



# Consultations télépho- niques et avis par le mé- decin généraliste

## Analyse de la consommation de la no- menclature – année de prestation 2023

**Auteurs :** Hilde Baeyens, Didier Willaert, Nathan Wittock, Marijke Van Duynslae-  
ger

## Colophon

<b>Sujet :</b>	Consultations téléphoniques et avis. Analyse de la consommation par les prestataires de soins et pratiques, et profil des bénéficiaires en 2023.
<b>Date de publication :</b>	12 mai 2026
<b>Traduction :</b>	Jérôme Paque
<b>Commanditaire :</b>	Medicomut
<b>Références recommandées :</b>	Baeyens, Hilde ; Willaert, Didier ; Wittcock, Nathan ; Van Duynslaeger, Marijke ; (2025), Consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste, AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles.
<b>Coordonnées :</b>	ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles Tél. 02 891 72 11 • <a href="mailto:ima-aim@intermut.be">ima-aim@intermut.be</a> • <a href="http://www.ima-aim.be">www.ima-aim.be</a> BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

*Ce document est disponible en téléchargement sur le site web [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be).*

*La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.*

# Table des matières

<b>Abstract .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>9</b>
2.1. Terminologie .....	9
2.2. Sélection des données.....	10
<b>3. Profil du patient .....</b>	<b>13</b>
3.1. Caractéristiques démographiques .....	13
3.2. Caractéristiques socio-économiques: régime préférentiel .....	23
3.3. État de santé du patient .....	25
<b>4. Variations de pratiques .....</b>	<b>29</b>
4.1. Relation patient-médecin/pratique .....	29
4.2. Ratio consultations téléphoniques/avis par rapport aux consultations physiques ..	31
4.3. Consultations téléphoniques et avis selon le type de pratique (pratique solo ou de groupe) et la taille de la patientèle.....	33
<b>5. Analyse de l'objectif des consultations téléphoniques et des avis .....</b>	<b>36</b>
5.1. Méthodologie scénarios .....	36
5.2. Synthèse scénarios consultations téléphoniques et avis .....	45
5.3. Scénario : triage téléphonique par le médecin généraliste.....	48
5.4. Scénario : suivi par le généraliste .....	53
5.5. Scénario : téléconsultations et avis isolés par le médecin généraliste .....	56
5.6. Téléconsultations hors scénario .....	59
<b>6. Conclusions et limitations.....</b>	<b>61</b>
<b>7. Recommandations stratégiques .....</b>	<b>66</b>

# Abstract

Après une première mise en œuvre temporaire des consultations à distance par visioconférence ou téléphone au cours de l'épidémie de coronavirus, les téléconsultations ont fait l'objet d'une mise en œuvre structurelle dans la nomenclature en août 2022. Il était certes attendu que cette forme de consultation soit amenée à remplacer les consultations classiques ou à domicile, mais nous avons observé une hausse substantielle des téléconsultations ces dernières années. Cette étude, réalisée à partir de l'Échantillon permanent (données EPS), porte sur l'analyse de la consommation des consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste en 2023.

En termes de valeurs absolues, c'est le groupe des 20 à 65 ans qui concentre les chiffres les plus élevés de téléconsultations/avis. Celles-ci sont également attestées chez les jeunes enfants et les personnes âgées dépendantes de soins qui résident en maison de repos. Les chiffres sont plus élevés chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), qui souffrent d'une affection chronique et bénéficient du droit à une allocation pour personne en situation de handicap. Le rapport entre le nombre de téléconsultations/avis et le nombre de consultations physiques est moins élevé chez les BIM que chez les non-BIM. Ce rapport reste constant dans le groupe des personnes qui souffrent (ou non) d'affection chroniques et qui bénéficient (ou non) d'une allocation pour personne handicapée. Le rapport médian augmente proportionnellement à la taille de la pratique, à l'exception du percentile le plus élevé : le ratio nombre de téléconsultation et avis sur le nombre de consultations physiques est le plus élevé dans les pratiques les plus petites. En règle générale, la répartition géographique de l'accès à au moins une consultation ou avis téléphonique n'a pas de lien avec la distance pour accéder aux soins.

L'objectif des consultations/avis téléphoniques a été analysé en faisant appel à des scénarios. Les téléconsultations peuvent être utilisées à des fins de suivi (dans un délai de trois semaines suivant une consultation physique) (58 %), de triage 'pur' (dans un délai de trois semaines précédant une consultation physique) (19 %) ou

comme contact isolé (sans consultation physique dans un délai de trois semaines précédant ou suivant la téléconsultation) (16 %). Les avis sont le plus souvent prodigués lors de contacts isolés (34 %), suivis de près par les scénarios de suivi (32 %) et de triage (27 %). Les consultations et avis téléphoniques sont suivis par un contact physique d'urgence dans les trois semaines dans 4,6 cas pour 1000.

Ces résultats peuvent soutenir les choix politiques visant à faciliter la pérennisation des consultations téléphoniques dans la pratique de médecine générale.



# 1. Introduction

La présente étude vise à étudier le recours aux consultations et avis téléphoniques par les médecins généralistes /pratiques de médecine générale en 2023. Les résultats peuvent contribuer à soutenir les choix politiques ayant pour objectif d'adapter la réglementation actuellement en vigueur.

Au cours de la dernière décennie, la Belgique, à l'image d'autres pays européens, a manifesté un intérêt croissant pour les « soins à distance », également appelée « télé-médecine ». Outre les téléconsultations, le télémonitoring et la télé-expertise relèvent également de ce concept. Bien que la tendance ait bénéficié d'un coup d'accélérateur dû aux circonstances exceptionnelles liées à la pandémie de Covid-19<sup>1</sup>, de plus en plus de pays réclamaient déjà auparavant l'application des soins à distance par les médecins (et plus particulièrement les consultations téléphoniques).

---

<sup>1</sup> Voir par exemple <https://www.who.int/europe/news-room/10-10-2024-the-rise-of-telehealth-in-the-european-region--insights-from-norway> et [https://www.oecd.org/fr/publications/l-avenir-de-la-telemedecine-apres-le-covid-19\\_75ceb4f9-fr.html](https://www.oecd.org/fr/publications/l-avenir-de-la-telemedecine-apres-le-covid-19_75ceb4f9-fr.html)

Déjà en 2019, le Conseil national de l'Ordre des médecins publiait un avis<sup>2</sup> relatif aux conditions déontologiques d'une téléconsultation de qualité. Le Conseil y visait tant les consultations téléphoniques que les consultations vidéo, d'où le terme de téléconsultations. Bien que l'Ordre ait souscrit à l'utilité de la téléconsultation dans certains cas précis, il considérait, dans cet avis, que ces consultations ne pouvaient se substituer aux contacts face à face entre le médecin et son patient :

*"Une consultation à distance, si elle apparaît facile d'utilisation, n'a pas la précision d'une consultation en présence du patient et du médecin et n'offre dès lors pas la même sécurité sur le plan du diagnostic et de la prescription médicamenteuse. La téléconsultation doit être justifiée par une situation particulière qui entraîne dans le chef du patient un avantage à substituer la téléconsultation à la consultation en face à face."*

Eu égard à cet avertissement, l'Ordre posait plusieurs conditions :

1. Le médecin doit s'enquérir de la motivation du patient à recourir à la téléconsultation ;
2. Le médecin a le devoir d'informer le patient des limites de la télémédecine ;
3. La téléconsultation qui a pour objet de poser un diagnostic et de proposer une thérapeutique nécessite que le médecin
  - a. connaisse le patient,
  - b. ait accès aux informations médicales le concernant, et
  - c. soit en mesure d'assurer la continuité des soins.
4. Il faut en outre que la prise en charge de la pathologie soit compatible avec une téléconsultation (maladie chronique, etc.).

Étant donné l'accès limité aux soins de médecine générale et les difficultés rencontrées pour assurer la continuité des soins au cours de la pandémie de Covid-19, un cadre législatif temporaire en matière de téléconsultations a été mis en œuvre à très court terme en 2020.

Ce cadre s'est élargi bien au-delà des médecins généralistes<sup>3</sup>. Les Belges ont pris l'habitude de procéder à des conversations vidéo ou téléphoniques pour certaines questions relatives à leurs soins, et selon une enquête menée à la demande du

---

<sup>2</sup> Avis téléconsultation/triage téléphonique (2019), Conseil national de l'Ordre des médecins, a166007

<sup>3</sup> Voir par exemple : <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/continuite-des-soins-pre-et-postnatales-prestations-a-distance-dans-le-contexte-de-crise-covid-19>

Collège intermutualiste national (CIN), elle a apporté pleine satisfaction<sup>4</sup>. Environ 75 % des 8.000 Belges interrogés se sont déclarées (très) satisfaites des téléconsultations durant les périodes de Covid-19 et de confinement. Une implantation de manière structurelle dans le paysage des soins de santé belge était à l'ordre du jour.

À partir du 1<sup>er</sup> août 2022 une réglementation adaptée est entrée en vigueur, visant un ancrage durable et de qualité des téléconsultations dans notre système de soins de santé. Les consultations vidéo (code nomenclature 101673) et les consultations téléphoniques (code nomenclature 101732) étaient mises en place<sup>5</sup>. Les nouveaux numéros de nomenclature et leurs libellés contiennent d'importants éléments issus de l'avis de l'Ordre des médecins susmentionné. Une téléconsultation ne peut avoir lieu que lorsque le patient en fait la demande et une fois obtenu l'accord du médecin. Il doit y avoir une relation de traitement existante. Le médecin ou son/sa collaborateur/collaboratrice note le moment de la demande dans le dossier du patient et le garde à disposition des organes de contrôle. La consultation à distance se déroule de manière synchrone au moyen d'un contact téléphonique ou d'une liaison vidéo entre le médecin et le patient. Elle comprend une anamnèse complète du patient, une éventuelle proposition de traitement, avec les attestations nécessaires. Le médecin inscrit dans le dossier du patient le contact, l'éventuel diagnostic, la raison de la consultation, les conseils donnés, les éventuelles modifications au plan de traitement et la nature des documents délivrés.

En ce qui concerne le budget de soins de santé, il est attendu que trois consultations téléphoniques remplacent une consultation physique mieux honorée. À la demande des services de contrôle et des organismes assureurs (O.A.), le nombre de consultations téléphoniques remboursées par patient était initialement limité à quatre par an, mais de nombreuses protestations émanant du terrain, matérialisées par une pétition<sup>6</sup>, ont conduit à une suppression de ce plafond. Un ticket modérateur plafonné a également été introduit par la suite, d'un montant deux fois plus élevé pour les consultations téléphoniques que pour les avis. L'aide numérique a levé les obstacles

---

<sup>4</sup> [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/teleconsultations\\_resultats\\_rapport.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/teleconsultations_resultats_rapport.pdf)

<sup>5</sup> Il existe également des codes spécifiques aux médecins-spécialistes et médecins généralistes sur la base de droits acquis ou par un titulaire d'un diplôme de médecin : [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/article.pl?language=fr&lg\\_txt=f&type=&sort=&numac\\_search=&cn\\_search=2022062603](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2022062603)

<sup>6</sup> [Téléconsultations: une pétition contre la réforme annoncée par l'INAMI – Medi-Sphère](#)

administratifs permettant d'attester formellement et de facturer les soins auparavant dispensés par téléphone.

L'intégration structurelle a entraîné une augmentation significative du volume du nombre de consultations téléphoniques et des dépenses y afférentes, sans pour autant faire baisser le nombre de consultations physiques. De ce fait, ce changement a tout de même une incidence sur le budget : de 21 millions d'euros en 2022, il est passé à 57 millions d'euros en 2023 et à 68 millions d'euros en 2024 (Tableaux 1 et 2). La réglementation actuelle est à nouveau remise en question en raison de cette pression financière et dans l'attente d'une nouvelle réglementation, l'INAMI a fixé le remboursement à zéro euro dès 2025. Les dernières enquêtes menées par le groupe de travail ont confirmé qu'il est fait appel aux consultations téléphoniques à d'autres fins que celles légalement établies à l'origine.

Depuis 2021, le recours aux avis a lui aussi été multiplié par trois. Une augmentation d'autant plus marquante qu'auparavant, on observait une croissance très régulière et que cette prestation ne relève pas de/ne peut être utilisée dans le cadre des soins à distance. Dans la pratique, il apparaît que les notions de consultation téléphonique et de communication d'un avis se chevauchent<sup>7</sup>. Durant la phase conceptuelle de la réglementation des consultations téléphoniques, il a été souligné à plusieurs reprises qu'un avis (code nomenclature 109012) requérait la présence physique du prestataire et du patient, comme le prévoient les articles 1 et 2 de la nomenclature. Cette prestation et son cadre légal d'application sont inchangées depuis 1985<sup>8</sup>. Il faut s'attendre à ce que les honoraires d'un avis, relativement bas, comparés ceux d'une consultation téléphonique jouent un rôle dans la facturation d'un contact plutôt que l'application stricte des règles d'application. Cela peut contribuer à la forte augmentation du recours à un avis.

Le Tableau 1 ci-dessous indique le coût de ces deux codes nomenclature à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025 assortis de l'intervention et des tickets modérateurs respectifs aux deux groupes de patients (BIM et non-BIM). La différence de ticket modérateur entre les deux est à souligner.

Le Tableau 2 affiche l'évolution dans le temps des téléconsultations et des avis.

---

<sup>7</sup> Enquête Medi-sfeer: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/werkgroep-teleconsultaties-uitgesteld-artsensyndicaten-moeten-hun-huiswerk-overdoen.html>

<sup>8</sup> Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite.

Enfin, le Tableau 3 démontre clairement que le médecin généraliste dispense aussi bien la majorité des consultations téléphoniques que des avis. En 2021, d'autres codes nomenclature spécifiques au Covid ont été utilisés.

**Tableau 1: Coût (intervention par l'assurance maladie et ticket modérateur à charge du patient) d'une consultation téléphonique et d'un avis, selon le statut intervention majorée (BIM), tarifs à partir du 1/1/2023**

Code	Honoraire	Intervention avec BIM	Intervention sans BIM	Ticket modérateur avec BIM	Ticket modérateur sans BIM
<b>101732</b> Consultation téléphonique	€10,90	€9,90	€8,90	€1,00	€2,00
<b>109012</b> Avis	€4,37	€3,94	€3,28	€0,43	€1,09

**Tableau 2: Dépenses et nombre de cas pour consultation téléphonique et avis chez le médecin généraliste et le médecin spécialiste en 2023 (source : INAMI)**

Code	Dépenses 2022	Nombre de cas 2022	Dépenses 2023	Nombre de cas 2023
<b>101732</b> Consultation téléphonique	€21.003.461	2.447.455	€57.258.767,48	6.294.944
<b>109012</b> Avis	€9.330.575	2.880.745	€11.127.452,07	3.238.586

**Tableau 3: Nombre de consultations téléphoniques et avis en 2023 chez le médecin généraliste et le médecin spécialiste (source : INAMI)**

Code	Total	Médecin généraliste	Médecin spécialiste
<b>101732</b> Consultation téléphonique	6.294.944	5.647.090 (89,7%)	647.854 (10,3%)
<b>109012</b> Avis	3.238.586	3.108.349 (96,0%)	130.237 (4,0%)

## Objectif de l'étude

La présente étude consiste à analyser le profil des bénéficiaires de consultations téléphoniques et avis attestés. Nous avons étudié le rôle des facteurs démographiques et socio-économiques, mais aussi de l'état de santé des bénéficiaires. La répartition géographique des bénéficiaires (à l'échelle de l'arrondissement) et l'impact de la taille

de la pratique de médecine générale sur le rapport entre les consultations téléphoniques/avis et le nombre de consultations physiques ont été calculés. Enfin, nous avons évalué de manière indirecte les raisons substantielles de l'introduction des consultations téléphoniques. Étant donné le chevauchement potentiel entre le recours aux consultations téléphoniques et les avis, cette étude rapporte toujours les données relatives aux deux codes nomenclature.



## 2. Méthodologie

Ce chapitre détaille brièvement la terminologie et la méthodologie employées dans le cadre de cette analyse.

### 2.1. Terminologie

**Consultation téléphonique:** consultation à distance entre le prestataire de soins et le patient *via* un contact téléphonique (synchrone) à la demande du patient.

**Consultation vidéo:** consultation à distance entre le prestataire de soins et le patient *via* une connexion vidéo cryptée simultanée (synchrone) à la demande du patient.

**Avis:** rédaction et signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers.

## 2.2. Sélection des données

### Données source

Nous avons recours à l'Échantillon permanent (EPS) de l'Agence Intermutualiste (AIM) : il regroupe un échantillon de la population belge qui contient des données relatives aux bénéficiaires affiliés à toutes les mutualités, nous permettant d'obtenir un aperçu détaillé des prestations attestées dans le cadre de notre assurance maladie. Il s'agit d'un échantillon composé de 1 bénéficiaire sur 40 âgé de moins de 65 ans affilié à une mutualité en Belgique et 1 bénéficiaire sur 20 âgé de 65 ans et plus. Par conséquent, il n'est pas nécessaire d'extrapoler en valeurs absolues de sorte que 100 % corresponde à la réalité.

Nous utilisons les données population de 2023. Y sont identifiés les patients à qui un médecin généraliste (ou la pratique de médecine générale) a facturé en 2023 au moins 1 consultation téléphonique (code nomenclature 101732) ou avis (code nomenclature 109012).

Les affiliés à une maison médicale selon le financement forfaitaire sont exclus de cette étude. En ce qui concerne ces patients, les téléconsultations ont déjà été mises en œuvre dans la nomenclature avant leur intégration structurelle. On part du principe que ces prestations font partie intégrante de l'indemnité forfaitaire. Les pratiques 'New Deal' n'ont commencé qu'en 2024 et n'ont donc aucun impact sur les résultats.

Pour l'analyse portant sur les deux dernières années (période 2021-2023), les personnes doivent avoir été présentes dans l'EPS au cours de ces trois années. La population qui est inscrite auprès d'une maison médicale au moins une année est exclue.

## Nomenclature et fichiers de référence utilisés

- Consultations physiques chez le médecin généraliste<sup>9,10</sup> consultations physiques chez le médecin spécialiste<sup>11</sup> et admission aux urgences<sup>12</sup> ;
- Prise de sang ambulatoire en laboratoire : (a) nombre de leucocytes (pseudo-codes 127050-127061), (b) culture d'urine (pseudocodes 549312-549323) ;
- Prestations techniques par le médecin généraliste : codes DOC N 02 (prestations techniques médicales) et 13 (prestations spéciales générales et ponctions) ;
- Radiographies : honoraire de consultance facturé par un radiologue (pseudo-codes 460670 et 460795) ;
- Tous produits pharmaceutiques remboursables<sup>13</sup> délivrés en officine publique.

