

## Préambule

Les Collèges de médecins ont été créés par Arrêté Royal en 1999, comme une des modalités d'application de l'art.15 de la loi sur les hôpitaux, relatif à la qualité des soins.

Le présent rapport est destiné à rendre compte de leurs activités au cours de la période 2002-2003. Il a été coordonné par le Service des hôpitaux généraux et de la qualité des soins au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Ce document s'articule de la manière suivante :

- Chapitre 1 : présente les aspects généraux communs aux activités des Collèges de médecins, un résumé synthétique de leurs principales activités au cours de la période envisagée, et une analyse SWOT pour chaque Collège ;
- Chapitre 2 : décrit les enjeux auxquels sont confrontées les diverses activités hospitalières qui sont du ressort des Collèges, avec une analyse SWOT pour chaque secteur d'activités ;
- Chapitre 3 : extraits des rapports d'activités des Collèges ;
- Chapitre 4 : bilan financier ;
- Chapitre 5 : annexes.

Rappelons, comme introduction générale à la problématique des Collèges de médecins, le tableau SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) qui avait été établi à leur sujet à l'occasion du symposium « Qualité des Soins » de l'ISQUA (Paris, novembre 2002) :

### SWOT Qualité

<b>Forces (Strengths)</b>	<b>Opportunités (Opportunities)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- culture qualité en progrès</li><li>- responsabilisation</li><li>- inter et multi disciplinarité</li><li>- production croissante</li><li>- banques de données propres</li><li>- benchmark, win win</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- amélioration de la qualité</li><li>- EBM, accréditation</li><li>- comparaisons internationales</li><li>- nouvelles technologies</li><li>- trajectoires de soins</li></ul>
<b>Faiblesses (Weaknesses)</b>	<b>Menaces (Threats)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- investissement temps, coûts</li><li>- isolement persistant</li><li>- masse critique pas atteinte</li><li>- peu d'implication des gestionnaires</li><li>- visibilité de l'activité et des résultats ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- continuité : fatigue</li><li>- limites budgétaires</li><li>- agenda « secret » ?</li><li>- des praticiens</li><li>- des décideurs</li><li>- des autres partenaires</li></ul>

## **Collèges de médecins : perspectives et enjeux 2003-2004**

## **Collèges de médecins : perspectives et enjeux 2003-2004**

Les Collèges de médecins ont été créés en 1999 dans 9 domaines de l'activité hospitalière, avec pour objectif la promotion de la qualité dans leurs spécialités respectives, par (cfr. AR du 15/2/99) :

- la fixation, en consensus, d'indicateurs de la qualité et de critères d'évaluation en matière de bonne pratique médicale ;
- l'élaboration d'un modèle d'enregistrement informatisé et d'un rapport type ;
- la réalisation éventuelle de visites et l'exécution de contrôles des données enregistrées ;
- la rédaction d'un rapport annuel national à l'intention du groupe de travail de coordination de la structure de concertation ;
- la réalisation d'un feedback pour les hôpitaux et les médecins concernés.

La désignation des membres des Collèges s'est appuyée, de manière générale, sur l'avis des sociétés scientifiques et des unions professionnelles de leurs disciplines. Ceci les légitimait, en principe, à la fois au plan scientifique et corporatiste, et les mettait statutairement en situation privilégiée pour entretenir une relation de partenariat entre l'autorité et le terrain. Certains Collèges de médecins ont été complétés par des groupes de travail axés sur l'activité paramédicale : c'est les cas des infirmiers francophones et néerlandophones en néphrologie, et des physiciens en radiothérapie.

Dans plusieurs des domaines concernés, la mise en place du Collège de médecins avait été précédée par une activité de collecte de données et un commencement d'évaluation de l'activité du secteur, souvent à partir d'une commission ou d'un groupe de *peer review*, issu d'une association professionnelle ou scientifique. Dès l'installation des Collèges, une orientation méthodologique leur a été proposée de manière souple, basée sur le cycle de qualité « Plan-Do-Check-Act » et un recueil de données systématique destiné à en parcourir les étapes.

