Collège de Médecine Générale de Belgique francophone asbl

Bruxelles, le 14 novembre 2025

<u>Objet</u> : Réponse des organisations membres du Collège de Médecine Générale à l'interdiction des prescriptions de CT-scan lombaire par les médecins généralistes.

Les organisations membres du Collège de Médecine Générale[1] s'opposent à l'interdiction des prescriptions de CT-scan lombaire par les médecins généralistes décidée par le ministre de la Santé F. Vandenbroucke dans le but de faire des économies et en conséquence de réduire l'irradiation des patients. **Cette mesure est jugée inacceptable par le CMG car elle nie le rôle de première ligne de soins et décrédibilise la profession de généraliste.**

Les organisations membres du CMG sont conscientes de la nécessité d'améliorer les prescriptions d'imagerie médicale pour diminuer l'exposition aux rayons des patients[2] et le budget y consacré. Mais elles demandent que la restriction de volume sur l'imagerie médicale soit établie sur base de critères scientifiques, médicaux et organisationnels, et élargie à tous les prestataires généralistes et spécialistes, en tout lieu : ambulatoire, institutionnel, hospitalier, salle d'urgence.

Une interdiction pure et simple de la prescription du CT-scan lombaire par les généralistes ne fera qu'aggraver le problème du goulot d'étranglement de l'accessibilité aux soins existant entre la première et les deuxième et troisième lignes de soins déjà saturées. Et ce, avec le risque d'augmentation des listes d'attente pour RMN. Cela est incompatible avec des soins adéquats. Aujourd'hui, le rôle de la médecine générale est bien de prendre en charge les douleurs lombaires en première ligne. De plus, dans le contexte actuel de pénurie de prestataires, nous ne jouissons pas de trajets de soins fluides entre les lignes de soins. Par exemple, une des raisons des prescriptions de CT-scan lombaire par les généralistes est le manque de disponibilité des examens RMN, tant en termes de délais que de lieu.

Nous savons que les généralistes (en ambulatoire et en salles d'urgences ou hospitalières ou institutionnelles) prescrivent majoritairement ces deux examens (CT-scan et RMN lombaires) selon certaines estimations: 48 % seraient prescrits par les généralistes[3].

Les sommes dépensées pour ces deux examens prescrits par les généralistes sont importantes : on parle de €40.600.000. Mais nous mettons en garde, car si dans un premier temps, on réalisera sans doute des économies, celles-ci n'auront de l'effet qu'à très court terme et risqueront de porter préjudice à la qualité des soins suite à des retards de prise en charge par le renvoi des patients vers d'autres spécialistes, déjà surchargés, ou en salles d'urgence, avec, in fine, un effet délétère tant sur la santé des patients que sur celle du budget santé.

<u>Explications</u>

Il est intéressant d'analyser certaines causes du taux important de prescriptions d'imageries médicales, quelles qu'elles soient (pas seulement lombaires), par les généralistes :

1. les patients sont encore et toujours mal informés concernant l'utilité des imageries lombaires pour les douleurs communes. Les généralistes doivent prendre le temps d'expliquer les raisons d'un refus de prescrire, temps qu'ils ont de moins en moins dans un contexte de pénurie de prestataires. **Or, expliquer,**

[1] SSMG, GBO, ABSyM, FAGW, FAMGB, UCLouvain, ULB, ULiège, UNamur et AMGF

[2] Les imageries trop précoces pour les douleurs lombaires favorisent le passage à la chronicité et la iatrogénie (cascade d'examens et d'interventions) : voir NIH et Science Direct
Elles sont aussi dans les listes top 5 des interventions à ne pas faire de la Suisse et la France et top 10 au Canada et aux USA : voir Smart Medicine, Choisir avec soin, https://acsearch.acr.org/list et BMJ.

[3] 48 % seraient prescrits par les généralistes, 10 % par les neurochirurgiens, 9 % par les orthopédistes, 7 % par les physiothérapeutes, 4 % par les urgentistes, 4 % par les neurologues et 18 % par les professions restantes

informer et accompagner font partie intégrante de leur rôle. En renforçant la posture de médecin de confiance, particulièrement par la gestion du Dossier Médical Global, le généraliste pourra améliorer la pertinence des soins. Une interdiction pure et simple décrédibilise complètement la profession et s'avère, à ce titre, contre-productive. Sans compter l'effet désastreux sur la motivation des généralistes que nous ne pouvons pas accepter.