Nous employons le fichier de référence de l'INAMI qui permet de faire le lien entre les prestataires et les pratiques de médecine générale.

## Méthode d'extrapolation à partir de l'Échantillon permanent

Nous extrapolons les chiffres obtenus à partir de l'Échantillon permanent (EPS) à l'échelle nationale (nombre de bénéficiaires affiliés à une mutualité belge), tout en tenant compte de la répartition de l'échantillon par tranche d'âge de 5 ans. Nous multiplions par 40 les valeurs absolues obtenues à partir de l'échantillon parmi la tranche d'âge des 0-64 ans, et par 20 celles obtenues chez les 65 ans et plus. Nous

---

<sup>9</sup> Codes nomenclature 101010, 101032, 101054, 101076, 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104510, 104532 en 104554. À l'exclusion des visites du médecin généraliste en unité de soins palliatifs, participation à une COM, entretien ACP.

<sup>10</sup> Médecins aux codes compétence de 1 à 8.

<sup>11</sup> Codes nomenclature 101275, 101290, 101592, 101614, 101636, 101651, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, 102874, 102896, 102911, 102955, 102970, 103073, 103250, 103456, 103471, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173, 105195, 105372, 105394, 105416, 105431, 105453, 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105836, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411, 106433, 106455, 106470, 103014, 103051, 103073, 103736, 103751, 103773, 103795, 103810, 103832, 104812, 104834, 104856, 104871, 102233, 102933, 102992 et 103994.

<sup>12</sup> Codes nomenclature 590531, 590575, 590612, 590656, 590693, 590730, 590774, 590811, 590516, 590553, 590590, 590634, 590671, 590715, 590752, 590796, 590833, 590855, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590391 et 590450.

<sup>13</sup> Remboursés par l'assurance maladie.

obtenons alors un nombre de consultations téléphoniques et d'avis<sup>14</sup> (3<sup>e</sup> colonne du Tableau 4) qui diffère légèrement des chiffres issus de l'INAMI (2<sup>e</sup> colonne du Tableau 4). L'écart est tellement faible que l'extrapolation à partir de l'EPS peut être considérée comme fiable.

À partir du Chapitre 5, les facturations multiples au cours d'une même journée (le prestataire atteste parfois 2, 3 voire 4 consultations téléphoniques/avis la même journée), sont comptabilisées comme une seule et même prestation. Dans l'EPS, la facturation multiple représente 0,2 %, qu'il s'agisse de consultations téléphoniques ou d'avis. Ce phénomène peut avoir des causes multiples : il peut résulter de la prestation de plusieurs consultations téléphoniques la même journée ou d'une erreur de facturation de la part du médecin généraliste. En filtrant la double facturation la même journée, nous obtenons les valeurs absolues telles qu'affichées dans la quatrième colonne du Tableau 4. Elle indique les chiffres de référence que nous utilisons lors de l'extrapolation en valeurs absolues.

**Tableau 4 : nombre de consultations téléphoniques et d'avis par le médecin généraliste en 2023, après extrapolation à partir de l'Échantillon permanent (EPS), et comparaison aux chiffres effectivement facturés (INAMI 2023)**

Code	Nombre selon INAMI	Nombre par extrapolation de l'EPS	Nombre par extrapolation de l'EPS à l'exclusion de la double facturation la même journée
<b>101732</b> Consultation téléphonique	5.647.090	5.633.840	5.621.080
<b>109012</b> Avis	3.108.349	3.113.980	3.108.660

---

<sup>14</sup> Dans l'Échantillon permanent de l'AIM, 10,1 % des consultations téléphoniques et 4,0 % des avis sont attestés par des spécialistes. Selon les données fournies par l'INAMI, 10,3 % des consultations téléphoniques et 4,0 % des avis sont attestés par des spécialistes.



## 3. Profil du patient

### 3.1. Caractéristiques démographiques

#### Selon l'âge et le sexe

##### Vue globale par 100 bénéficiaires selon l'âge et le sexe, tous prestataires confondus

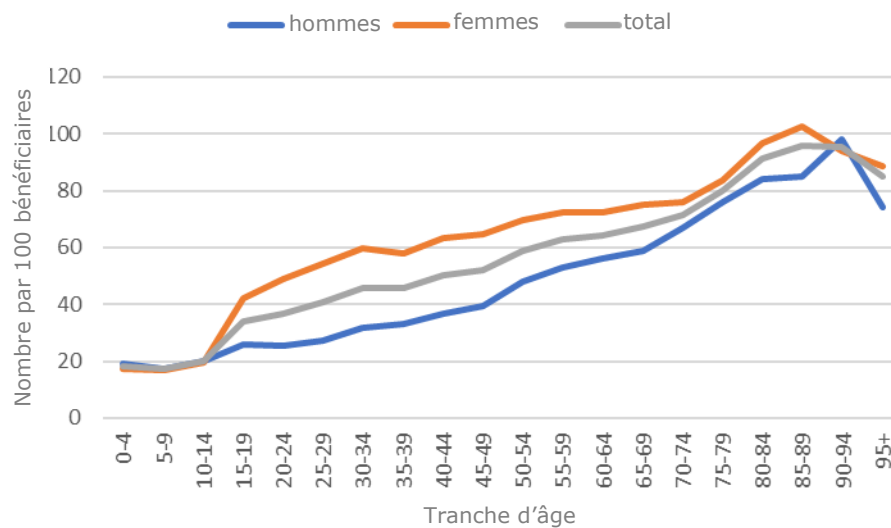
Le nombre de téléconsultations et d'avis par 100 bénéficiaires augmente avec l'âge. C'est dans la tranche d'âge des 75-89 ans qu'il est le plus élevé (Illustrations 1 et 2). Le nombre absolu de téléconsultations atteint les valeurs les plus élevées chez les 20 à 64 ans, étant donné que l'ensemble de la population belge compte moins de personnes âgées de 85 ans et plus que de 20 à 64 ans (Illustrations 3 et 4).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la rapide augmentation générale des téléconsultations et avis. D'une part, la demande des bénéficiaires a pris de l'ampleur, tout comme la littératie en santé de certaines populations, accélérant grandement la prise de contact avec le médecin généraliste. Certaines personnes paniquent à la lecture d'informations trouvées sur internet. La plupart veulent trouver réponse à leurs questions immédiatement, préférant éviter de patienter durant des heures chez le médecin. D'autre part, l'offre de prestataires diminue et est davantage planifiée.

Sur le terrain, nous constatons que depuis la pandémie de Covid, le nombre de consultations gratuites chez le généraliste a chuté<sup>15</sup>.

Les Illustrations 1 et 2 montrent également que les femmes ont plus souvent recours aux téléconsultations parmi la tranche d'âge des 20 à 60 ans. Cette tendance est moins prononcée pour les avis. En règle générale, le nombre de consultations physiques est plus élevé chez les femmes que chez les hommes<sup>16</sup>. Le rapport global entre les téléconsultations/avis et le nombre de consultations physiques est approfondi au point 4.2 (p. 29).

**Illustration 1 : Nombre de consultations téléphoniques par le médecin généralistes par 100 bénéficiaires selon la tranche d'âge et le sexe en 2023**

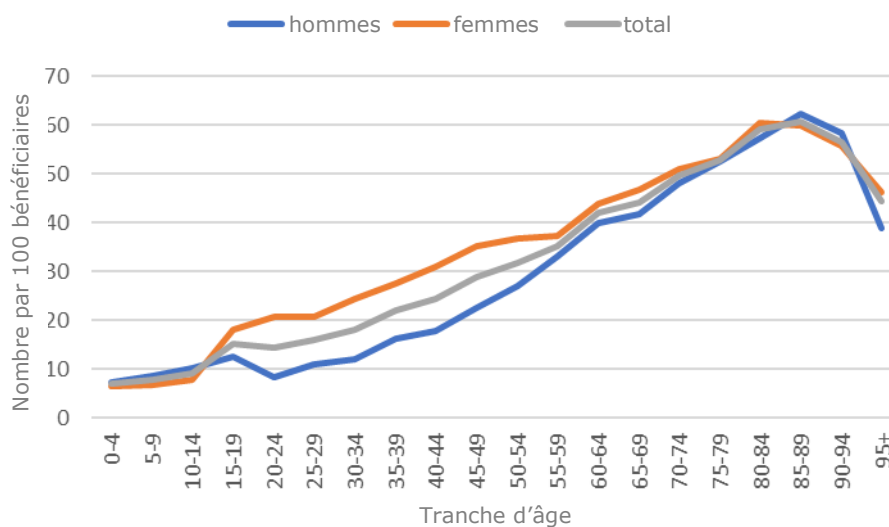


---

<sup>15</sup> [Rapport toegankelijkheid huisartsgeneeskunde.pdf](#)

<sup>16</sup> [HSPA 2024: Contacts with the healthcare system: general practitioner](#)

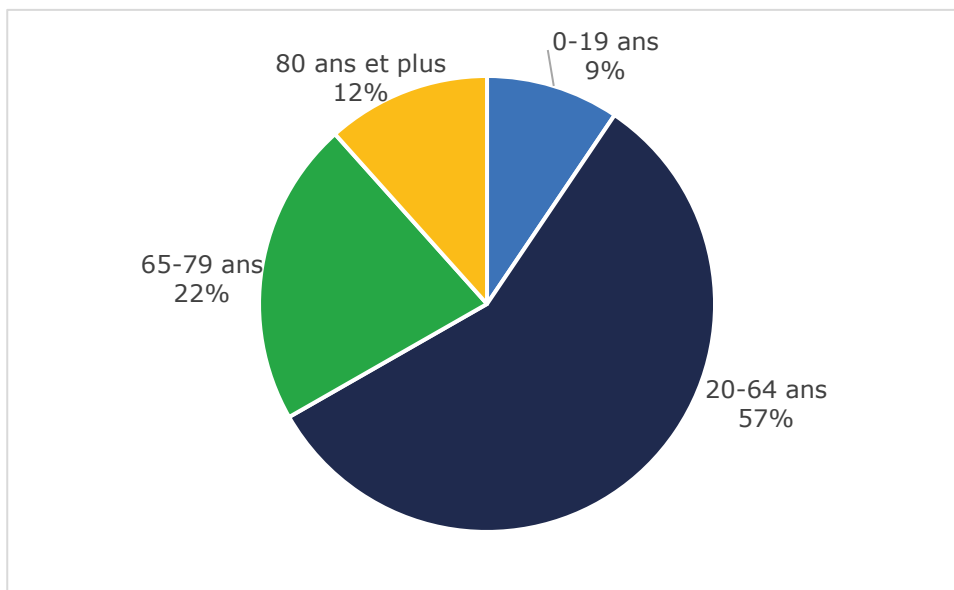
## Illustration 2 : Nombre d'avis par le médecin généralistes par 100 bénéficiaires selon la tranche d'âge et le sexe en 2023



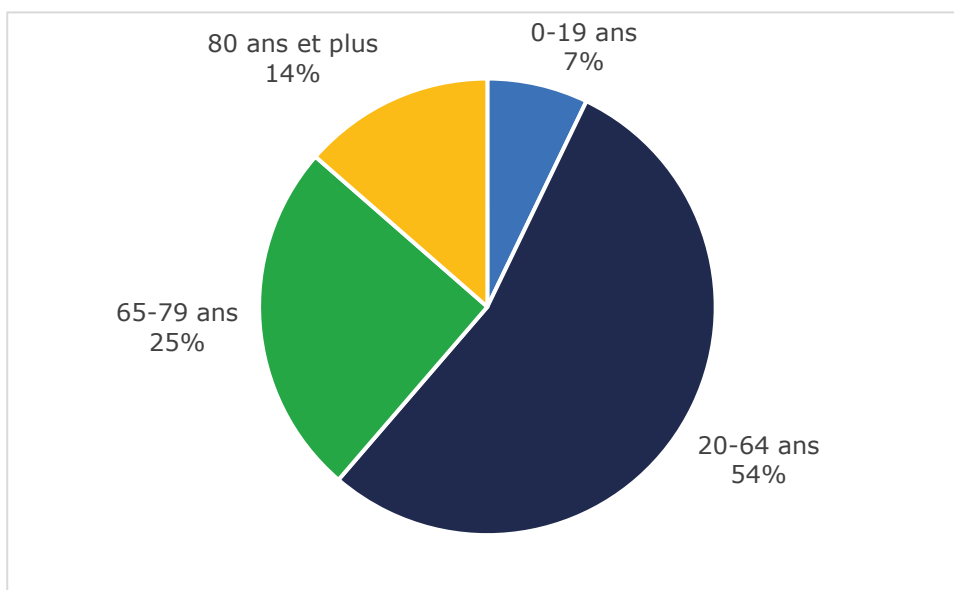
La comparaison de ces illustrations aux résultats obtenus durant la période Covid (2020)<sup>17</sup> fait apparaître deux différences : d'une part, le nombre de téléconsultations par 100 bénéficiaires par an durant la période Covid était supérieur, atteignant une moyenne de 101 consultations téléphoniques par 100 bénéficiaires. Le niveau maximum était de 143 consultations (90 à 94 ans) ; le niveau le plus bas, 50 consultations (5 à 9 ans). D'autre part, la pente de la courbe dessine une croissance positive : en 2023, on observe un nombre relativement moins élevé de consultations téléphoniques par 100 bénéficiaires parmi les tranches d'âge les plus jeunes. Si l'on veut être complet, il convient de souligner que ces données comprennent aussi bien les consultations téléphoniques et les triages que les consultations vidéo. C'est la raison pour laquelle l'étude Covid de l'AIM emploie le terme de « téléconsultation ».

<sup>17</sup> <https://www.ima-aim.be/Teleconsultations-pendant-la?lang=fr>

**Illustration 3 : pourcentage de consultations téléphoniques par le médecin généraliste par tranche d'âge des bénéficiaires en 2023**



**Illustration 4 : pourcentage d'avis par le médecin généraliste par tranche d'âge des bénéficiaires en 2023**



### 3.1.1. Tranche d'âge spécifique 0-4 ans

Dans les faits, la population des 0 à 4 ans a recours aux téléconsultations et aux avis, mais ne suit pas entièrement la règle d'application (Tableau 5). Cela vaut également pour les jeunes qui sont admis en institution pour personne porteuse d'un handicap, les personnes malentendantes ou rencontrant des difficultés pour communiquer, ou

encore les personnes âgées dépendantes de soins séjournant ou non en maison de repos (MRS).

Nous pouvons partir du principe que ces situations incluent, *a minima*, un parent, un aidant proche ou des soins (à domicile).

Les téléconsultations et les avis sont facturés par le médecin généraliste respectivement dans 1,7 % et 1,2 % des cas parmi les enfants âgés de 0 à 4 ans. Il est probable que le nombre total soit encore plus élevé parmi les enfants si l'on tient compte des téléconsultations et avis dispensés par les pédiatres ou les pédopsychiatres.

**Tableau 5: recours aux consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste chez les enfants de 0 à 4 ans en 2023**

<b>Nombre de consultations téléphoniques par 100 bénéficiaires</b>	18
<b>Nombre absolu consultations téléphoniques</b>	97.560
<b>% de l'ensemble des consultations téléphoniques</b>	1,7%
<b>Nombre d'avis par 100 bénéficiaires</b>	7
<b>Nombre absolu avis</b>	37.200
<b>% de l'ensemble des avis</b>	1,2%

Conclusion 3.1.1 :

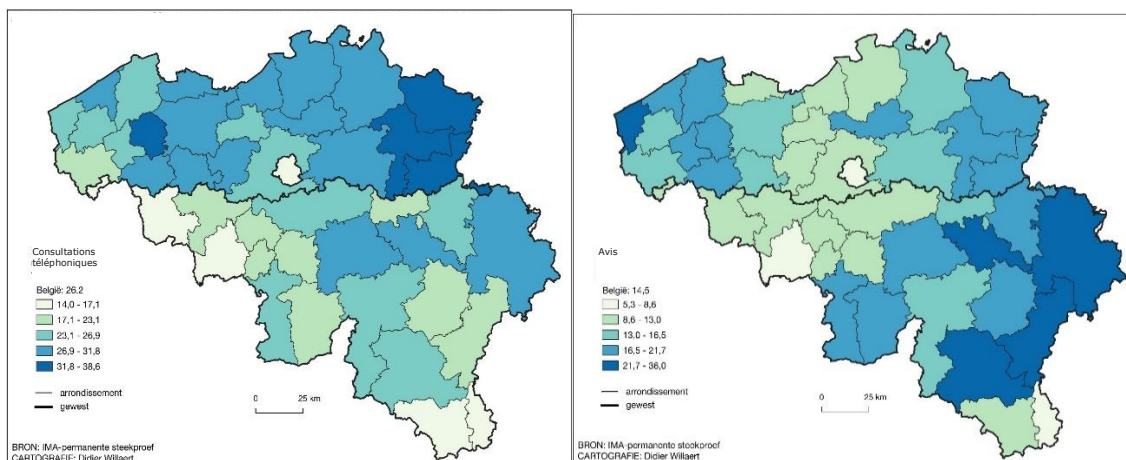
Le nombre de consultations téléphoniques par 100 bénéficiaires augmente avec l'âge. Parmi cette population, les femmes ont nettement plus souvent recours aux téléconsultations/avis que les hommes.

Les consultations téléphoniques et les avis sont aussi utilisés afin de soigner les enfants en bas âge et les personnes âgées dépendants de soins en MRS.

### 3.1.2. Répartition géographique selon le domicile (arrondissement) du bénéficiaire

La carte ci-dessous (voir Illustration 5) indique le taux de bénéficiaires uniques dans l'EPS qui comptent au moins une consultation téléphonique en 2023, agrégé au niveau de l'arrondissement. Ces pourcentages ne sont pas corrigés selon l'âge, le sexe, le statut BIM ou le statut affection chronique.

## Illustrations 5 et 6: taux de bénéficiaires comptant une ou plusieurs consultations téléphoniques/avis chez les médecin généraliste en 2023, par arrondissement

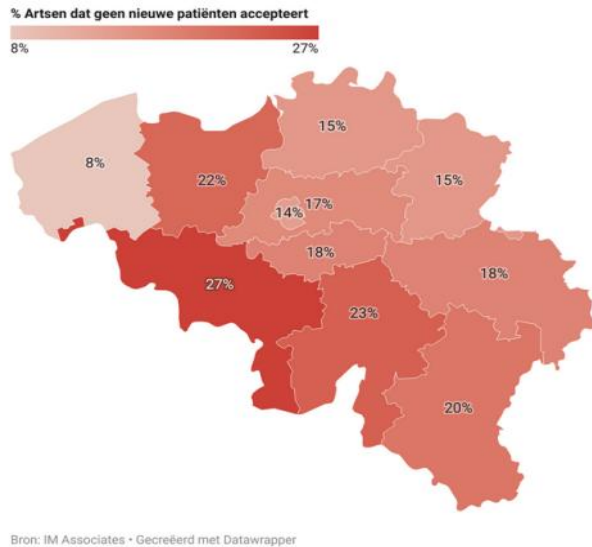


Parmi les quatre arrondissements comptant le plus de consultations téléphonique, on en retrouve trois situés en province du Limbourg : Maaseik, Hasselt et Tongres. Celui de Tielt, en Flandre occidentale, se démarque également.

