

*QUELLE POPULATION SUIVONS-NOUS  
DANS LES MAISONS MEDICALES AU  
FORFAIT ?*

*QUELLE EST SA CONSOMMATION DE  
SOINS MEDICAUX ?*

*SERVICE D'ETUDE - AGIR EN PREVENTION - GROUPE INFORMATIQUE  
FEDERATION DES MAISONS MEDICALES ET COLLECTIFS DE SANTE FRANCOPHONES  
AVRIL 2002*

## *Objectifs et modalités de l'étude*

Plusieurs objectifs sous-tendaient l'idée de modéliser la population suivie au Forfait et sa consommation de soin :

- ✓ Objectif contractuel : fournir à l'INAMI les données de consommation de soins promises dans le cadre du système forfaitaire
- ✓ Objectif politique : asseoir notre crédibilité en montrant notre capacité d'évaluation de nos pratiques, utiliser certains résultats de l'étude dans les négociations forfaitaires et, plus largement, dans les débats sur la réorganisation des soins de première ligne.
- ✓ Objectif de gestion : fournir aux équipes des MM une image structurée et synthétique de leur population suivie et de sa consommation des soins, et leur donner ainsi un outil de pilotage pour leur organisation interne.
- ✓ Objectif pédagogique : en donnant aux équipes un premier retour des informations qu'on peut tirer des données qu'elles passent leur temps à enregistrer en doutant parfois de leur utilité, susciter leur motivation pour un enregistrement encore plus performant et pour l'utilisation complète du Dossier Santé Informatisé, ce qui permettrait de mener des études qualitatives infiniment plus intéressantes que ce dont il s'agit ici. Et accessoirement convaincre les MM non encore informatisées de l'intérêt de le faire...

Sur les 23 MM au Forfait opérationnelles durant l'année 2000, 19 fournirent leur fichier "signalétique" (données de population) et 16 d'entre elles fournirent également leur fichier "actes" (données de consommation). Ces données, qui servirent de base à l'analyse, portaient sur une file active (au 31.12.2000) de 44.500 patients (19 MM) et sur 195.000 actes prestés durant l'année 2000 sur 38.900 de ces patients (16 MM). Les données comparatives concernant la population nationale et sa consommation de soins en 2000 provenaient de l'Institut National de Statistique (INS) et des services de l'INAMI. Aucun test de signification statistique ne fut effectué car ils n'avaient guère de sens : sur des effectifs de cette taille, une différence minime et non pertinente entre les deux populations atteint de toute façon un seuil de signification statistique élevé ( $p < .001$ ). Il ne s'agissait d'ailleurs pas d'échantillons tirés au hasard mais de populations exhaustives.

L'encodage des actes-Infirmiers et Kinés est apparu d'emblée comme trop fragmentaire dans de nombreuses MM et donc inutilisable pour une analyse globale. Pour cette année nous avons donc dû limiter l'analyse de la consommation de soins aux seuls actes-Médecins, en espérant qu'il puisse en être autrement dans le futur. A titre d'information, les données de soins infirmiers et kinés de chaque MM sont néanmoins données dans les tableaux annexes, sans analyse ni commentaires.

L'encodage des actes-Médecins présente lui aussi quelques lacunes sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Cela doit faire interpréter les résultats de leur analyse avec une certaine prudence et réserve. Ces résultats sont présentés de façon globale, mais ici aussi sont fournis en annexe les tableaux permettant à chaque MM de se situer individuellement.

Les garanties d'anonymat et de confidentialité des données ont été respectées. Les noms, prénoms, n° de dossier, adresses et n° de téléphone des patients ont été "écrasés" dans les fichiers transmis, et chaque MM est identifiée dans les tableaux par un n° de code qu'elle est seule à connaître.

Les hypothèses et pistes de réflexion présentées dans cette analyse ne se veulent pas définitives et n'auront de sens qu'après critique et discussion avec les équipes des MM concernées.

## Profil socio-démographique de la population suivie

Les caractéristiques de la population active des 19 MM au Forfait, "photographiée" au 31.12.2000, sont synthétisées dans le Tableau 1.

		19 MM (n = 44.448)	Wallonie + Bruxelles <sup>1</sup> (n = 4.310.862)	Belgique <sup>2</sup> (n = 9.050.000)
Sexe	Fém.	51.7 %	51.7 %	-
	Masc.	48.3 %	48.3 %	-
Age Moyen *		31.1 ans	39.3 ans	-
Tranche âge 65+		7.9 %	16.7 %	-
Mutuelle	Socialiste	44.4 %	-	29.0 %
	Chrétienne	19.0 %	-	44.0 %
	Libre	24.8 %	-	15.0 %
	Autre	11.8 %	-	12.0 %
Code Mutuelle	AO	69.0 %	-	70.7 %
	Vipomex	13.3 %	-	3.1 %
	Vip 75	7.5 %	-	16.2 %
	Vip 100	10.2 %	-	10.0 %
Vip100 / Vip75		1.36	-	0.60
Invalides **	Oui	7.3 %	-	3.8 %
	Non	92.7 %	-	96.2 %
En ordre mutuelle	Oui	97.5 %	-	-
	Non	2.5 %	-	-
Zone // MM ***	Center	66.9 %	-	-
	Out	33.1 %	-	-

\* Age au 31 décembre 2000

\*\* Invalides = codes titulaires 120 et 121

\*\*\* Center = code postal de la MM

Le tableau montre clairement les deux spécificités de la population suivie en Maison Médicale :

1. Il s'agit d'une population plus jeune, avec 7.9 % des patients âgés de  $\geq 65$  ans contre 16.7 % pour la population générale. Les pyramides d'âge de ces deux populations ont des profils radicalement différents : triangulaire (type "tiers-Monde") pour les MM, bariquée (type "Pays Industrialisés") pour la Belgique.

