

Marc Jamouille  
Médecin de famille  
Médecin spécialiste en gestion de l'information  
mars 2007  
[marc@jamouille.com](mailto:marc@jamouille.com)

mars 2007

Mémo

## **Dossier Médical Global ; Analyse et propositions.**

Résumé.....	2
Introduction .....	2
Définition administrative du DMG .....	2
Enjeux du DMG .....	4
DMG et DMI.....	5
DMG et circulation de l'information.....	5
DMG et pratique de groupe.....	6
DMG en pratique.....	6
Faire signer le patient .....	7
Facturer à chaque mutuelle .....	8
Que faire du DMG.....	9
L'argent .....	9
Le dénominateur.....	10
DMG ; propositions.....	10
Références .....	11

## Résumé

Le Dossier Médical Global établi pour le généraliste un financement pour la gestion des informations médicales d'un ensemble de patients. Il s'agit d'une troisième voie entre capitation et médecine à l'acte, qui lie médecin, information et patient dans une relation librement choisie. L'article fait le point sur le DMG, son mode d'emploi administratif et les perspectives qui y sont liées.

## Introduction

L'apparition du DMG dans la fin des années 90 a été une évolution au moins aussi importante pour la médecine générale que celle qui a donné naissance aux maisons médicales dans les années 70. Il s'agit d'une première reconnaissance de la fonction de la médecine générale, à l'articulation entre le rapport individuel au patient et la responsabilité collective touchant à la santé publique. Le DMG est souvent présenté comme un instrument en soi et non comme le voudrait notre ministre de la santé publique comme un outil utile à la valorisation de la médecine générale<sup>1</sup> On trouve à son sujet quelques textes abordant les questions administratives ou les répercussions économiques. La plupart des commentateurs relèvent la progression lente mais inexorable des chiffres du DMG<sup>2</sup> tout en se lamentant des différences considérables entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles en ce qui concernent le pourcentage de population bénéficiaire sans pour autant tenter de les expliquer.

De nombreux médecins généralistes, particulièrement wallons et bruxellois ne savent pas que le DMG est facilement applicable à leur population consultante et ignorent aussi le bénéfice qu'ils pourraient en tirer. Ce mémo tache de remédier à cette carence d'information. Réussir à engranger le montant annuel, assez faible (22€ annuel contre 50€ pour le défunt médecin référent français) n'est toutefois pas une sinécure. Les arcanes administratives sont très élaborées, à tel point qu'on se demande si les initiateurs du DMG n'ont pas sciemment voulu empêcher le développement du concept. Nous verrons dans ce mémo ce qu'est le DMG, comment en pratique l'obtenir et surtout quoi faire de cette manne inattendue

## Définition administrative du DMG

Définition du DMG résumée de la base de donnée Nomensoft3 de l'INAMI .

Il s'agit là de la version abrégée de la nomenclature

*« Honoraires complémentaires aux prestations 101032, 101076, 103132, 103412, 103434, 103515, 103530, 103552, 103913, 103935 et 103950 pour la gestion du dossier médical global à la demande expresse du patient et/ou avec l'accord écrit de celui-ci, à facturer une fois par année civile et par patient, par le médecin généraliste agréé »*

La version complète téléchargeable reprend la phrase ci-dessus et précise :

*"Le dossier médical global reprend les données socio administratives du patient, ses antécédents, une liste des*

*problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global."*

*" La gestion du dossier médical global comprend entre autres son*

*ouverture et sa mise à jour régulière."*

Et depuis le 01/02/2007

*"La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, doivent figurer dans le dossier. Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, doit figurer dans le dossier."*

*"Le médecin généraliste agréé qui gère le dossier s'engage, moyennant accord du patient, en cas de renvoi ainsi que sur simple demande du médecin spécialiste traitant, à communiquer à ce dernier toutes les données pertinentes du dossier médical global."*

On voit que la demande expresse du patient doit figurer au dossier.

