

SYNTHÈSE

UTILISATION DES SERVICES E-SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES BELGES

ANALYSE SUR LA BASE DE LA PRIME DE PRATIQUE INTÉGRÉE POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE



SYNTHÈSE

UTILISATION DES SERVICES E-SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES BELGES

ANALYSE SUR LA BASE DE LA PRIME DE PRATIQUE INTÉGRÉE POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

JENS DETOLLENAERE, WENDY CHRISTIAENS, DOSSCHE DORIEN, CÉCILE CAMBERLIN, MÉLANIE LEFÈVRE, STEPHAN DEVRIESE



■ PRÉFACE

Le monde s'informatise à une cadence effrénée et le rôle des TIC sera de plus en plus prégnant dans nos sociétés au fil des années à venir. C'est ainsi que, déjà aujourd'hui, nous trouvons normal d'être constamment connectés les uns aux autres via les réseaux sociaux et autres applications diverses, alors que ce n'était pas du tout le cas il y a à peine quelques années. Le trafic numérique augmente d'année en année.

Dans le monde médical aussi, de plus en plus d'applications se proposent de faciliter la communication et l'échange de données : entre prestataires de soins, entre prestataires de soins et patients, entre prestataires de soins ou patients et autorités... En Belgique, le gouvernement fédéral met progressivement en œuvre, depuis plusieurs années, le « Plan d'action eSanté » pour soutenir l'informatisation des soins de santé. On aurait pu s'attendre à ce que ces services soient accueillis avec empressement par leurs utilisateurs et qu'ils trouvent spontanément leur chemin vers leurs pratiques. Mais est-ce bien le cas ?

Sans aucun doute, il y a eu beaucoup de progrès ces dernières années. Mais tout se passe-t-il aussi bien que prévu ? Quels sont les obstacles qui persistent et comment peut-on soutenir encore mieux le déploiement de ces services ? La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique avait chargé le KCE d'étudier cette question, avec un intérêt particulier pour les médecins généralistes, dont le rôle est central dans le système de soins de santé.

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour faire le tour de la question : revues de littérature, analyse quantitative des données relatives à l'utilisation des services eSanté par les médecins généralistes dans le cadre de la prime de pratique intégrée, analyse qualitative via des *focus groups*. Cette dernière partie s'est effectuée en collaboration avec imec (*Interuniversity Microelectronics Centre*), le centre interuniversitaire de micro-électronique flamand, qui met en musique l'outil *eHealthMonitor* et qui organise dans ce cadre des enquêtes auprès des larges échantillons de professionnels de soins et de patients sur l'utilisation des services eSanté.

Les données de la littérature internationale et les résultats belges se sont avérés assez concordants et ont permis d'identifier différents *clusters* de facteurs déterminants pour l'utilisation des services de santé en ligne. Vous pourrez les découvrir dans ce rapport. Nous espérons que celui-ci permette de mieux comprendre comment la numérisation peut servir les patients, les prestataires de soins de santé et les autorités de santé, avec pour objectif ultime des soins de santé de qualité accessibles à tous.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSSEN
Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	4
1.1.	OBJECTIFS DE CE RAPPORT	4
1.2.	QU'ENTEND-ON PAR EHEALTH ET ESANTÉ ?.....	5
1.3.	MÉTHODOLOGIE	6
2.	DESCRIPTION DES SERVICES E-SANTÉ ACTUELLEMENT À LA DISPOSITION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	6
2.1.	LA PLATEFORME EHEALTH	6
2.2.	RECIP-E – PRESCRIPTIONS ÉLECTRONIQUES	7
2.3.	MYCARENET	8
2.4.	SUMEHRS, SCHÉMAS DE MÉDICATION, COFFRES FORTS NUMÉRIQUES ET CONSENTEMENT DU PATIENT	8
2.5.	CEBAM EVIDENCE LINKER	9
2.6.	MEDIC-E.....	9
3.	TAUX D'UTILISATION DES SERVICES E-SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES BELGES	9
3.1.	LA PRIME DE PRATIQUE INTÉGRÉE.....	9
3.2.	TAUX D'UTILISATION D'ESANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	11
3.2.1.	Source des données	11
3.2.2.	Caractéristiques générales de la population de médecins généralistes (chiffres 2018).....	11
3.2.3.	Utilisation d'eSanté par critère	11
3.2.4.	Utilisation d'eSanté par région	13



4.	FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES SERVICES E-SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	16
4.1.	REVUE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE.....	16
4.2.	ANALYSE DE DISCOURS DANS LA LITTÉRATURE GRISE BELGE	18
4.3.	PROBLÈMES MIS EN LUMIÈRE PAR LES <i>FOCUS GROUPS</i> AVEC DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	18
4.3.1.	Obstacles à l'utilisation des services eSanté en général.....	18
4.3.2.	Obstacles spécifiques à l'utilisation de certains services eSanté	19
4.3.3.	Facilitateurs de l'utilisation des services eSanté.....	20
4.3.4.	Quelques idées pour améliorer le développement ultérieur des services eSanté.....	21
4.3.5.	Impact de la crise COVID-19 sur l'utilisation des services eSanté	21
5.	CONCLUSIONS	22
■	RECOMMANDATIONS.....	25



1. INTRODUCTION

1.1. Objectifs de ce rapport

Comme toutes les autres professions de santé, celle de médecin généraliste se digitalise afin de s'inscrire dans le paysage global des soins de santé. Ces dernières années, les solutions informatiques proposées aux médecins se sont multipliées ; une partie d'entre elles proviennent des autorités (en collaboration avec des partenaires privés) et visent à une meilleure efficience des prestations de soins et à une meilleure lisibilité de leur organisation globale. L'ensemble de ces services s'inscrit dans le « Plan d'action eSanté » (version 2019-2021)^a qui comprend 20 points d'action (répartis en 7 clusters – voir Encadré 1) à des stades de mise en œuvre divers (<https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30/roadmap-30>).

