p.16
5. Volume et nature des prescriptions d'examens (patients ambulatoires)	p.17
5.1. Prescription d'examens de laboratoire et d'anatomopathologie (patients ambulatoires)	p.17
5.2. Prescription d'examens d'imagerie médicale (patients ambulatoires)	p.19

Liste des tables

Table 0.1:	Caractéristiques des groupes de référence (GR)	p.4
Table 1.1:	Caractéristiques des médecins par groupe de référence	p.7
Table 2.1:	Caractéristiques de la patientèle	p.8
Table 3.1:	Ventilation des dépenses totales (patients ambulants et hospitalisés) (en Euro)	p.9
Table 3.2:	Ventilation des dépenses pour les patients ambulatoires (en Euro)	p.10
Table 3.2.1:	Ventilation des dépenses de prestations (patients ambulatoires) (en Euro)	p.11
Table 3.2.2:	Ventilation des dépenses de prescriptions hors médicaments (patients ambulatoires, en Euro)	p.12
Table 3.3:	Coût moyen par patient attribué (patients ambulatoires) (en Euro)	p.13
Table 4.1:	Volume des contacts (patients ambulatoires)	p.14
Table 4.2.1:	Ventilation des contacts (patients ambulatoires)	p.15
Table 4.2.2:	Volume d'activité en dehors des heures de permanence	p.16
Table 4.3:	Autres prestations	p.16
Table 5.1.1:	Volume des examens de laboratoire (patients ambulatoires)	p.17
Table 5.1.2:	Ventilation des examens de biologie clinique (patients ambulatoires)	p.18
Table 5.2:	Volume des examens d'imagerie médicale	p.19
Table 5.3:	Ventilation des examens d'imagerie médicale	p.19

Liste des figures

Fig. 2.1:	Caractéristiques de la patientèle	p.8
Fig. 3.1:	Dépenses patients ambulatoires (total & ventilation)	p.10
Fig. 3.2:	Dépenses de prestations (patients ambulatoires)	p.11
Fig. 3.3:	Dépenses de prescriptions (hors médicaments)	p.12
Fig. 3.4:	Coût moyen par patient attribué	p.13
Fig. 4.1:	Contacts dans le cadre de l'assurance soins de santé (volume & ventilation)	p.15
Fig. 4.2:	Nature des prestations	p.16
Fig. 4.3:	Prestations techniques	p.16
Fig. 5.1:	Ventilation des examens de biologie clinique	p.18
Fig. 5.2:	Ventilation des examens d'imagerie médicale	p.19

Introduction

Objectif

Afin de répondre à la question « Qui exerce vraiment la médecine générale en Belgique et que fait le médecin généraliste? », la direction RDQ de l'INAMI a mené l'année passée une étude sur l'activité du médecin généraliste.

A l'initiative de la Commission de profil, cette campagne d'information 2008 basée sur cette étude compare l'activité de chaque médecin généraliste à un groupe de médecins qui exerce la médecine générale à plein temps.

Méthode

1. Comment avons-nous constitué les données de votre pratique ?

Nous avons construit une base de données se rapportant à l'année 2005 en regroupant plusieurs sources d'information. L'activité du médecin généraliste est décrite par une centaine de variables. Les variables d'activité sont calculées sur base des attestations de soins. Les données de médicaments sont basées sur les prescriptions délivrées en officine. Les informations personnelles (accréditation, garde, dossier médical électronique) correspondent aux informations communiquées à l'INAMI par le médecin généraliste ou par les responsables de cercle ou de GLEM.

Il est bien entendu que **la notion d'activité ne tient compte que de l'activité remboursée dans le cadre de l'assurance maladie.**

2. Comment avons-nous établi les groupes de référence ?

Pour évaluer le « temps plein généraliste », seule l'activité de jour (entre 8h et 18h en semaine) est prise en compte.

L'étude établit que le volume d'activité des médecins est très variable. Cela laisse présumer des cadences de consultations et de visites très différentes, voire de pratiques à temps partiel.

A partir de simulations de temps, nous avons sélectionné 3 modèles fréquents d'activité « temps plein ». Un groupe de référence (GR) de médecins généralistes correspond à un de ces modèles. Un temps plein correspond à 42-43 heures de travail par semaine et à 14-27 contacts pendant la permanence (de 8h à 18 h). Selon le modèle, la durée moyenne de consultation se situe respectivement pour chaque groupe à 15, 25 et 33 minutes et la visite à 24, 33 et 45 minutes, temps de déplacement compris.