En 2023, 26,2 % de la population a eu recours à au moins une consultation téléphonique, soit plus d'un bénéficiaire sur quatre affilié à une mutualité belge. Ostende se situe proche de la moyenne (27,8 %), tandis que Ypres (22,2 %), Dixmude (24,9 %) et Furnes (24,9 %) affichent des valeurs nettement inférieures à la moyenne. On pouvait s'attendre à ce que ces zones soient propices au remplacement des consultations physiques par les téléconsultations : la population côtière est vieillissante et la pénurie de généralistes dans le sud-est de la Flandre est importante.

En outre, il y a lieu d'étudier le lien entre la pénurie de médecins et/ou le refus de nouveaux patients et ce recours aux téléconsultations/avis par rapport aux consultations physiques. L'illustration ci-dessous<sup>18</sup>, issue d'un rapport (2023) sur la répartition du temps chez les médecins généraliste, ne révèle globalement aucun lien manifeste entre le refus de nouveaux patients à l'échelle provinciale et l'accès aux consultations téléphoniques et avis. Une analyse plus poussée du rapport téléconsultation/avis pour 100 contacts physiques vis-à-vis de la pénurie de médecins dans certaines zones peut offrir davantage d'informations. Le facteur de l'âge des bénéficiaires et/ou de leur dépendance aux soins peut également avoir un impact.

<sup>18</sup> [20230414 NL IM Associates - rapport tijdsindeling huisartsen](#)



En Wallonie, où la distance physique par rapport aux prestataires de soins est bien souvent plus grande<sup>19</sup>, nous observons que les pourcentage les plus faibles (<17,1 % dans les arrondissements de Tournai, Mons, Virton et Arlon). Namur fait figure d'exception : la distance par rapport aux soins y est plus importante, mais le recours aux consultations téléphoniques y est bien ancré. À plus grande échelle, la Région wallonne affiche un taux de 23,1 %, tandis que la Région flamande atteint les 29,7 %. Un taux de 4,9 % des bénéficiaires belges comptant au moins une consultation téléphonique en 2023 sont domiciliés à l'étranger ou n'ont pas de domicile connu.

La Région de Bruxelles-Capitale constitue une véritable exception aux autres villes-centres : elle affiche un faible taux de pénétration du nombre de patients comptant au moins une téléconsultation (17,1 %). Outre la moyenne d'âge moins élevée, ce taux peut refléter une différence en termes de consommation de soins. D'une part, les Bruxellois ont moins souvent recours au Dossier médical global (DMG) (70,5 % en 2022 par rapport à la moyenne nationale, qui s'élève à 85,9 %). D'autre part, le service d'urgence est plus fréquemment affecté à la première ligne<sup>20</sup>, car dans 100 % des cas, la distance entre le domicile et l'hôpital est inférieure à 10 km<sup>19</sup> ; il comporte aussi moins d'obstacles financiers (c.-à-d. ticket modérateur). Le pourcentage de personnes possédant le statut affections chroniques à Bruxelles (11,0 %) est

<sup>19</sup> [HSPA 2024: Population living within a radius of 20 km of the nearest hospital \(A-18\)](#)

<sup>20</sup> Les données chiffrées de 2022 disponibles sur l'Atlas AIM indiquent que 70,5 % des bénéficiaires de la région bruxelloise ont un médecin généraliste qui dispose d'un DMG (85,9 % à l'échelle nationale). En 2022 également, 1 617 par 10 000 bénéficiaires sont inscrits auprès d'une maison médicale (490 par 10 000 à l'échelle nationale). Ce pourcentage de la population disposant de toute façon d'un DMG, le taux de personnes possédant un DMG dans le financement de la population (c.-à-d. notre échantillon) pourrait être encore plus faible.

nettement inférieur à la moyenne nationale (16,87 %) (2022)<sup>21</sup>. Bruxelles possède le plus grand nombre de maisons médicales ; cependant, leurs membres ont été sélectionnés à partir de l'EPS et ont été exclus de l'analyse : ils n'ont donc en principe aucune influence sur ces chiffres.

En province de Liège, dotée de nombreuses maisons médicales (certes dans une moindre mesure qu'à Bruxelles), le taux de bénéficiaires de consultations téléphoniques se situe dans la moyenne, tandis que celui relatif aux avis est particulièrement élevé.

En 2023, 14,5 % de la population belge a reçu au moins un avis (Illustration 2). Ce taux culmine à 15,7 % en Flandre et à 15,3 % en Wallonie ; il n'atteint que 5,3 % à Bruxelles (dans 2,7 % des cas, le domicile est inconnu ou situé à l'étranger).

Les cartes nous permettent de montrer que les téléconsultations et les avis ne se chevauchent pas systématiquement : le taux d'avis dispensé dans l'est de la Wallonie est relativement plus élevé que la moyenne et que le taux de téléconsultations. Cela vaut également pour plusieurs arrondissements côtiers (notamment Furnes) et wallons (Huy, Verviers, Bastogne et Neufchâteau). L'arrondissement de Tielt, les arrondissements situés dans le Limbourg, Ostende, Malines et Namur atteignent des taux supérieurs à la moyenne tant pour les consultations téléphoniques que les avis.

Une analyse plus approfondie du rapport téléconsultations/avis pour 100 consultations physiques vis-à-vis de la pénurie de médecins dans certaines régions pourrait nous offrir davantage d'informations. L'âge et/ou la dépendance aux soins peuvent également constituer un facteur déterminant.

#### Conclusion 3.1.2:

En règle générale, c'est en Flandre que l'on recense le plus de consultations téléphoniques dispensées par personne par rapport à la Wallonie et, surtout, Bruxelles. L'écart est moins prononcé en ce qui concerne les avis. En Région de Bruxelles-Capitale, on facture nettement moins de consultations téléphoniques et/ou d'avis. Certains arrondissements comptent davantage de téléconsultations attestées que d'avis ; dans d'autres, c'est l'inverse. Certains arrondissements affichent des valeurs similaires pour les deux modalités.

---

<sup>21</sup> Atlas AIM

Nous recommandons d'étendre l'analyse à la répartition géographique du rapport téléconsultation/consultation physique.

### 3.1.3. Consultations téléphoniques/avis parmi les bénéficiaires qui résident en maison de repos et en centre de soins de jour

Les consultations téléphoniques et les avis sont également utilisés par les médecins dans le cadre de prestations dispensées aux résidents de maisons de repos (MRS) et de centres de soins de jour (CSJ). La majorité des résidents qui y font appel présentent un taux de dépendance élevé. En Flandre, au moins 85 % étaient catégorisés en Katz B et C en 2021 ; ce taux s'élève à 60 % à Bruxelles et est légèrement plus important en Wallonie<sup>22</sup>. Par conséquent, la communication par téléphone peut s'avérer très compliquée et la consultation aura probablement lieu par l'entremise du personnel soignant ou d'un aidant proche plutôt qu'avec le patient directement. Il peut s'agir d'une demande explicite du patient. Cela ne répond pourtant pas totalement aux règles d'application légales, pas plus que parmi les 0 à 4 ans.

La méthodologie suivante a été utilisée dans l'analyse de la consommation en MRS et CSJ :

Nous distinguons deux groupes de résidents, selon qu'ils séjournent toute l'année (365 jours) ou une partie de l'année en MRS et/ou CSJ. Les raisons pour lesquelles un résident n'y séjourne pas tout au long de l'année peuvent être multiples :

- Le patient a été admis en MRS ou CSJ pour la première fois cette année-là ;
- Le patient a été hospitalisé, ne comptant donc pas 365 jours de présence ;
- Le patient est décédé au cours de l'année ;
- Le patient se rend en CSJ quelques jours par semaine.

Les groupes susmentionnés sont composés de résidents qui démontrent un haut taux d'interaction avec les prestataires. La consultation téléphonique ou l'avis aura lieu avant ou après l'admission (définitive) en MRS. Le groupe qui réside en MRS tout au long de l'année sera le plus petit : le taux global sera donc le plus faible.

Les chiffres relatifs aux consultations téléphoniques et aux avis (Tableau 6) sont assez élevés par rapport au nombre de résidents en maison de repos (ils étaient un peu moins de 150.000 en 2022). Le nombre de personnes qui fréquentent un centre

---

<sup>22</sup> [HSPA 2024: Low care-dependent people in homes for older people \(OLD-5\)](https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/), et <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/>

de soins de jour tourne autour des 5.000 (estimation personnelle basée sur des chiffres de 2021 au niveau régional).

**Tableau 6: Taux et valeurs absolues des consultations téléphoniques et avis par les médecins généralistes chez les résidents en maison de repos et de centre de soins de jour en 2023**

	Consultations téléphoniques	Nombre	Avis	Nombre
<b>1 à 364 jours en MRS/CSJ</b>	3,9%	216.521	3,7%	114.608
<b>365 jours en MRS/CSJ</b>	1,4%	77.943	1,7%	53.212
<b>Total</b>	5,2%	294.464	5,4%	167.820

Dans la pratique, les téléconsultations avec un patient séjournant en MRS peuvent avoir lieu pour les raisons suivantes : un entretien téléphonique urgent a lieu entre le patient (et/ou aidant proche ou personnel soignant) et son médecin généraliste durant lequel un plan de traitement diagnostique ou thérapeutique est mis sur pied. Le médecin généraliste se rendra ultérieurement dans la MRS afin d'assurer un suivi sur place. Il peut aussi s'agir d'une consultation de suivi sous la forme d'un entretien téléphonique mené avec l'infirmier ou infirmière à propos du début de la thérapie. De même, le suivi de l'évolution suivant l'entretien présentiel en MRS peut avoir lieu par téléphone. En résumé, cela peut concerner tous les scénarios classiques décrits au chapitre 5. Afin d'élaborer ces scénarios, il est nécessaire de disposer des dates correctes du forfait journalier en MRS ou CSJ relatif aux différentes prestations. Étant donné l'absence de ces données dans l'EPS, cette analyse n'a pu être effectuée pour le moment ; elle pourrait notamment être rendue possible au moyen d'un couplage avec ces données.

#### Conclusion 3.1.3:

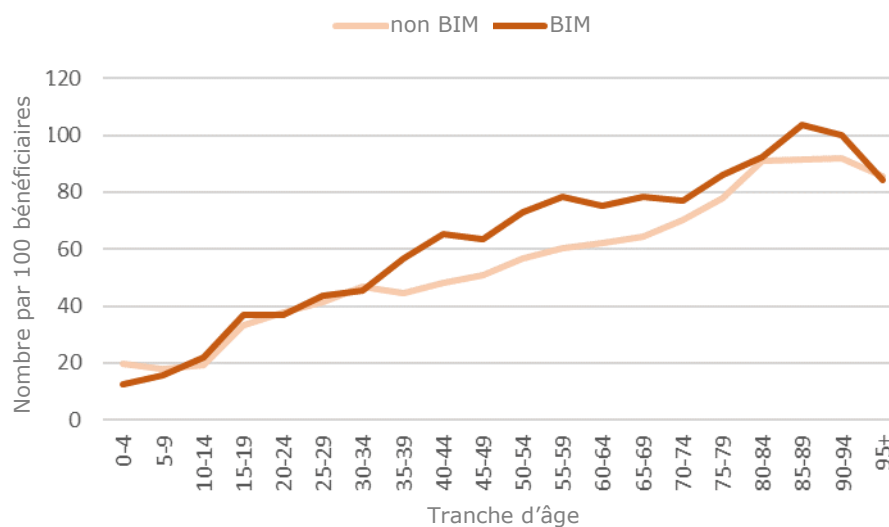
5,2 % de l'ensemble des consultations téléphoniques et 5,4 % des avis concernent des résidents en MRS ou des personnes qui se rendent en centre de soins de jour (CSJ).

## 3.2. Caractéristiques socio-économiques: régime préférentiel

Si l'on effectue une extrapolation à partir de l'EPS, on recense 2.353.920 personnes qui relèvent du statut BIM en 2023<sup>23</sup>.

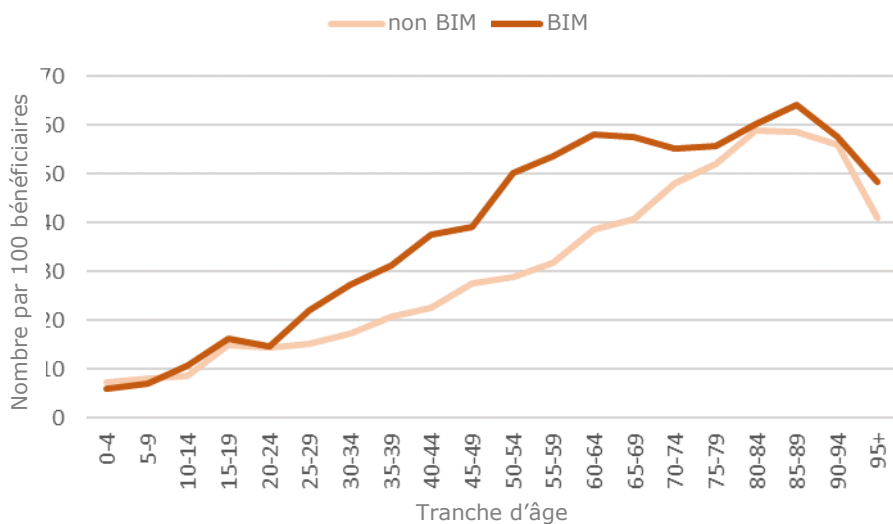
Les bénéficiaires d'un régime préférentiel (intervention majorée) comptent également davantage de contacts de soins. L'Illustration 7 révèle que parmi la tranche d'âge des 35-74 ans, le nombre de consultations téléphoniques par 100 bénéficiaires est légèrement plus élevé chez les BIM. Cette tendance est assez logique si l'intervention majorée est due notamment à une affection chronique, un chômage de longue durée ou un handicap. En règle générale, ces groupes font davantage appel à leur médecin pour leurs besoins en soins de santé.

**Illustration 7 : nombre de consultations téléphoniques par le médecin généraliste par 100 bénéficiaires par tranche d'âge et intervention majorée (BIM) en 2023**



<sup>23</sup> Les personnes inscrites auprès d'une maison médicale sont comprises dans ce chiffre, mais sont exclues de l'analyse.

### Illustration 7 : nombre d'avis par le médecin généraliste par 100 bénéficiaires par tranche d'âge et intervention majorée (BIM) en 2023



L'écart est encore plus visible en ce qui concerne les avis : dans la tranche d'âge des 30 à 65 ans, on en dispense jusqu'à 50 % plus parmi les bénéficiaires de l'intervention majorée. Cela peut être dû à la charge administrative propre à cette population ou au fait que le plafond de facturation d'une consultation téléphonique en tant que telle sera supérieur chez un patient BIM et que c'est plutôt un avis qui pourrait être facturé.

#### Conclusion 3.2:

Les personnes de la tranche d'âge des 30-65 ans qui bénéficient de l'intervention majorée ont plus souvent recours aux consultations téléphoniques et aux avis que celles qui n'en bénéficient pas.

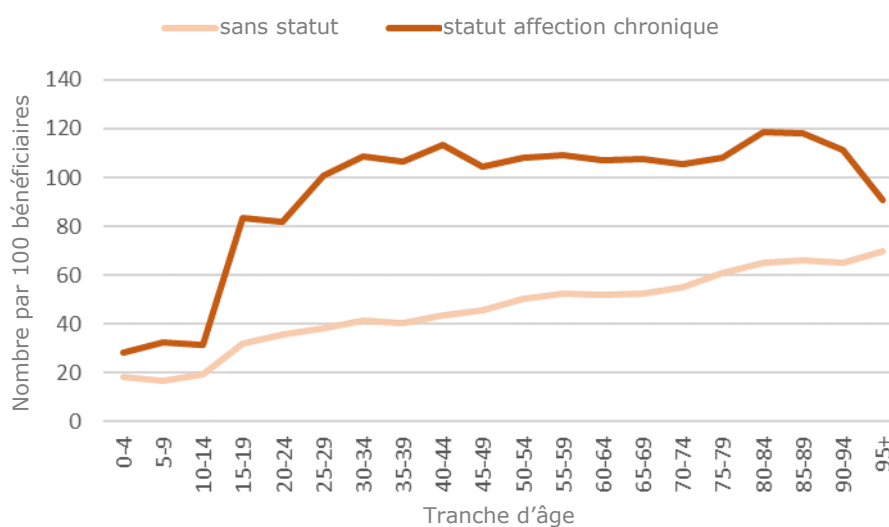
## 3.3. État de santé du patient

### 3.3.1. Statut affection chronique

Si l'on effectue une extrapolation à partir de l'EPS, on recense 1.820.600 personnes qui ont le statut de malade chronique en 2023<sup>24</sup>.

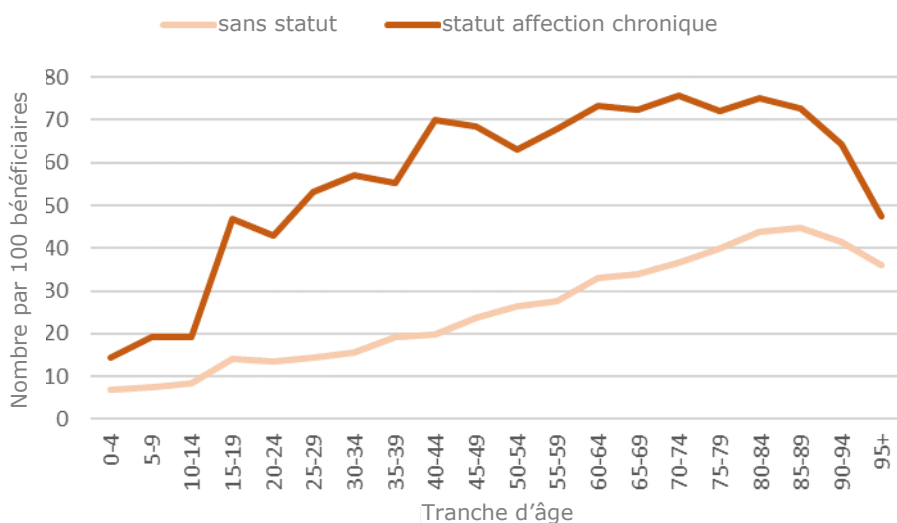
Le statut affection chronique est synonyme de nombreuses consultations téléphoniques et avis par personne. Parmi ces personnes, la fréquence de consommation augmente toujours avec l'âge, mais l'écart est moins significatif que chez celles qui bénéficient de l'intervention majorée (Illustrations 9 et 10). On observe une nette augmentation à partir de 18 ans. Il est également à souligner que parmi les personnes souffrant d'une affection chronique, le nombre de consultations téléphoniques est aussi élevé chez les 40-44 ans que chez les 85-89 ans.