2. Ne minimisons pas la réalité du shopping médical effectué par les patients lors de refus de prescription par leur généraliste. A-t-on à ce sujet les chiffres d'évaluation de la consommation, analysée par patient et selon l'indication, suite aux campagnes grand public contre l'excès d'imageries médicales ?
3. Le médecin généraliste prescrit régulièrement un examen complémentaire en vue d'une consultation chez le spécialiste pour « gagner » une consultation spécialiste (plus chère et obtenue avec difficulté), sachant qu'il demandera cet examen complémentaire.
4. Citons encore la conversion par le radiologue de la prescription du généraliste de l'échographie en scanner, particulièrement fréquente en garde (les radiologues prestent la garde de leur domicile, ce qui est possible pour les scanners mais pas pour les échographies).

Nos Propositions

Les organisations membres du CMG sont d'avis de limiter l'accès au CT-scan et à la RMN au strict nécessaire, en suivant au mieux les recommandations de bonnes pratiques qui permettent de déterminer les indications utiles à l'exercice de la médecine générale et spécialisée, et cela selon les « Recommandations en matière de prescription de l'imagerie médicale proposées par la Société Belge de Radiologie ».
Elles proposent un schéma d'indication inséré dans la prescription électronique de l'examen radiologique.

Le CMG demande qu'on avance sur l'établissement du dossier radiologique individuel des patients reprenant les doses cumulées des RX tout au long de leur vie, concept qui s'avérerait efficace pour convaincre le prestataire et le patient d'une prescription raisonnée.

Le CMG demande que la dose de RX figure sur chaque protocole, avec une mention rappelant la dangerosité des RX et le pourcentage de cancers radio-induits, à visée de sensibilisation du prestataire et du patient.

Le CMG demande l'utilisation plus fréquente de la « consultation de radiologie » dédiée au dialogue entre le médecin prescripteur et le radiologue pour évaluer le meilleur examen dans certains cas précis litigieux. Selon l'expérience de terrain, rares sont ces contacts effectués par les radiologues.

Le CMG demande de pouvoir différencier l'activité des généralistes en ambulatoire de première ligne et de ceux des institutions et salles d'urgence. Le problème est d'identifier le contexte du prescripteur. Faudra-t-il envisager des numéro INAMI spécifiques aux niveaux d'activité pour cela ? Existe-t-il aujourd'hui des analyses du nouveau type de prescription d'imagerie? On pourrait y envisager une case à cocher supplémentaire qui permet l'évaluation du travail « en ambulatoire, aux urgences, dans un hôpital universitaire, autres » pour toutes les spécialités en fonction de la ligne de soins.

Le CMG propose également une case supplémentaire à cocher qui stipulerait que « l'examen est demandé à l'initiative du patient malgré les discussions menées en consultation, relative à son inutilité au temps zéro selon le jugement du médecin ».

Le CMG insiste sur les mesures complémentaires à développer pour limiter la saturation du système de santé, intensifier la formation initiale et continue des professionnels à ce sujet, sensibiliser les citoyens par l'activation des organisations de promotion à la santé, communautaires, sur ces différents points : imagerie, antibiotiques, biologie (ceux-ci sont aussi les cibles des actions « choosing wisely » dans certains pays pour dissiper la fausse notion selon laquelle « plus de soins sont de meilleurs soins »).

En conclusion,
cette mesure traduit une méfiance grandissante envers la médecine générale. Les chiffres des prescriptions par les généralistes doivent être analysés avec clairvoyance. Consultés par le « tout-venant », avant et après le contact spécialisé, ils sont responsables de la majorité des prescriptions de biologie clinique, de médicaments, d'imagerie médicale, de certificat d'incapacité totale de travail pour lesquels ils sont aujourd'hui pointés du doigt et deviennent boucs émissaires. Même s'il est clair que les prescriptions en tout genre doivent être encadrées pour être optimalisées, cela doit se faire en collaboration avec les médecins généralistes. Et en tenant compte des

problématiques de mauvaises conditions de travail, malbouffe, anxiété, dépression, sédentarité... qui ne sont pas de leur fait mais dont ils sont amenés à gérer quotidiennement les conséquences médicales et pour lesquelles des politiques ambitieuses sont nécessaires. Par ailleurs, il est impératif de détecter les prestataires les plus prescripteurs et parmi eux les véritables responsables d'abus ou d'excès plutôt que de « tirer sur l'ambulance » en contraignant toute la profession.