Par ailleurs, la Commission européenne s'est engagée à créer (pendant la période 2019 - 2025) un espace européen commun pour les données de santé (p. ex. dossiers médicaux informatisés, données génomiques, données issues de registres de patients) afin de les rendre plus accessibles et plus facilement échangeables. Non seulement cela permettrait d'améliorer la qualité des soins de santé, mais cela pourrait également être utilisé pour la recherche et l'élaboration de politiques en matière de santé.

Un aussi vaste processus d'informatisation demande aux uns et aux autres certaines adaptations de leur manière de travailler. Cela ne va pas sans accros. C'est pourquoi le Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique a demandé au KCE de lui fournir un aperçu des facteurs susceptibles de faciliter ou de freiner l'adoption des services eSanté, en se focalisant sur les médecins généralistes. Sur la base des résultats de ce rapport, les autorités de santé pourront alors fixer certaines priorités dans l'implémentation de ces services, tout en répondant mieux aux attentes de ces acteurs centraux de notre système de soins de santé.

Les questions de recherche ont été formulées comme suit :

1. Quels sont les taux actuels d'utilisation des services eSanté par les médecins généralistes en Belgique ?
2. Y a-t-il des différences de taux d'utilisation entre sous-groupes de médecins généralistes ?
3. Quels sont les facteurs qui facilitent l'utilisation des services eSanté actuels par les médecins généralistes belges ?
4. Quels sont les obstacles liés à l'utilisation des services eSanté actuels par les médecins généralistes belges qui doivent être surmontés ou éliminés ?

Encadré 1 – Les 7 clusters du plan d'action eSanté 2019-2021

1. **Fondements** : consentement informatisé des patients, matrice d'accès aux services et aux informations de santé pour les prestataires de soins de santé, normes terminologiques et techniques utilisées, etc. Cela signifie que les mêmes règles et accords s'appliquent à la fois aux patients, aux prestataires de soins de santé et aux fournisseurs de logiciels.
2. **Transversalité** : assurer une communication appropriée et garantir une bonne gestion et un bon suivi des projets, en surveillant étroitement leur cohérence.
3. **Soutien à la mise en œuvre** : politique d'incitation à l'utilisation des e-services par les prestataires de soins.
4. **Excellence opérationnelle** : soutien à la mise en œuvre sans heurts des nouveaux outils et systèmes, grâce à une infrastructure technique solide et fiable, et à des initiatives de soutien et d'accompagnement de tous les acteurs (helpdesk, formations, etc.).
5. **Prestataires de soins et institutions de soins** : services à valeur ajoutée pour les prestataires de soins : tels que des outils d'échange de données multidisciplinaires et transmuraux, prescription

^a Il s'agit du deuxième plan d'action eSanté ; le premier couvrait la période 2013-2018.

électronique, dossier patient informatisé dans les hôpitaux, etc. Il s'agit, dans une large mesure, de projets qui ont déjà été lancés dans le cadre du plan d'action eSanté 2013-2018 et dont la mise en œuvre et l'extension se poursuivent actuellement.

6. **Patient en qualité de copilote** : projets de santé en ligne qui s'adressent directement au patient, principalement le portail personnel de santé (Mijngezondheid.be - Masanté.be), qui, une fois entièrement implémenté, donnera accès pour tous les citoyens, via un portail unique, à toutes les informations de leur dossier médical en ligne. Les citoyens peuvent également y gérer directement leur déclaration de don d'organes.
7. **e-Santé et mutualités** : projets en cours des mutualités portant sur les processus administratifs avec les différents prestataires de soins, facturation et attestations électroniques, numérisation des conventions de revalidation et des accords chapitre IV pour les médicaments, etc.

D'après <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30>

1.2. Qu'entend-on par eHealth et eSanté ?

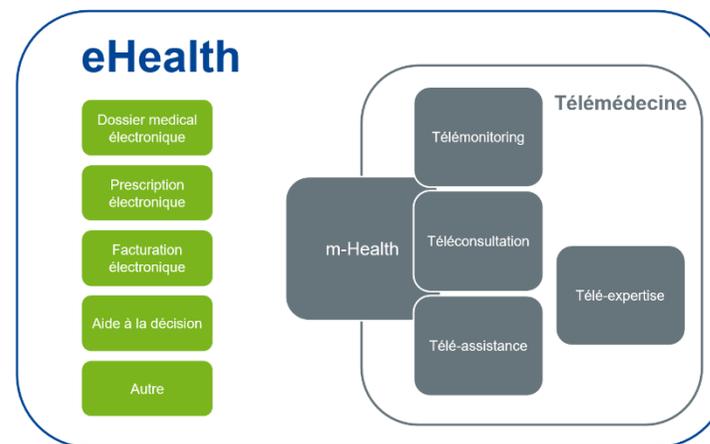
L'**eHealth** est un terme générique qui répond à des définitions à géométrie très variable, toutes en lien avec l'utilisation des **technologies de l'information et de la communication (TIC)** dans le domaine de la santé et/ou des soins de santé. Cela peut recouvrir des domaines tels que le télémonitoring, les téléconsultations, la télé-expertise ou la télé-assistance, que l'on peut aussi regrouper sous l'appellation **télémédecine**. On inclut également ces services dans le domaine de la **mHealth** lorsqu'ils ont recours au support d'applications mobiles (voir Figure 1). La mHealth comprend également des applications de bien-être ou de style de vie, parfois connectées à des dispositifs médicaux ou à des capteurs (bracelets ou montres).