Comment expliquer pareille différence ? Plusieurs hypothèses sont à envisager :

<sup>1</sup> Données INS au 31.12.2000

<sup>2</sup> Données INAMI 2000 pour les habitants assujettis (non assujettis = 1.190.000, population totale = 10.240.000)

- ◆ Est-ce un effet de l'âge des médecins travaillant en MM, qui seraient plus jeunes que les médecins belges en général ? Il existe une relation bien connue entre l'âge du médecin généraliste et celui de sa patientèle. Nous avons une idée de l'âge moyen (43.5 ans en 1996<sup>3</sup>) des MG francophones en général mais nous ne disposons pas de cette donnée pour les médecins travaillant dans les 19 MM de notre échantillon.
- ◆ La localisation géographique des MM concernées ne les met-elle pas en contact avec une population plus jeune ? Il faudrait pouvoir comparer de façon beaucoup plus fine la structure d'âge de la population des MM avec celle de la population générale de leur quartier ou localité.
- ◆ Le système de médecine de groupe serait-il moins "attractif" pour les personnes âgées (réticentes par exemple à ne pas disposer toujours de leur médecin attitré), à fortiori s'il s'agit de groupes au forfait (la formule du contrat et de l'exclusivité soulèverait plus de réticences chez les personnes âgées et leur entourage familial les en dissuaderait parfois) ? Nous nous inscrivons dans un contexte historique de consommation de soins de médecine générale chez les personnes âgées en Belgique (disproportion des visites à domicile par rapport aux consultations, caractère traditionnel et consensuel de la visite "mensuelle") avec lequel nous sommes souvent en porte-à-faux car il ne nous semble pas toujours médicalement fondé. Y aurait-il dès lors une sélection des personnes âgées (plus jeunes d'esprit, plus autonomes, moins conservatrices) qui osent s'inscrire dans les MM ? Cette hypothèse concernerait plus particulièrement les MM démarrant d'emblée au forfait : celles qui fonctionnaient antérieurement à l'acte bénéficiaient d'une relation de confiance déjà bien établie avec leurs patients âgés, qui ont parfois simplement suivi leur médecin sans trop se poser de questions lorsqu'il a pris le train du forfait (Graphique I).
- ◆ Une proportion non négligeable de personnes âgées sont en institution (MRS). Les médecins des MM ont-ils moins le pied dans les homes que leurs confrères ? Si oui, leur fait-on barrière ou ne sont-ils pas intéressés (l'interdisciplinarité y est parfois fort différente...) ?
- ◆ Le système MM est peut-être tout simplement moins connu par les personnes âgées ? Il faudrait pouvoir voir comment se fait le recrutement des patients et on pourrait alors se poser la question de comment mieux faire connaître les MM et le système du forfait.
- ◆ Est-ce une plus grande exigence des médecins de MM à faire venir les patients en consultation plutôt que d'aller en visite à domicile ? Les médecins des MM au Forfait ont parfois la réputation de "se déplacer difficilement" et on constatera plus loin que le rapport CN / VAD est nettement plus élevé dans les MM que chez l'ensemble des généralistes belges. Ce qui se voulait un indicateur de qualité de soins pourrait avoir l'effet pervers de réduire l'accessibilité aux soins particulièrement pour les personnes âgées, et il faudrait peut-être réfléchir davantage à la manière de répondre aux demandes de VAD quand on travaille au forfait.
- ◆ Une dernière hypothèse, beaucoup plus grave, peu probable mais qu'il faut quand même envisager, serait une sélection opérée à l'inscription par les prestataires de soins en MM : les patients âgés "gros consommateurs de soins" (particulièrement infirmiers et kinés) seraient découragés de s'inscrire, puisque le système du forfait incite financièrement les prestataires de soins à voir les patients le moins possible.

2. Il s'agit d'une population socio-économiquement plus défavorisée et précarisée. Plusieurs indicateurs convergent en ce sens :

- ◆ La proportion de Vipomex (13.3 %) est 4 fois plus élevée que dans la population générale (3.1 %). On constate d'importantes variations entre les différentes MM et d'une région à l'autre, mais

<sup>3</sup> Données de 1996 du Département de Socio-Economie de la Santé (SESA, Pr. D.DELIEGE) de l'Ecole de Santé Publique, UCL.

aucune MM ne se situe en dessous de la moyenne nationale (Graphique II). L'écart est peut-être surestimé car il faudrait en fait pouvoir comparer à la population plus restreinte des grands centres urbains des régions bruxelloise et wallonne. Mais il est par ailleurs également sous-estimé : certaines mutuelles ne vérifient pas ni ne corrigent les listes envoyées chaque mois préalablement à la facturation et nombre de chômeurs longue durée qui étaient "Assurés Ordinaires" seraient ainsi devenus "Vipomex" sans que leur MM en ait été informée. Quoi qu'il en soit, ce taux de 13 % est en dessous de celui auquel nous nous attendions, et en dessous des 32 % de Vipomex dont l'INAMI nous créditait l'an dernier dans une simulation basée sur des données venant des mutuelles.

- ◆ Le rapport "Vipos préférentiels / Vipos non préférentiels" (1.36) est inversé et 2 fois plus élevé par rapport à celui de la population générale (0.60). La différence est la plus marquée pour les Vipo Invalides. La population Vipo générale belge est constituée essentiellement de Pensionnés et relativement peu d'Invalides, alors que les Invalides représentent une part presque aussi importante que les Pensionnés dans la population suivie par les MM.

VIPO	Composition		Rapport V100 / V75	
	19 MM	Belgique	19 MM	Belgique
Pensionnés	44 %	68 %	0.65	0.41
Invalides-Handicapés	42 %	15 %	3.29	1.48
Veufs-Orphelins	14 %	18 %	1.40	1.12
Total Vipos			1.36	0.60

- ◆ La proportion de patients invalides (7.3 %) est 2 fois plus élevée que dans la population générale (3.8 %).
- ◆ La proportion de patients non en ordre de mutuelle est de 2.5 %, mais l'absence de données récentes à ce sujet pour la population générale ne permet pas de comparaison..

Il s'agit ici de marqueurs essentiellement basés sur le revenu financier des patients. Il aurait été plus pertinent de se baser surtout sur le niveau d'études de la population suivie, mais cela a été impossible vu l'absence d'encodage de ce marqueur par la quasi totalité des MM.

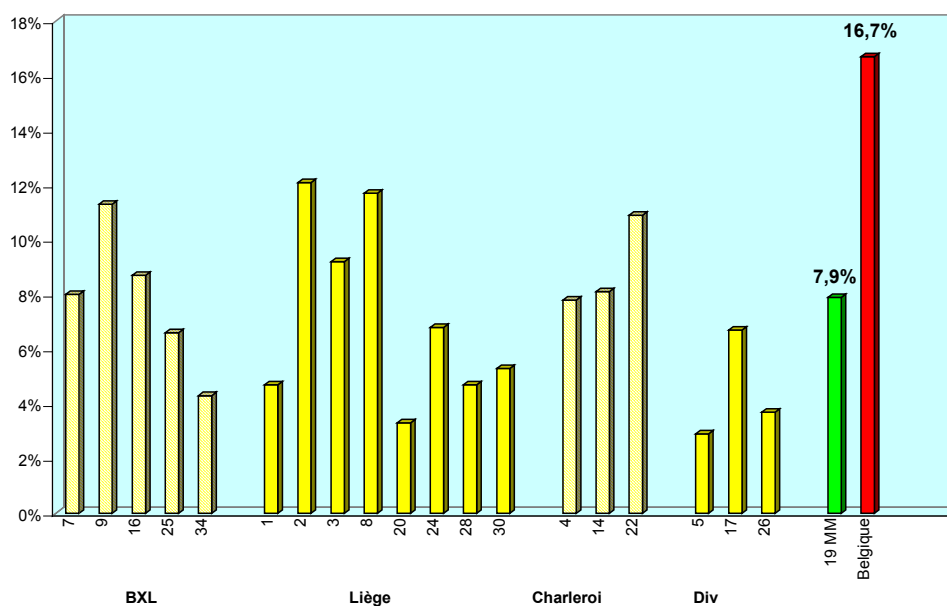
On touche ici au paradoxe vécu par les MM au forfait : elles veulent promouvoir un système restaurant l'accessibilité aux soins des patients plus défavorisés, mais elles ne veulent pas endosser pour autant l'image-ghetto de "médecine pour les pauvres" allant dans le sens d'un système de soins à deux vitesses. Or ce risque de dérive semble bien réel : des patients pensent qu'il faut être chômeur ou au CPAS pour pouvoir s'inscrire dans une MM au forfait, d'autres croient que c'est réservé aux affiliés des mutuelles socialistes, etc. Avec le corollaire que les patients qui ne veulent pas de cette image de pauvre ne viennent pas s'inscrire, même s'ils trouvent ce système globalement plus performant pour la qualité des soins.