Ces étapes se sont déroulées, en gros, selon le même canevas pour l'ensemble des Collèges, conformément aux missions qui leur ont été imparties, avec un accent plus ou moins important sur l'une ou l'autre selon les sensibilités et les circonstances :

- définition d'un mode de fonctionnement (avec adoption d'un règlement d'ordre intérieur) ;
- définition d'une stratégie et choix d'un ou plusieurs thèmes de travail ;
- définition d'indicateurs de qualité axés sur les ressources, les processus ou les résultats de l'activité dans les hôpitaux ;
- transmission d'un feed back, éventuellement assorti de recommandations ou de guidelines au terrain ;
- promotion de l'amélioration continue de la qualité, gestion du changement de la prise en charge des patients ;
- transmission de conclusions à la multipartite en vue d'améliorer la politique de santé.

A travers ces étapes, et les missions qui leur sont imparties, le rôle des Collèges de médecins dans le système de santé apparaît orienté selon deux grands axes : l'explicitation de la qualité d'une part, tant vis-à-vis de la profession que des autres interlocuteurs concernés (public, autorité, partenaires économiques) ; d'autre part l'échange bilatéral d'information sur les pratiques entre l'autorité et le terrain hospitalier, en ce qui concerne les attentes et les priorités des uns et des autres. Attentes et priorités qui participent aux enjeux auxquels se mesurent chacun des Collèges, au plan de leur statut, des exigences scientifiques à défendre, des intérêts corporatistes impliqués à confronter à l'intérêt général, articulé quant à lui autour de préoccupations éthiques et de santé publique, avec leurs implications économiques. Pour assumer ce rôle, il appartient aux Collèges de développer une vision et un savoir-faire qui contribuent à leur donner une triple fonction : d'autorité morale, en tant qu'ils sont censés être un lieu de réflexion reconnu par leurs pairs ; d'opinion leader, parce qu'ils sont en situation privilégiée pour diffuser de l'information auprès du secteur qui les concerne ; et de relais pour le transit de l'information, notamment entre les autorités de santé publique et le public cible, par leur position institutionnelle. Pour affirmer cette triple fonction, il faudra que les Collèges bénéficient de la légitimité et de la reconnaissance voulues auprès des diverses instances dont ils sont partenaires. Il faudra aussi qu'ils se soucient d'augmenter leur visibilité pour les professionnels de terrain, de leurs disciplines surtout, mais aussi de celles concernées par les problématiques abordées.

On trouvera des exemples de l'activité des Collèges à l'adresse suivante : [www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm](http://www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm), rubrique « feedback (Initiatives fédérales qualité dans les hôpitaux belges) ».

**SWOT Collèges de médecins**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- nécessité d'expliciter la qualité dans un cadre structuré</li><li>- soutien de l'autorité</li><li>- autonomie de gestion de l'information</li><li>- centre d'expertise spécifique de la discipline</li><li>- autorité morale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- multiplicité des niveaux de décision</li><li>- difficultés de définition du cadre légal</li><li>- perception insuffisante de l'opportunité, de l'utilité</li><li>- difficultés de financement de l'activité</li><li>- motivation fluctuante</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- légitimité potentielle</li><li>- opinion leader</li><li>- relais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- concurrence d'autres instances</li><li>- burnt-out</li><li>- financement</li><li>- divergence autorité-collège</li><li>- risque de lâchage par l'autorité en cas de manque de pertinence des résultats</li></ul>

## Apports de l'activité des Collèges de médecins et thèmes choisis (synopsis)

### Collège de Soins Urgents

#### Activités

- étude de la complétude des dossiers
- étude du profil des patients se présentant aux urgences
- informatisation de la collecte de données
- étude de la charge de travail en fonction de l'activité

#### SWOT du Collège de soins urgents

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- multidisciplinarité</li><li>- reconnaissance professionnelle</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- diversité de la demande</li><li>- hétérogénéité des services</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- réflexion centrée sur le patient</li><li>- développement de réseaux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- exigences et attractivité de la profession (moins de disponibilité pour activités du Collège)</li><li>- disparition de l'enthousiasme manifesté jusqu'à ce jour</li><li>- financement</li></ul>