Table 0.1 Caractéristiques des groupes de référence (GR)

Caractéristiques des groupes de référence	GR 1	GR 2	GR 3
0.01 Nombre de médecins généralistes (MG)	626	3.274	1.300
0.02 Nombre moyen de consultations (pendant la permanence)	3.665	3.269	2.312
0.03 Nombre moyen de visites (pendant la permanence)	3.109	1.768	1.205
0.04 Nombre moyen d'avis	46	43	34
0.05 Consultations : temps moyen (en minutes)	15	25	33
0.06 Visites : temps moyen (en minutes)	24	33	45

3. À quel groupe de référence se comparer ? Est-ce une pratique idéale ?

Pour chaque médecin, le groupe de référence correspond à un des trois groupes de médecins généralistes qui travaillent à plein temps. Ces médecins lui sont les plus proches en « productivité » ou, en d'autres termes, de cadences de travail.

La « productivité » est le rapport entre le temps consacré aux contacts pendant les heures de permanence et les 9 heures théoriques de permanence journalière (de 8h et 18 h avec pause de 1 heure). On ne tient donc pas compte des consultations ou des visites avec supplément dans ce calcul. Les temps administratifs sont compris dans le calcul pour autant que le médecin généraliste les effectue entre 8h et 18h.

N.B. Ces groupes de référence ne correspondent en aucun cas à un profil du médecin généraliste idéal. Ces groupes sont sélectionnés essentiellement sur base de critères de « productivité » et ne sont pas établis sur base de la concordance avec des critères de qualité.

4. Qui est inclus dans un groupe de référence ?

Nous avons retenu 3 modèles, et donc 3 groupes de référence (GR), dont le modèle 1 est celui avec les cadences les plus rapides (cfr. table 0.1). Chaque médecin généraliste est inclus dans un des 3 groupes pour autant que sa « productivité » atteigne au moins 70% d'un des modèles (et ne dépasse pas 100 dans le modèle 1).

Un médecin généraliste ne fait PAS partie d'un groupe de référence dans les situations suivantes:

- 1) Il est maître de stage, il travaille en maison médicale ou il exerce une pratique hospitalière partielle. Dans ce cas, le calcul de « productivité » pourrait être biaisé en raison du partage d'activité.
- 2) Il dépasse 100 % de la productivité du modèle 1. Dans ce cas, ce médecin peut se comparer au groupe 1, mais il n'en fait pas partie.
- 3) Il n'atteint pas 70 % du groupe 3 : ce médecin ne se consacre peut-être pas à temps plein à la médecine générale ou bien n'a pas été actif toute l'année. Ce médecin sera comparé au 3ème groupe. Cependant, il n'en fait pas partie.

5. La pratique d'un médecin donné est-elle comparable à l'un des 3 modèles?

Il est possible qu'un médecin ne travaille pas tout à fait selon les hypothèses de départ. Voici quelques exemples de situations où la pratique peut sembler différente de celle du groupe attribué :

- 1) Le médecin a l'impression d'être « sur » classé (les temps de référence de consultation ou de visites semblent trop « courts », il voit en réalité ses patients plus longuement)
 - a. il consulte au-delà des plages horaires de 8h à 18 h (ex : entre 18h à 21h) ou le samedi ;
 - b. il travaille plus de 240 jours en 2005
 - c. il enregistre sous son nom une activité effectuée par un autre médecin (ex : maître de stage et stagiaires) ;
 - d. Ses temps de déplacements sont plus rapides que le modèle proposé (inférieurs à 10 minutes aller retour).
 - e. Il voit fréquemment plusieurs patients lors d'un même déplacement

- 2) Le médecin a l'impression d'être «sous» classé (les temps de référence de consultations ou de visites semblent trop longs et les patients sont en réalité vus plus rapidement)
- Le médecin ne travaille pas pendant l'entièreté de la plage horaire du modèle (il travaille par exemple de 9 h à 16 h);
 - Il travaille beaucoup moins que 240 jours en 2005 ;
 - Il exerce la médecine générale à temps partiel;
 - Son activité est sous-estimée (pour rappel seules les activités donnant lieu à un remboursement AMI sont prises en compte)
 - Il sous estime le temps qu'il passe en activités administratives entre 8 et 18 h
 - Les temps de déplacements du modèle sont sous estimés (supérieurs à 10 minutes aller retour ; ex : en milieu rural peu dense ou en zone urbaine encombrée, parking difficile).

6. Si un médecin est dans une situation décrite en 5) est ce que la comparaison est valable ?

La réponse est OUI : **il faut savoir que ces situations particulières sont également valables pour les médecins qui font partie du groupe de référence et le modèle en tient compte.**

Cependant, si un médecin est classé à la limite d'un des groupe, il souhaitera peut être se comparer aux valeurs de référence d'un autre groupe :

- Si ses chiffres d'activité sont systématiquement près du percentile 10, il peut aussi se comparer au groupe 2 s'il est 1, ou au groupe 3 s'il est 2.
- Si ses chiffres d'activité sont systématiquement près du percentile 90, il peut aussi se comparer au groupe 1 s'il est 2, ou au groupe 2 s'il est 3.