Le DMG peut être dans tous les cas honoré en tiers payant<sup>4</sup>. Selon le texte DMG publié sur le site de l'INAMI<sup>5</sup>

*Le DMG et le régime du tiers payant*

*L'application du régime du tiers payant pour la prestation 102771 est permise lorsque le bénéficiaire le demande expressément. Tout bénéficiaire peut demander l'application du système du tiers payant pour la prestation précitée et lorsque le bénéficiaire en fait la demande, le médecin ne peut pas refuser cette application.*

*Les organismes assureurs sont tenus d'accepter le régime du tiers payant s'il est satisfait aux conditions suivantes :*

- *La consultation ou la visite lors de laquelle le DMG est ouvert ou prolongé et le supplément d'honoraires qui correspond à la prestation 102771 sont attestés sur différentes attestations de soins donnés ;*
- *Sur l'attestation sur laquelle la prestation 102771 est attestée, le médecin généraliste agréé écrit, à côté du nom et du prénom du bénéficiaire qu'il lui appartient d'indiquer, les mots suivants : « qui demande l'application du régime du tiers payant » ;*
- *Le bénéficiaire appose sa signature sous la mention précitée écrite par le médecin généraliste agréé;*

Revu par l'équipe de Crisnet asbl pour ses besoins informatique<sup>6</sup>, la définition du DMG devient :

*Le DMG comporte.*

*1/Les données socio-administratives.*

*2/La liste des problèmes actifs et passifs codés en CISP*

*Dans les problèmes passifs se trouveront les antécédents du patient.*

*3/La liste des traitements chroniques actifs et passifs*

*Dans les traitements passifs se trouveront les interventions chirurgicales.*

*4/Les rapports des spécialistes et des autres dispensateurs de soins avec les*

*fonctions de scannage des documents, la messagerie et les rapports en*

*direct dans le système.*

*Tous ces éléments seront exportables sous forme de fichier XML*

## **Enjeux du DMG**

La façon CRISNET de reformuler les différents axes du DMG est intéressante. Cette formulation simple intègre la notion de problème de santé et donne à la notion d'antécédent et à celle de traitement chirurgical, la place exacte qui leur revient. De plus la version CRISNET du DMG propose une catégorisation immédiate de l'information clinique par la CISP.. On sait que sans classification l'information n'est pas analysable puisqu'elle n'est pas standardisée. On ne peut rêver une meilleure intégration des idées fondamentales de la gestion de l'information médicale clinique<sup>7</sup>.

Le concept DMG tel que développé en Belgique ne manque pas d'originalité. Loin de lier de façon formelle médecin et patient à l'instar du défunt projet « référent » français, il lie le trio Médecin - Information – Patient. Il parvient ainsi à réaliser la quadrature du cercle. Le libre choix du patient est respecté et le médecin obtient la liste des patients dont il est responsable de l'information. On a là une issue possible à l'opposition d'apparence formelle entre la médecine à l'acte et son libre choix total et la médecine à la capitation qui force les relations entre prestataires et bénéficiaires.

La médecine de famille, médecine générale est d'abord une médecine personnelle. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires<sup>8</sup>. Patient et médecin établissent une relation de confiance librement consentie, essentielle pour l'exercice de cet art médical qui tente de joindre sciences et conscience, technologie et humanité, science biomathématique et anthropologie.

Le DMG à la belge respecte parfaitement l'établissement d'une telle relation. Il établit un lien contractuel entre parties et il n'oblige qu'à conserver l'information pertinente à une gestion cohérente des soins.

## DMG et DMI

Il y a un relatif conflit conceptuel entre la description du contenu du DMG par l'INAMI et celle de la structure du Dossier Médical Informatisé

Le tableau suivant permettra de voir comment la structure de l'information clinique a évolué au cours du temps. La formulation de ces concepts dans la définition du DMG par l'INAMI reprend des termes de la tradition hospitalière (antécédents) mais utilise majoritairement les termes du traitement de l'information selon la CISP<sup>7</sup>. L'interprétation qu'en fait CRISNET (cfr supra) rend ce message plus clair.

Mais le groupe label du Ministère de la Santé Publique<sup>9</sup> a imposé une structure de l'information qui suit la norme européenne sur la continuité des soins (ENV 13940) dont les concepts sont sensiblement différents et l'expression terminologique assez obscure.

L'informatisation éventuelle au sein du DMI de la notion de DMG devra tenir compte de cette évolution des concepts (voir Tableau 1 Evolution de la structure de l'information clinique en médecine) Les logiciels de DMI vendus en Belgique offrent déjà pour la plupart la gestion informatisée du DMG. Les médecins déjà informatisés détiennent donc leurs informations DMG sous forme électronique et seul le retard de l'INAMI à en informatiser la facturation oblige à repasser à la forme papier comme décrit ci-dessous.