## Conclusion

Comme on peut le voir, les Collèges avancent à des rythmes différents, et les types d'enseignements que permettent les analyses des données recueillies sont variés. Ainsi par exemple, le Collège de Radiothérapie a fourni un travail considérable, mais les informations obtenues donnent des indications descriptives plutôt qu'elles ne fournissent des tableaux de bord de suivi et d'amélioration de la qualité. A l'inverse, le Collège de médecine de la reproduction se centre sur un thème sensible, pour en faire un indicateur et un objectif de qualité. Le Collège des Centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique, aidé par un registre aujourd'hui *on line*, définit des indicateurs susceptibles de faire partie d'un tableau de bord, mais n'a pas encore développé de modalité pour interpeller les centres dont les résultats se situent à l'écart de la moyenne. Globalement, l'influence des Collèges sur la qualité des pratiques est encore limitée, mais l'expérience est encore récente, et pour beaucoup d'intervenants, il s'agit d'inventer le mouvement en marchant.

Il faut ajouter qu'en plus des problèmes inhérents à leur démarrage, les Collèges ont souffert, particulièrement au cours de 2003, de difficultés administratives liées à la réforme de la multipartite, à la lenteur de l'officialisation de leur renouvellement, et aux modalités de leur financement, pour lequel une solution structurelle satisfaisante est encore à mettre au point.

De la disparité rencontrée, il est toutefois possible de dégager quelques conclusions :

- l'existence préalable d'une tradition d'enregistrement de données est un atout (cfr. centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique) ;
- les disciplines réunissant un petit nombre d'acteurs autour d'une problématique circonscrite avancent plus facilement (cfr. médecine de la reproduction , néonatalogie intensive... *a contrario* : pathologie cardiaque, RMN) ;
- il est nécessaire que le Collège dispose d'une image de légitimité au sein de la profession ;
- un accompagnement méthodologique est nécessaire à l'accomplissement de la mission des Collèges. Les acteurs de terrain sont tentés, vu leur culture professionnelle, de constituer des bases de données de type épidémiologique, certes intéressantes au plan scientifique, mais difficiles à analyser et à utiliser comme indicateurs dans une perspective d'assurance de qualité ; il convient de les accompagner pour les inciter à constituer des bases de données moins exhaustives et plus opérationnelles dans une perspective qualité ;
- un recueil de données fiables ne peut être réalisé sans personnel désigné et dédié à cette tâche : un élément de permanence est indispensable ;
- en corollaire de ce qui précède, les Collèges doivent pouvoir compter sur une continuité de financement de l'activité impliquée par leur mission ;
- une reconnaissance effective des Collèges comme interlocuteurs par l'autorité est indispensable pour susciter et entretenir la motivation de leurs membres.

Dans l'avenir, il faudrait que se développent au moins deux domaines d'activité qui n'ont été que peu explorés jusqu'à présent.

D'une part, il est nécessaire de faire progresser la recherche et la définition de recommandations de bonne pratique (*guidelines*), issues soit de la littérature, soit de l'expérience locale, d'en assurer la diffusion, de les assortir de la mise au point progressive d'indicateurs de leur acceptation et de leur respect, et de rechercher des explications aux

manquements éventuels qui seraient constatés. Pour cette activité particulièrement, une collaboration avec le Centre d'expertise des Soins de Santé devrait être développée.

D'autre part, l'évolution du travail devrait se faire vers le développement d'une méthodologie plus systématiquement proche du modèle « cycle de qualité » PDCA, particulièrement en ce qui concerne son quatrième terme (Act), c'est-à-dire la mise en œuvre de mécanismes de correction mis en évidence par les mesures (Check) ; ceci implique la mise en place d'indicateurs de suivi en continu, composant un « tableau de bord ». Pour y parvenir, le choix des thèmes de travail est important : rappelons qu'ils doivent concerner des problématiques reconnues, significatives et vulnérables. Il ne s'agit pas en l'occurrence d'une exigence d'orthodoxie théorique, mais d'un constat récurrent : un fonctionnement orienté « qualité » n'est pas une recette de cuisine, mais un état d'esprit.