Il peut aussi s'adresser à l'INAMI qui lui établira un nouveau rapport d'activité.

7. Est-ce que le groupe de référence est toujours un groupe de comparaison pertinent ?

Il est possible qu'un médecin a développé une activité spécifique qui s'éloigne de la pratique «classique» de médecine générale ou exerce la médecine en groupe.

Le groupe de référence ne tient pas compte de pratiques particulières qui parfois peuvent représenter une grande partie de l'activité (médecine sportive,...)

Le groupe de référence ne tient pas compte non plus des paramètres de patientèle qui pour un médecin particulier peut être beaucoup plus âgée, plus féminine, ou plus défavorisée....

Dans ces cas les paramètres de comparaison seront peut-être moins pertinents.

Les caractéristiques de chaque pratique

Dans les chapitres suivants nous décrivons les caractéristiques de patientèle, d'activités et de dépenses par groupe de généraliste. Pour la clarté du texte, sauf indication contraire, les chiffres qui sont expliqués sont ceux du groupe 2 (**GR2**), qui comprend le plus grand nombre des équivalent temps plein généralistes. Les tableaux par contre détaillent les chiffres des 3 groupes

Les tableaux

La plupart des tableaux sont construits sur base du schéma suivant:

- La première colonne précise le nom des indicateurs.
- Les colonnes suivantes détaillent les médianes (percentile 50) des 3 groupes (GR) pour les médecins actifs à temps plein.

Les tableaux se lisent indicateur par indicateur (lignes par lignes). Puisqu'il s'agit de valeurs médianes ces lignes ne peuvent pas être additionnées !

Les graphiques

Les graphiques sont de 2 types :

- Comparaison des chiffres absolus ou de moyenne par groupe : Les chiffres sont calculés sur l'ensemble du groupe. Les moyennes correspondent à la \sum activités / nb mg
- Comparaison des pourcentages relatifs des catégories par groupe : les pourcentages correspondent à l'activité spécifique de la catégorie rapportée à l'activité totale du groupe.

1. Caractéristiques des 3 groupes de référence (GR)

Les médecins repris dans l'échantillon des temps plein du groupe 2, ont un âge médian de 49 ans et sont de sexe masculin dans 82 % des cas.

58% de ces médecins sont conventionnés avec un statut social, 96% participent à un GLEM et 92% sont accrédités.

99% bénéficient d'un forfait pour la prescription du dossier médical global (DMG) et 67% bénéficient du forfait "informatisation"

83 % des médecins sont inscrits à la garde (ils participent à la garde 5.5 fois en moyenne sur l'année).

En comparaison, le groupe plus cadencé (GR1) est plus masculin (93%) et le groupe moins cadencé est plus féminin (66%). (tableau 1.1)

Table 1.1 Caractéristiques des médecins selon le groupe de référence (GR)

	GR 1	GR 2	GR 3
Âge médian	50	49	47
1.01 % Hommes	93%	82%	66%
1.02 % Francophones	34%	34%	42%
1.03 % Accrédités	93%	92%	89%
1.04 % Participant à la garde	87%	83%	79%
1.05 % Participant à un glem	97%	96%	95%
1.06 % de médecins conventionnés avec statut social	64%	58%	60%
1.07 % de médecins recevant un forfait Dossier médical global	99%	99%	99%
1.08 % de médecins recevant un forfait Dossier médical électronique	71%	67%	60%

2. Caractéristiques de la patientèle

Le tableau 2.1 présente les caractéristiques de la patientèle pour chacun des GR. Le médecin généraliste temps plein du groupe 2, a un contact -au moins- avec près de 820 patients différents chaque année. L'âge médian des patients est de 44 ans ; 46% sont des hommes et 21% sont retraités.