Tradition hospitalière	L'information selon la CISP (1987)	Le DMI belge (2001)
Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux	Motif de contact	Contact
Diagnostic méd, chir, obst.	Liste des problèmes de santé actifs et passifs	Sous contact
Interventions chir.	Episodes de soins	Service
	Procédures	Elément de soins
		Démarche

Tableau 1 Evolution de la structure de l'information clinique en médecine

## DMG et circulation de l'information

Le fait de détenir une information, même électronique, ne signifie pas que celle-ci est précise et fiable. On peut déplorer à ce niveau que les mutuelles n'organisent aucun retour d'information vers les médecins détenteurs de DMG. Il est impossible d'obtenir, à des fins de contrôle, la liste des patients ayant un

DMG chez tel médecin. Seule la communication d'information individuelle est autorisée et uniquement sur demande précise.

Un médecin généraliste n'est que rarement tenu au courant du décès d'un de ses patients en cas de mort brutale ou accidentelle. Il l'apprend le plus souvent pas des tiers et longtemps après le fait. De même si un patient change d'adresse ou de mutuelle. Cette coupure informative entre mutuelles et médecins titulaires de DMG démontre bien l'adage selon lequel une information immobile est une information inutile. Ceci a pour conséquence une perte de temps et d'énergie considérable.

Les relations entre médecins spécialistes et médecins généralistes sont actuellement régies par le concept de confraternité qui n'a que de lointain rapport avec celui de transmission d'informations pertinentes. L'information recueillie dans le dossier médical du patient par le médecin généraliste est le plus souvent fragmentaire. De larges pans d'activité médicale peuvent être occultés par simple carence administrative ou non respect involontaire de la règle de confraternité. Il est tout à fait courant pour un généraliste de ne pas savoir qu'un patient est hospitalisé. Comment dans ces conditions remplir l'obligation réglementaire de transmission d'information vers les médecins spécialistes ?

Il faut bien remarquer que de nombreux établissements hospitaliers sont en concurrence avec la médecine générale en première ligne et que le patient y passe volontiers du service d'urgence au pneumologue puis au cardiologue puis au dermatologue etc. La seule information reçue est alors la lettre du service d'urgence signalant le passage du patient tel jour à telle heure et pour tel motif. Toutes les autres informations sont perdues.

Il serait judicieux de prévoir un mécanisme obligatoire de retour d'information vers le titulaire du DMG. Cela aurait probablement plus d'effet sur les flux de soins que les pratiques actuelles d'échelonnement larvé. Sans cette obligation le DMG ne pourra devenir comme le souhaite l'INAMI un élément central dans la communication de qualité entre les 2 catégories de médecins.<sup>10</sup>

## **DMG et pratique de groupe**

Alors que l'INAMI et le ministère de la Santé Publique semblent encenser la médecine de groupe, sur le plan du DMG, on en est resté à la stricte application de la médecine individuelle. Un patient vu par un autre médecin que son titulaire de DMG ne sera pas remboursé comme prévu sauf si le médecin non titulaire fait figurer le nom du médecin titulaire sur l'attestation de soin accompagné de la lettre G (probablement pour Global, allez savoir). En cas de facturation de groupe au tiers payant, il faudra prévoir avec l'informaticien de bien veiller à ce que l'inscription magique figure sur l'attestation de soin du médecin associé non titulaire du DMG sous peine de voir le remboursement diminuer de quelques euros.

## **DMG en pratique**

La réalisation pratique du DMG est une lourde charge administrative qui demande une attention quotidienne. Il faut en effet vérifier si un patient a déjà un DMG signé ou s'il faut solliciter sa signature. Un système d'échéancier est donc

nécessaire et s'il n'est pas très bien organisé, les doubles deviennent légions. Les Dossier Médicaux Informatisés gèrent pour la plupart cette fonction. L'impression des attestations de soins exige une imprimante à marguerite dont on connaît la lenteur et la tendance au bouchage. L'envoi des documents concerne bien souvent plus d'une vingtaine de mutuelles différentes pour chaque médecin. Passons en revue ces étapes.