Plusieurs projets sont en perspective à des stades plus ou moins avancés de réalisation : la restructuration du Collège de Pathologie cardiaque, l'installation d'un Collège de Soins Intensifs Maternité couplé au Collège de Néonatalogie Intensive, la création d'un Collège d'Oncologie, la refonte du Collège de Résonance Magnétique Nucléaire dans un Collège plus large d'Imagerie Médicale, la création d'un Collège de Médecins Chefs.

Ces perspectives témoignent de l'intérêt porté au modèle, ainsi que d'une tendance à plus de multidisciplinarité. Cette tendance s'appuie sur la conviction qu'il est important, pour promouvoir la qualité de façon structurée, de multiplier les contacts et de favoriser la communication, notamment entre des acteurs qui sont confrontés aux mêmes problèmes mais dont les spécificités entraînent des angles d'approche différents. Elle est aussi une des manifestations d'un postulat de base : les Collèges sont des outils au service de l'évaluation de la qualité des soins et de sa promotion au sein des structures dont ils sont issus. Leur domaine d'application est celui des procédures et des résultats, mais ne concerne en aucune façon l'évaluation de la compétence individuelle des professionnels qui travaillent dans ces structures.

L'enjeu fondamental de l'explicitation, de l'évaluation et de la promotion de la qualité des soins est la prise en charge par les professionnels de santé du rôle qui leur appartient, et de la responsabilité qui leur incombe, dans la bonne utilisation des ressources disponibles : à savoir leur utilisation efficace, pertinente et proportionnelle aux besoins.

Il leur appartient de prendre la dimension des variations de pratique, en termes de processus et de résultats, d'en évaluer et d'en expliquer les raisons, et de les réduire, pour une utilisation optimale des moyens lorsque cela peut se faire, en tirant l'enseignement des meilleurs résultats obtenus (plutôt qu'en s'acharnant sur les moins bons).

Les Collèges en place et à venir peuvent jouer un rôle déterminant dans cette démarche, face aux défis qui attendent l'économie de la santé, et notamment aux inévitables modifications qui devront s'opérer dans les modalités de financement de l'activité hospitalière.



Enjeux des différentes disciplines

## **Enjeux de la fonction soins urgents spécialisés**

### **1. Introduction**

La fonction soins urgents spécialisés occupe une place particulière au sein de l'hôpital général: elle en constitue le principal interface avec le monde extérieur. Par ailleurs, le service des urgences nécessite une grande polyvalence tant sur le plan du mode de fonctionnement que sur le plan médical.

Tout hôpital aigu doit exploiter une fonction soins urgents pour pouvoir être agréé. Des 122 hôpitaux aigus 98 % ont une fonction soins urgents spécialisée agréée et 97 % une fonction d'urgences agréée 100.

### **2. Enjeux organisationnels et médicaux**

- continuité des soins – accessibilité
- capacité d'adaptation – polyvalence de la prise en charge
- exigences de la réglementation
- fonction de triage

Le service soins urgents doit garantir une continuité des services et être accessible 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Le nombre de patients y fluctue en effet considérablement, en même temps que s'y rencontre une patientèle très variée en âge, en pathologies et parfois en origine.

Les grandes catégories de pathologies rencontrées dans un service d'urgences peuvent être regroupées en pathologie traumatique, pathologie chirurgicale, pathologie médicale, pathologie infectieuse et pédiatrie. Dans chacune de ces catégories, par ailleurs non exclusives, on peut rencontrer des urgences vraies, des urgences relatives et des fausses urgences.

Pour pouvoir répondre à tout moment à cette diversité, un service d'urgences doit donc faire preuve d'une grande capacité d'adaptation. Cette caractéristique le distingue parmi les autres services hospitaliers. La plupart de ceux-ci évoluent en effet vers une spécialisation croissante, à travers laquelle la polyvalence de la prise en charge et du personnel soignant tend à disparaître.

Les exigences de la réglementation sont élevées, tant en ce qui concerne le matériel que le personnel médical et paramédical, qualitativement et quantitativement : il s'agit en effet de prévoir un dispositif capable de répondre aux fluctuations de la demande déjà évoquées, fluctuations en partie imprévisibles. Dans le domaine des urgences, l'importance des moyens requis se justifie par la nécessité de polyvalence et par l'obligation de faire face à des situations peu prévisibles en nature et en volume.