Dans ce rapport, nous nous focalisons sur les services de l'eHealth au sens le plus restrictif du terme, à savoir les solutions informatiques qui ne sont pas en lien direct avec le diagnostic ou le traitement des patients, mais qui ont pour but de **faciliter la pratique quotidienne des prestataires de soins et leur interaction avec le système de santé**. Dans notre pays, cela

recouvre essentiellement les services désignés par les termes **eSanté** en français et **eGezondheid** en néerlandais.

Ce rapport se focalise sur les services qui entrent en ligne de compte pour la **prime de pratique intégrée en médecine générale** attribuée par l'INAMI (cf questions de recherche 1 et 2), à savoir : Recip-e, MyCareNet, l'enregistrement des consentements éclairés des patients, le téléchargement des Sumehrs, le téléchargement des schémas de médication, le Cebam evidence linker et le formulaire électronique d'évaluation du handicap.

Figure 1 – Les différentes composantes d'eHealth (eSanté) en Belgique



Source: Schéma adapté de Bensemmane & Baeten (2019)⁴. Les domaines en gris ne font pas partie du champ de cette recherche.



1.3. Méthodologie

Pour les questions de recherche 1 et 2, nous avons analysé les données administratives de l'INAMI de 2017 et 2018 relatives aux différents critères de la « prime de pratique intégrée en médecine générale » (ou la « prime télématique » pour 2017^b). Cette prime est accordée chaque année (depuis 2016) aux médecins généralistes afin de les encourager à utiliser les services eSanté ; elle se calcule sur la base de critères d'utilisation minimale de ces services.

Pour les questions de recherche 3 et 4, nous avons eu recours à :

- une revue systématique de la littérature internationale ;
- une revue de la littérature grise axée sur le contexte belge ;
- des groupes de discussion (*focus groups*) avec des médecins généralistes.

Parallèlement à notre étude, l'[Interuniversity Microelectronics Centre \(imec\)](#)^c a mené une enquête appelée [eHealthmonitor](#)^d pour évaluer l'attitude d'un échantillon plus varié de prestataires de soins de santé vis-à-vis d'eSanté. Nous avons travaillé en commun en ce qui concerne les *focus groups* de médecins généralistes, qui ont été organisés et menés par le KCE et dont les résultats (partiellement mis en commun) sont inclus dans ce rapport (voir 4.3).

^b La 'prime de pratique intégrée en médecine générale' remplace depuis 2018 la 'prime télématique' des années 2016-2017, dont les critères étaient légèrement différents. Pour plus de détails, voir le rapport scientifique.

2. DESCRIPTION DES SERVICES E-SANTÉ ACTUELLEMENT À LA DISPOSITION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Dans ce chapitre, nous présentons très succinctement les services eSanté disponibles pour les médecins généralistes au moment de la rédaction de ce rapport (novembre 2020) et qui sont pris en compte pour la prime de pratique intégrée pour la médecine générale, attribuée par l'INAMI.

2.1. La plateforme eHealth

La plateforme eHealth, c'est le centre névralgique du système eSanté. Son rôle est de maximiser la qualité et la continuité des soins de santé, d'optimiser la sécurité des patients, de simplifier les procédures administratives et de soutenir la politique de santé. Elle a un statut d'institution publique et l'éventail de ses missions est fixé par la loi. Pour les détails de ces missions, voir www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/mission.

La plateforme eHealth est gouvernée par un Comité de gestion réunissant des représentants des acteurs de la santé et des représentants des autorités publiques. Ce Comité de gestion est soutenu par un Comité de concertation représentant les utilisateurs de la plateforme – dont les associations de patients. Pour pouvoir remplir ses missions, la plateforme eHealth a légalement accès au Registre national (accès conditionné par le respect d'une procédure très stricte).

La plateforme eHealth s'appuie sur plusieurs fonctionnalités de base :

- Le **certificat eHealth** est l'équivalent de la carte d'identité électronique d'un ordinateur. C'est un passeport numérique permettant d'authentifier un système utilisateur (professionnel de la santé ou organisation agréée) et de lui ouvrir un niveau d'accès déterminé en fonction de son rôle dans le système de santé. C'est grâce à ce certificat qu'un logiciel

^c <https://www.imec.be/nl>

^d <https://www.imec-int.com/fr/ehealthmonitor>



(p.ex. le logiciel de dossier médical informatisé – DMI) est autorisé à se connecter aux services de la plateforme. Sa durée est limitée à 3 ans. Pour un professionnel de la santé individuel, ce certificat correspond à son eID (Registre national).

- La **base de données commune (Common Base Registry for HealthCare Actor – CoBRHA)** est la base de données commune des institutions publiques compétentes pour l'agrément des acteurs de soins de santé (individus et institutions). Pour chaque acteur, CoBRHA contient des informations sur la profession (individu) ou les activités agréées (institution) ainsi que les profils (les activités autorisées pour ledit acteur).
- Un **service de cryptage (End-to-end encryption service – ETEE)** qui permet de crypter les documents, images, enregistrements vidéo, etc. transitant par la plateforme.
- Un **service d'horodatage (Timestamp service)** qui permet de prouver l'existence d'un document avec un contenu donné à un moment donné dans le système.

Une description plus détaillée de ces services de base se trouve dans le chapitre 2 du [rapport scientifique](#).

La plateforme eHealth propose également un **tableau de bord (dashboard)** des interventions techniques planifiées sur les différents services eSanté. Les médecins généralistes peuvent le consulter pour savoir quels sont les services temporairement indisponibles.

2.2. Recip-e – Prescriptions électroniques

Recip-e est un système destiné (actuellement) aux médecins, dentistes et sages-femmes. Il est destiné à remplacer les ordonnances sur papier (pour des médicaments, de la kinésithérapie ou des soins infirmiers) par des prescriptions électroniques. Son utilisation est devenue obligatoire pour les prescriptions pharmaceutiques, sauf lors de visites à domicile et en cas d'urgence. Le médecin est informé lorsque le patient a retiré son médicament à la pharmacie ; il peut donc également savoir si le patient n'a pas (encore) utilisé l'ordonnance.