**Graphique 9 : Nombre de consultations téléphoniques par le médecin généraliste par 100 bénéficiaires en 2023, selon la tranche d'âge et le statut affection chronique**



<sup>24</sup> Les personnes inscrites auprès d'une maison médicale sont incluses dans ce chiffre, mais ne sont pas prises en compte dans l'analyse qui suit.

**Graphique 10 : Nombre d’avis par le médecin généraliste par 100 bénéficiaires en 2023, selon la tranche d’âge et le statut affection chronique**



**Conclusion 3.3.1:**

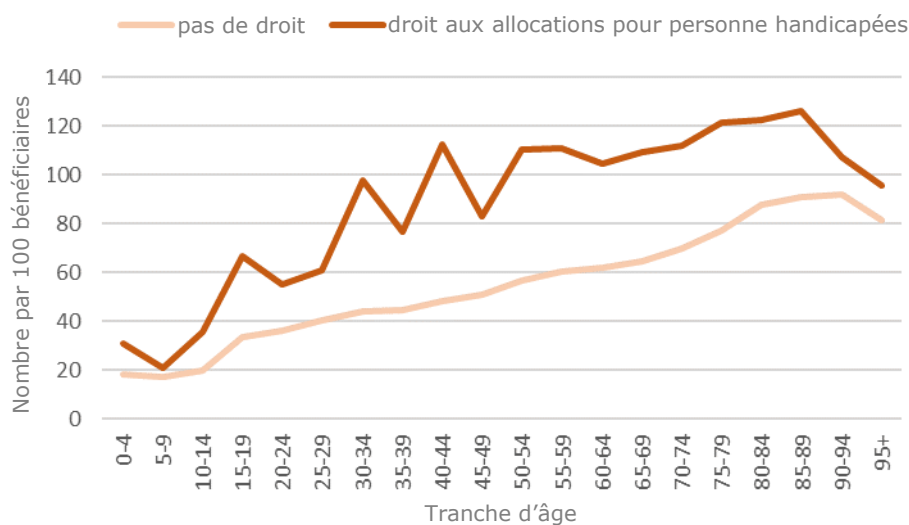
Les personnes possédant le statut affection chronique consomment davantage de consultations téléphoniques et d’avis que celles qui ne le possèdent pas. Cet écart s’observe dans toutes les tranches d’âge, et plus particulièrement à partir de l’âge de 15 ans.

**3.3.2. Bénéficiaires d’une allocation pour personne en situation de handicap**

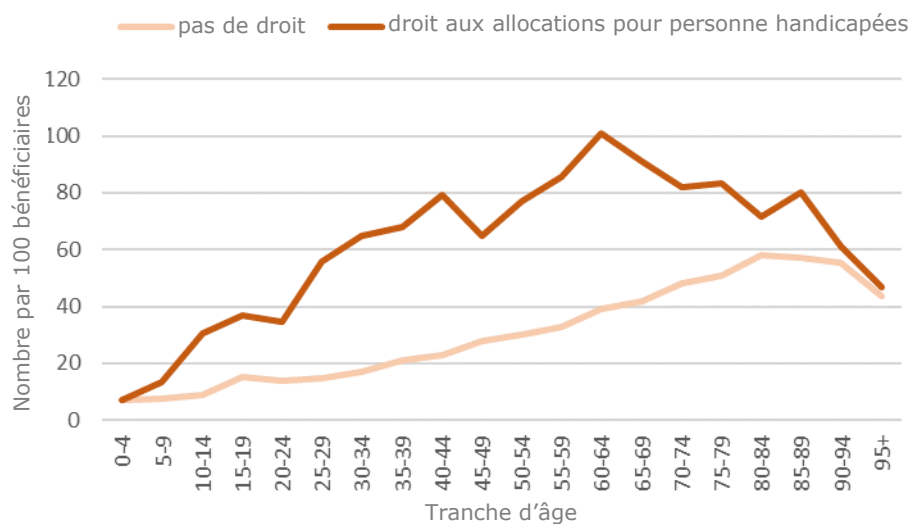
Les patients qui ont droit à une allocation pour personnes en situation de handicap affichent une consommation de consultations téléphoniques et avis plus importante que celles qui n’y ont pas droit. C’est le cas dans toutes les tranches d’âge (Graphiques 11 et 12). Si l’on effectue une extrapolation à partir de l’EPS, on recense 416.200 personnes<sup>25</sup> qui ont droit à une allocation pour personne handicapée.

<sup>25</sup> Les personnes inscrites auprès d’une maison médicale sont incluses dans ce chiffre, mais ne sont pas prises en compte dans l’analyse des graphiques 11 et 12.

**Graphique 11: Nombre de consultations téléphoniques par le médecin généraliste par 100 bénéficiaires et selon le droit à une allocation pour personne en situation de handicap en 2023**



**Graphique 12: Nombre d'avis par le médecin généraliste par 100 bénéficiaires et selon le droit à une allocation pour personne en situation de handicap en 2023**



**Conclusion 3.3.2:**

Les bénéficiaires d'une allocation pour personne en situation de handicap ont plus fréquemment recours aux consultations téléphoniques et aux avis par rapport à celles

qui ne jouissent pas de ce droit. C'est le cas dans toutes les tranches d'âge et cette tendance est significative à partir d'un très jeune âge.



## 4. Variations de pratiques

### 4.1. Relation patient-médecin/pratique

La loi prévoit que la facturation d'une consultation téléphonique au cours de la semaine doit être consécutive à au moins un contact physique dans un délai de deux ans précédant l'année de la consultation téléphonique. Nous voulons analyser dans quelle mesure cette disposition légale est respectée, à laquelle les avis ne sont pas soumis.

Nous avons étudié dans quelle mesure cette nécessité d'un contact préalable a été respectée dans le cas des deux modalités entre 2021 et 2023, et ce à l'échelle du médecin généraliste ou de la pratique de médecine générale (si le médecin fait partie intégrante d'une pratique de groupe) en distinguant les jours ouvrables et le weekend (Tableaux 7 et 8).

Il ressort de cette analyse que d'un point de vue méthodologique, le total ne peut jamais atteindre les 100 %, et ce pour deux raisons. Premièrement, la population de 0 à 2 ans n'en a pas été exclue. Il n'est donc pas possible de remonter deux ans en arrière afin de démontrer une relation. Deuxièmement, on dénombre des téléconsultations prodiguées par des médecins généralistes actifs dans plusieurs pratiques de médecine générale. Ceux-ci sont comptabilisés deux fois dans cette analyse (4.1.), faisant grimper le nombre total de consultations téléphoniques/avis.

Nous observons que les jours ouvrables, la quasi-totalité des cas respectent la condition de contact physique préalable. Étant donné que les services de garde sont également actifs durant la semaine, ce pourcentage ne correspondra jamais à 100 %.

Le taux de contacts physiques préalables est moins élevé le weekend que durant la semaine, ce qui reflète la réalité : les consultations téléphoniques font office de triage durant les services de garde organisés.

Les avis sont principalement prodigués aux patients qui font partie de la pratique du médecin, que ce soit en semaine ou pendant le weekend.

**Tableau 7: Nombre de consultations téléphoniques par le médecin généraliste en 2023 sans/avec contact physique préalable au cours de la période 2021-2023**

	Nombre sans contact physique préalable	Nombre avec contact physique préalable	% avec contact physique préalable
<b>Semaine</b>	6.441	186.088	96,7%
<b>Weekend</b>	1.697	4.122	70,8%

**Tableau 8 : Nombre d'avis par le médecin généraliste en 2023 sans/avec contact physique préalable au cours de la période 2021-2023**

	Nombre sans contact physique préalable	Nombre avec contact physique préalable	% avec contact physique préalable
<b>Semaine</b>	5.056	107.055	95,5%
<b>Weekend</b>	110	2.746	96,1%

#### Conclusion 4.1:

L'obligation légale d'un contact physique préalable entre le médecin et le patient est respectée dans 95 % des cas de consultation téléphonique durant la semaine. Ce taux est inférieur le weekend (70,8 %), résultante du service de garde organisé. En règle générale, les avis sont prodigués aux patients déjà connus de leur médecin généraliste, tant la semaine que le weekend.

## 4.2. Ratio consultations téléphoniques/avis par rapport aux consultations physiques

Il convient de déterminer si les consultations téléphoniques se substituent réellement aux consultations physiques (ou si elles peuvent les remplacer) ou si le patient les considère comme une forme supplémentaire de prestation de soins. Dans la première hypothèse, il s'agira d'une véritable consultation à distance, tandis que dans la seconde, ce contact fera office de triage ou sera destiné à délivrer une prescription. Afin de réaliser cette analyse, nous calculons le ratio téléconsultations/avis par 100 bénéficiaires.

Le rapport entre le nombre de prestations physiques et à distance s'avère relativement constant et dépend vraisemblablement des caractéristiques socio-économiques et démographiques et de l'état de santé du patient. Si l'on tient compte des variables mentionnées ci-avant, un ratio aberrant à l'échelle de la pratique pourrait constituer une indication d'un comportement aberrant en matière de prescription, voire de fraude.

Le Tableau 9 indique le nombre moyen par patient de consultations téléphoniques, d'avis et de consultations physiques réalisés par le médecin généraliste en 2023 ainsi que le rapport consultations téléphoniques/avis sur 100 contacts physiques.

**Tableau 9: nombre moyen de consultations téléphoniques/avis/contacts physiques par patient et nombre de consultations physiques/avis sur 100 contacts physiques chez le médecin généraliste en 2023**

	Non BIM*	BIM*	Pas de AC*	AC*	Pas de AH*	AH*	EPS <sup>26</sup>
<b>Nombre consultations téléphoniques/patient</b>	0,52	0,59	0,43	1,07	0,51	1,01	0,56
<b>Nombre avis/patient</b>	0,29	0,38	0,23	0,69	0,29	0,71	0,32
<b>Nombre contacts physiques<sup>27</sup>/patient</b>	4,34	6,52	3,90	9,61	4,52	10,31	5,04
<b>% bénéficiaires dans l'EPS</b>	78,8%	21,3%	80,1%	19,9%	95,7%	4,3%	100%

<sup>26</sup> À l'exclusion des personnes inscrites auprès d'une maison médicale

<sup>27</sup> Consultations physiques par le médecin généraliste, excepté : visites du généraliste en unité de soins palliatifs ou chez un patient hospitalisé, participation à une COM, entretien ACP

	Non BIM*	BIM*	Pas de AC*	AC*	Pas de AH*	AH*	EPS <sup>26</sup>
<b>Consultations téléphoniques /100 contacts physiques</b>	12	9	11	11	11	10	11
<b>Avis/100 contacts physiques</b>	7	6	6	7	6	7	6

\*BIM: intervention majorée – AC: statut affection chronique – AH: droit à allocation pour personne en situation de handicap

Le nombre moyen de consultations physiques réalisées par le médecin généraliste par patient dans l'EPS en 2023 s'élève à 5,04<sup>27</sup>.

Le recours aux consultations téléphoniques est nettement inférieur parmi les bénéficiaires de l'intervention majorée (9 consultations sur 100, contre 12 chez les personnes qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée). Que le patient possède ou non le statut affection chronique, le nombre de téléconsultations par 100 consultations physiques est identique. Quant au droit à une allocation pour personne handicapée, le rapport de consultations téléphoniques est légèrement moins élevé chez les personnes qui en bénéficient que dans le cas contraire.

Le taux de recours aux avis par les bénéficiaires de l'intervention majorée est inférieur à celui relatif aux consultations téléphoniques par 100 consultations physiques. En revanche, parmi la population qui possède le statut affection chronique et le droit à une allocation pour personne ne situation de handicap, le nombre d'avis par 100 contacts physiques est plus élevé que dans le groupe qui ne bénéficie pas du statut ni de l'allocation.

Il serait hautement utile d'approfondir l'étude du rapport selon l'âge et le sexe.

#### Conclusion 4.2:

Le ratio entre la consommation/facturation de téléconsultations et le nombre de consultations physiques dépend de facteurs socio-économiques.

Les bénéficiaires de l'intervention majorée comptent moins de téléconsultations ou d'avis facturés/prestés par rapport au nombre de consultations physiques que le

---

Fysieke consultaties door huisartsen, exclusief : bezoeken van huisarts op eenheid palliatieve zorgen of bij een gehospitaliseerde patiënt, deelname aan MOC, bespreking VZP.

groupe qui n'en bénéficie pas. La population qui possède le statut affection chronique a recours aux téléconsultations et aux avis d'égale manière. Quant aux personnes qui ont droit à une allocation pour personne en situation de handicap, elles ont moins souvent recours aux téléconsultations qu'aux avis.

### 4.3. Consultations téléphoniques et avis selon le type de pratique (pratique solo ou de groupe) et la taille de la patientèle

La taille de la patientèle correspond au nombre de bénéficiaires possédant un Dossier médical global (DMG) <sup>28</sup> auprès de leur médecin généraliste.

La taille des pratiques est répartie en quatre groupes à partir des percentiles (p) (<p25, p25-p50, p50-p75 et ≥p75). Ensuite, on calcule le ratio de chaque groupe entre le nombre de consultations téléphoniques et le nombre de consultations physique ; les percentiles y sont également calculés et répartis en quatre catégories (p25, p50, p75 et p95). On distingue en outre les pratiques solo et de groupe. Les résultats se trouvent dans le Tableau 10.

La comparaison des pratiques solo à celles de groupe révèle que parmi les percentiles inférieurs (p25 et p50), le rapport est plus élevé dans les pratiques de groupe. Seul l'examen du percentile le plus élevé (p95) donne lieu à un rapport plus élevé chez les médecins en pratique solo qu'en pratique de groupe : 50 téléconsultations par 100 consultations physiques dans le premier cas contre 36 téléconsultations par 100 consultations physiques dans le second.

La comparaison des pratiques à partir de la taille de leur patientèle donne lieu à un résultat similaire. En règle générale, le rapport augmente proportionnellement à la taille de la patientèle. En revanche, cela ne s'applique pas au groupe composé à partir du percentile le plus élevé (p95), où le rapport est le plus élevé parmi le groupe formé par la plus petite patientèle.

---

<sup>28</sup> Codes nomenclature 101312, 101334, 101371, 101393, 101452, 101474, 101496, 101511, 101533, 101555, 102771, 102793, 103574 et 103596.

**Tableau 10 : rapport nombre de consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste par 100 contacts physiques chez le généraliste à l'échelle de la pratique solo/de groupe en 2023**

Consultations téléphoniques	Percentile rapport CT/A par 100 contacts physiques			
	p25	p50	p75	p95
<b>Pratique de groupe</b>	5	10	19	36
<b>Pratique solo</b>	2	8	19	50
<b>Taille patientèle 1 (&lt;p25)</b>	3	9	19	57
<b>Taille patientèle 2 (p25-p50)</b>	3	8	19	46
<b>Taille patientèle 3 (p50-p75)</b>	3	8	18	40
<b>Taille patientèle 4 (≥ p75)</b>	6	11	18	33
Avis	p25	p50	p75	p95
<b>Pratique de groupe</b>	0	4	11	29
<b>Pratique solo</b>	0	0	9	41
<b>Taille patientèle 1 (&lt;p25)</b>	0	0	8	34
<b>Taille patientèle 2 (p25-p50)</b>	0	1	9	41
<b>Taille patientèle 3 (p50-p75)</b>	0	1	10	36
<b>Taille patientèle 4 (≥ p75)</b>	1	5	12	29


L'analyse des avis révèle des tendances similaires : le rapport augmente proportionnellement à la taille de la patientèle dans les percentiles les plus bas (p25 et p50). Les percentiles les plus élevés (p95) révèlent les rapports les plus faibles parmi les pratiques dont la patientèle est la plus élevée.

#### Conclusion 4.3:

Les pratiques les plus grandes ont proportionnellement plus souvent recours aux téléconsultations par 100 consultations physiques. En revanche, les percentiles les plus élevés révèlent une tendance inverse : plus la patientèle est importante, plus conséquent sera le rapport entre le nombre de téléconsultations et de consultations physiques. Plusieurs raisons propres à la pratique (prestataire et population de patients) peuvent expliquer ce phénomène.

Parmi les généralistes en pratique solo ou de groupe qui facturent une médiane (p50) de téléconsultations ou avis par 100 contacts physiques, nous observons un rapport plus élevé dans les pratiques dont la patientèle est plus élevée ( $p \geq 75$ ).

Les médecins généralistes qui font partie du groupe au rapport le plus élevé de téléconsultations et avis par 100 consultations physiques (p95) affichent un rapport plus élevé lorsque leur patientèle est moins nombreuse ( $p < 25$ ). Le rapport entre les téléconsultations et les consultations physique diminue à mesure que la taille de la pratique augmente.



## 5. Analyse de l'objectif des consultations téléphoniques et des avis

### 5.1. Méthodologie scénarios

#### Contexte

Le cadre légal prévoit que l'on ne peut avoir recours à une consultation téléphonique que dans la mesure où il s'agit d'une consultation complète et classique, à l'exception d'une consultation physique. À court terme, un changement culturel s'est opéré dans la pratique professionnelle régulière. En raison du Covid, l'interaction entre le prestataire de soins et le patient ne se limite plus à la consultation physique, rendant possible diverses formes intermédiaires également admises par le patient. La réglementation en vigueur durant la pandémie de Covid-19 relative aux soins à distance a engendré la distinction entre le triage et la continuité des soins : chez les médecins généralistes, cela concernait respectivement 13,6 % et 86,4 % de l'ensemble des

consultations téléphoniques<sup>29</sup>. Une étude post-Covid réalisée auprès des médecins a démontré que ceux-ci voyaient un avenir dans le suivi des pathologies chroniques, la planification des soins préventifs et la réponse aux simples questions administratives<sup>30</sup>.

La communication d'un avis constitue un élément supplémentaire à considérer. En réalité, nous constatons que sur le terrain, ces avis font office de soins à distance. La décision de facturer ou non un avis est peut-être moins motivée par le contenu que par la durée et l'implication du généraliste en question. Par conséquent, nous avons fait le choix d'étudier l'objectif des avis à l'aide des même cas de figure que ceux qui concernent les téléconsultations.