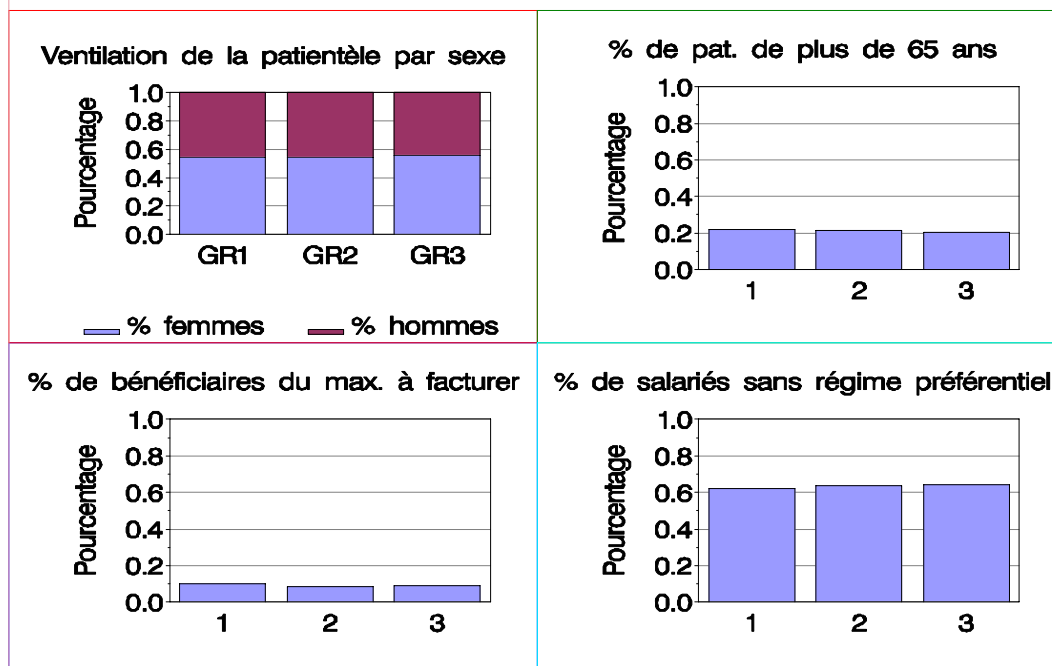
La seule différence entre les groupes porte sur la médiane de la patientèle : elle plus élevée dans le groupe 1 (1160) et plus basse dans le groupe 3 (584).

Le tableau 2.1 renseigne notamment le nombre de patients attribués. Ce nombre est fréquemment utilisé comme dénominateur pour d'autres indicateurs présentés dans ce document. Ce nombre de patients attribués est estimé selon une méthodologie calculée par les organismes assureurs. Cette méthode attribue un patient à un médecin en fonction du plus grand nombre de contacts chez ce médecin.

Table 2.1 Caractéristiques de la patientèle

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
2.01 Nombre de patients attribués	1.160	820	584
2.02 Age moyen	45	44	44
2.03 % d'hommes	46%	46%	44%
2.04 % de plus de 65 ans	22%	21%	20%
2.05 % de bénéficiaires du maximum à facturer	10%	9%	9%
2.06 % de salariés sans régime préférentiel	62%	64%	64%

Fig. 2.1: Caractéristiques de la patientèle



3. Dépenses générées par les prestations et les prescriptions dans le cadre de l'assurance soins de santé

Les médecins du groupe de référence 2 génèrent près de 400.000 euros de dépenses par médecin (392.057 exactement) (tableau 3.1). Ces dépenses qui ne concernent que les dépenses remboursées dans le cadre de l'assurance soins de santé sont constituées de prestations et prescriptions diverses pour les patients ambulatoires (à l'exclusion des patients couverts uniquement pour les gros risques). Ces chiffres sont respectivement de 586.570 et 274.412 euros par an dans les 2 autres groupes. La composition des dépenses semble constante et indépendante du groupe de référence (voir figure 1.3):

- La moitié des dépenses générées par le médecin généraliste sont des dépenses de prescriptions de médicaments (47%).
- 27% des dépenses sont des prestations du médecin généraliste lui-même. Ces dépenses se décomposent en consultations (43%), visites (48%) et DMG (7%) (figure 3.1).
- Le dernier quart concerne les dépenses générées par les prescriptions de laboratoire (8%), de kiné (7%), de soins infirmiers (5%) ou d'imagerie médicale (5%) (figure 3.2).
- Le reste des dépenses est infime: il comprend entre autres les prestations diagnostiques (ECG) et thérapeutiques.
- Les forfaits payés par l'INAMI représentent 1% de l'ensemble du budget. Ce budget est composé des honoraires de disponibilité, de différents forfaits pour le DMG ou pour le dossier médical informatisé. Sont inclus également dans cette rubrique les montants dépensés pour le statut social des médecins conventionnés. Les dépenses liées au conventionnement des médecins généralistes constituent 36% de ce montant.

Rapportés au nombre de patients attribués, ces montants sont de 480 €/ an par patient pour le groupe 2. Il est approximativement identique dans le groupe 3 (471€/ an) mais beaucoup plus élevé dans le groupe 1 (519 €/ an) (voir tableau 3.3.).