## **Faire signer le patient**

Le patient doit demander expressément et marquer annuellement son accord écrit. Cette pratique implique donc l'initiative du patient, la répétition annuelle de la procédure et la signature de la personne.

« L'initiative » du patient est bien évidemment une vue de l'esprit. Il ne viendrait à l'idée d'aucun patient de demander expressément à un médecin la mise en application d'une disposition administrative dont il ne connaît rien ou au mieux qui tombe sous le sens « Vous êtes mon docteur, évidemment que vous avez mon dossier ! »

La répétition annuelle est une vision administrative non opératoire en médecine générale. On sait qu'il faut trois ans à un médecin généraliste pour voir 90% de sa patientèle. Le fait qu'un patient en bonne santé ne consulte pas ne dispense pas le médecin responsable de tenir son dossier et d'y inclure les inévitables rapports de spécialistes ou de service d'urgence que le patient aura consulté directement sans toutefois rencontrer son médecin généraliste cette année là. Il arrive fréquemment que le patient ne soit pas vu par le médecin pendant une année entière et donc qu'il n'y ait pas de consultation attestée ce qui, dans le cadre de la réglementation actuelle, supprime la possibilité de facturer le DMG. Ainsi, le médecin traitant est confiné au rôle non payé de secrétaire des soins de santé mais ne peut pas être rétribué pour le faire.

L'idée émise par des responsables d'une mutualité de lier le DMG à une consultation annuelle réputée préventive est irréaliste et dangereuse. Irréaliste parce qu'on ne peut imaginer de prévention globale sans délimiter une population à risque. Un adulte en bonne santé ne peut faire l'objet d'une prévention primaire (éducation à la santé/immunisation) ou secondaire (dépistage) que s'il fait partie d'un groupe à risque<sup>11</sup>. Toute opération préventive non ciblée a pour résultat de remplir les salles d'attente de bien portants qui s'ignorent. On ne joue pas impunément au Dr Knock. Il n'en n'est pas de même évidemment des patients déjà identifiés comme malades et qui le savent. Ceux-là forment d'ailleurs le gros des consultants (diabète, hypertension, coronariens, cancer, affections au long cours) et chez eux l'activité de la médecine générale réalise en permanence la prévention tertiaire (prévention des complications / réhabilitation)<sup>12</sup>.

Notons que dans les Centre de santé fonctionnant au forfait, le montant du DMG est inclus dans le forfait sans que le médecin n'ait l'obligation d'attester un contact annuel. Il y a donc deux poids, deux mesures.

La signature de la personne implique une alphabétisation qui est loin d'être réalisée en Belgique (10% d'analphabètes) et même si le patient a déjà signé,

il l'oublie aussi vite et signe fréquemment et de bonne fois chez plusieurs prestataires. Dans ce cas c'est la règle du premier arrivé, premier servi qui est appliquée et les factures sont refusées au motif que le DMG a déjà été signé chez un autre médecin. Le nom de ce médecin n'est jamais communiqué par la mutuelle et donc il est impossible de faire suivre chez ce nouveau prestataire le dossier médical du patient.

Quant aux patients inscrits au forfait dans un centre de santé intégré (Maison Médicale au forfait) et qui ne le savent plus – ce qui est plus fréquent qu'on ne le pense –, le montant du DMG ne peut pas être réclamé et est donc refusé puisqu'il est déjà inclus dans le montant du forfait.

Un modèle de texte à faire signer par le patient est repris au Tableau 2 Exemple de formulaire DMG à signer par le patient.. Ce document doit être conservé en annexe au dossier médical du patient.

Dr Sansos Médecin de famille N° INAMI	<b>Année 200..</b>
<b>Formulaire DMG</b>	
<b>Je soussigné</b>	
.....	
<b>Mutuelle :</b>	
demande l'application du tiers payant pour la perception du remboursement de la prestation 102771 pour l'application du Dossier Médical Global dont le responsable est le Dr Sansos	
Date :.....	
Signature :.....	

Tableau 2 Exemple de formulaire DMG à signer par le patient.

## Facturer à chaque mutuelle

La pratique du tiers payant est admise sans restriction pour le DMG. Ce fait semble évident mais est surprenant eu égard à la loi. Pour rappel le tiers payant est réputé interdit depuis 1987 et ce n'est que si le médecin a la conviction que le patient est en détresse économique qu'il peut pratiquer le tiers payant. On sait que dans cette brèche se sont engouffrées les mutuelles, transformant la possibilité de faire le tiers payant dans le chef des médecins en un « droit » des patients à en bénéficier.