Dans cette analyse, nous étudions dans quelle mesure certains scénarios, qui ont lieu entre le généraliste et le patient, peuvent expliquer certains avis et téléconsultations. Nous espérons ainsi en apprendre davantage sur le contenu et l'objectif des consultations téléphoniques et des avis.

### Complément d'informations sur les scénarios

Nous faisons la distinction entre quatre scénarios principaux, qui sont synthétisés dans le tableau ci-dessous et illustrés par le graphique 13.

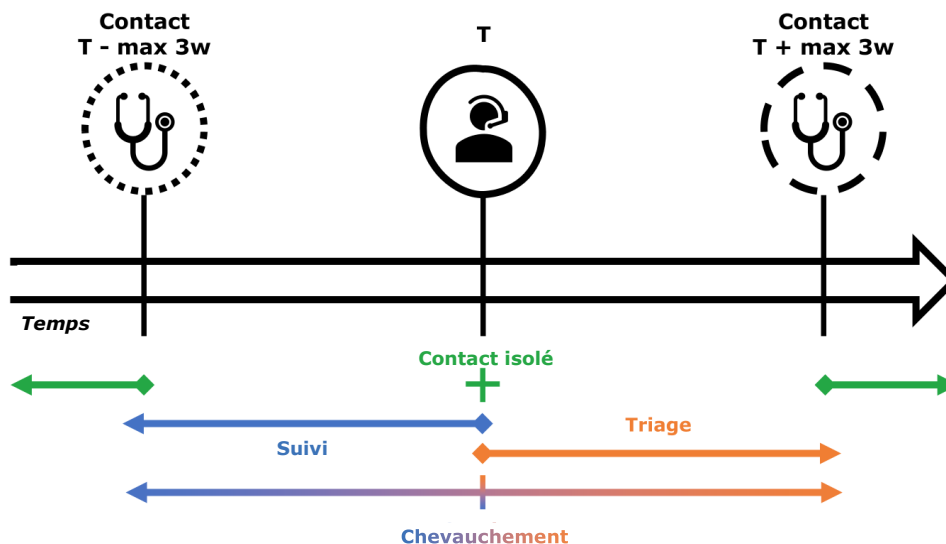
1. Le **triage téléphonique** vise à filtrer les pathologies de soins urgents, les soins à court terme ou les soins reportés par les généralistes, les spécialistes ou encore les cas urgents.
2. Le **suivi téléphonique** a pour objectif de garantir la continuité des soins après une consultation physique avec examens supplémentaires (laboratoire, radiographie, début de traitement médicamenteux, suivi après chirurgie avec et sans délivrance de médicaments)
3. Le **contact téléphonique isolé** consiste à aborder un problème, à prendre des mesures préventives ou assurer le suivi d'un patient chronique sans nouveau problème grave. Ces contacts ne relèvent pas des scénarios de triage ou de suivi. Au cours des trois semaines précédant et/ou suivant ce contact téléphonique, il n'y a aucun contact physique préalable avec le médecin généraliste, le spécialiste, le service d'urgence, ni de contact téléphonique avec le généraliste.
4. **Aucun scénario de triage, de suivi ou de contact isolé**, avec et sans délivrance de médicaments.

---

<sup>29</sup> <https://aim-ima.be/Teleconsultations-pendant-la?lang=fr>

<sup>30</sup> Van Remoortel N, Schoenmakers B, Van der Linden H, Vandeput O. Wanneer volstaat een telefonisch consult? Onderzoek naar geschiktheid per type consult volgens artsen en patiënten. *Huisarts Nu* 2023; 52: 121-6.

**Graphique 13 : synthèse des scénarios étudiés relatifs au moment (T) de la consultation téléphonique ou de l'avis. L'intervalle correspond à trois semaines (3w)**



#### Facturations multiples au cours d'une même journée

Deux facturations ou plus pour (différentes) consultations téléphoniques ou avis effectuées au cours de la même journée sont agrégées par jour de facturation (cf. *supra*).

#### Téléconsultations/avis multiples consécutifs à un contact physique avec le généraliste

Afin d'obtenir un scénario, un même contact physique avec le médecin généraliste peut être couplé à plusieurs téléconsultations/avis ayant eu lieu à des dates différentes. Cela peut jouer un rôle sur la répartition des scénarios, notamment lorsque le taux de consultations téléphoniques ou d'avis par consultation physique avec le généraliste est élevé.

#### Chevauchement de scénarios

Un.e même consultation téléphonique/avis peut parfois être attribué.e à plusieurs scénarios. Afin de veiller à ce que chaque consultation téléphonique/avis soit attribué.e à un même scénario, nous procédons de la sorte :

- En cas de chevauchement du groupe suivi (S) et du groupe triage (T) se chevauchent pour un(e) même téléconsultation/avis, celui-ci est attribué au groupe suivi (S) pour ce qui est du nombre total, étant donné qu'il a eu lieu dans le

passé (contact physique ayant eu lieu avant la téléconsultation/l'avis). Ce groupe de chevauchement (ST) fait alors l'objet d'une analyse distincte.

- Si les différents scénarios de triage se chevauchent, c'est toujours le premier scénario dans le temps qui aura la préférence (T1 passe avant T2 et T3 et T2 avant T3).
- En cas de chevauchement de O1 et O2, ceux-ci sont attribués au scénario O1. Par conséquent, toutes les prestations médicales ambulatoires réalisées par le médecin généraliste qui s'accompagnent d'examen complémentaires se retrouveront dans le groupe O1. Le scénario O2 regroupe les prestations médicales ambulatoires sans examen complémentaire.

#### **Délai de trois semaines : rationnel**

- D'un point de vue méthodologique, nous avons considéré que trois semaines représentaient un délai vraisemblable d'une relation de fond entre deux prestations. Plus elles sont proches l'une de l'autre, plus les chances de relation sont élevées. Plus le délai s'allonge, plus les chances de chevauchement et de consultations en série sont grandes.
- Étant donné le contexte belge, il nous semblait réaliste d'obtenir des résultats des examens complémentaires dans un délai de 10 jours et de les communiquer au patient dans les trois semaines. Les résultats qui nécessitent un délai plus long, tels que les tests génétiques, sont généralement communiqués lors d'une consultation physique ultérieure.
- Selon NIVEL<sup>31</sup>, on parle d'une fin d'épisode de maladie lorsque aucun nouveau contact avec le médecin généraliste n'a lieu dans un délai de quatre semaines au sujet de la plainte en question.
- Une étude économique réalisée aux États-Unis relative à la consommation de soins à distance (consultations vidéo), considérait qu'un épisode de soins peut durer jusqu'à trois semaines suivant un contact<sup>32</sup>. Il s'agissait d'affections aiguës qui n'engageaient pas le pronostic vital du patient et dont les contacts comprenaient un lien intrinsèque. La présente analyse ne nous permet pas de connaître le contenu réel de ces contacts, car le couplage de l'EPS au codage ICD-10 ou ACPC-2 n'est pas autorisé.
- Ces éléments étayaient notre choix d'opter pour une fenêtre de trois semaines.

---

<sup>31</sup> [documentatie episodeconstructie nivel 1juli2016 definitief.pdf](#)

<sup>32</sup> Gordon AS, Adamson WC, DeVries AR. Virtual Visits for Acute, Nonurgent Care: A Claims Analysis of Episode-Level Utilization. *J Med Internet Res.* 2017 Feb 17;19(2):e35. doi: 10.2196/jmir.6783. PMID: 28213342; PMCID: PMC5336603.

## Description de la méthodologie visant à fixer le scénario « triage » (T) par le médecin généraliste

Lorsqu'un patient prend contact avec le médecin généraliste par téléphone, plusieurs scénarios de triage sont possibles. À des fins d'analyse, nous distinguons le moment de notification d'une consultation physique après qu'une consultation téléphonique a été effectuée par le généraliste.

Nous partons du principe qu'en cas d'urgence ou de danger de mort, le patient se rendra le jour même au service d'urgence. Si une consultation téléphonique a lieu à 23h45, il est possible que la consultation physique n'ait lieu qu'à 01h30 (à savoir à la date du jour suivant). Dans le scénario T1, nous prenons donc en compte le moment de la consultation physique le jour même comme le jour suivant la consultation téléphonique.

Dans un deuxième scénario (T2), le médecin généraliste conseillera au patient par téléphone d'attendre encore, et de se présenter au service d'urgence si son état se dégrade. Nous supposons que cette dégradation se produira dans un délai de 2 à 3 jours, raison pour laquelle c'est ce délai suivant la consultation téléphonique qui est utilisé.

Dans le troisième scénario (T3), le patient est rassuré, mais prendra un rendez-vous complémentaire pour une consultation physique chez le médecin généraliste ou spécialiste ; dans ce cas, une lettre d'envoi est rédigée et/ou un rendez-vous établi. Ce scénario inclut aussi la possibilité de visites tardives au service d'urgence pour diverses raisons : l'état de santé se dégrade tout de même ; le patient ne peut obtenir de consultations chez le généraliste/spécialiste à temps ; le patient ne se sent pas suffisamment rassuré et souhaite obtenir un second avis.

Dans certaines cas, le médecin généraliste facturera une téléconsultation ; dans d'autres, un avis. Dans le cadre de cette analyse, tous les scénarios de ces deux modalités sont étudiés.

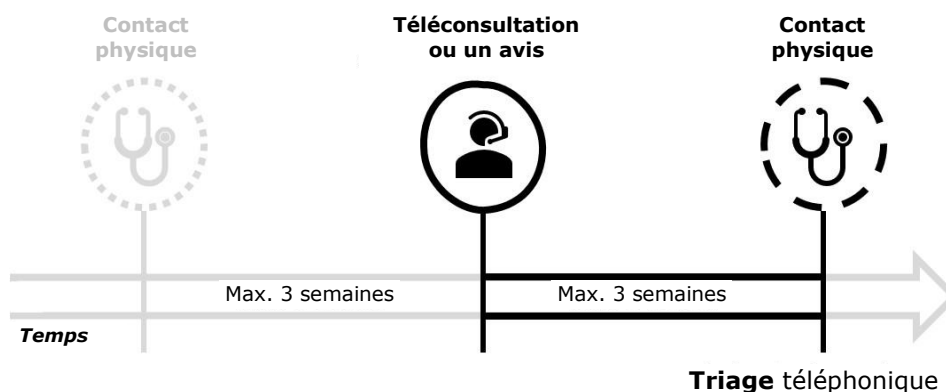
### Résumé triage

**T1: Triage téléphonique avec renvoi urgent** en raison de la présence de signaux d'alerte ; présence physique chez le généraliste, le spécialiste ou le service d'urgence le jour même ou le lendemain.

**T2: Triage téléphonique avec un premier contact téléphonique visant à rassurer**, lorsque l'état de santé se dégrade pendant 2 à 3 jours, nécessitant une deuxième téléconsultation avec le généraliste, un contact physique avec le généraliste, un contact avec un médecin urgentiste ou un contact physique chez le spécialiste.

**T3: Triage téléphonique avec un premier contact téléphonique visant à rassurer et examen physique ultérieur** par le généraliste/spécialiste/service d'urgence au cours de la période allant de quatre jours à trois semaines suivant la téléconsultation.

**Graphique 14: Scénario triage téléphonique au cours duquel une téléconsultation ou un avis est suivi d'une consultation physique**



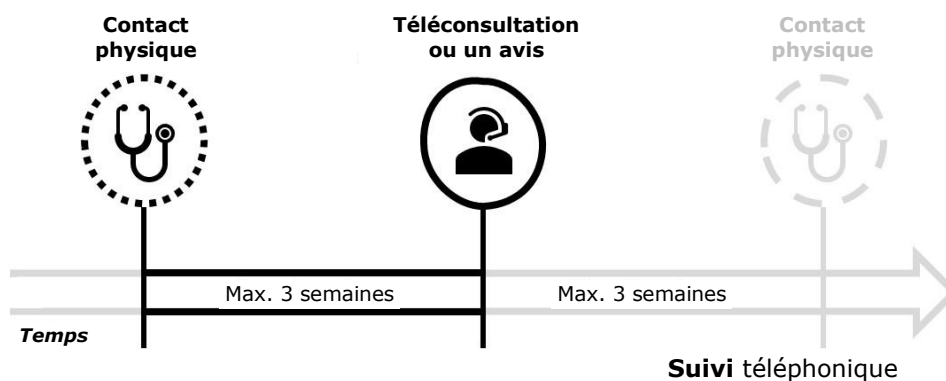
#### Ordre de priorité renvoi après triage

Afin d'identifier le prestataire de la consultation physique en aval du triage, nous avons appliqué la méthodologie suivante. Dans chaque scénario, la priorité a été donnée au contact physique au service d'urgence, puis au contact physique avec le médecin-spécialiste et enfin au contact physique avec le médecin généraliste. Parmi les renvois vers le généraliste se trouvent des patients qui ne comptent que des consultations physiques avec le généraliste au cours de la durée de ce scénario. Lorsqu'on recense des consultations aussi bien chez le généraliste que chez le spécialiste, ce cas est considéré comme un renvoi vers le spécialiste. Si le patient compte une consultation chez les trois types de prestataires, il sera classé parmi le groupe renvoyé vers le service d'urgence.

#### Description différents scénarios "suivi" (S) par le médecin généraliste

Lorsqu'un patient prend contact avec le médecin généraliste après qu'une consultation physique a déjà eu lieu auparavant, cette téléconsultation ou cet avis sera alors classé parmi les consultations de suivi (voir Graphique 15). La répartition dans les différents scénarios, expliquée ci-dessous, dépend des raisons du suivi.

**Graphique 15: scénario de suivi au cours duquel une consultation physique avec le généraliste est suivie d'une consultation téléphonique ou d'un avis au moment T**



**S1: Consultation physique chez le médecin généraliste s’accompagnant d’examens dont les résultats ne sont connus qu’ultérieurement et font l’objet d’un entretien téléphonique.** Dans ce cas, il est possible qu’elle soit assortie d’une délivrance de médicaments (remboursés) dans un délai de trois jours suivant la téléconsultation. Il peut s’agit d’une analyse en laboratoire (taux de globules blancs), d’une culture d’urine, d’une radiographie ou d’un contact physique avec le spécialiste. Nous tenons compte des examens ayant au lieu le jour de la consultation physique ou dans un délai de 10 jours suivant celle-ci. Nous formulons l’hypothèse que ces consultations téléphoniques ou avis consistent en une discussion des résultats obtenus.

**S2: Consultation physique chez le médecin généraliste au cours de laquelle une légère intervention ambulatoire est pratiquée, accompagnée d’un entretien téléphonique de suivi** par le généraliste dans un délai de trois semaines comprenant ou non la délivrance de médicaments dans les trois jours suivant la téléconsultation. Si d’autres examens ont également eu lieu, ils sont alors classés dans le scénario 02.

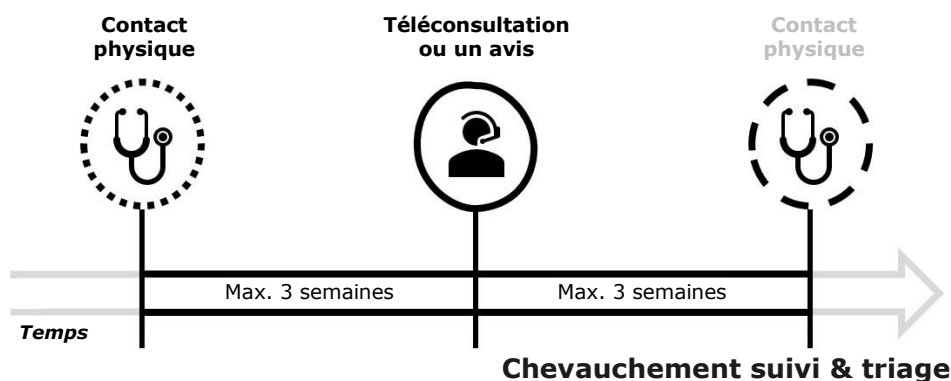
**S3: Consultation physique chez le médecin généraliste à l’attitude prudente et suivi téléphonique et délivrance ou non de médicaments dans un délai de trois jours après la consultation téléphonique.** Aucun autre examen ni légère intervention ambulatoire n’a lieu. La situation est réévaluée par téléphone ou par le biais d’un avis délivré dans les trois semaines suivant la consultation physique.

#### Groupe particulier: chevauchement triage et suivi

Le groupe suivi (S) contient un groupe particulier : une téléconsultation peut être attribuée à un scénario de suivi comme à un scénario de triage. Il s’agit alors d’une

consultation physique suivie d'une téléconsultation/d'un avis dans un délai de trois semaines et suivie ensuite d'une nouvelle consultation physique dans les trois semaines (voir Graphique 16).

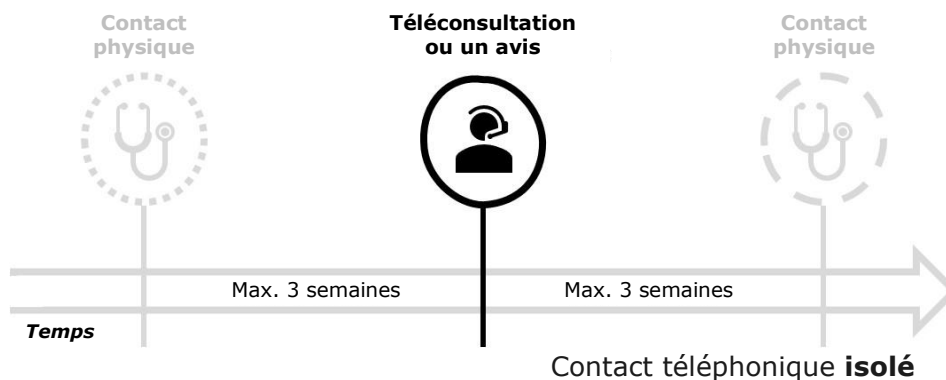
**Graphique 16: Groupe chevauchement entre scénarios de triage et de suivi : une consultation physique chez le généraliste suivie (suivi) d'une consultation téléphonique ou d'un avis au moment (T) donnant lieu à son tour à une nouvelle consultation physique (triage)**



**Scénarios « contacts téléphoniques isolés » (I) par le généraliste**

Parmi les scénarios « contacts téléphoniques isolés », aucune consultation physique chez le généraliste n'a lieu dans la période de trois semaines précédant ou suivant ce contact téléphonique, pas plus qu'un contact avec le service d'urgence ou d'autre téléconsultation. Les avis ne sont pas exclus. Nous partons du principe que ces derniers ont été planifiés au préalable, sans qu'il soient liés à un nouveau problème aigu. Ces contacts peuvent être de nature très différentes : il peut s'agir d'une délivrance d'une prescription médicale (prestation pharmaceutique), d'une consultation téléphonique à part entière visant à prodiguer des soins de santé préventifs ou du maintien de patients souffrant d'une affection chronique (Graphique 17).