Le constat d'un taux de Vipomex inférieur aux prévisions a par ailleurs ouvert un débat : certaines MM à l'acte ont l'impression d'avoir des taux de Vipomex (ou plus généralement de patients marginalisés) nettement supérieurs à ceux constatés dans les MM au forfait, particulièrement en région bruxelloise. L'hypothèse serait que les patients précarisés seraient moins structurés et ouverts aux notions de "contrat" et de "projet dans le temps" liés au forfait et que le système à l'acte (en Tiers-Payant, bien sûr) augmenterait encore davantage leur accessibilité aux soins. Mais on peut aussi renverser

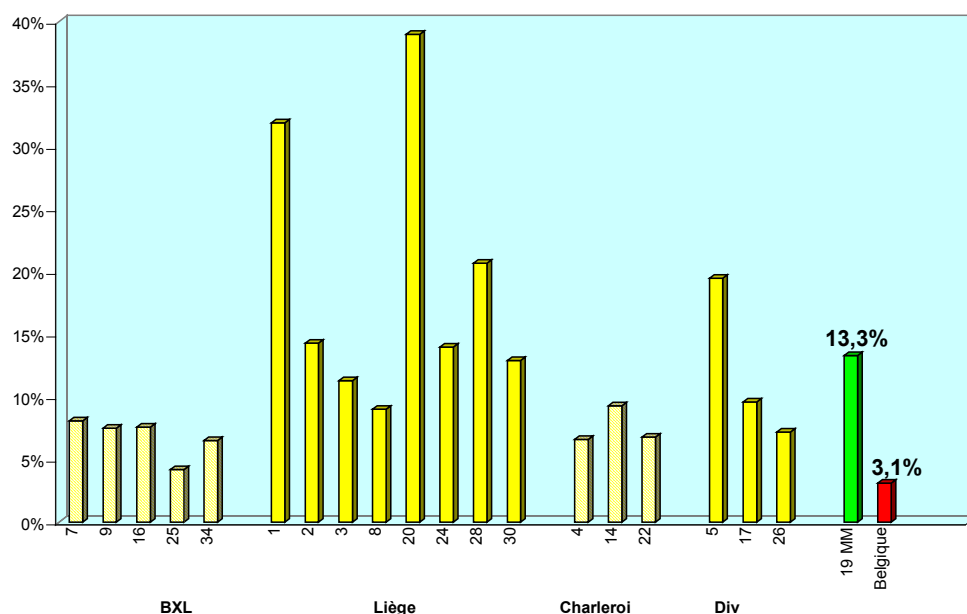
l'hypothèse : une équipe moins structurée entraîne peut-être une sur-représentation de patients moins cadrés. Et plus fondamentalement, dans quelle mesure peut-on assimiler les Vipomex à une population déstructurée ?

Accessoirement, on constate que les patients suivis en MM sont surtout affiliés aux mutualités socialistes, alors que la population belge l'est surtout aux mutualités chrétiennes. La comparaison n'a pas ici grande signification car elle est effectuée avec le niveau national et que le poids des mutualités chrétiennes en Flandre fausse considérablement l'interprétation.

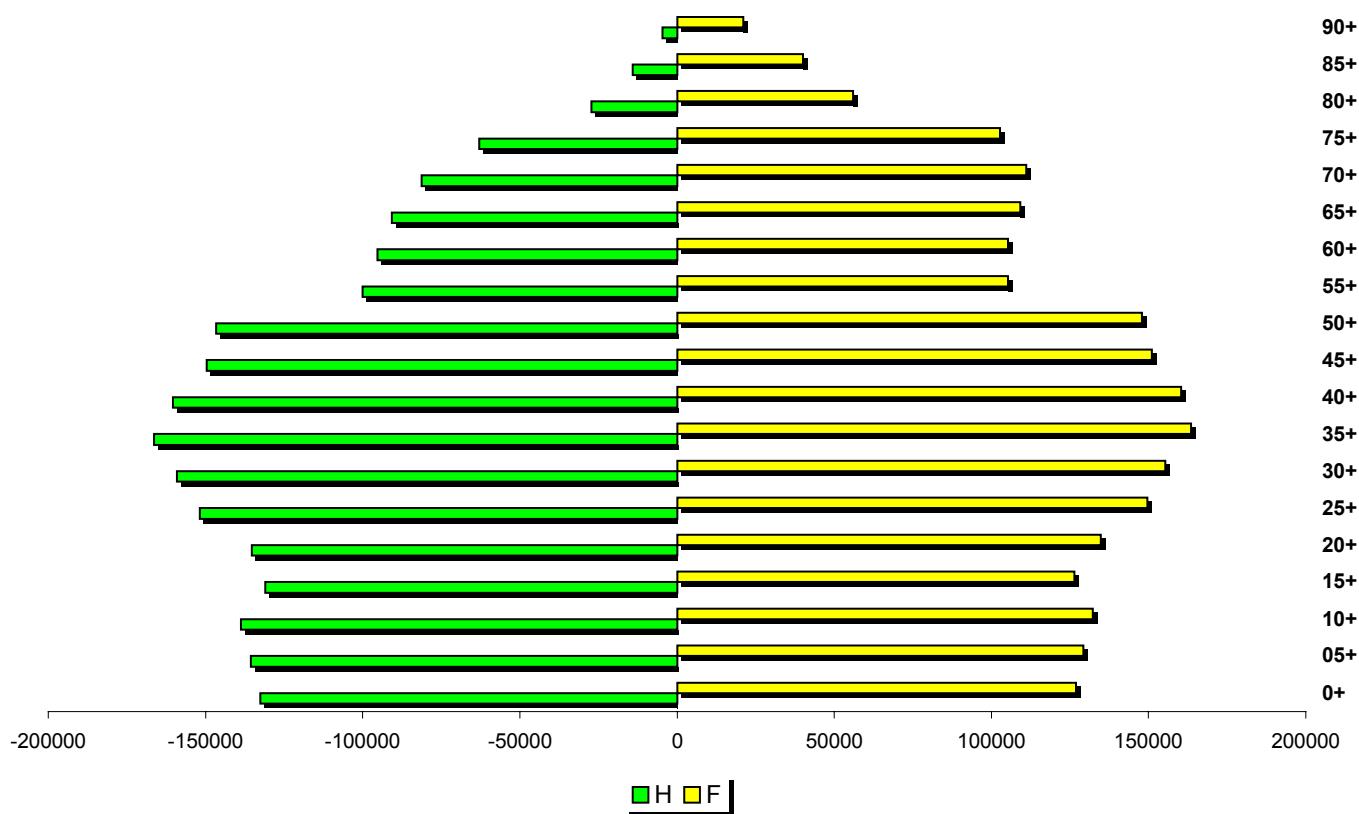
Graphique I. % 65+ ans (2000)