En l'absence d'un office central de tarification, il est nécessaire d'envoyer à chaque mutuelle locale les attestations de soins réglementaires signées manuellement et accompagnée d'une liste récapitulative mentionnant nom, prénom, et numéro d'affiliation. Nous sommes toujours ici dans la culture papier.

Etablir les attestations de soins (chacune pèse 5 grammes) pour le DMG des dix millions de belge représente un gaspillage de 50 tonnes de papier par an et des centaines de personnes pour manipuler cette masse à commencer par le médecin qui initie le processus.

Une facturation tiers payant mensuelle peut prendre jusqu'à un jour entier de travail eu égard à la lourdeur administrative. Cette pratique du tiers payant va encore s'étendre dans les prochains mois puisque le nouveau statut « Omnio » attribue à 20% de la population le bénéfice d'un remboursement préférentiel impliquant quasi automatiquement l'attribution du « droit » au tiers payant.

On trouvera au Tableau 3 la formule « sésame » qui permet légalement l'application du tiers payant et la perception du DMG.

Par dérogation à l'application interdite du tiers payant et selon la circulaire OA 87/150 V, 2 § 2, je soussigné certifie que les patients suivants m'ont déclaré se trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance maladie invalidité obligatoire permet l'application du tiers payant.

En application des règles de la nomenclature de l'INAMI concernant la prestation 102771-dossier médical global -, je certifie détenir, pour les patients dont les attestations de soins suivent, un document signé par le patient demandant l'application du tiers payant pour la gestion du dossier médical global le concernant.

Ce document est conservé en annexe au dossier du patient.

**Tableau 3 Exemple de texte permettant la perception du DMG en tiers payant**

## Que faire du DMG

### L'argent

La facturation rigoureuse du DMG peut faire rentrer des sommes d'argent conséquentes dans le budget de fonctionnement d'une pratique de médecine générale. 1000 DMG représentent à l'heure actuelle un peu plus de 22.000€. Une telle somme permet de commencer à gérer réellement l'information d'un cabinet médical. Cette somme représente un salaire mi-temps pour un(e) secrétaire accueillant(e). Bien des médecins solo n'arriveront pas à de tel chiffres de DMG mais la pratique de groupe se répand très vite.

L'information c'est bien sur l'information clinique telle que directement visée par la description ci-dessus mais c'est aussi toute l'information qui passe par une petite entreprise de service. On peut enfin envisager réellement de faire bénéficier une pratique d'une administration cohérente et à long terme, dimension impossible s'il fallait la financer sur la base des honoraires habituels.

D'autres fonds sont mis à disposition de la médecine générale. On voit la les germes d'une possibilité de professionnalisation de la gestion informative en

première ligne. Le DMI est financé à une hauteur raisonnable, encore que les investissements en matériel ne soient pas pris en compte. Le fond Impulseo favorise l'installation de jeunes médecins et le projet Impulseo II met l'accent sur le support à la médecine de groupe.

## **Le dénominateur**

Au delà de l'argent, le système favorise la démarche de responsabilisation et la qualité du service individuel offert au patient, qui selon la loi, est toujours en droit de demander communication de son dossier médical<sup>13</sup>

Mais la dimension collective, soit le traitement de l'information clinique de l'ensemble des patients, -ensemble enfin connu- peut apporter une ouverture considérable pour la médecine générale. Il est désormais possible, connaissant le dénominateur (ensemble des patients titulaires de DMG) d'analyser les problèmes de la patientèle en terme statistique ou de trier les patients susceptibles de bénéficier de telle ou telle intervention préventive ou curative.

Toutes les entreprises de services doivent apprendre à gérer leurs informations en fonction des objectifs posés. Sans se départir de son rôle de communicateur et de la relation personnelle au patient, le médecin généraliste peut se positionner comme un vrai gestionnaire de santé d'un sous-ensemble de population dont il a la charge de l'information clinique.

## **DMG ; propositions**

Aucune proposition ne peut être retenue qui ne fasse de l'informatisation de la facturation en médecine générale, et ce y compris le tiers payant et le DMG une condition préalable et incontournable.