Cette mesure serait-elle un pas vers de nouvelles restrictions sacrifiant la profession de généraliste, la qualité des soins et la santé des patients sur l'autel du budget ? Ce n'est ni souhaitable ni acceptable.

Le Collège de Médecine Générale,

ANNEXE

Extraits de Recommandations en matière de prescription de l'imagerie médicale proposées par la Société Belge de Radiologie :

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Tumeur osseuse primitive **02 D**	RS	Indiqué [B]	La radiographie simple reste l'élément fondamental de diagnostic et de caractérisation de la lésion.	I
	IRM	Indiqué [B]	L'IRM est la méthode de choix pour le bilan d'extension locale.	0
	Scintigraphie	Indiqué [B]		II/III
	TEP	Examen spécialisé [B]	La TEP au 18FDG permet de caractériser l'agressivité tumorale (hypermétabolisme), d'en apprécier localement l'étendue et de rechercher d'autres localisations osseuses ou viscérales.	III/IV
	TDM	Examen spécialisé [B]	La TDM peut apporter des précisions diagnostiques pour certaines tumeurs (ostéome ostéoïde), permettre l'étude de la matrice (recherche de calcifications ou d'ossifications) et des limites de la tumeur. Lorsqu'elle est envisagée, la biopsie guidée par TDM doit être réalisée dans un centre spécialisé.	III
	Echographie	Examen spécialisé [B]	Lorsqu'elle est envisagée, la biopsie guidée par échographie de certaines tumeurs osseuses superficielles doit être réalisée dans un centre spécialisé.	0
Douleur osseuse **05 D**	RS	Indiqué [C]	Uniquement pour l'étude de la zone symptomatique.	I
	IRM	Indiqué [C]	Si les symptômes persistent et que les radiographies simples sont négatives.	0
	Scintigraphie	Indiqué [C]	Scintigraphie osseuse si les douleurs persistent, ou dans des circonstances particulières (par exemple : suspicion d'ostéome ostéoïde, d'ostéomyélite, de métastases...)	II/III
	TDM	Examen spécialisé [C]	En cas d'anomalie radiographique, magnétique ou scintigraphique, en particulier si une biopsie est indiquée.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Myélome **06 D**	Examen du squelette	Indiqué [C]	Les clichés simples (surtout du rachis, du bassin et du crâne) servent au diagnostic (radiographies pathologiques dans 80% des cas) et à l'identification des lésions susceptibles de bénéficier d'une radiothérapie. Le bilan peut être plus ciblé lors du suivi.	II
	Scintigraphie TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La scintigraphie osseuse est souvent négative et sous-estime l'étendue de la maladie. La TEP au 18FDG participe au pronostic et guide la thérapeutique en dressant un bilan d'extension ostéo-médullaire et extra-osseuse et en évaluant l'activité métabolique des lésions.	II/III III/IV
	IRM	Examen spécialisé [B]	L'IRM est très sensible et peut se limiter au rachis, au bassin et aux fémurs proximaux. Elle est particulièrement utile dans le cas de myélome non secrétant ou de raréfaction osseuse diffuse et peut servir dans l'évaluation et le suivi des masses tumorales.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Maladie osseuse métabolique	Scintigraphie	Indiqué (C)	La scintigraphie osseuse peut être utile pour déterminer les étiologies des hypercalcémies ou d'une élévation des phosphatases alcalines (maladie de Paget, métastases, hyperparathyroïdie...). Elle permet de dresser un bilan d'extension et d'activité des lésions pagétiques (cartographie lésionnelle). Elle peut être utile à la différenciation d'un tassement vertébral ancien ou récent et peut identifier la nature d'éventuelles douleurs osseuses sans rapport avec l'ostéoporose. La corrélation avec des clichés radiographiques simples est nécessaire.	II/III
	RS	Indiqué [C]		I
07 D	Ostéodensitométrie	Indiqué [A]	Il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie lors de la mise en route d'une corticothérapie systémique prévue pour une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone. Il en est de même chez la femme ménopausée ayant des antécédents documentés de pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose : hypogonadisme prolongé, hyperparathyroïdie primitive, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme. L'ostéodensitométrie peut également être proposée dans d'autres pathologies : hypogonadisme chez l'homme, insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique chronique, malabsorption intestinale, diabète insulino-dépendant…	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Ostéomalacie	RS	Indiqué [A]	Pratiquer une radiographie simple locale pour déterminer la cause d'une douleur localisée ou si la lésion donne une image douteuse à la scintigraphie.	I