Recip-e permet également au patient de consulter son ordonnance sur le portail Masanté (anciennement *Personal Health Viewer*)^e.

Les prescriptions de kinésithérapie et de soins infirmiers sont encore en phase de test. À l'avenir, les prescriptions de biologie clinique et d'imagerie médicale seront également intégrées dans le système.

Pour les médecins qui n'ont pas besoin de logiciel de gestion du DMI, l'INAMI a mis à disposition un portail web appelé PARIS (*Prescription & Autorisation Requesting Information System*) qui permet également de prescrire électroniquement, mais sans toutes les caractéristiques et avantages du service intégré Recip-e.

Le système Recip-e est régi par une asbl (Recip-e VZW-ASBL) créée en 2010 et subsidiée par les autorités publiques. Ses membres sont issus des associations représentant les professionnels de la santé au sein de l'INAMI (voir le rapport scientifique pour plus de détails).

^e Le portail Masanté est un point d'accès central qui permet à tout patient de consulter diverses données à caractère personnel concernant sa santé ainsi que d'autres informations relatives à la santé en général.



2.3. MyCareNet

MyCareNet est une plateforme électronique d'échange d'informations entre les professionnels/institutions de soins et les mutualités. Son objectif est de simplifier les procédures administratives et de moderniser l'échange d'informations entre les professionnels de la santé et les mutualités. Tout professionnel/institution de soins peut se connecter à MyCareNet ; son authentification est assurée par la plateforme eHealth.

Les services actuellement offerts par MyCareNet aux médecins généralistes sont :

- Accès à des informations sur le statut et les droits à l'assurance de l'affilié à la mutualité ainsi qu'à d'autres informations connexes (parcours de soins, statut de malade chronique, pharmacien régulier) ;
- Gestion en ligne des demandes d'approbation de médicaments du chapitre IV par le médecin-conseil de la mutualité ;
- Envoi direct des attestations de soins à la mutualité (eAttest) ;
- Facturation directe à la mutualité dans le cadre du tiers payant (eFact) ;
- Gestion du Dossier Médical Global (DMG).

MyCareNet est géré par le Collège Intermutualiste National (CIN) qui associe les sept mutualités belges.

2.4. Sumehrs, schémas de médication, coffres forts numériques et consentement du patient

Les médecins généralistes doivent souvent échanger des informations sensibles sur la santé de leurs patients avec d'autres acteurs des soins de santé. Pour faciliter ces échanges, un dossier de santé résumé (**Summarized Electronic Health Record – Sumehr**) a été créé. Il contient les informations jugées utiles pour assurer la continuité des soins au patient : données d'identification, description des problèmes de santé et traitements actuels, antécédents médicaux et thérapeutiques, etc. Plusieurs Sumehrs peuvent être créés au fil du temps, mais seul le dernier en date est considéré comme valide.

Le **schéma de médication** est l'un des éléments possibles du Sumehr, mais il est pris en compte comme un paramètre distinct dans le cadre de la prime de pratique intégrée en médecine générale.

Tout échange portant sur ces informations se fait via la plateforme eHealth entre des coffres forts numériques (Vitalink en Flandre, Inter-med en Wallonie et Brusafe+ à Bruxelles). Les informations transitent par un système de 'hubs'. Ces hubs sont les quatre réseaux régionaux d'échange d'informations entre les hôpitaux et les autres acteurs du secteur de la santé : le Réseau Santé Wallon (RSW) en Wallonie, le Réseau santé Bruxellois à Bruxelles (géré par l'asbl Abrumet) et pour la Flandre, la Collaboratief Zorgplatform (Cozo) et le Vlaams Ziekenhuisnetwerk KULeuven. Ces hubs ne détiennent pas d'informations sur la santé des patients, mais sont capables de localiser ces informations auprès d'un acteur spécifique des soins de santé (individu ou institution).

Un préalable à ces échanges d'informations est l'autorisation donnée par le patient à l'échange des données de santé (« **consentement éclairé** »), qui doit être dûment enregistrée dans le système eSanté. La plateforme eHealth tient trois registres relatifs à ce consentement : le consentement lui-même, les prestataires des soins avec qui le patient accepte d'entretenir des relations thérapeutiques et ceux qu'il exclut de ces relations. Sur la base de ces trois registres, la plateforme eHealth détermine quel type d'acteur de soins de santé peut avoir accès à quel type d'information. Par exemple, un médecin généraliste ayant une relation thérapeutique avec un patient peut accéder à toutes les parties du Sumehr de ce patient, tandis que le pharmacien du patient ne peut en consulter que certaines parties. Quant aux patients, ils peuvent consulter leur Sumehr et leur schéma de médication via leur portail Masanté et également y gérer les relations thérapeutiques et les exclusions.



2.5. Cebam Evidence Linker

Le Cebam Evidence Linker est une fonctionnalité intégrée dans le logiciel de Dossier Médical Informatisé (DMI) des médecins généralistes. Il leur présente des recommandations cliniques pertinentes en fonction des diagnostics qu'ils encodent dans le dossier.

Ces recommandations proviennent de sources belges et internationales :

- ebracticenet, la cellule dissémination du réseau fédéral belge *EBP Network* qui rassemble l'ensemble des résumés des guidelines belges (ou internationaux adaptés pour la Belgique) destinés à la première ligne de soins ;
- DynaMed Plus, qui passe en revue et synthétise les recommandations cliniques (pas prévu pour les médecins généralistes, mais seulement pour les médecins-spécialistes via des projets pilotes);
- BAPCOC (Commission belge de coordination de la politique des antibiotiques) responsable des guidelines relatifs à la prescription d'antibiotiques ;
- NHG (société néerlandaise des médecins généralistes).