On peut craindre que cette informatisation ne prenne un temps considérable quand on connaît les enjeux qui minent les décisions de santé de notre gentil pays.

En attendant donc la facturation électronique, on peut envisager quelques pistes, comme par exemple ;

- Les mutuelles doivent considérer que le médecin généraliste responsable du DMG doit être le récipiendaire obligé de l'information qu'elle détient sur leurs membres. Les changements d'adresse, de statut, d'assurabilité, d'assureur etc. doivent être transmis au plus vite au médecin généraliste de même que les décès.
- Les hôpitaux et les praticiens hospitaliers doivent être avertis de l'impérieuse nécessité, avec incitant positif à la clef éventuels, de prévenir le médecin gestionnaire du DMG de toute information clinique produite que ce soit en consultation, lors de consultation dérivées ou lors d'une hospitalisation.
- Les médecins généralistes doivent être informés et soutenus par leurs syndicats respectifs qui devraient faire circuler largement l'information sur le pourquoi et comment du DMG
- Une cellule d'information pratique pour aider à démarrer la pratique du DMG doit être mise à disposition des médecins par l'INAMI.
- Le temps est un des paramètres essentiels de la médecine de famille mais ce temps là ne se découpe pas annuellement. La cérémonie de la signature annuelle

ne se justifie que pour l'administration et n'a aucun rapport avec la pratique du métier de généraliste. De même l'obligation de lier une consultation et le DMG la même année n'a aucun sens en médecine générale. En clair la convention médecin patient devrait être établie pour une période de trois ans tacitement renouvelable avec au minimum un contact de consultation par trois années.

- Un médecin titulaire de 500 DMG devrait pouvoir engager une secrétaire mi-temps avec l'argent de ce DMG et donc le montant DMG devrait être porté à environ 40€ par an.

## Références

- 
- <sup>1</sup> SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ; Conserver votre passé médical, c'est mieux protéger l'avenir de votre santé, 25/03/2004 <http://belgium.be>
- <sup>2</sup> Journal du Médecin, Le Salut est dans le DMG, 9 mars 2007, p1-2
- <sup>3</sup> <https://www.riziv.fgov.be/webapp/nomen/Search.aspx?lg=F>
- <sup>4</sup> O pourrait s'interroger sur la légalité de cette autorisation par l'INAMI de pratiquer le tiers payant alors que celui-ci est expressément interdite sauf si le médecin a la conviction que son patient est en détresse économique.
- <sup>5</sup> <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/collaboration/dmg-gdm/index.htm>
- <sup>6</sup> Crisnet Newsletter mars 2007 CRISNET asbl [www.crisnet.be](http://www.crisnet.be)
- <sup>7</sup> M.Jamouille, M.Roland, J.Humbert, JF.Brûlet. (Eds) Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires 2ème version (CISP-2), assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité International de Classification de la WONCA. Care Edition, Bruxelles, 2000
- <sup>8</sup> Wonca Europe. Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002. version en ligne sur <http://www.cnge.fr>
- <sup>9</sup> De Clercq E, Piette P, Strobbe J, Roland M, Vandenberghe A, Steenackers J, Pas L Setting up a common architecture for EPR in primary care: the Belgian experience. Stud Health Technol Inform. 2002;90:215-9.
- <sup>10</sup> Le dossier médical global : un concept central dans l'assurance soins de santé ? INAMI-RIZIV 2006 <http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study22/index.htm>
- <sup>11</sup> Roland M, Jamouille M. Le bilan biologique de base : un examen inutile ? Rev Med Bxl 1998 ; 19 : 255-62.
- <sup>12</sup> Bentzen, N. (Editor) Bjerre, B, Peterson, C, Saltman, D, and Sive, P. (Associate editors) WONCA International dictionary of general/family practice, Maanedsskrift for praktisk laegegering (Danish publisher), Copenhagen, 2003
- La médecine générale utilise le concept de prévention tertiaire, soit réhabilitation, prévention des complications ou des rechutes là où la médecine spécialisée utilise le terme secondaire dans son acception temporelle (secondaire à un évènement, par ex prévention secondaire de l'infarctus)
- <sup>13</sup> Rakic J.M., Hermans G. L'accès du patient au dossier médical. Bull. Soc. belge Ophthalmol., 291, 47-50, 2004.