Le bon fonctionnement du service d'urgences exige la reconnaissance rapide et précise des spécificités propres à chaque problème rencontré, de son degré de gravité et du mode d'orientation le mieux adapté à la situation, compte tenu des moyens disponibles « ici et maintenant ».

Un enjeu spécifique à cette fonction est donc d'élaborer une stratégie pour décider au mieux du devenir du patient (fonction de triage) : faut-il l'hospitaliser ou le renvoyer à domicile ? La décision en cette matière sera d'autant mieux prise qu'il existera une collaboration plus étroite des urgences avec la médecine générale et les soins extrahospitaliers d'une part, avec les services hospitaliers d'autre part. Le médecin étranger à cette spécialité est souvent mal familiarisé, mal préparé par ses études à cette fonction de triage.

### **3. Enjeux éthiques et de santé publique**

- « bon usage » des services d'urgence
- sensibiliser et informer médecin généraliste et grand public
- compétence des médecins travaillant en services d'urgence
- collaboration interhospitalière

L'accessibilité aux soins urgents doit rester préservée, mais les moyens disponibles ne sont pas toujours bien consacrés et servent trop fréquemment à traiter des problèmes qui pourraient être pris en charge ailleurs, mieux et à moindre coût. Trop de personnes consultent le service de soins urgents de leur propre initiative pour des raisons qui ne sont pas toujours justifiées. Le personnel spécialisé est amené à pratiquer une médecine générale dans un lieu hautement technologique et spécialisé. Un travail d'éducation est donc à faire, auprès du public et même des médecins, au « mode d'emploi » ou au « bon usage » des services d'urgence, afin qu'ils puissent répondre au mieux à leur finalité.

Stimuler le patient à consulter préalablement le médecin généraliste ou le médecin spécialiste par des programmes de sensibilisation s'avère nécessaire. La mise en place d'un service de prétriage ou pénaliser les personnes qui consultent sans référence visent à soulager les services des soins urgents.

La qualité de la formation de base et une bonne formation continuée sont donc essentielles à une offre de soins de qualité. Par la polyvalence de la pathologie présente aux soins d'urgences et par l'obligation de faire face à des situations peu prévisibles une compétence particulière s'avère nécessaire. En ce moment une compétence s'acquiert dans le cadre d'un titre professionnel particulier en soins d'urgence ou dans le cadre du B.M.A. (brevet de médecine aiguë) accessible aussi bien aux généralistes et aux spécialistes.

La continuité des soins est la plaque tournante pour les services de soins urgents. Les relations avec les médecins généralistes et spécialistes sont importantes. Une collaboration interhospitalière s'avère nécessaire dans le cadre de la médecine de catastrophe ou pour des pathologies qu'on ne peut traiter (ex. neurochirurgie ou grands brûlés) ou pour des patients qu'on ne parvient pas à hospitaliser dans sa propre institution, par manque de place.

#### 4. Analyse SWOT

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- besoin</li><li>- hôpital aigu : fonction obligatoire pour agrément</li><li>- image</li><li>- multidisciplinarité</li><li>- titre professionnel particulier</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- couverture continue</li><li>- recours injustifié</li><li>- recours par facilité</li><li>- financement</li><li>- compétence variable</li></ul>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- activité centrée sur le patient</li><li>- développement de réseaux</li><li>- collaboration intrahospitalière</li><li>- collaboration extrahospitalière</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nombre limité de médecins</li><li>- manque de personnel pour garantir continuité</li><li>- contingentement des services</li><li>- perspectives de carrière limitées</li><li>- lourdeur du service</li><li>- charge administrative pour personnel</li></ul>

## **Annexe: données**

### Résultats de l'enquête du Collège des soins urgents 2001

#### Méthodologie

- rétrospectivement, tous les dossiers consécutifs
- enregistrement des activités d'une seule journée (15 novembre 2000)
- 18 items sont retenus par le Collège des soins urgents.