2.6. Medic-e

Le médecin généraliste peut être sollicité dans le cadre d'une procédure de reconnaissance de handicap par le Service Public Fédéral Sécurité sociale ; il est alors invité à fournir certaines informations (p.ex. s'agit-il d'un accident du travail, etc.). Dans ce cas, le formulaire électronique Medic-e, intégré dans le logiciel DMI des médecins généralistes, utilise également les services d'authentification et de cryptage de la plateforme eHealth.

3. TAUX D'UTILISATION DES SERVICES E-SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES BELGES

3.1. La prime de pratique intégrée

La prime de pratique intégrée en médecine générale^f a été mise en œuvre pour promouvoir l'utilisation des services eSanté par les médecins généralistes. Il s'agit d'une somme forfaitaire annuelle accordée par l'INAMI aux médecins généralistes qui utilisent un certain nombre de services eSanté à une fréquence-seuil minimale clairement définie dans les critères d'utilisation (voir Tableau 1). Plus le nombre de services utilisés est élevé, plus le montant forfaitaire est important (entre 1000 et 6000 € – pour les médecins généralistes en formation, le montant est de 800 €). Cette prime n'est toutefois pas accordée automatiquement ; les médecins doivent en faire la demande chaque année.

Un autre critère est que le médecin généraliste utilise un logiciel accepté par la Commission nationale médico-mutualiste (voir tableau 22 dans l'annexe 1.1 du [rapport scientifique](#)).

Enfin, la prime n'est accordée que pour les années où les médecins ont été considérés comme « actifs », c'est-à-dire :

- avoir un numéro INAMI de médecin généraliste (003 ou 004) depuis *moins de 5 ans* et participer à un rôle de garde ;
- avoir un numéro INAMI de médecin généraliste (003 ou 004) depuis *au moins 5 ans*, participer à un rôle de garde et avoir effectué des prestations pour au moins 25 000 € de remboursement (ce qui revient à 1 250 contacts annuels ; cette condition ne s'applique pas aux maisons médicales au forfait) ;
- avoir un numéro INAMI de médecin généraliste en formation (005 ou 006).

^f La prime de pratique intégrée remplace depuis 2018 la 'prime télématique' des années 2016-2017, dont les critères étaient légèrement différents. Pour plus de détails, voir le [rapport scientifique](#).

**Tableau 1 – Critères d'utilisation d'eSanté pour la prime de pratique intégrée (INAMI)**

Numéro	Critère
C1	Pendant les 6 derniers mois de l'année (pour laquelle la prime est demandée), au moins 25 % des prescriptions de médicaments ont été effectuées via Recip-e .
C2	Pendant les 6 derniers mois de l'année, au moins 50 % des demandes de remboursement de médicaments du Chapitre IV ont été introduites via le service Chapitre IV de MyCareNet.
C3	Pendant les 6 derniers mois de l'année, au moins 20 % des consultations de patients bénéficiaires d'une intervention majorée (BIM) ont été facturées via le service eFact de MyCareNet.
C4	Au 31 décembre de l'année pour laquelle la prime est demandée, le consentement éclairé d'au moins 25 % des patients pour lesquels le médecin tient un DMG a été enregistré. Ce consentement informé peut être enregistré par le patient lui-même, le médecin généraliste ou un autre prestataire de soins (p.ex. un hôpital).
C5	Le rapport entre (a) le nombre total de patients pour lesquels un Sumehr a été <i>uploadé</i> via les plateformes RSW, Vitalink ou Abrumet au 31 décembre de l'année pour laquelle la prime a été demandée et (b) le nombre de patients pour lesquels des honoraires de DMG ont été versés au cours de cette même année, est d'au moins 25 %.
C6	MyCareNet a été utilisé pour la gestion électronique des honoraires du DMG au cours de l'année pour laquelle la prime a été demandée.
C7	Pendant les 6 derniers mois de l'année, au moins 5 schémas de médication ont été créés ou adaptés.
C8	Pendant les 6 derniers mois de l'année, le Cebam Evidence Linker a été utilisé au moins 5 fois (via login).
C9	Pendant les 6 derniers mois de l'année, au moins 5 % des attestations de consultations ont été délivrées via le service eAttest de MyCareNet.
C10	Pendant les 6 derniers mois de l'année, le formulaire Medic-e d'évaluation de handicap du SPF Sécurité sociale a été utilisé au moins 3 fois pour envoyer des informations médicales au SPF Sécurité sociale (DG Personnes handicapées).

Chaque critère rencontré vaut 1 point. Les critères C3, C6 et C9 ne sont pas applicables aux médecins travaillant en maison médicale au forfait.

Si un médecin travaillant en pratique de groupe ou en maison médicale au forfait ne rencontre par un critère particulier, le point peut malgré tout lui être accordé si la moyenne de la maison médicale ou de la pratique de groupe rencontre le critère.



3.2. Taux d'utilisation d'eSanté par les médecins généralistes

3.2.1. Source des données

Les données relatives au respect des critères de la prime télématique/prime de pratique intégrée ont été fournies par l'INAMI pour les années 2017 et 2018. Ces données comprenaient également des informations sur la région de pratique, la catégorie d'âge, le sexe, le volume de contacts, la participation au service de garde et le type de pratique (solo, pratique de groupe, maison médicale).

Il est important de noter que toutes les données reçues concernent des médecins généralistes diplômés. Les médecins généralistes en formation ne faisaient pas partie de notre sélection.