**Graphique 17: Scénario contact téléphonique isolé : un contact téléphonique/avis est considéré comme isolé lorsqu'une consultation physique chez le médecin généraliste a eu lieu trois semaines avant ou après ce contact téléphonique/avis**



L'objectif de la consultation préventive peut consister à motiver le patient à adhérer à l'observance thérapeutique, à l'activité physique et aux conseils nutritionnels. Étant donné que nous ignorons le contenu des consultations, il est compliqué de délimiter un groupe cible là où cela peut être utile. Par conséquent, nous avons opté pour un groupe de patients qui figurent dans un trajet de soins diabète, convention de type 1, pompe à insuline ou un trajet de soins insuffisance rénale chronique<sup>33</sup>.

Vu notre volonté d'analyser le rôle des téléconsultations/avis préventifs au sein d'un groupe au sein d'un groupe médicalement stable, ce groupe a été limité aux personnes comptant moins de six consultations physique chez le généraliste en 2023. Nous sélectionnons alors le taux de téléconsultations/avis isolés parmi ce groupe, comme le prévoit le scénario 1. Ce contact peut potentiellement s'accompagner de ou se limiter à la prescription de médicaments. Cette analyse est réalisée grâce à l'enregistrement de toutes les prestations pharmaceutiques dans un délai de trois jours.

L'objectif d'une téléconsultation/avis chez les patients souffrant d'une affection chronique<sup>34</sup> est de stabiliser l'affection et de détecter à temps les légers changements afin de les rectifier. Ce scénario nous semble surtout s'appliquer chez les patients qui comptent de nombreux contacts physiques chez leur généraliste, un contact physique

---

<sup>33</sup> Ce groupe compte un total de 369 160 bénéficiaires, extrapolés à partir de l'EPS. Les personnes inscrites auprès d'une maison médicale y sont incluses.

<sup>34</sup> Ce groupe compte un total de 1 820 600 bénéficiaires, extrapolés à partir de l'EPS. Les personnes inscrites auprès d'une maison médicale y sont incluses.

pouvant alors être remplacé par une téléconsultation. Par conséquent, ce groupe est limité aux personnes qui comptent sept consultations physiques ou plus chez leur généraliste en 2023. Il peut s'agir dans ce cas d'une nouvelle téléconsultation à part entière pouvant être assortie ou limitée à la prescription d'une prestation médicale. Ces téléconsultations figurent dans le scénario I2 (voir tableau 7). En outre, nous identifions la présence ou non d'une prestation pharmaceutique dans un délai de trois jours suivant la téléconsultation ou l'avis.

Un troisième scénario comprend les téléconsultations ou avis qui ne relèvent pas des scénarios 1 ou 2 ; il comprend un contact téléphonique isolé. Nous évaluons aussi dans quelle mesure une prestation pharmaceutique a été prescrite dans un délai de trois jours.

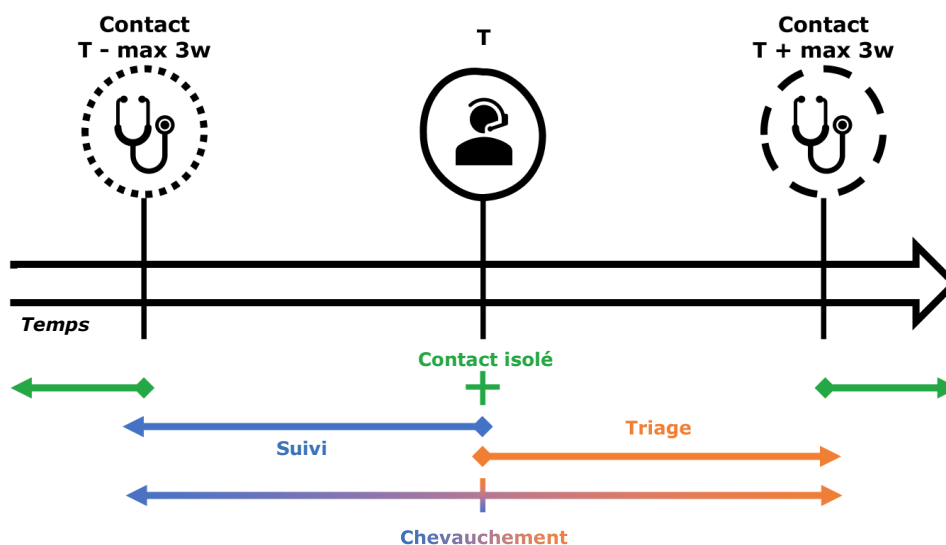
#### **Aucun scénario**

Il s'agit du groupe de consultations téléphoniques/avis qui ne peuvent être attribuées à l'un des scénarios des groupes de triage, consultations de suivi et consultations isolées.

## **5.2. Synthèse scénarios consultations téléphoniques et avis**

La Tableau 11 offre un aperçu global des résultats des différents scénarios représentés dans le Graphique 18 ; ils font l'objet d'une représentation visuelle aux Graphiques 19 (téléconsultations) et 20 (avis). Les résultats selon le scénario sont développés dans la section suivante de ce chapitre.

**Graphique 18: Synthèse des scénarios étudiés relatifs au moment (T) de la téléconsultation ou de l'avis. L'intervalle correspond à trois semaines (3s).**



Le Graphique 19 révèle que plus de la moitié des téléconsultations consistent en un contact de suivi, parmi lesquelles 32,3 % relèvent d'une consommation régulière : une consultation physique est suivie d'une téléconsultation et, ensuite, d'une nouvelle consultation physique (scénario ST) dans un délai de trois semaines.

Près d'une consultation téléphonique sur cinq (19,3 %) consiste en du triage 'pur'. Une partie d'entre elles (32,3 %) sont assorties d'une consultation de suivi. Moins d'un cinquième des téléconsultations (16,1 %) relèvent de contacts téléphoniques isolés.

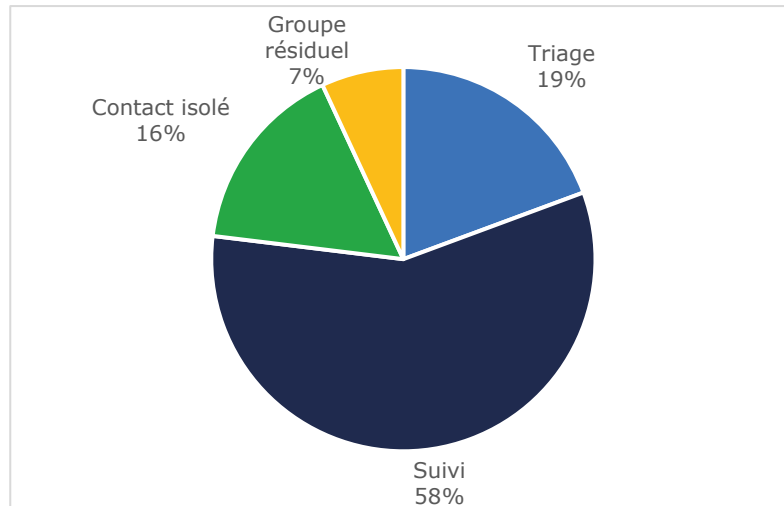
Le Graphique 20 démontre que les avis sont principalement facturés comme contacts isolés (34 %), mais en proportion tout aussi importante comme triage (27 %) que comme suivi (32 %). Il est possible que dans ce cas, une lettre d'envoi soit considérée comme un avis, ce qui donne à penser que le choix du médecin généraliste d'opter pour l'une ou l'autre modalité de facturation (avis ou téléconsultation) dépend plutôt de l'investissement en temps et des caractéristiques du patient que du cadre réglementaire. La réglementation des avis est donc à prendre en considération en cas de révision de celle relative aux téléconsultations.

Le groupe résiduel est limité à 7 %, tant dans le cas des téléconsultations que des avis. Vous trouverez davantage d'explications à ce sujet dans les limitations de l'étude (voir point 5.6 et chapitre 6).

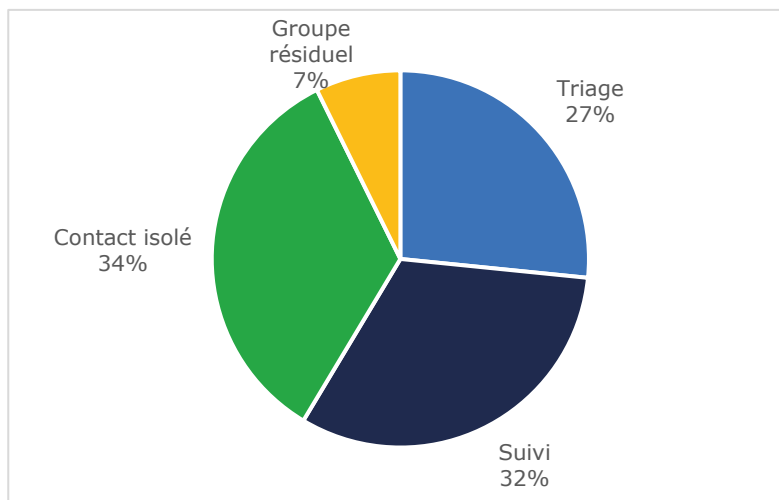
**Tableau 11: Synthèse des chiffres des scénarios relatifs aux consultations téléphoniques et aux avis**

Scénario	Consultations téléphoniques		Avis	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>Triage</b> (T1/T2/T3 sans chevauchement)	1.084.957	19,3%	826.819	26,6%
<b>Suivi</b> (S1/S2/S3 y compris chevauchement dans les groupes S et T)	3.241.302	57,7%	996.227	32,0%
<i>Chevauchement dans les groupes S et T</i>	1.818.418	32,3%	547.818	17,6%
<b>Contact isolé</b> (I1/I2/I3)	904.601	16,1%	1.059.257	34,1%
<b>Groupe résiduel</b>	390.221	6,9%	226.357	7,3%
<b>Total</b>	5.621.080	100,0%	3.108.660	100,0%

**Graphique 19: part des différents scénarios étudiés parmi le nombre total de consultations téléphoniques en 2023**



**Graphique 20: part des différents scénarios étudiés parmi le nombre total d'avis en 2023**



**Conclusion 5.2 :**

Plus de la moitié des consultations téléphoniques par le médecin généraliste ont pour objectif d'assurer le suivi des consultations physiques qui les précèdent. Dans 32,3 % des cas, elles seront suivies d'une nouvelle consultation physique ; 19 % des cas relèvent du triage. Moins d'un cinquième (16,1 %) des consultations téléphoniques relèvent de contacts isolés.

Les avis prodigués par le médecin généraliste relèvent principalement de contacts isolés, mais concernent bien souvent un scénario de suivi (34 %) ou de triage (27 %).

Il ressort de l'analyse que le médecin généraliste opte pour l'une des deux modalités sur la base de l'investissement en temps et des caractéristiques du patient plutôt qu'en se basant sur des éléments de contenu. Étant donné le chevauchement de fond et l'augmentation significative du nombre d'avis ces trois dernières années, il y a lieu de tenir compte de cette modalité en cas de révision de la réglementation des consultations téléphoniques.

### **5.3. Scénario : triage téléphonique par le médecin généraliste**

La Tableau 12 indique les pourcentages de l'ensemble des consultations téléphoniques/avis réalisés par le médecin généraliste parmi les bénéficiaires figurant dans l'Échantillon permanent. Les doubles facturations de téléconsultations et d'avis sont

agrégées par jour (cf. *supra*). Nous calculons ces pourcentages afin de passer des valeurs absolues à l'extrapolation, en partant des chiffres de référence figurant dans la dernière colonne du Tableau 4 (p. 12).

Le Tableau 12A reprend l'ensemble des triages, y compris ceux qui se chevauchent avec une consultation de suivi (scénario ST).

**Tableau 12A : Consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste en 2023, répartition selon le groupe de triage se chevauchant avec le groupe de suivi, pourcentages de l'ensemble des téléconsultations/avis et nombre (extrapolés)**

Scénario	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis
	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
<b>Triage 1</b>	9,2%	518.403	5,9%	183.782	702.185
<b>Triage 2</b>	8,4%	470.402	5,9%	183.639	654.041
<b>Triage 3</b>	44,6%	2.506.610	38,7%	1.204.596	3.711.206
<b>Total</b>	62,2%	3.495.415	50,6%	1.572.017	5.067.432

Nous observons que le scénario de triage représente 62,2 % de l'ensemble des téléconsultations. Dans 17,6 % le triage est suivi d'une nouvelle consultation physique (médecin généraliste, spécialiste ou service d'urgence) dans un délai de trois jours (scénario T1 et T2). Notre objectif était ainsi d'analyser les interventions aussi bien urgentes que très urgentes. Les situations semi-urgentes seront prises en charge entre quatre jours et 20 jours suivant la téléconsultation ; cela semble être le cas de 44,6 % de l'ensemble des consultations téléphoniques.

L'application de ce scénario de triage aux avis révèle que dans 11,8 % des cas, ils sont suivis d'une consultation physique dans un délai de trois jours ; le pourcentage est légèrement inférieur lorsqu'on considère un délai de trois semaines, mais reste élevé : 38,7 %. En règle générale, la moitié des avis relève du scénario de triage (50,6 %).

Il ressort également de l'analyse qu'une part significative des consultations téléphoniques et des avis font tout aussi bien suite à une consultation physique chez le médecin généraliste qu'elles donnent lieu à une nouvelle consultation physique chez le généraliste, le spécialiste et/ou au service d'urgence. On retrouve donc aussi bien des scénarios de suivi que de triage le jour de la consultation téléphonique, donnant donc lieu à des 'chaînes' ou des 'chevauchements' (cf. aussi Tableau 15).

Les téléconsultations/avis qui relèvent aussi bien du scénario de triage que de suivi (ST) sont exclus du Tableau 12B. Cela nous permet d'obtenir le triage des téléconsultations et avis qui sont séparées d'au moins trois semaines d'une consultation physique préalable, et dont nous pouvons supposer qu'elle concerne le triage lié à un nouveau problème.

**Tableau 12B : Consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste en 2023, répartition selon le groupe de triage sans chevauchement avec le groupe de suivi, pourcentages de l'ensemble des téléconsultations/avis et nombre (extrapolés)**

Triage	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis
	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
<b>Triage 1</b>	3,4%	190.202	3,3%	103.797	293.999
<b>Triage 2</b>	2,6%	146.224	3,1%	95.621	241.845
<b>Triage 3</b>	13,3%	748.531	20,2%	627.401	1.375.932
<b>Total</b>	19,3%	1.084.957	26,6%	826.819	1.911.776

Le pourcentage de consultations de triage qui ne figure pas dans une 'chaîne' s'élève à 19,3 % de l'ensemble des consultations téléphoniques ; ce taux atteint les 6,0 % lorsqu'on considère le délai de trois jours. En ce qui concerne les avis distincts d'un contact physique survenant trois semaines avant le triage, il apparaît que dans 6,4 % des cas, une consultation physique a lieu dans les trois jours suivant la téléconsultation, et dans 20,0 % des cas dans un délai de trois semaines.

### Répartition selon le contact physique ayant eu lieu après le contact téléphonique

Dans ce cas précis, nous nous penchons sur la compétence du prestataire en aval du contact physique ayant eu lieu après le triage. À cet effet, nous tenons compte de l'ensemble des contacts de triage, y compris ceux qui dont partie d'une chaîne (scénario ST).

Après la consultation téléphonique, de nombreuses combinaisons des trois types de prestataires de contacts physiques (médecins urgentistes, médecins spécialistes et généralistes) sont possibles. Afin de clarifier l'analyse, la colonne 'urgentiste' reprend tous les contacts urgents, qui peuvent avoir lieu en plus de ceux avec un spécialiste ou un généraliste. Tous les contacts avec un médecin-spécialiste figurent dans la colonne 'spécialiste', peu importe qu'un contact avec un généraliste ait eu lieu ou non également. Enfin, la colonne 'généraliste' ne concerne que les seuls contacts avec le

médecin généraliste dans le délai prévu. Tous les résultats se trouvent dans le Tableau 13.

**Tableau 13 : scénarios de triage (avec chevauchement) par le médecin généraliste, selon le type de contact physique à la suite de la téléconsultation ou de l’avis**

	Urgentiste	Spécialiste	Généraliste	Total
<b>T1-télé</b>	16,4%	39,4%	44,3%	518.403 (100%)
<b>T1-avis</b>	5,6%	51,1%	43,3%	183.782 (100%)
<b>T2-télé</b>	6,1%	31,4%	62,5%	470.402 (100%)
<b>T2-avis</b>	4,6%	37,4%	58,1%	183.639 (100%)
<b>T3-télé</b>	5,7%	43,5%	50,8%	2.506.610 (100%)
<b>T3-avis</b>	4,9%	42,1%	53,0 %	1.204.596 (100%)

Le Tableau 13 indique que dans le scénario T1, 16,4 % des téléconsultations avec renvoi urgent donnent lieu à un contact avec un médecin urgentiste le même jour ou le lendemain. Dans 5,6 % des cas, un avis facturé à ce moment-là donne lieu à un contact d’urgence le même jour ou le lendemain. C’est principalement le renvoi vers le spécialiste qui distingue les avis des téléconsultations : dans 51,1 % des cas, c’est un avis qui est facturé, qui peut concerner la rédaction d’une lettre de renvoi.

Nous observons qu’aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jours (scénario T2) suivant la téléconsultation ou l’avis, le taux de renvoi au service d’urgence augmente (respectivement 6,1 % et 4,6 %). Le médecin généraliste prend en charge la consultation physique suivante dans deux tiers des cas (respectivement 62,5 % et 58,1 %).

Si l’on considère le délai de trois semaines (scénario T3), notons la présence de renvois tardifs au service d’urgence (5,7 %). Deuxièmement, le généraliste prend en charge plus de la moitié des consultations physiques (50,8 %), une autre partie étant réalisée majoritairement par les spécialistes et les généralistes ou, dans une moindre mesure, les seuls spécialistes (43,5 %).

Si l’on calcule le nombre absolu de consultations physiques ayant lieu au service d’urgence dans les trois jours suivant un scénario de triage, on obtient 2,0 % (113 503) de l’ensemble des téléconsultations et 0,6 % (18 705) de tous les avis. La même opération basée sur le délai de trois semaines nous permet d’obtenir 4,6 % (256 845) de l’ensemble des téléconsultations et 2,5 % (77 145) de tous les avis.