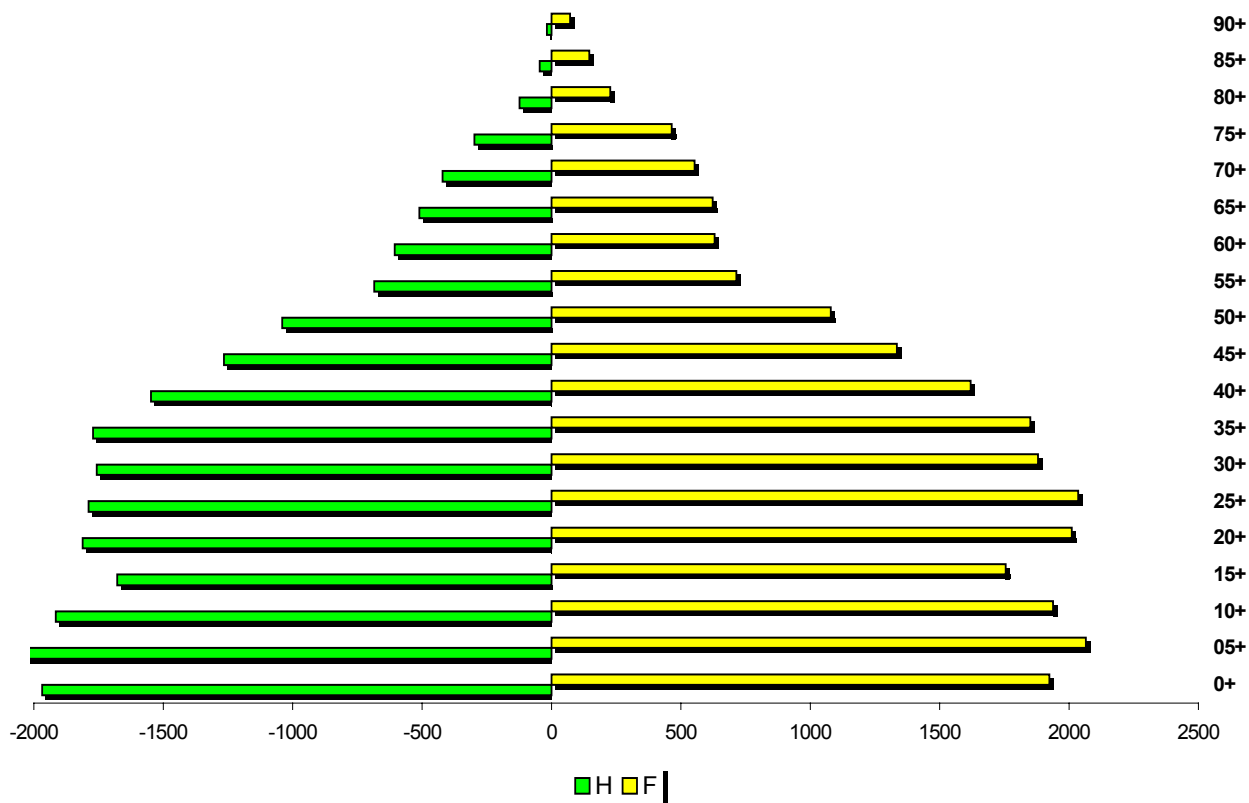
Graphique II. % Vipomex (2000)



## Régions Bruxelles + Wallonne (31.12.2000)



## 19 MM (31.12.2000)



## *Consommation de soins médicaux*

Le calcul de cette consommation moyenne nécessite quelques explications techniques et fastidieuses, mais indispensables pour ne pas être suspectés de manipulation statistique.

- Vu l'encodage fragmentaire dans les MM des avis, prestations de garde et visites aux hospitalisés, on a limité l'analyse et la comparaison avec les médecins non-MM aux seules consultations et visites à domicile de jour. Les visites en home ont été incluses : elles ne sont pas toujours encodées comme telles dans les MM, mais elles le sont alors comme visite à domicile

- Les patients actifs non inscrits (NNN), qui représentent 1.2 % du total, ont été exclus de l'analyse car ils représentent une population trop hétérogène : pour certaines MM, il s'agit de patients fictifs servant de « tiroir » pour comptabiliser les contacts de dépannage avec des patients ponctuels, non suivis par la MM ; pour d'autres il s'agit de patients toxicomanes vus à l'acte dans le cadre de conventions particulières ; pour d'autres enfin il s'agit de patients provisoirement désinscrits pour cause de recours aux médecines parallèles, etc.

- La population suivie dans les MM au Forfait peut être considérée comme un système en croissance et "ouvert" (une part non négligeable des patients actifs se sont inscrits ou désinscrits en cours d'année) tandis que la population générale apparaît comme un système stable et "fermé" (les naissances compensent à peu près les décès, et une partie négligeable des belges qui changent de médecin sortent du pool "non MM" pour s'inscrire dans une MM au Forfait). Nous avons donc dû procéder différemment dans les deux cas pour le calcul du dénominateur. Pour les MM, on a calculé pour chaque patient suivi en 2000 une valeur "année-patient" comprise entre 0 et 1 et correspondant à la période de l'année pendant laquelle il était suivi ; on a donc divisé la somme des actes prestés non pas par le total des patients actifs "photographiés" au 31 décembre, mais par la somme des années-patient ainsi obtenue. Pour la population générale, on s'est contenté de diviser le nombre d'actes tarifés à l'INAMI par le nombre d'habitants "remboursables" diminué du nombre de patients suivis par les MM.