3.2.2. Caractéristiques générales de la population de médecins généralistes (chiffres 2018)

Les **pratiques en solo** étaient les plus courantes : 15 670 médecins généralistes étaient déclarés comme travaillant seuls. Environ la moitié d'entre eux (50,4 %) participaient à un rôle de garde et 39,5 % avaient au moins 1 250 contacts annuels. Leur âge médian était de 55-59 ans. Il y avait 32,3 % de femmes. En tout, 5 920 étaient considérés comme actifs et pouvant donc prétendre à la prime de pratique intégrée.

Les **pratiques de groupe** comptaient 3 918 médecins généralistes, dont la plupart (97,6 %) étaient actifs dans les gardes et 93,1 % avaient au moins 1 250 contacts annuels. Leur âge médian était de 45-49 ans. Il y avait 54,4 % de femmes. En tout, 3 638 étaient considérés comme actifs et pouvant donc prétendre à la prime de pratique intégrée.

Dans les **maisons médicales au forfait**, 623 des 638 médecins généralistes (97,8 %) étaient enrôlés dans le service de gardes et pouvaient donc prétendre à la prime de pratique intégrée. Leur âge médian était de 40-49 ans. Il y avait 67,5 % de femmes.

Pour résumer, on peut dire que la majorité des médecins généralistes (57 %) travaillant en solo sont des hommes âgés de plus de 50 ans, tandis que les maisons médicales présentent un profil opposé : davantage de femmes généralistes, âgées de moins de 50 ans (représentant 55,1 % de cette sous-population).

3.2.3. Utilisation d'eSanté par critère

De façon générale, les critères semblent plus facilement remplis dans les pratiques de groupe (en tête pour C1 à C6 et C9), suivies par les maisons médicales (en tête pour C8 et C10), par rapport aux pratiques solo. On observe également une tendance générale à la hausse pour tous les critères entre 2017 et 2018.

Le critère qui rencontre le plus de succès est l'enregistrement du consentement éclairé (C4) : en 2018, plus de 95 % des médecins généralistes atteignent le seuil de 25 % des patients ayant un Dossier Médical Global pour lesquels un consentement éclairé a été enregistré. Il est toutefois important de noter que cet enregistrement peut également être fait par un autre professionnel de santé ou par le patient lui-même. Tous les autres critères dépendent uniquement du médecin généraliste.

Le deuxième service le plus utilisé est Recip-e, que plus de 84 % des médecins généralistes ont utilisé pour au moins 25 % de leurs prescriptions au cours du second semestre de 2018.

À l'inverse, les services les moins sollicités sont le Cebam Evidence Linker (C8) et l'eAttest (C9), disponible via MyCareNet, avec respectivement 37,5 % d'utilisateurs atteignant le seuil minimal pour le Cebam Evidence Linker et 45 % pour l'eAttest.

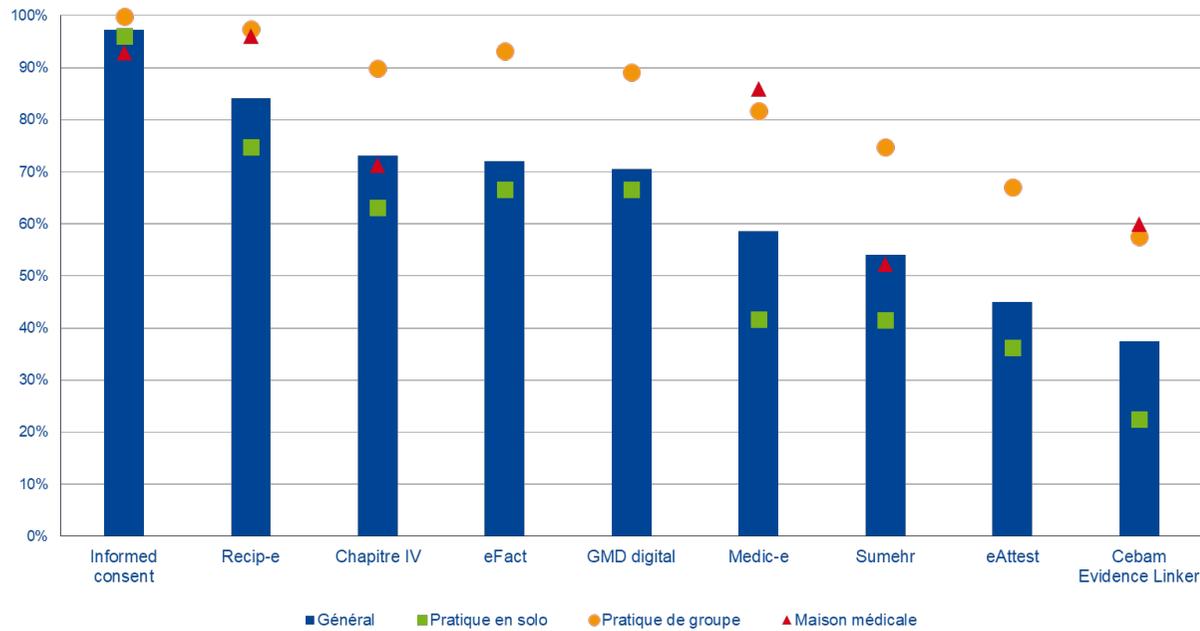
Les Sumehrs (C5) ne rencontrent pas un grand succès. On observe toutefois une augmentation de leur utilisation entre 2017 et 2018 malgré un relèvement du seuil minimal de 20 % à 25 % (voir Tableau 1, C5). L'utilisation de MyCareNet pour les demandes de médicaments du chapitre IV (C2) connaît également une amélioration notable entre 2017 et 2018.



Les médecins généralistes pratiquant en solo ont des taux d'utilisation généralement plus faibles que ceux travaillant en pratique de groupe ou en maison médicale (voir Figure 2). Ce constat est probablement lié à l'âge des praticiens solo. Les femmes médecins généralistes (en moyenne plus jeunes) sont de plus grandes utilisatrices que leurs collègues masculins (pour une vue détaillée des pyramides d'âges par critères, voir le chapitre 3.3.3 du [rapport scientifique](#)).