08 D	Scintigraphie	Examen spécialisé [C]	La scintigraphie osseuse permet de constater la présence de foyers d'hyperfixation traduisant la présence de fractures. Si la maladie n'est pas connue, la scintigraphie osseuse fournit des arguments étiologiques. Une ostéodensitométrie peut être nécessaire *(voir 09D)*.	II/III
Douleur: suspicion de tassement vertébral ostéoporotique	RS	Indiqué [B]	Les RS démontrent l'existence de fractures par compression qui peuvent parfois se manifester par une diminution de taille inexpliquée.	II
	IRM TDM Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	En cas de doute sur la nature du tassement, l'IRM, éventuellement associée à la TDM, ou à la scintigraphie osseuse renseigne sur l'ancienneté du tassement et permet d'éliminer un tassement non ostéoporotique.	0 III II/III
09 D	Ostéo-densitométrie	Examen spécialisé [B]	Il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie devant la découverte radiologique d'une fracture vertébrale sans caractère traumatique ni tumoral évident, un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur, des antécédents documentés de pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose *(voir item 07D)*, et en présence d'un ou plusieurs des facteurs de risque suivants : antécédents de fracture vertébrale ou du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent du premier degré, indice de masse corporel inférieur à 19kg/m², ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause ou ménopause iatrogène.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Rachis lombaire				
Douleur lombaire chronique sans signes d'infection ou de tumeur **07 C**	RS	Non indiqué initialement [C]	Les évolutions dégénératives sont courantes et non spécifiques. Des radiographies du rachis lombaire, incluant la charnière thoraco-lombaire et les articulations sacro-iliaques, sont recommandées si une exploration est pratiquée. Les autres incidences (exemple : sacro-iliaques) ne sont justifiées que s'il existe une suspicion clinique de spondylarthropathie. En règle habituelle, il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens de radiologie, ni de les répéter en l'absence d'évolution clinique (accord professionnel). La radiographie présente un intérêt surtout chez les patients jeunes (moins de 20 ans), spondylolisthésis, spondylarthrite ankylosante, etc. ou âgés (>55 ans, par exemple).	II
	IRM ou TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	L'indication d'une TDM, d'une IRM, doit demeurer restrictive, en fonction du contexte clinique. Ces examens doivent nécessairement être précédés du bilan radiologique standard. Il n'y a plus lieu de prescrire de myélographie ou de myéloscanner qui sont rendus obsolètes par l'IRM. Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle (par exemple, manipulation vertébrale).	0 II/III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Lombalgie dans un contexte particulier ou éventuellement assortie de signes de gravité comme: • début < 20, > 55 ans • syndrome de la queue de cheval • déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs • antécédents de cancer • VIH • perte de poids • syndrome septique • usage de drogue par voie intraveineuse • cortico-thérapie • douleurs inflammatoires **08 C**	IRM	Indiqué [B]	Ces cas relèvent d'un avis spécialisé rapide, que le recours à l'imagerie ne doit pas retarder. L'IRM est l'examen le plus efficace. Des clichés simples normaux peuvent être faussement rassurants.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Lombalgie aigue; lombo-radiculalgie mécanique **09 C**	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Les douleurs lombaires aiguës sont généralement liées à une pathologie qui ne peut être diagnostiquée sur une radiographie simple (exception faite du tassement ostéoporotique). Une radiographie simple normale peut être faussement rassurante. En dehors de la recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgente *(cf 08C)*, il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les sept premières semaines d'évolution, sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer une lombalgie spécifique.	II
	IRM ou TDM	Non indiqué initialement [B]	En cas d'échec du traitement médical, la mise en évidence d'une hernie discale ou autre facteur compressif nécessite une IRM ou une TDM. L'IRM, non irradiante, avec un champ de visualisation plus large visualisant l'espace sous-arachnoïdien, est préférable, surtout chez le sujet jeune. IRM ou TDM sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (injection épidurale par exemple). Les récidives douloureuses postopératoires requièrent en général une IRM.	0 II