Table 3.1: Ventilation des dépenses totales (patients ambulants et hospitalisés) (en Euro)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
3.01 Total des dépenses	586.570	392.057	274.412
3.02 Patients hospitalisés	0	0	0
3.03 Prestations hospitalières	0	0	0
3.04 Forfaits INAMI alloués par médecin (total)	4.499	4.131	4.131
3.05 Patients ambulants	581.150	386.846	269.595
3.06 Autres	1.610	989	616

Table 3.2: Ventilation des dépenses pour les patients ambulatoires (en Euro)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
3.05 Patients Ambulants	581.150	386.846	269.595
3.07 Prestations (total)	145.326	95.904	67.731
3.08 Prescriptions hors médicaments	150.888	98.940	68.387
3.09 Prescriptions médicaments	281.328	188.124	131.208

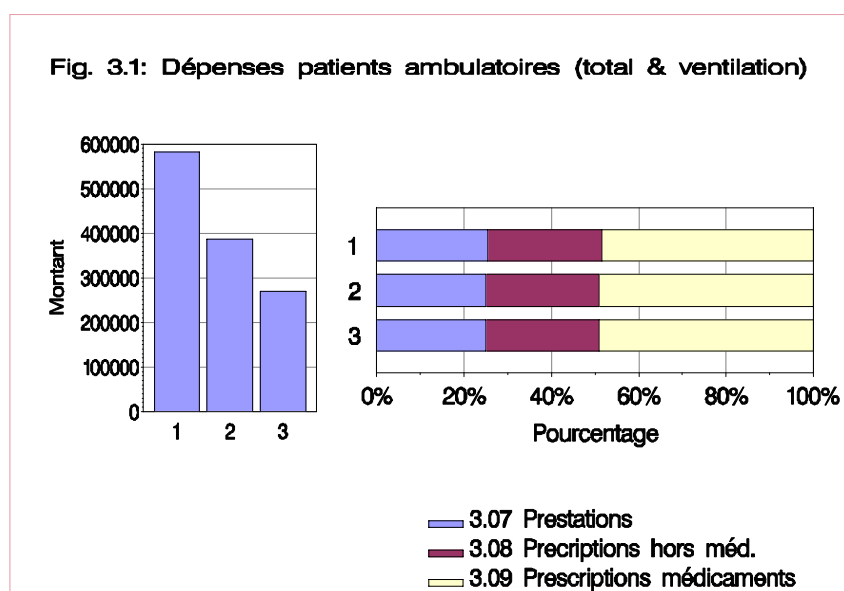
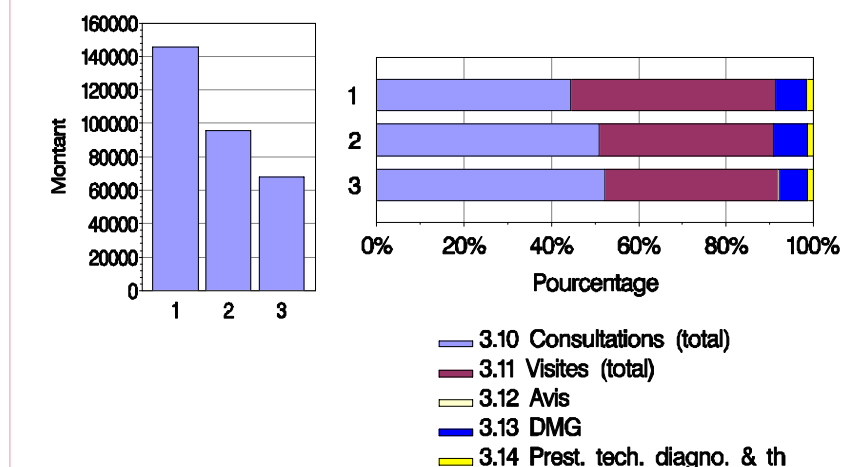


Table 3.2.1: Ventilation des dépenses de prestations (patients ambulatoires) (en Euro)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
3.07 Prestations (total)	145.326	95.904	67.731
3.10 Consultations (total)	64.618	48.981	35.196
3.11 Visites (total)	70.153	39.465	27.015
3.12 Avis	0	0	0
3.13 Dossier médical global (DMG)	9.332	6.448	3.601
3.14 Prest. techniques diagnostiques et thérapeutiques	1.475	907	555

Fig. 3.2: Dépenses de prestations (patients ambulatoires)

**Table 3.2.2: Ventilation des dépenses de prescriptions hors médicaments (patients ambulatoires)
(en Euro)**

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
3.09 Prescriptions (total hors médicaments)	150.888	98.940	68.387
3.15 Biologie et anatomo-pathologie	43.967	30.174	21.629
3.16 Imagerie médicale	27.428	18.286	12.658
3.17 Kinésithérapie	40.367	25.977	17.871
3.18 Soins infirmiers	27.016	15.755	8.861
3.19 Divers (e.a. appareils)	4.753	3.006	1.638

Fig. 3.3: Dépenses de prescriptions (hors médicaments)