#### Participation

- 143 services ont été invités à participer : 44 % ont envoyé leurs données
- 3.268 dossiers ont été examinés : 52 dossiers en moyenne par centre participant

#### Résultats

- mention du médecin adressant
  - présent dans 76,5 % des dossiers
  - absence justifiée : 8,7 %
- motif d'admission
  - présent dans 96,5 % des dossiers
  - absence justifiée : 0,3 %
- diagnostic
  - présent dans 88,4 % des dossiers
  - absence justifiée : 2,7 %
- lettre de sortie
  - présent dans 58 % des dossiers
  - absence justifiée : 15 %

### Données du questionnaire Statistiques hospitalières annuelles (2001)

Des 120 hôpitaux aigus, 117 ont une fonction urgence spécialisée (98 %) dont :

- 100 % mentionnent la présence d'une fonction urgence spécialisée agréée
- 100 % assurent une garde médicale permanente avec présence d'un médecin sur le site
- 99 % sont agréés pour le service 100
- 80 % participent à un SMUR
- 81 % ont un box d'isolement pour patients agités
- 63 % disposent d'un véhicule d'intervention médicalisé attaché à l'hôpital
- 89 % disposent d'un équipement mobile pour les réanimations internes urgentes à l'hôpital

L'activité médiane annuelle (percentile 50) dans les hôpitaux qui mentionnent avoir une fonction urgence spécialisée est la suivante:

- 19.393 admissions (réponse de 110/117 hôpitaux)
- 593 patients arrivés aux urgences par le SMUR (réponse de 110/117 hôpitaux)
- 1.812 patients arrivés aux urgences par le 100 (réponse de 112/117 hôpitaux)
- 16.250 patients arrivés aux urgences par un autre moyen (réponse de 106/117 hôpitaux)

L'activité médiane annuelle (percentile 50) de patients transférés après avoir été accueillis aux urgences est la suivante:

- 5.253 patients hospitalisés (non-USI) (réponse de 116/117 hôpitaux)
- 438 patients hospitalisés en USI (réponse de 98/117 hôpitaux)
- 104 patients transférés vers un autre hôpital pour des raisons médicales (réponse de 98/117 hôpitaux)

Les activités concernant l'organisation et la gestion de la qualité dans les 117 hôpitaux aigus ayant une fonction urgence spécialisée se répartissent comme suit :

- 83 % mentionnent un rapport annuel
- 92 % ont un enregistrement spécifique pour le suivi de la qualité
- 79 % évaluent régulièrement la qualité des activités, mais seulement 13 % le font par un audit externe et 27 % par un collègue de pairs
- 74 % mentionnent pouvoir faire appel à un interprète

#### Données « Enquête Santé de l'ISP-LP » (2001)

##### Contacts

- 12 % des personnes interrogées rapportent avoir eu un contact avec un service d'urgence au cours de l'année écoulée
- 52 % de la population ne s'est encore jamais rendue aux urgences
- les jeunes hommes adultes et les femmes âgées sont plus nombreux à se rendre aux urgences
- le niveau d'éducation n'est pas un facteur déterminant

##### Raisons du contact

- 57 % se rendent aux urgences suite à un accident ou une blessure
- 41 % suite à une maladie ou une plainte
- 73 % le font sans indication d'un médecin
- arguments pour justifier le recours aux urgences plutôt que de se rendre chez un médecin généraliste ou un médecin spécialiste :
  - service plus rapidement accessible
  - ouvert 24 heures sur 24
  - on peut y effectuer tous les examens nécessaires (prise de sang, RX etc.)
  - payement différé

##### Moment de la consultation aux urgences

- 56 % des consultations en urgences s'effectue en semaine, pendant la journée

### Différences régionales

- contacts avec le service des urgences : Bruxelles (15 %) > autres régions (11 %)
- initiative personnelle (sans indication de la part d'un médecin) :
  - Bruxelles (88 %) > région flamande (75 %) > région wallonne (63 %)
  - lié au caractère urbain : Bruxelles similaire aux autres grandes villes
- Bruxelles : 20 % des personnes n'ont jamais - ou rarement - consulté un médecin généraliste
- Bruxelles : 25 % des contacts sont justifiés par des problèmes d'ordre financier (paiement différé)