- Pour valider la comparaison entre les deux moyennes MM et nationale, il fallait enfin ajuster les deux populations sur l'âge et sur le sexe : on a transposé le nombre de contacts annuels des MM pour chaque tranche d'âge, par sexe, dans une population de même taille mais ayant la structure d'âge et de sexe de la population générale (standardisation directe).

Pour l'ensemble des 16 MM utilisables pour l'analyse, la consommation de soins médicaux est en moyenne de 4.5 contacts-médecin par an et par patient inscrit actif (Tableau 2). Le taux annuel de contact ajusté (5.3) est similaire à celui de la population générale belge (5.2) en 2000. Vue sous l'angle très réducteur du nombre de contacts, la consommation de soins médicaux des patients suivis en MM au Forfait ne diffère donc pas de celle du belge moyen. Et si la charge de travail des médecins de MM apparaît à première vue un peu inférieure à celle de leurs confrères, c'est essentiellement dû au fait qu'ils suivent une population moins âgée.



<i>Tableau 2. Consommation de soins 2000</i> (nombre annuel de contacts-médecin par patient inscrit actif pour les MM et par habitant assuré social pour la Belgique)					
		16 MM		Belgique	
Total		4.5		5.2	
Total ajusté (âge et sexe)		5.3		5.2	
		N	RR *	N	RR *
Sexe	Masculin	3.9	1.00	?	
	Féminin	5.1	1.29	?	
Zone // MM	Center	4.9	1.00	?	
	Ext	4.2	0.85	?	
Code Mutuelle	AO (TIP 75)	3.8	1.00	3.8	1.00
	Vipomex (TIP 100)	4.2	1.11	3.4	0.89
	VIP 75	8.7	2.30	8.0	2.10
	VIP 100	7.3	1.92	11.1	2.91
Invalides	Non	4.4	1.00	?	
	Oui	6.4	1.46	?	
CN		77 %		58 %	
VAD		23 %		42 %	
Population Consultante **		75 %		?	

\* RR = Risque Relatif de contact-médecin

\*\* Population consultante = au moins 1 contact-médecin par an

Ce qui est différent et beaucoup plus intéressant, c'est la ventilation de cette charge de travail :

1. Alors que le taux de contact des Vipomex est inférieur à celui des Assurés Ordinaires dans la population générale (3.4 vs 3.8), le rapport est inversé dans la population suivie par les MM au Forfait (4.2 vs 3.8). Ceci témoigne sans conteste d'une restauration de l'accessibilité aux soins pour les patients moins favorisés, dont on sait par ailleurs qu'ils ont davantage de problèmes de santé.
2. L'écart entre la consommation du patient suivi en MM et celle du belge moyen est particulièrement prononcé en ce qui concerne les VIPO 100 (7.3 vs 11.1). Trois hypothèses nous semblent devoir être avancées :
  - L'interdisciplinarité des MM entraînerait, particulièrement chez les patients âgés et gros consommateurs de soins, une redistribution des tâches et une diminution relative des contacts-médecin. Dans la population générale, les médecins généralistes garderaient pour eux (pour des raisons financières, historiques, relationnelles ou autres) des actes, des missions qui pourraient et devraient être attribuées à d'autres professionnels, de manière plus efficiente et

avec une qualité au moins aussi grande. Dans les MM, une part importante du suivi global du patient incombe aux AS, infirmiers et kinés (ces deux dernières fonctions, dans le système forfaitaire, n'étant en outre plus corsetées par la nomenclature de soins).

- Les notions de « patients chroniques » et de traditionnelle « visite mensuelle » n'auraient pas cours (ou beaucoup moins) dans les MM et il est probable qu'il y ait pour cette catégorie de patients un retour vers une normo-consommation, versus une surproduction de soins dans la population générale.

- Dans la mesure où le sous-encodage des contacts-médecin porterait plus sélectivement sur les visites à domicile, il est possible que la sous-estimation du taux de contacts des patients concerne plus particulièrement les VIPO en général.

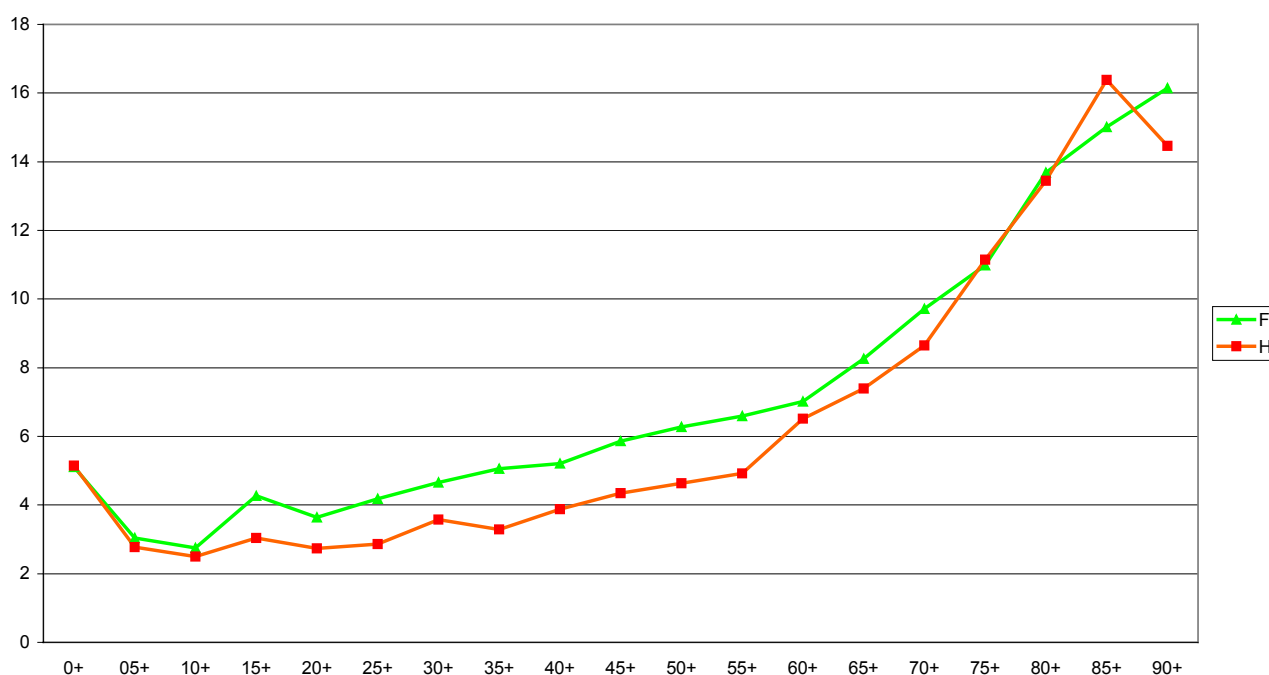
3. Le rapport consultations / visites à domicile est nettement plus grand dans les MM (77 % - 23 %) que dans la population générale (58 % - 42 %). Il y a manifestement dans les MM un plus grand effort pour faire venir les patients dans la mesure où ils savent se déplacer et pour différencier "visite à domicile" de "livraison de soins à domicile".