Tableau 2 – Utilisation d'eSanté par critère / année / type de pratique

Type de pratique	2017				2018			
	Solo N=6 100	Groupe N=3 383	Maison médicale N=573	Total N=10 056	Solo N=5 920	Groupe N=3 638	Maison médicale N=623	Total N=10 181
C1 Recip-e (25 %)	63,7 %	93,8 %	85,9 %	75,1 %	74,8 %	97,5 %	96,1 %	84,2 %
C2 MyCareNet Chapitre IV (50 %)	48,6 %	78,4 %	46,1 %	58,5 %	63,1 %	89,8 %	71,3 %	73,1 %
C3 MyCareNet eFact (20 %)	54,7 %	86,3 %		62,2 %	66,6 %	93,2 %		72,0 %
C4 Consentement éclairé (25 %)	90,0 %	98,5 %	78,7 %	92,3 %	96,1 %	99,8 %	92,9 %	97,2 %
C5 Sumehr (20/25 % en 2017/18)	36,4 %	72,0 %	50,8 %	49,2 %	41,5 %	74,8 %	52,2 %	54,0 %
C6 MyCareNet gestion du DMG	55,6 %	79,6 %		60,5 %	66,6 %	89,1 %		70,5 %
C8 Cebam Evidence linker (5 fois)					22,5 %	57,6 %	60,0 %	37,4 %
C9 MyCareNet e-Attest (5 %)					36,2 %	67,0 %		45,0 %
C10 Medic-e Évaluation du handicap (3 fois)					41,6 %	81,7 %	85,9 %	58,6 %

**Figure 2 – Pourcentage de médecins généralistes atteignant le seuil, par type de pratique (2018)**

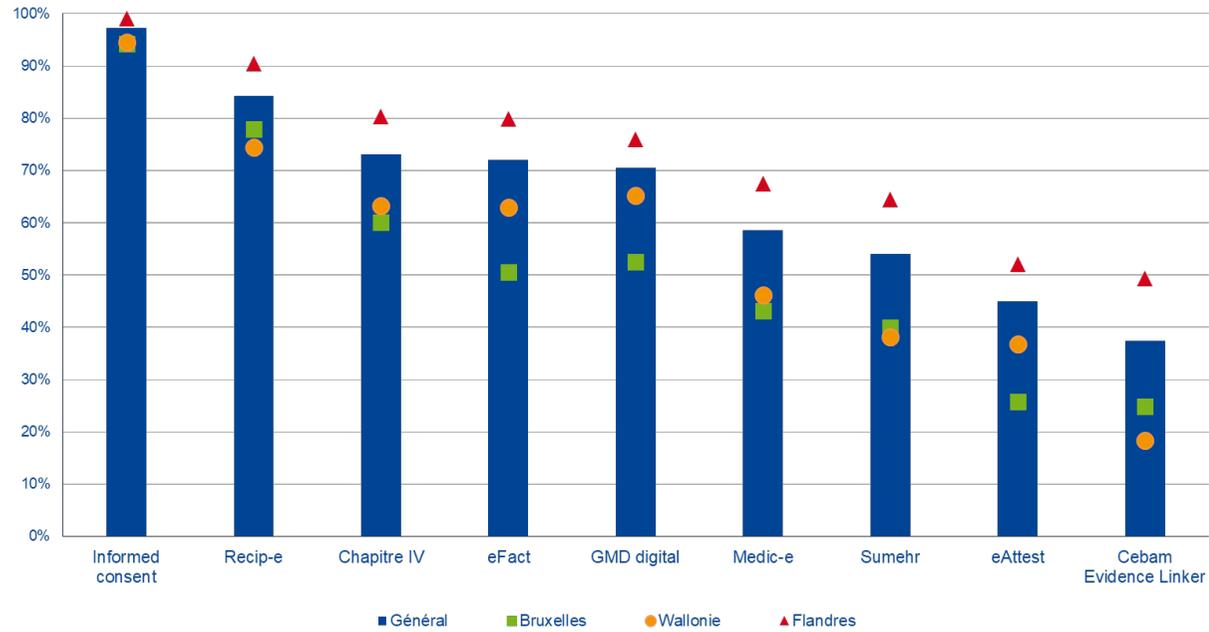
3.2.4. Utilisation d'eSanté par région

L'utilisation des services eSanté est globalement plus importante en Flandre par rapport à la Wallonie et à Bruxelles, mais les taux d'utilisation augmentent clairement entre 2017 et 2018 pour toutes les régions (voir Figure 3). L'analyse des raisons de ces différences sort du cadre de cette étude.



Tableau 3 – Utilisation d'eSanté par critère / année / région

Région	2017				2018			
	Flandre N=5 928	Wallonie N=3 273	Bruxelles N=854	Belgique N=10 056	Flandre N=6 059	Wallonie N=3 263	Bruxelles N=859	Belgique N=10 181
C1 Recip-e (25 %)	84,2 %	61,2 %	65,5 %	75,1 %	90,4 %	74,4 %	77,9 %	84,2 %
C2 MyCareNet Chapitre IV (50 %)	68,9 %	43,8 %	42,2 %	58,5 %	80,3 %	63,3 %	60,1 %	73,1 %
C3 MyCareNet eFact (20 %)	72,6 %	48,6 %	42,4 %	62,2 %	79,9 %	62,9 %	50,5 %	72,0 %
C4 Consentement éclairé (25 %)	97,7 %	84,6 %	84,3 %	92,3 %	99,1 %	94,6 %	94,2 %	97,2 %
C5 Sumehr (20/25 % en 2017/18)	59,9 %	32,5 %	39,2 %	49,2 %	64,5 %	38,2 %	40,0 %	54,0 %
C6 MyCareNet gestion du DMG	66,8 %	52,7 %	46,7 %	60,5 %	75,9 %	65,2 %	52,6 %	70,5 %
C8 Cebam Evidence linker (5 fois)					49,4 %	18,4 %	24,8 %	37,4 %
C9 MyCareNet eAttest (5 %)					52,1 %	36,8 %	25,8 %	45,0 %
C10 Medic-e Évaluation du handicap (3 fois)					67,5 %	46,2 %	43,2 %	58,6 %