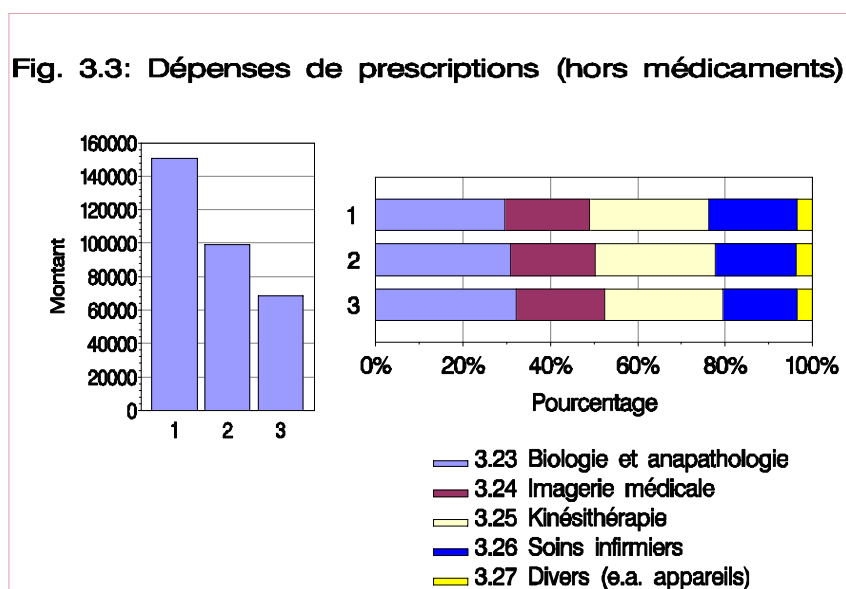
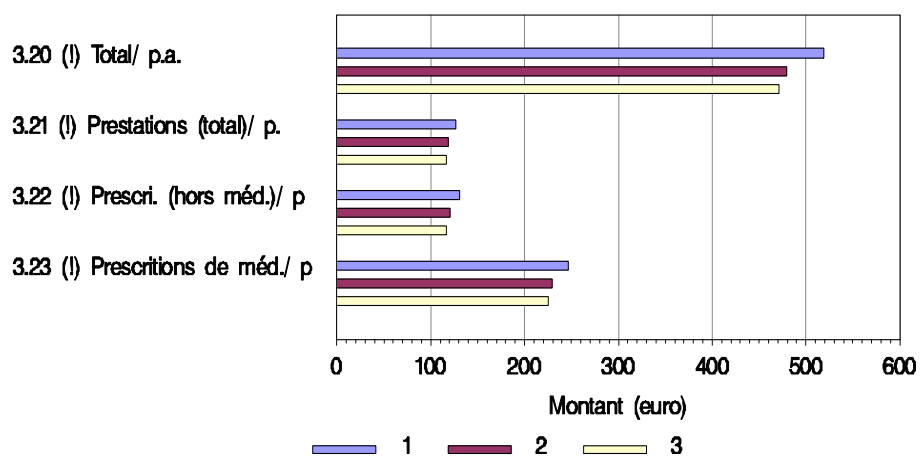


Table 3.3: Coût moyen par patient attribué (patients ambulatoires) (en Euro)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
3.20 Total/ patient attribué (p.a.)	519	480	471
3.21 Prestations (total)/ p.a.	127	118	117
3.22 Prescriptions (hors médicaments)/ p.a.	131	121	117
3.23 Prescriptions de médicaments/ p.a.	247	229	226

Fig. 3.4: Coût moyen par patient attribué

4. Volume et nature des activités

4.1. Volume et ventilation des contacts (patients ambulatoires)

Les généralistes ont un nombre médian de 5072 contacts par an dans le groupe 2 (tableau 4.1). Cela représente respectivement 21 contacts-patients par jour, entre 8 h et 18 h, sur base de 240 jours de travail par an. Dans les autres groupes de référence le nombre de contacts est respectivement de 7513, et 3657 Soient 31 et 15 contacts-patients par jour. De manière plus détaillée, cela signifie que:

- Le médecin généraliste qui travaille temps plein voit chaque patient tous les 2 mois, généralement au cabinet en consultation (65% des contacts patients).
- Les visites représentent 35% des contacts (tableau 4.2.1.).
- 0% de ces visites ont un supplément de déplacement, ces visites peuvent être assimilées à des visites en milieu rural.
- Les contacts en dehors des heures de permanence sont relativement rares (2% des contacts patients). Ce chiffre peut être sous-estimé dans la mesure où de nombreux médecins ne facturent pas de suppléments pour les contacts entre 18h et 20h (tableau 4.2.2).
- La facturation du dossier médical global est plus élevée en général chez les médecins néerlandophones que chez les médecins francophones. Nous avons calculé pour les seuls médecins francophones que 13% des patients ont accepté de faire gérer leur dossier par le médecin généraliste. En comparaison le % moyen de DMG est respectivement de 63, 52, 32% pour les médecins néerlandophones (tableau 4.3.).
- Il n'y a pratiquement pas de prestations techniques ou diagnostiques (2% de prestations techniques par consultation au cabinet en heures de permanence). Les prestations techniques les plus fréquentes sont les ECG et quelques séances de cryothérapie ou d'ablations (tableau 4.3).