Le déterminant principal de la consommation de soins médicaux est lié à l'âge et au sexe (consommation plus grande chez les femmes que chez les hommes) (Graphique III), mais il s'agit là d'une notion connue depuis longtemps et non spécifique aux MM ; on constate aussi (c'est logique et heureux) un taux moindre de contacts annuels chez les patients éloignés de la MM par rapport à ceux résidant dans la même commune.

En résumé, l'analyse de ces données plaide pour une consommation des soins médicaux mieux répartie en fonction des besoins réels et plus responsable dans les MM au Forfait que dans la population générale. Elle infirme par ailleurs l'hypothèse d'une surconsommation de soins liée à leur gratuité.

**Graphique III. Nombre Annuel de Contacts - Médecin (16 MM, 2000)**

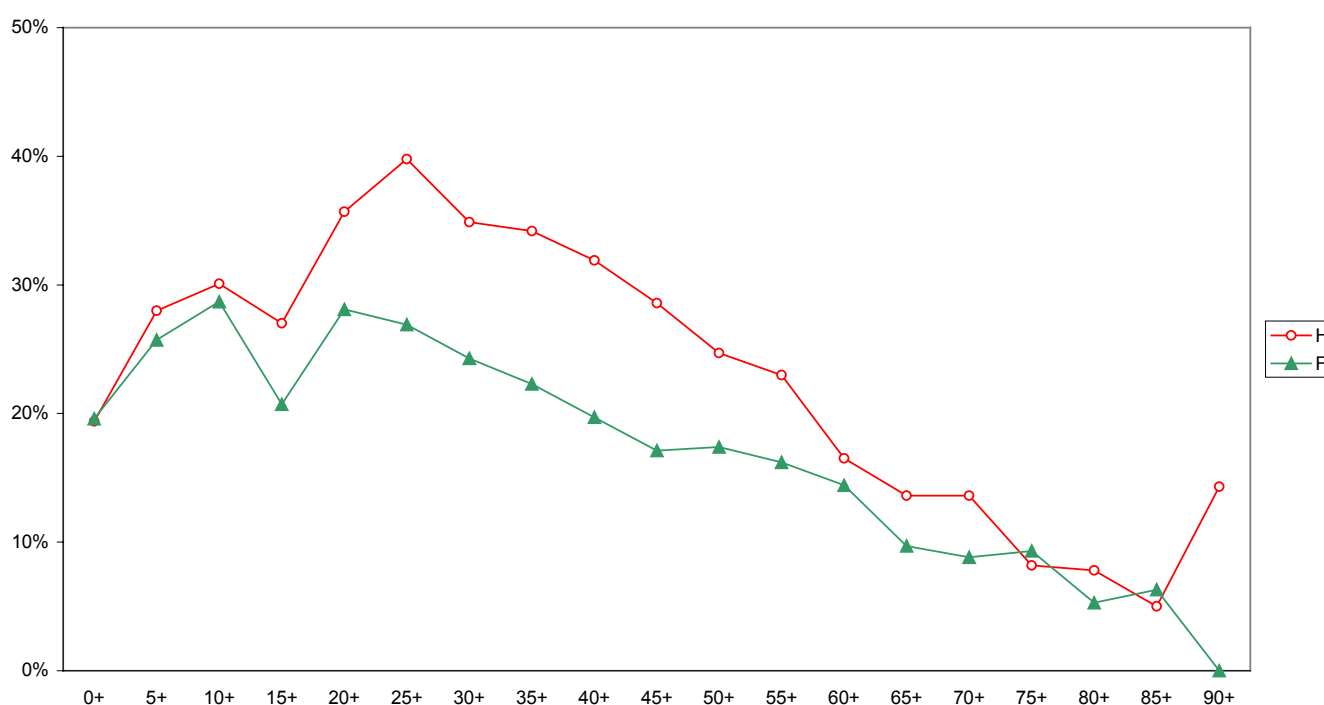
Moyenne globale = 4,5 / an



## Population consultante

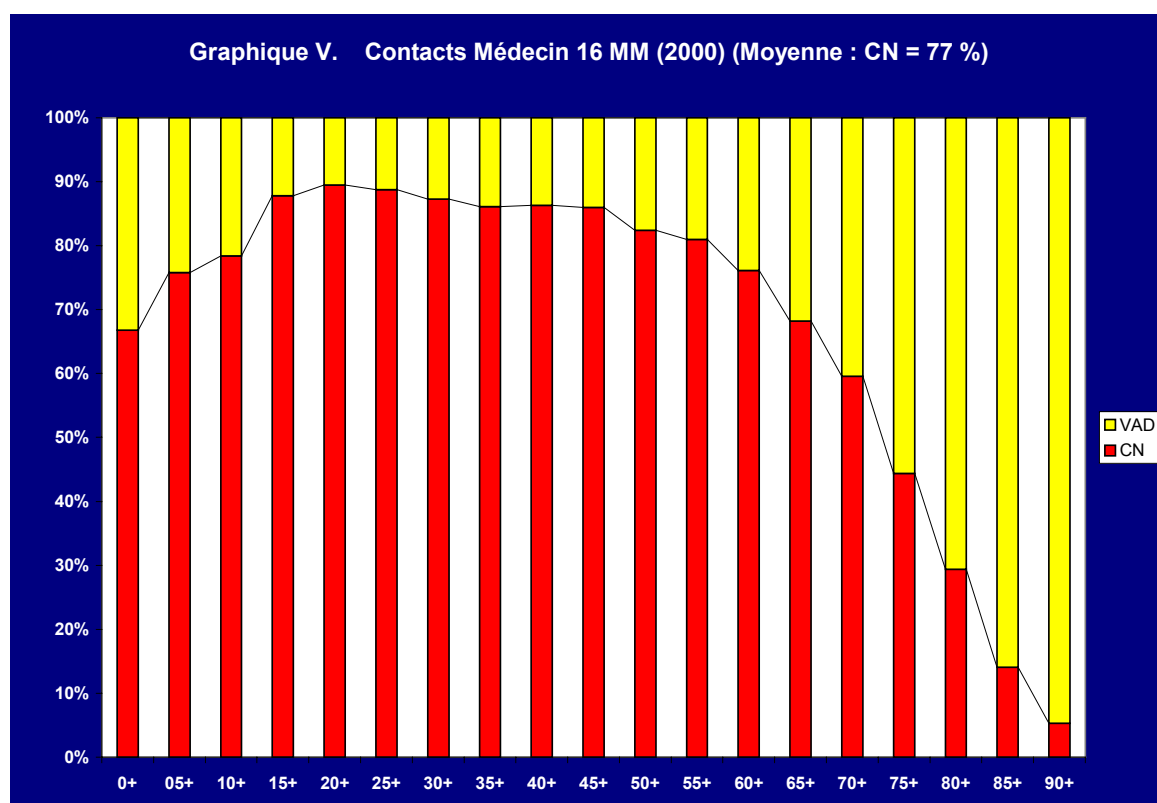
Globalement, 75 % des patients suivis par les 16 MM ont au moins contact avec les médecins sur l'année. Comme on peut le voir dans l'Annexe 3, les femmes sont plus souvent "consultantes" que les hommes, les patients âgés plus souvent que les jeunes, les Vipo plus souvent que les Assurés Ordinaires et les Vipomex ; les patients résidant dans la commune de leur MM le sont également plus souvent que ceux qui habitent plus loin. Le Graphique IV que le groupe le plus à risque de ne pas avoir de contact avec les médecins sur l'année est constitué par les hommes de 20 à 55 ans. Cette donnée peut être utile pour l'organisation de certaines campagnes de prévention.