## Précisions sur les résultats selon les scénarios de triage par le généraliste

Le scénario de téléconsultation de triage donnera, dans les deux jours (le jour même et le lendemain), un taux de renvoi vers le service d'urgence plus élevé que dans les autres scénarios. Autrement, dans 83,6 % de ces cas, le patient ne sera pas redirigé vers le service d'urgence, mais sera pris en charge par la voie normale, ce qui a un effet positif sur la charge de travail des services d'urgence.

Durant la période de Covid, une consultation de triage pouvait être facturée. Ce type de consultation représentait 13,6 % de l'ensemble des téléconsultations<sup>35</sup>. Malgré le fait que ce contexte était exceptionnel et que la tendance de renvoi par la suite n'est pas comparable, il est intéressant d'observer qu'en 2023, le nombre de téléconsultations de triage a grimpé et atteignait 19,3 %.

Le volume des consultations de triage varie selon qu'elles font partie d'une 'chaîne' ou sont séparées de trois semaines de toute autre consultation physique.

### Conclusion 5.3:

C'est surtout dans un court délai suivant une consultation téléphonique de triage (le jour même et le lendemain) que l'on observe une augmentation des contacts physiques avec le service d'urgence. À mesure que le délai augmente, on note premièrement des contacts physiques avec le seul médecin généraliste, et en second lieu des contacts physiques avec le spécialiste, accompagnés ou non de contacts avec le généraliste.

Une consultation téléphonique/un avis de triage offre au médecin généraliste la possibilité de mieux maîtriser l'afflux de patients vers les services d'urgence. D'une part, le généraliste a le loisir d'aiguiller le patient vers le service d'urgence, avec une lettre d'envoi et un degré d'urgence. D'autre part, il peut également mieux cibler le renvoi vers le spécialiste ou organiser lui-même le suivi afin d'éviter de surcharger inutilement le service d'urgence.

Le volume des consultations de triage varie selon qu'elles font partie d'une 'chaîne' ou sont séparées de trois semaines de toute autre consultation physique.

---

<sup>35</sup> <https://aim-ima.be/Teleconsultaties-tijdens-de-COVID?lang=nl>

## 5.4. Scénario : suivi par le généraliste

Bien souvent (21,7 %), les résultats obtenus (scénario suivi 1) sont abordés lors d'une discussion au sein de pratique de médecine générale (Tableau 14). Nous observons cependant que le suivi téléphonique sans facturation d'examen complémentaire (scénario suivi 3) est encore plus fréquent (34,3 %). On observe également que des avis sont facturés fréquemment (22,0 %).

Il est impossible d'identifier de qui vient la demande d'entretien téléphonique. En outre, la décision de communiquer par téléphone ou non dépend aussi du résultat d'un examen complémentaire. On pense, par exemple, au résultat d'un test de dépistage du cancer du col de l'utérus anormal ou non. Il peut exister un décalage avec la condition selon laquelle une téléconsultation doit avoir lieu à l'initiative du patient.

Le nombre d'interventions ambulatoires (sans facturation d'examens complémentaires, scénario suivi 2) suivies d'une téléconsultation ou d'un avis est peu élevé : il ne représente qu'une minorité du nombre total<sup>36</sup>.

**Tableau 14: Consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste en 2023, répartition selon le groupe de suivi se chevauchant avec le groupe de triage, pourcentages de l'ensemble des consultations téléphoniques/avis et nombres (extrapolés)**

Suivi Scénario	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis
	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
Suivi 1	21,7%	1.220.494	9,1%	283.964	1.504.458
Suivi 2	1,6%	90.508	0,9%	28.259	118.767
Suivi 3	34,3%	1.930.300	22,0%	684.004	2.614.304
<b>Total</b>	<b>57,7%</b>	<b>3.241.302</b>	<b>32,0%</b>	<b>996.227</b>	<b>4.237.529</b>

### Groupe au scénario particulier : chevauchement du suivi et du triage

Le scénario de suivi compte un groupe particulier au sein duquel une téléconsultation peut être attribuée aussi bien à un scénario de suivi que de triage. C'est le cas lorsqu'une consultation physique est suivie d'une téléconsultation/d'un avis dans un

---

<sup>36</sup> Une partie des interventions ambulatoires, celles qui s'accompagnent d'examens complémentaires facturés et potentiellement d'un suivi des résultats, ont été attribuées au scénario suivi 1.

délai de trois semaines, elle-même à nouveau suivie d'une consultation physique dans les trois semaines. Ce groupe représente 32,3 % de l'ensemble des consultations téléphoniques et 17,6 % de tous les avis (Tableau 15).

**Tableau 15: Chevauchement suivi et triage (ST)**

Chevauchement	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis	
	%	Nombre	%	Nombre	Nombre	
<b>S et T</b>	32,3%	1.818.418	17,6%	547.818	2.366.235	

### Scénario de suivi avec prestation pharmaceutique

Le Tableau 16 concerne les scénarios de suivi comprenant une prestation pharmaceutique remboursée dans un délai de trois jours suivant la téléconsultation.

**Tableau 16: Pourcentage et nombre de contacts de suivi (téléconsultation et avis) comprenant une prestation pharmaceutique dans les trois jours, répartition selon le scénario**

	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
<b>Suivi 1</b>	27,8%	350.385	40,7%	119.777	30,3%	470.162
<b>Suivi 2</b>	27,0%	24.406	40,6%	11.476	30,3%	35.882
<b>Suivi 3</b>	29,8%	575.800	43,0%	294.235	33,4%	870.035
<b>Total</b>	29,0%	950.590	42,3%	425.487	32,2%	1.376.079

Au total, 29 % des scénarios de suivi comprennent une délivrance d'un médicament remboursé dans les trois jours suivant la consultation téléphonique. En termes de valeurs absolues, nous observons que le scénario S1 (examens complémentaires) entraîne souvent la prescription et la délivrance de médicaments. C'est le scénario S3 (sans examen complémentaire), lorsque la téléconsultation donne lieu à la prescription et la délivrance de médicaments, qui affiche les valeurs absolues les plus élevées.

Les avis dessinent une tendance identique : la moyenne s'élève à 42,3 % et c'est le scénario S3 qui génère le plus de prescriptions et de délivrance de médicaments.

Quant aux interventions ambulatoires légères suivies par une consultation téléphonique ou un avis (scénario S2), elles génèrent une prestation pharmaceutique dans respectivement 27,0 % et 40,6 % des cas.

## Discussion scénarios de suivi par le généraliste

On avance souvent l'hypothèse selon laquelle une téléconsultation ou un avis sert à communiquer au patient des résultats obtenus de la manière la plus efficace, tant pour le médecin que pour le patient. De manière plus surprenante, il apparaît que c'est le cas de moins de la moitié (21 % parmi les 58,4 %) des scénarios de suivi. Une partie des résultats peuvent se situer au-delà de la fenêtre des trois semaines ; cependant, étant donné la rapidité avec laquelle les rapports ont été réalisés, nous estimons que cela ne concerne qu'une minorité des cas.

La possibilité de discuter des résultats obtenus est considérée comme un grand avantage de la téléconsultation. La rapidité avec laquelle non seulement le rapport est établi, mais aussi la thérapie est ajustée permet de réduire la période d'incertitude du patient. Celui-ci ne doit plus se rendre au cabinet de médecine générale ni prendre un jour de congé.

On recense moins de téléconsultations après une intervention chirurgicale ambulatoire. Il est possible que l'on recense beaucoup moins fréquemment de passage d'une consultation physique à une téléconsultation, car le *look and feel* est essentiel dans le cadre du suivi.

À la question de savoir si le contact téléphonique donne lieu à davantage de consultations physiques ou téléphoniques par la suite, notre analyse démontre que 32,3 % des consultations physiques et 17,6 % des avis sont non seulement précédées d'une consultation physique chez le médecin généraliste, mais aussi suivies d'une consultation physique réalisée par le généraliste/spécialiste/service d'urgence.

### Conclusion 5.4:

Dans 21,7 % des cas, la consultation de suivi peut consister en une discussion de résultats obtenus ; elle concerne un suivi 'habituel' dans 34,3 % des cas. Une très grande proportion de ces consultations donne lieu à une prestation pharmaceutique. Elle ne concerne pratiquement jamais le suivi d'une intervention chirurgicale ambulatoire par le médecin généraliste. On observe que 32,3 % des téléconsultations/avis donnent lieu à une nouvelle consultation physique de suivi.

## 5.5. Scénario : téléconsultations et avis isolés par le médecin généraliste

Les consultations téléphoniques/avis isolés sont définis comme des contacts ayant lieu au moins trois semaines précédant ou suivant tout autre contact physique avec le médecin généraliste, le médecin-spécialiste ou le service d'urgence ou dans le cadre duquel aucune autre consultation téléphonique avec le médecin généraliste n'a eu lieu. L'objectif est d'exclure de ce scénario les consultations téléphoniques et avis isolés, tant dans un scénario de triage que de suivi.

Le Tableau 17 indique que 16,1 % de l'ensemble des consultations téléphoniques sont considérées comme isolées, soit 905 562 consultations sur un total de 5.621.080 en 2023. Les valeurs relatives aux scénarios I1 et I2 sont relativement faibles.

Seule une minorité (moins de 2 %) des consultations ou avis préventifs chez les patients souffrant d'une affection chronique et/ou d'insuffisance rénale chronique et/ou ayant un trajet de soins/convention diabète (scénarios 1 et 2) sont identifiés comme des contacts téléphoniques isolés.

Dans le scénario 3, le taux de consultations téléphoniques et d'avis isolés s'élève respectivement à 14,2 % et 29,4 % du nombre total. Ce scénario rassemble les consultations téléphoniques qui répondent aux critères SOEP et ne relèvent pas d'un scénario de triage ou de suivi. Une partie d'entre elles consistera notamment ou exclusivement à établir une prescription pharmaceutique. Ce point sera détaillé dans le paragraphe suivant ainsi que dans le Tableau 18. Seule la consultation du dossier médical ou la connaissance des codes ICD-10 ou ICPC-2 permet de faire la distinction entre les deux.

**Tableau 17 : Consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste en 2023, répartition selon le groupe des contacts isolés, pourcentages de l'ensemble des consultations téléphoniques/avis et nombres (extrapolés)**

Contacts isolés	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
<b>Isolé 1</b>	0,41%	23.115	1,21%	37.554	0,70%	60.669
<b>Isolé 2</b>	1,46%	82.103	3,51%	109.248	2,21%	191.351
<b>Isolé 3</b>	14,2%	799.383	29,4%	912.455	19,8%	1.712.499
<b>Total</b>	16,1%	904.601	34,1%	1.059.257	25,5%	1.964.519

## Contacts téléphoniques et avis isolés avec prestation pharmaceutique

Le Tableau 18 montre que dans les scénarios I1 et I2, respectivement 54 % et 52 % des contacts sont suivis d'une prestation pharmaceutique dans un délai de trois jours suivant la téléconsultation isolée. Le scénario I3 affiche un taux moins élevé (37 %) de consultations téléphoniques suivis d'une prestation pharmaceutique.

En termes de valeurs absolues, le nombre d'avis réalisés est supérieur de 50 % à celui des téléconsultations lorsqu'ils sont suivis d'une prestation pharmaceutique dans un délai de trois jours.

À nouveau, il convient de souligner que dans la présente étude, les prestations pharmaceutiques, disponibles *via* Pharmanet, ne concernent que les médicaments remboursés. Les patients qui se voient prescrire des médicaments non remboursés ne font pas partie de ce groupe.

**Tableau 18 : Pourcentage et nombre de contacts isolés (consultations téléphoniques et avis) suivis d'une prestation pharmaceutique dans un délai de trois jours, répartition selon le scénario**

	Consultation téléphonique		Avis		Consultation téléphonique + avis	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
<b>Isolé 1</b>	54,0%	12.488	64,1%	24.070	60,4%	36.558
<b>Isolé 2</b>	52,1%	42.747	60,4%	65.956	56,9%	108.703
<b>Isolé 3</b>	37,1%	296.350	49,5%	451.881	43,9%	748.592
<b>Total</b>	38,4%	351.586	60,0%	541.908	43,2%	893.853

## Discussion résultats contacts téléphoniques et avis isolés

Les résultats nous amènent à penser que le taux de consultations téléphoniques et avis isolés est marginal par rapport au nombre total de contacts ayant eu lieu dans le groupe de patients qui possèdent le statut affection chronique, mais aussi parmi ceux qui suivent un trajet de soins diabète de type 2, ont une convention diabète, une pompe à insuline, ou suivent un trajet de soins insuffisance rénale chronique.

Étant donné que les consultations de triage et de suivi sont exclues de ce scénario, nous pouvons formuler l'hypothèse selon laquelle celui-ci sera composé de l'ensemble des consultations téléphoniques qui répondent aux critères SOEP, ce qui,

contrairement à ce que l'on pourrait attendre, ne confirme pas le fait que les téléconsultations jouent un rôle primordial en matière de soins des patients chroniques<sup>37</sup>.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées afin d'expliquer cette tendance.

La première explication est d'ordre méthodologique. Dans le groupe de patients possédant le statut affection chronique, on dénombre une moyenne de 9,1 contacts physiques en 2023 (voir Tableau 9), soit un contact physique toutes les 5,8 semaines. Les chances de ne recenser qu'une consultation téléphonique dans une période de six semaines sont donc plutôt faibles. En outre, il n'est pas à exclure que la prestation d'une téléconsultation ne réduise pas la consommation de consultations physiques. Les données de la littérature sur le sujet manquent de clarté<sup>38</sup>.

Une deuxième explication réside potentiellement dans les caractéristiques du groupe de patients. Il est possible que ce groupe présente un handicap physique (p.ex. personnes malvoyantes ou malentendantes) ou cognitif (démence ou retard mental) rendant le contact téléphonique moins évident ; celui-ci aura certainement lieu en présence d'une assistance personnelle (aidant proche ou professionnel). Ce groupe est également composé d'enfants en bas âge. Les patients souffrant d'affections chroniques sont bien souvent seules : elle privilégieront le contact physique avec leur généraliste plutôt qu'une téléconsultation. Dans ces situations, une consultation vidéo peut permettre de surmonter ces entraves. Les applications faciles à utiliser pour le patient, largement répandues dans les dossiers de patient électroniques, peuvent répondre aux besoins des personnes peu familiarisées avec les technologies numériques. Il est essentiel d'assurer le suivi de l'inclusion aux soins à distance parmi ce groupe de patients afin d'assurer l'accessibilité des soins. L'évolution de la réglementation relative aux consultations vidéo 'avec assistance' peut représenter une plus-value en la matière.

Troisièmement, il existe une explication de fond. En effet, selon certains médecins généralistes<sup>37</sup>, si un médecin souhaite susciter un changement de comportement d'un patient à des fins de prévention, l'interaction permise par la consultation téléphonique sera insuffisante. La recherche a démontré que le choix de modalité (téléconsultation, consultation vidéo ou contact physique) peut varier fortement en

---

<sup>37</sup> Van Remoortel N, Schoenmakers B, Van der Linden H, Vandeput O. Wanneer volstaat een telefonisch consult? Onderzoek naar geschiktheid per type consult volgens artsen en patiënten. *Huisarts Nu* 2023; 52: 121-6.

<sup>38</sup> Carillo de Albornoz et al. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review, *Family Practice*, Volume 39, Issue 1, February 2022, Pages 168-182, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077>

fonction du contenu et de l'effet souhaité<sup>39</sup> (par exemple accompagnement de sevrage tabagique, douleur chronique et dépression).

Les résultats relatifs aux contacts isolés dans le cadre du scénario 3 révèlent un nombre significatif de consultations téléphoniques. Lorsqu'un avis est facturé, nous observons qu'il s'accompagne d'une prestation pharmaceutique dans la majorité des cas. Dans le cas contraire, il peut s'agir d'une prescription de médicaments non remboursés.

Enfin, nous en venons à la signification de ces contacts isolés. La présente analyse ne tient pas compte des prestations suivantes (voir aussi point 2.2) : visite d'une unité de soins palliatifs, visite hospitalière au bénéficiaire DMG, explications d'une COM, discussion au sujet d'une planification anticipée des soins (ACP) par le médecin généraliste. Si ces prestations ont eu lieu dans un délai de trois semaines précédant ou suivant la téléconsultation, elles ne sont pas détectées et il est possible qu'une consultation téléphonique de suivi ou de triage ait été réalisée en lieu et place d'une consultation téléphonique ou d'un avis isolé.

Conclusion 5.5 : Une consultation téléphonique sur six et un avis sur trois seront considérés comme des contacts (téléphoniques) isolés. Nous partons du principe que chez les patients souffrant d'affections chroniques, le nombre de téléconsultations préventives sera assez faible.

## 5.6. Téléconsultations hors scénario

Dans l'échantillon permanent (EPS), 187.249 consultations téléphoniques ont été réalisées (à l'exclusion des doubles téléconsultations facturées le même jour). Nous en avons retrouvé 93,1 % dans un ou plusieurs scénario(s) faisant partie des trois grands groupes (S, T ou I), tandis que 6,9 % (390 221 en valeurs absolues) ne présentaient aucun lien avec les scénarios (Tableau 19). Les scénarios décrits plus haut reflètent donc assez fidèlement la réalité.

D'autre part, l'EPS recense 108.357 avis réalisés, dont 93,7 % se retrouvent dans un ou plusieurs scénarios ; 7,3 % d'entre eux (226 357 en valeurs absolues) n'ont pu être attribués à aucun scénario.

---

<sup>39</sup> Fam Pract. 2021 Jul 19:cmab077. doi:[10.1093/fampra/cmab077](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077)

Une partie de ces consultations s'accompagne d'une prestation pharmaceutique dans un délai de trois jours suivant une téléconsultation ou un avis. Comme nous l'avons déjà souligné, les prestations pharmaceutiques sont exclues de l'analyse : il s'agit donc d'une surestimation.

Le groupe résiduel est composé des personnes qui comptent un contact – ne relevant pas du suivi ni du triage – avec un médecin généraliste, un médecin-spécialiste ou le service d'urgence ou une deuxième consultation chez le généraliste, et ce dans un délai de trois semaines précédant ou suivant la téléconsultation. Nous pensons notamment à un contact physique avec le spécialiste ayant lieu avant la téléconsultation chez le médecin généraliste ou à une situation dans laquelle deux téléconsultations ont eu lieu en l'espace de trois semaines.