Table 4.1: Volume des contacts (patients ambulatoires)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
2.01 Nombre de patients attribués	1.160	820	584
4.01 Nombre total de contacts	7.513	5.072	3.657
4.02 Nombre de contacts par patient attribué	6	6	6

4.2. Ventilation des contacts dans le cadre de l'assurance soins de santé

Table 4.2.1: Ventilation des contacts (patients ambulatoires)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
4.01 Total	7.513	5.072	3.657
4.03 Consultations	4.241	3.256	2.379
4.04 Visites	3.219	1.805	1.245
4.05 Avis	0	0	0
4.06 Proportion des visites sur les contacts totaux	43%	35%	34%

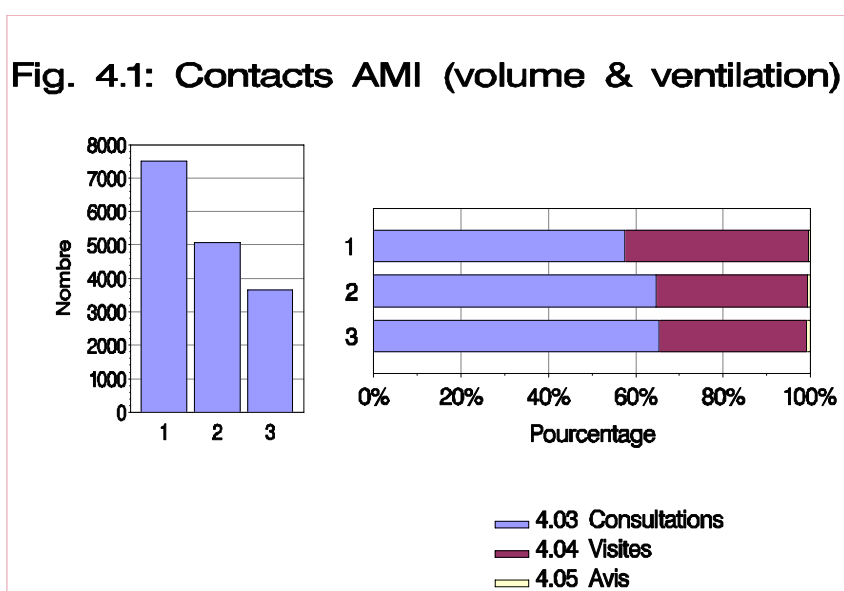


Table 4.2.2: Volume d'activité en dehors des heures de permanence

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
4.07 Consultations pendant les heures de permanence	4.200	3.223	2.345
4.08 Consultations hors heures de permanence	20	20	17
4.09 Visites hors heures de permanence	83	61	51
4.10 Proportion des visites en dehors des heures de permanence sur les visites totales	2%	2%	2%
4.11 Proportion de consultations en dehors des heures de permanence sur le total des consultations	0%	1%	1%

4.3. Autres prestations

Table 4.3: Autres prestations

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
4.12 Prestation de dossier médical global	141	108	71
4.13 Visites avec code rural	0	0	0
4.14 Nombre de codes avec prestation technique	76	52	32
4.15a Proportion de prestations dossier médical global par nombre de patients attribués (néerlandophones)	63%	52%	32%
4.15b Proportion de prestations dossier médical global par nombre de patients attribués (francophones)	13%	14%	12%
4.16 Proportion des visites avec code rural sur les visites totales	0%	0%	0%
4.17 % de codes avec prestations techniques sur les consultations pendant les heures de permanence	2%	2%	1%

Fig. 4.2: Nature des prestations

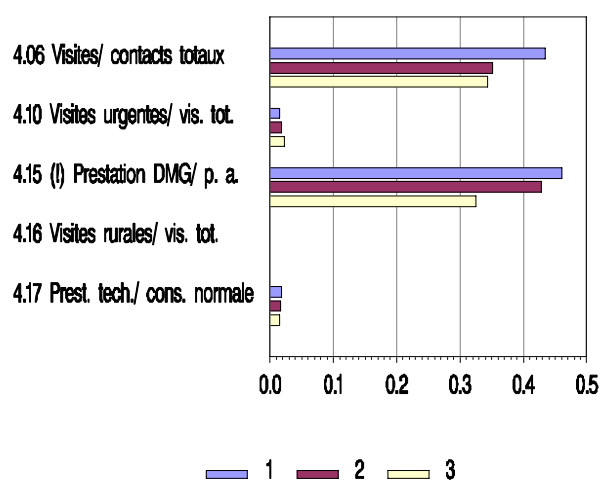
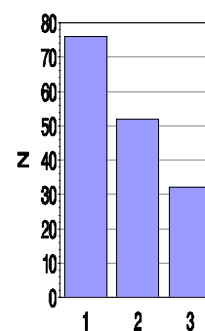