**Graphique IV. % Population Active ne consultant pas le médecin sur 1 an (16 MM, 2000)**  
Moyenne globale = 25 %



## Visites à domicile

Le rapport consultations - visites à domicile est très élevé dans les 16 MM : 77 % de CN pour 23 % de VAD. Le jeune âge et le grand âge sont associés à un plus grand pourcentage de visites à domicile (Graphique V), de même que le sexe féminin, le statut de Vipo et, dans une moindre mesure, le fait d'habiter en dehors de la commune de la MM. Une analyse multivariée (régression logistique), dont les détails vous sont épargnés ici, montre que les facteurs « éloignement de la MM » et « statut Vipo » sont en fait des facteurs de confusion et que les facteurs indépendants sont l'âge et le sexe.



... En conclusion, si vous rencontrez un homme adulte jeune habitant dans la commune de votre MM, persuadez le de s'inscrire. Mais si plus tard il est content et demande à inscrire sa femme, méfiez-vous : vous devrez la voir plus souvent et vous consommerez plus de carburant...

*Annexe 1. Caractéristiques de la population suivie (patients actifs au 31.12.2000)*

N° MM	Total		Bruxelles					Liège							Charleroi			Autres			
	19 MM		07	09	16	25	34	01	02	03	08	20	24	28	30	04	14	22	05	17	26
N		44448	4810	4030	3152	1358	2393	4161	4248	2285	2977	1774	949	864	552	2366	2003	1916	2932	972	706
Sexe	% Fém	51.7	51	54	53	55	52	49	51	52	52	52	52	54	55	50	52	54	48	51	54
	% Masc	48.3	49	46	47	45	48	51	49	48	48	48	48	46	45	50	48	46	52	49	46
Age *	Moyen (ans)	31.1	32.3	32.7	32.3	26.5	27.2	29.7	34.8	33.1	34.5	27.3	30.1	27.3	28.0	30.5	32.1	32.8	27.3	30.9	27.2
	% 65+	7.9	8.0	11.3	8.7	6.6	4.3	4.7	12.1	9.2	11.7	3.3	6.8	4.7	5.3	7.8	8.1	10.9	2.9	6.7	3.7
Zone // MM **	% Center	66.1	62	68	54	63	56	?	88	73	57	70	89	46	90	57	52	79	71	78	37
	% Ext	33.9	38	32	46	37	44	?	12	27	43	30	11	54	10	43	48	21	29	22	63
Mutuelle	% Soc	44.4	52	42	25	50	17	40	57	51	43	39	61	41	57	64	55	51	31	58	24
	% Chrét	19.0	15	22	12	17	11	26	12	15	21	25	12	26	12	14	13	20	36	27	36
	% Lib	24.8	23	25	47	22	66	22	26	28	29	20	23	26	28	8	7.0	8	11	3	34
	% Autre	11.8	10	11	16	11	6	12	5	5	7	16	4	8	3	14	26	21	22	12	7
Code Mutuelle	% AO	69.0	72	72	69	82	76	56	64	69	68	49	69	63	75	76	75	73	67	79	86
	% Vipomex	13.3	8	8	8	4	7	32	14	11	9	40	14	21	13	7	9	7	20	10	7
	% Vip 75	7.5	8	10	8	6	5	3	12	10	12	2	7	6.5	6	8	6	10	4	8	4
	% Vip 100	10.2	13	10	15	8	12	9	10	9	11	9	10	9.5	6	10	9	10	10	3	3
Vip100 / Vip75		1.36	1.7	1.1	2.0	1.3	2.5	3.0	0.8	0.9	0.9	4.1	1.3	1.5	1.0	1.3	1.5	1.1	2.5	0.4	0.8
Invalides ***	% Oui	7.3	9	6	12	6	10	7	7	6	7	6	7	9	4	6	5	6	8	2	2
	% Non	92.7	91	94	88	94	90	93	93	94	93	94	93	91	96	94	95	94	92.	98	98
Non en ordre Mutuelle	%	2.5	3.5	1.8	2.1	0.3	4.1	1.7	1.6	2.5	2.6	1.6	3.1	2.0	0.0	2.2	1.9	0.9	6.7	4.3	3.0