**Tableau 19: Consultations téléphoniques et avis par le médecin généraliste en 2023 n'ayant pu être attribuées à un scénario de triage, à un scénario de suivi ou à un contact isolé, pourcentages de l'ensemble des consultations téléphoniques/avis et nombres (extrapolés)**

	Sans médication		Avec médication		Total	
	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
<b>Consultation téléphonique</b>	4,2%	237.873	2,7%	152.348	6,9%	390.221
<b>Avis</b>	3,5%	107.785	3,8%	118.572	7,3%	226.357
<b>Total</b>	4,0%	345.658	3,1%	270.920	7,1%	616.577



## 6. Conclusions et limitations

### **Profil du patient**

C'est la population âgée de 20 à 65 ans et non celle des 65 ans et plus qui concentre la majorité des consultations téléphoniques et des avis. Le vieillissement en soi n'explique pas à lui seul les chiffres élevés de téléconsultations et d'avis. Par ailleurs, les deux modalités sont recensées chez les enfants de 0 à 4 ans, les résidents en maison de repos et les personnes qui résident chez elles et souffrent de handicaps sensoriels ou cognitifs. Dans ces groupes cibles, l'interaction a lieu nécessairement au travers d'aidants proches ou du personnel soignant ; cela vaut également pour les consultations physiques.

On observe de nettes variations géographiques pour les deux modalités. Au total, 26,5 % des bénéficiaires affiliés au près d'une mutualité belge comptent au moins une téléconsultation, contre 17,1 % à Bruxelles. Cela vaut également pour les avis : le taux global s'élève à 14,5 % et à 5,0 % à Bruxelles. Le jeune âge, la pénurie de médecins généralistes et la différence culturelle en matière de consommation de soins d'urgence sont autant de facteurs susceptibles de jouer un rôle et pouvant être approfondis.

L'étude démontre que les facteurs socio-économiques (intervention majorée, BIM) ont un impact sur la consommation de téléconsultations et d'avis. Le nombre de téléconsultations par patient chez les BIM est supérieur à celui des non BIM ; en

revanche, ce nombre est moins élevé chez les BIM que chez les non BIM lorsqu'il est comparé au nombre de consultations physiques.

L'état de santé, le fait de souffrir ou non d'une affection chronique ou de bénéficier d'une allocation pour personne en situation de handicap, entraîne une consommation générale de téléconsultations ou d'avis plus élevée. Le rapport avec le nombre de contacts physiques reste cependant identique. Il en ressort qu'actuellement, parmi ces groupes, les consultations téléphoniques ne peuvent davantage être considérées comme un substitut à une consultation physique que dans la population sans affection chronique ou droit à une allocation pour personne handicapée. Dans ces groupes, la consommation de soins élevée de téléconsultations ou d'avis dessine la même tendance que celle que nous observons pour les consultations physiques classiques.

Proportionnellement, les grosses pratiques affichent une consommation plus importante de téléconsultations par 100 consultations physiques. Le rapport est cependant inversé dans les percentiles les plus élevés : plus la patientèle est petite, plus élevé est le rapport entre le nombre de consultations téléphoniques et physiques. En l'occurrence, il apparaît clairement que les téléconsultations viennent s'ajouter aux consultations physiques plutôt que de les remplacer. Le rapport inverse est frappant et, à notre sens, il convient d'étudier plus en profondeur les facteurs sous-jacents tels que le travail à temps partiel ou non, le profil d'âge, l'accessibilité, ou encore le profil des bénéficiaires. Par conséquent, il est nécessaire de faire appel à une autre méthodologie que celle de l'EPS afin que l'analyse puisse s'étendre jusqu'au niveau du prestataire individuel.

### **Objectif de contenu : évaluation à l'aide de scénarios**

Les téléconsultations et les avis sont davantage utilisés dans la pratique clinique courante que ne le prévoit la règle d'application restrictive inscrite dans la nomenclature, ce qui ouvre la porte à une consommation importante de ces deux modalités.

La grande majorité des téléconsultations et avis sont réalisées à des fins de suivi, dans une moindre mesure à des fins de triage et de manière occasionnelle dans le cadre de contacts téléphoniques isolés. Il ressort de nos analyses que lorsqu'il s'agit de facturer l'une ou l'autre modalité (avis ou téléconsultation), le médecin généraliste semble plutôt tenir compte du temps consacré et des caractéristiques du patient que du cadre réglementaire.

Il convient d'approfondir l'analyse du groupe résiduel (15,9 %), regroupant la population qui ne relève d'aucun scénario et qui n'affiche aucun remboursement de prestations pharmaceutiques remboursables. L'ampleur des prestations pharmaceutiques non remboursables ne pouvant actuellement être estimée, il nous est impossible de

déterminer avec précision la taille de ce groupe résiduel. Il y a lieu de se demander si ce groupe est plus fréquent pour certains volumes ou proportions ou s'il est uniformément réparti parmi l'ensemble des pratiques ou prestataires, ce qui pourrait résulter de notre méthodologie ayant recours aux scénarios. Ce point peut faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Les téléconsultations sont utilisées par les médecins généralistes à des fins de triage ciblé ; le patient peut être renvoyé vers le service d'urgence, un spécialiste ou son médecin généraliste (ou la pratique de celui-ci). Ces contacts ont lieu principalement dans un délai de trois jours suivant la téléconsultation ou l'avis.

Les téléconsultations consistent principalement en une série de contacts de suivi (32,3 % de l'ensemble des téléconsultations) avec le médecin généraliste entre les différentes consultations physiques, et ce dans un délai de trois semaines. Nos données ne nous permettent pas de déterminer si la téléconsultation s'inscrit dans la continuité de l'épisode de soins traité lors de la consultation physique ou s'il s'agit d'une consultation relative à un nouveau problème, qui nécessite par conséquent un remboursement distinct par prestation.

Seule une minorité des consultations téléphoniques sont considérées comme contact isolé (intervalle supérieur au délai de trois semaines précédant ou suivant les différentes prestations) chez les patients possédant le statut affection chronique ou qui suivent un trajet ou une convention de soins. À l'exception de ces deux groupes spécifiques, 14 % des téléconsultations et 29 % des avis sont considérés comme des contacts isolés.

Dans la loi, un avis est considéré comme un acte isolé. Cependant, nous en retrouvons dans les scénarios de suivi et de triage comme dans les scénarios « isolés ». Il est impossible de vérifier si le patient et le médecin généraliste se trouvent au même endroit, comme le prévoit l'article 2 du texte de la nomenclature. Une révision de la réglementation relative aux avis s'impose ; à l'ère du numérique, il est difficilement concevable d'exiger une présence physique.

## **Limitation de l'étude**

La présente étude offre un bon aperçu de la réalité, mais présente plusieurs limitations :

- Plusieurs scénarios sont difficiles à obtenir au moyen d'une approximation indirecte et des codes de nomenclature. C'est uniquement possible dans la mesure où le contenu clinique de ces consultations peut être étudié avec précision, ce qui n'est pas le cas de cette étude.

- L'étude démontre que ce sont surtout les scénarios de suivi et de triage qui se chevauchent, mais étant donné que le patient compte généralement plusieurs contacts avec le médecin généraliste, il n'est pas toujours possible de déterminer dans quel ordre ils ont lieu. Nous avons souhaité développer ce point. Nous n'avons constaté qu'un léger chevauchement entre le triage et les contacts téléphoniques isolés ; c'est à ces derniers que le chevauchement a été attribué.
- Dans notre méthodologie, nous avons opté pour un intervalle de trois semaines (20 jours) au cours duquel une téléconsultation et une consultation physique peuvent aborder le même contenu. La prolongation de cet intervalle à quatre semaines (27 jours) entraînerait une augmentation du nombre de scénarios de triage et de suivi et une baisse des téléconsultations/avis isolés.
- À l'exception des consultations de triage, nous n'avons pas illustré les conséquences d'une téléconsultation. Nous ignorons donc si une téléconsultation donnera lieu à davantage de consultations physiques qu'avant la mise en œuvre du financement des consultations téléphoniques. Nous avons pu, en revanche, illustrer les différences d'une pratique à l'autre, qui varient en fonction de la taille de la patientèle et du nombre de prestations.
- Si cette étude ne porte pas sur les facturations frauduleuses et les valeurs aberrantes, c'est notamment parce qu'elle est basée sur les données d'un échantillon de la population (EPS) : nous ne connaissons pas l'ensemble des données de chaque prestataire. C'est aussi pour des raisons méthodologiques : une consultation téléphonique n'est couplée qu'une seule fois à un scénario (à l'exception du groupe de chevauchement). A contrario, une consultation physique peut être associée plusieurs fois à des téléconsultations ayant lieu à des dates différentes, pouvant par conséquent donner lieu à différents scénarios (date/type). Le nombre de téléconsultations/avis par 100 consultations physiques représente donc le seul indicateur indirect de valeurs aberrantes. Mais comme nous l'avons mentionné, les différents profils des patients et, potentiellement, des prestataires ont également un impact.

## Questions de recherche complémentaires

### Soins à distance réalisés par les spécialistes

Les délais serrés et le cadre fixé par la fiche de projet approuvée par l'AIM (23/01/2025) ne nous ont pas permis d'étudier la consommation par les spécialistes. Cet aspect nous semble néanmoins nécessaire, car les écarts de consommation et de fréquence d'une spécialisation à l'autre sont également conséquents.

## Consultations vidéo

La consommation de consultations vidéo par les médecins généralistes n'a pas été étudiée, car les valeurs figurant dans l'Échantillon permanent sur le sujet sont trop faibles : il faudrait dans ce cas utiliser la population totale comme dénominateur. Le rapport entre la consommation de téléconsultations et de consultations vidéo pourrait aussi être très instructif. À l'avenir, il nous semble nécessaire d'étudier cet aspect : les obstacles d'ordre technique qui subsistent encore actuellement peuvent être rapidement surmontés et les chiffres pourraient également augmenter.

## Répartition géographique

Étant donné que les trois modalités de soins à distance (téléconsultation, avis et consultation vidéo) affichent une consommation similaire, la meilleure façon d'analyser la répartition géographique de celle-ci consiste à considérer ces modalités comme un tout. Des corrections peuvent ensuite être apportées selon les facteurs socio-économiques et démographiques. Une étude supplémentaire pourrait permettre d'établir un lien en confrontant cette consommation au volume des médecins généraliste et/ou au refus d'accepter de nouveaux patients. De même, le rapport entre ces soins à distance et le nombre de consultations physiques par région peut alors révéler certaines tendances de consommation, abusive ou non.



## 7. Recommandations stratégiques

**Les soins à distance doivent être considérés et régulés dans le cadre de l'ensemble des consultations, visites et avis** : tant les avis que les téléconsultations et consultations vidéo se retrouvent dans les différents scénarios décrits. Le rapport entre cet ensemble et le nombre de consultations physiques dans certaines régions ou à l'échelle de la pratique de médecine générale peut permettre de surveiller la consommation.

**Le mode de financement de certains scénarios est déterminant pour la consommation de ceux-ci.** Nous exposons ci-dessous plusieurs propositions par scénario, basées sur les résultats de notre étude.

Un scénario de suivi peut être considéré comme faisant partie de la consultation physique qui l'a précédé (dans un délai de trois semaines). Cette téléconsultation fait alors l'objet d'un remboursement en tant que composante de consultation physique ; elle peut éventuellement être intégrée à un remboursement forfaitaire. Le remboursement de ce scénario de suivi à l'acte/par téléphone peut favoriser les abus de consommation. La téléconsultation peut alors être considérée comme une bonne pratique si elle est utilisée de manière appropriée.

Un scénario de triage avec remboursement pour le généraliste permet aux patients de se présenter chez celui-ci et de n'être envoyés vers le service d'urgence ou le spécialiste que lorsque le médecin l'estime urgent. La preuve de renvoi de triage par le généraliste peut être fournie notamment grâce à un code QR généré par le médecin et contenant les informations nécessaires et la lettre d'envoi. L'enregistrement du code QR dans un délai donné (0 à 3 jours dans la présente étude) suivant une consultation de triage au service d'urgence et/ou chez le spécialiste peut constituer une condition de remboursement de cette téléconsultation de triage.

Un triage effectué par le médecin généraliste ayant lieu durant les heures de garde et au service de garde peut être considéré comme faisant partie de l'honoraire de permanence à prévoir. Il n'est pas recommandé d'effectuer un remboursement de triage séparé sous peine de favoriser la consommation abusive. C'est pourquoi une nomenclature spécifique aux prestations de garde est nécessaire afin de pouvoir distinguer les deux situations.

Le triage téléphonique d'un médecin généraliste possédant le DMG d'un résident en MRS ou d'une personne séjournant en institution en raison d'un problème médical aigu ne pourrait être remboursé que si ce médecin rend visite au patient en MRS ou dans l'institution dans un délai donné (trois jours dans la présente étude). Cette condition peut garantir que le contact avec le généraliste n'ait pas lieu uniquement par téléphone. Le contact physique reste nécessaire afin de soutenir, outre les résidents, le personnel soignant de la MRS ou de l'institution quand les circonstances l'imposent. En outre, une consultation de triage peut ainsi permettre d'éviter les renvois superflus vers les services d'urgence lorsque le médecin, par manque de temps, ne peut se déplacer jusqu'à la MRS ou l'institution. Le triage effectué pour un résident en MRS par un poste de garde de médecins généralistes pendant les heures de garde doit être considéré comme faisant partie de l'honoraire de permanence et ne peut faire l'objet d'un remboursement séparé par prestation.

Seul un scénario isolé peut signifier qu'une consultation à part entière a eu lieu, dans le respect des critères SOEP. Il est cependant impossible de distinguer le contenu d'un avis isolé qui ne consiste, par exemple, qu'à délivrer une prescription, de celui d'une téléconsultation : seule la vérification du dossier médical peut le permettre. Problème supplémentaire : le respect de la vie privée n'est pas garanti (pas de cryptage) et l'identité des deux partenaires de l'entretien ne peut être ni vérifiée ni validée. Ajoutons par ailleurs plusieurs éléments d'ordre pratique : le destinataire est-il prêt à recevoir le contenu de l'entretien ? Le caractère motivant de l'ajustement de la thérapie ne sera-t-il pas partiellement perdu ? Quel est l'impact sur la relation médecin-patient et cela engendre-t-il davantage de burnouts chez les prestataires de soins ? Ce sont autant d'arguments qui permettent de conclure que dans le cadre d'une consultation à distance à part entière, le moyen d'établir le lien est important

et la consultation vidéo constitue l'option préférable. Afin de garantir que les consultations vidéo soient utilisés en cas de triage comme de suivi, nous estimons qu'elles doivent répondre à la même condition temporelle que les contacts isolés : dans un délai de trois semaines précédant ou suivant ce contact, aucune autre consultation physique ou soins à distance ne peut être réalisée par le même prestataire.

Il convient de considérer la création d'une « **consultation vidéo assistée** », notamment destinée à la population âgée de 0 à 4 ans, aux adolescents dépendants de soins qui résident dans une institution, aux adultes dépendants de soins (à domicile ou en MRS), ainsi qu'aux autres personnes se trouvant en établissement fermé où le seuil d'accès aux soins est particulièrement élevé (p.ex. en prison). À cet effet, d'autres prestataires de soins de ces institutions ou de soins à domicile peuvent se joindre à l'entretien. Parmi ces groupes cibles, il est nécessaire qu'un aidant proche ou un membre du personnel soignant offre la même interaction que lors d'une consultation physique. Outre la transmission d'informations précieuses sur le patient et son environnement et la motivation de l'aidant proche afin d'adapter un plan de traitement, il est essentiel d'évaluer l'état psycho-social et médical de l'aidant proche afin que les soins à domicile puissent se poursuivre. Il est nécessaire de revoir la réglementation afin qu'elle soit non seulement adaptée au groupe cible et au rôle, mais qu'elle renforce aussi le rôle de l'aidant proche/infirmier ; cela vaut pour toutes les formes de soins à distance. Le Dossier patient électronique permet déjà d'avoir recours à la consultation vidéo. Le développement des possibilités permettant à plusieurs personnes de passer un appel vidéo simultanément (professionnels ou aidants proches qui ne se trouvent pas en présence du patient) peut être encouragé.

**Dans tous les cas, il est essentiel de surveiller le rapport entre les consultations à distance et les consultations physiques, et ce pour chaque patient.**

En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, les interactions à distance n'atteindront jamais le niveau d'interaction d'une consultation physique, qui reste primordiale pour la relation médecin-patient. Il convient d'éviter que, derrière l'excuse (justifiée ou non) de la pénurie de généralistes ou de refus d'accepter de nouveaux patients, le contact entre le patient et le prestataire de soins ne se résume à des soins à distance.

Des signaux alarmants nous parviennent des Pays-Bas, faisant état de plateformes sur internet concernant une pratique de médecine générale exclusivement en

ligne<sup>40,41</sup>. D'une part, il semble essentiel de déterminer un rapport 'acceptable', et d'autre part de définir ce qui constitue une alternance 'suffisante' entre les deux modalités afin de garantir une bonne qualité. Nos résultats (Tableau 10) démontrent que dans 75 % des pratiques, le rapport entre les consultations téléphoniques et physiques s'élève à 19 sur 100. Cela signifie qu'actuellement, pour chaque consultation à distance, au moins cinq consultations physiques sont effectuées à l'échelle de la pratique de médecine générale, ce qui correspond plus ou moins à la règle des 20/80 en application dans le cadre de l'assurance maladie en France<sup>42</sup>. Le fait de proposer en alternance consultations physiques et soins à distance peut représenter un gage de qualité entre les prestataires de soins et les patients. Il convient alors de veiller à ce que les deux modalités fassent l'objet d'une étude médicale et éthique approfondie, sur le plan qualitatif et/ou quantitatif : l'effet sur le patient comme sur le prestataire doit être analysé, tout comme la qualité de l'interaction entre les deux parties.

---

<sup>40</sup> [www.arene.nl](http://www.arene.nl) ; pratique de médecine générale en ligne

<sup>41</sup>[https://www.linkedin.com/posts/nicoterpstra\\_wat-ik-altijd-al-vermoedde-blijkt-te-kloppen-activity-7314006558592450561-aPez?utm\\_source=social\\_share\\_send&utm\\_medium=android\\_app&rcm=ACoAABa\\_Drc-BOCN9YL0VT2Zw3zTfHgVrpZR-Dro&utm\\_campaign=share\\_via](https://www.linkedin.com/posts/nicoterpstra_wat-ik-altijd-al-vermoedde-blijkt-te-kloppen-activity-7314006558592450561-aPez?utm_source=social_share_send&utm_medium=android_app&rcm=ACoAABa_Drc-BOCN9YL0VT2Zw3zTfHgVrpZR-Dro&utm_campaign=share_via)

<sup>42</sup> [20% activité en TLM | https://www.telemedaction.org](https://www.telemedaction.org)