Fig. 4.3: Prestations techniques



5. Volume et nature des prescriptions d'examens (patients ambulatoires)

En matière d'examens diagnostiques, on distingue les prescriptions d'examens de laboratoire et celles d'imagerie médicale

Les examens de laboratoire (tableaux 5.1.):

- Chaque patient a un examen de laboratoire tous les 3 contacts (2 fois/an).
- Le nombre d'examens médian par prescription est de 7, principalement de la chimie et de l'hématologie.
- Le rapport entre les prescriptions onéreuses et l'ensemble de la prescription de laboratoire est de l'ordre de 6 %. Ces prescriptions onéreuses correspondent aux prescriptions de biologie clinique dont l'addition des coefficients INAMI de biologie est supérieure à 1000.

Les examens d'imagerie (tableau 5.2):

- Le généraliste prescrit des examens d'imagerie à 22 % des patients attribués/an.
- La majorité des prescriptions d'imagerie sont des radiographies RX ostéo-articulaires (56%) (RX sauf RX de thorax).

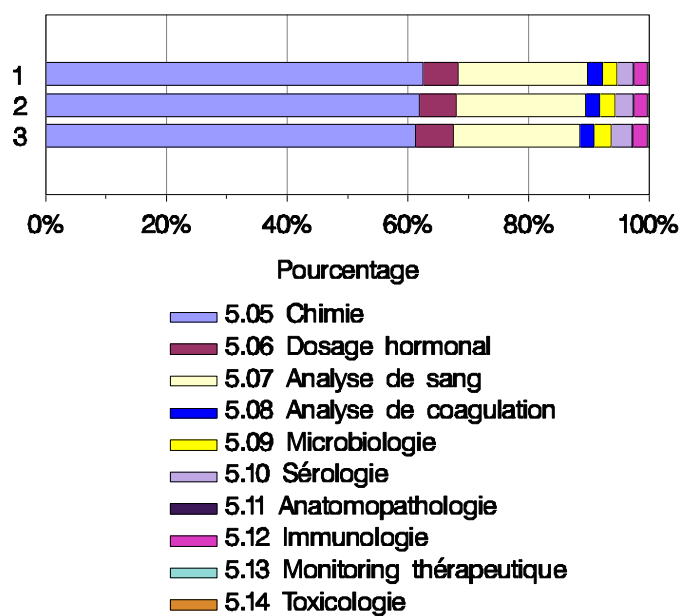
5.1. Prescription d'examens (patients ambulatoires)

Table 5.1.1: Volume des examens de laboratoire (patients ambulatoires)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
2.01 Nombre de patients attribués	1.160	820	584
4.01 Nombre total de contacts	7.513	5.072	3.657
5.01 Nombre d'examens de laboratoire par patient attribué	2	2	2
5.02 Nombre d'examens/ presc. de laboratoire	8	7	8
5.03 Proportion de contacts patients avec prescription de laboratoire sur nombre de consultations pendant les heures de permanence	32%	33%	34%
5.04 Prescriptions supérieures à B1000	7%	6%	7%

Table 5.1.2: Ventilation des examens de biologie clinique (patients ambulatoires)

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
5.05 Chimie	62%	62%	61%
5.06 Dosage hormonal	6%	6%	6%
5.07 Analyses de sang	22%	22%	21%
5.08 Analyses de coagulation	2%	2%	2%
5.09 Microbiologie	2%	2%	2%
5.10 Sérologie	2%	2%	3%
5.11 Anatomopathologie	0%	0%	0%
5.12 Immunologie	2%	2%	2%
5.13 Monitoring thérapeutique	0%	0%	0%
5.14 Toxicologie	0%	0%	0%

Fig 5.1: Ventilation examens biologie clinique

5.2. Prescriptions d'examens d'imagerie médicale (patients ambulatoires)

Table 5.2: Volume des examens d'imagerie médicale

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
2.01 Nombre de patients	1.160	820	584
4.01 Nombre total de contacts	7.513	5.072	3.657
5.15 Nombre de patients attribués avec examens d'imagerie	270	182	129
5.16 % de patients attribués avec minimum une prescription d'imagerie médicale	24%	22%	22%

Table 5.3: Ventilation des examens d'imagerie médicale

	P50 GR1	P50 GR2	P50 GR3
5.17 RX: clichés de thorax	8%	8%	8%
5.18 RX: clichés sauf thorax	57%	56%	56%
5.19 Scanner	9%	9%	9%
5.20 Echographie	20%	21%	21%
5.21 Echo Doppler	2%	2%	2%
5.22 IRM	2%	2%	2%

Fig 5.2: Ventilation examens imagerie médicale