\* Age au 31 décembre 2000

\*\* Center = code postal de la MM

\*\*\* Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

<i>Annexe 2. Nombre de Contacts - Médecin / An / Patient Inscrit Actif (2000)*</i>																		
N° MM	Total	Bruxelles				Liège						Charleroi			Autres			
	16 MM	07	09	25	34	01	03	08	20	28	30	04	14	22	05	17	26	
Total	4.5	4.5	4.6	4.3	2.4	3.7	5.6	5.1	4.2	5.8	6.2	4.7	5.0	5.3	2.9	2.5	3.7	
Sexe	Fém.	5.1	5.1	5.2	4.7	2.7	4.1	5.9	5.7	4.5	6.4	6.1	5.4	5.5	6.3	3.5	2.7	4.0
	Masc.	3.9	3.9	3.8	3.7	2.0	3.4	5.3	4.6	3.8	5.1	6.3	4.1	4.5	4.1	2.4	2.2	3.3
Zone // MM **	Center	4.9	4.7	4.8	4.3	2.5	?	5.7	5.6	4.1	5.5	6.4	4.9	5.3	5.3	3.2	2.6	3.8
	Ext	4.2	4.2	4.1	4.2	2.2	?	5.3	4.6	4.3	6.0	4.1	4.5	4.7	5.2	2.4	2.3	3.7
Code Mutuelle	AO	3.8	3.6	3.4	3.8	2.1	3.4	4.9	3.9	4.1	5.4	5.3	3.7	4.4	4.2	2.4	2.1	3.3
	Vipomex	4.2	3.9	4.2	3.4	2.8	3.3	6.4	5.1	3.5	3.8	6.3	5.0	4.7	5.2	3.0	2.1	3.2
	Vip 75	8.7	9.0	10.0	7.5	3.5	6.2	8.2	9.9	6.7	12.7	10.5	10.2	8.0	9.3	6.0	5.2	10.1
	Vip 100	7.3	7.3	8.1	7.0	3.0	6.5	7.3	7.8	7.0	8.2	12.5	8.0	8.2	8.8	5.0	5.0	8.4
Invalides ***	Oui	6.4	7.3	6.1	3.8	3.2	6.4	7.1	6.7	6.1	7.5	10.6	7.0	6.2	7.3	4.6	4.1	5.1
	Non	4.4	4.2	4.5	4.3	2.3	3.5	5.5	5.0	4.0	5.6	6.0	4.6	5.0	5.1	2.8	2.5	3.7
CN-VAD	% CN	77	78	79	81	97	86	82	71	85	77	66	68	74	56	66	88	86
	% VAD	23	22	21	19	3	14	18	29	15	23	34	32	26	44	34	12	14
Pop. consultante (≥ 1 contact / an)	% Oui	75	75	75	82	73	69	82	80	73	73	82	80	82	84	63	54	79
	% Non	25	25	25	18	27	31	18	20	27	27	18	20	18	16	37	46	21

\* Patients Non Inscrits (NNN) exclus

\*\* Center = code postal de la MM

\*\*\* Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

*Annexe 3. % Population Consultante- Médecin (≥ 1 contact médecin / an) / Population Active (2000)*

N° MM	Total 16 MM	Bruxelles				Liège						Charleroi			Autres			
		7	9	25	34	1	3	8	20	28	30	4	14	22	5	17	26	
Total	75 %	75	75	82	73	69	82	80	73	73	82	80	82	84	63	54	79	
Sexe	Fém.	78 %	78	77	84	78	72	83	83	76	76	83	84	85	88	66	58	81
	Masc.	71 %	71	71	78	67	65	80	76	69	70	82	76	80	80	59	50	76
Age Moyen *	Consultants	31.6	32.5	33.1	26.8	28.7	30.6	33.4	35.5	28.3	28.4	28.8	31.5	32.5	33.9	28.2	33.8	28.5
	Non consult	27.8	31.6	29.6	25.5	23.2	27.8	31.5	30.7	24.5	24.2	23.8	26.8	30.3	26.6	25.9	27.6	22.5
Zone // MM **	Center	77 %	79	76	82	73	?	83	82	72	75	84	81	82	84	67	56	81
	Ext	73 %	68	73	80	72	?	78	77	74	72	70	79	85	86	53	49	77
Code Mutuelle	AO	74 %	73	73	82	71	68	80	78	73	76	83	77	80	82	60	51	77
	Vipomex	71 %	71	70	70	77	66	82	76	69	64	76	83	81	86	66	57	80
	Vip 75	88 %	85	87	80	79	84	91	91	84	95	91	91	96	95	76	79	100
	Vip 100	81 %	82	82	80	80	78	83	82	85	63	83	87	89	88	68	64	90
Invalides ***	Oui	78 %	80	77	67	81	78	81	79	83	65	83	87	86	80	64	60	93
	Non	75 %	74	75	82	72	68	82	80	72	74	82	79	82	85	63	54	79

\* Age au 31 décembre 2000

\*\* Center = code postal de la MM

\*\*\* Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

<i>Annexe 4. Nombre de Contacts - Infirmier / An / Patient Actif (2000)</i>												
N° MM	Total		Bruxelles			Liège				Charleroi		Autres
	10 MM		7	9	25	1	3	20	30	4	14	5
Total		0.72	0.64	1.07	0.88	0.21	0.39	0.66	0.21	1.77	1.24	0.16
Sexe	Fém.	0.87	0.76	1.38	0.96	0.22	0.42	0.76	0.15	2.12	1.50	0.25
	Masc.	0.55	0.51	0.71	0.78	0.21	0.37	0.56	0.29	1.41	0.96	0.09
Zone // MM *	Center	0.83	0.65	0.98	0.96	?	0.42	0.66	0.23	2.37	1.34	0.16
	Ext	?	0.63	1.27	0.74	?	?	0.74	?	?	1.13	0.19
Code Mutuelle	AO	0.30	0.20	0.45	0.44	0.13	0.20	0.40	0.14	0.61	0.42	0.08
	Vipomex	0.39	0.32	0.82	0.96	0.19	0.20	0.55	0.17	0.68	1.39	0.13
	Vip 75	3.53	2.59	3.28	3.99	0.65	1.28	2.59	0.60	11.78	5.73	0.57
	Vip 100	2.26	2.23	3.52	2.90	0.61	1.15	2.25	0.80	3.76	4.73	0.64
Invalides **	Oui	1.17	1.60	1.31	1.52	0.54	0.74	1.47	0.63	2.61	0.91	0.33
	Non	0.68	0.55	1.06	0.84	0.19	0.37	0.61	0.19	1.71	1.26	0.15

\* Center = code postal de la MM

\*\* Invalides = codes titulaires 120120 + 121121



<i>Annexe 5. % Population Consultante - Infirmier (1+ contact / an) / Population Active (2000)</i>												
N° MM	Total		Bruxelles			Liège				Charleroi		Autres
	10	MM	7	9	25	1	3	20	30	4	14	5
Total	13.4		9	26	25	9	13	17	9	14	5	7
Sexe	Fém.	14.9	10	30	28	9	14	19	10	14	6	9
	Masc.	11.7	8	22	20	10	12	15	7	13	4	5
Age Moyen	Consultants (non consult)	42.1 (28.8)	43.4 (31.2)	42.2 (29.2)	35.6 (23.6)	38.3 (28.9)	54.8 (29.9)	37.7 (25.2)	34.2 (27.4)	42.1 (28.7)	52.6 (30.9)	41.7 (26.2)
Zone // MM *	Center	15.4	10	28	25	?	14	18	9	16	6	8
	Ext	?										
Code Mutuelle	AO	10.3	7	21	22	7	8	14	7	10	4	5
	Vipomex	11.0	6	29	21	9	7	15	7	10	4	7
	Vip 75	35.0	21	50	49	22	45	38	23	38	20	26
	Vip 100	24.5	19	43	42	20	22	33	17	23	12	14
Invalides **	Oui	18.3	15	29	27	14	16	28	29	19	8	14
	Non	13.0	9	26	25	9	12	16	8	13	5	7

\* Center = code postal de la MM

\*\* Invalides = codes titulaires 120120 + 121121