**Figure 3 – Pourcentage de médecins généralistes atteignant le seuil, par région (2018)**



4. FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES SERVICES E-SANTÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

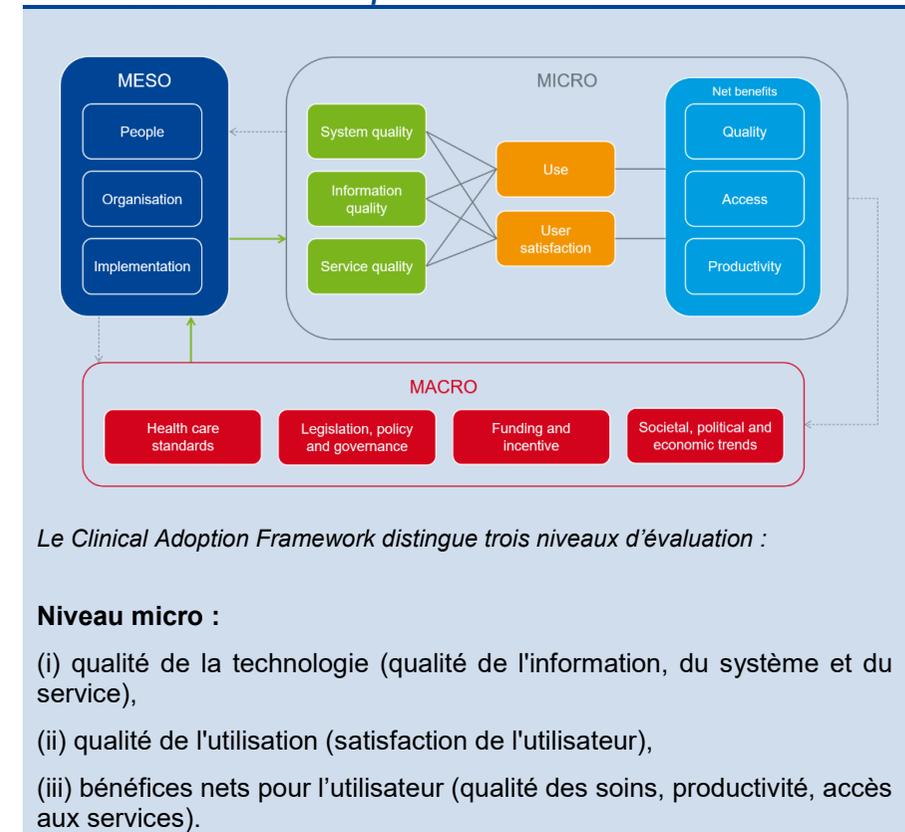
Afin de cerner les freins et facilitateurs qui influencent l'utilisation des services eSanté par les médecins généralistes belges, nous avons combiné trois sources d'informations. Nous avons tout d'abord réalisé une revue systématique de la littérature internationale qui nous a permis d'identifier un ensemble de facteurs généraux. Nous avons ensuite tenté de voir si d'autres facteurs spécifiques du contexte belge devaient y être ajoutés. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse de discours dans la littérature grise, suivie de groupes de discussion (*focus groups*) avec des médecins généralistes recrutés dans les trois régions du pays.

4.1. Revue de la littérature internationale

Nous avons analysé 20 revues systématiques internationales portant sur l'adoption de fonctionnalités d'eHealth par les professionnels de santé, essentiellement les médecins. Toutes les publications mentionnent un large éventail de facteurs contribuant à l'adoption des solutions informatisées. Nous avons structuré nos résultats en utilisant le cadre conceptuel appelé *Clinical Adoption Framework*, qui permet de cartographier les facteurs influençant le succès des technologies de l'information en matière de santé. Ce cadre conceptuel fusionne des théories et des modèles provenant de plusieurs disciplines (systèmes d'information, sciences de l'organisation, informatique de la santé) et intègre des aspects tels que les interactions entre technologies de l'information, les recherches sur l'adéquation tâche et technologie, la gestion des changements et des risques, et les aspects

humains et socio-organisationnels de la santé en ligne. Pour plus d'informations à ce sujet, nous renvoyons le lecteur à Lau et Price⁹.

Encadré 1 – Le *Clinical Adoption Framework*



Le *Clinical Adoption Framework* distingue trois niveaux d'évaluation :

Niveau micro :

- (i) qualité de la technologie (qualité de l'information, du système et du service),
- (ii) qualité de l'utilisation (satisfaction de l'utilisateur),
- (iii) bénéfices nets pour l'utilisateur (qualité des soins, productivité, accès aux services).

⁹ Lau F, Price M. Clinical adoption framework. In: Lau F, Kuziemsky C, editors. Handbook of eHealth evaluation: an evidence-based approach. Victoria: University of Victoria; 2017.



Niveau méso :

- (i) personnes concernées (attentes personnelles, rôles et responsabilités),
- (ii) organisation (mesure dans laquelle l'eHealth correspond à sa stratégie, sa culture, sa structure, ses processus, son infrastructure d'information et son retour sur investissement),
- (iii) processus d'implémentation.

Niveau macro :

- (i) normes en vigueur dans le domaine de l'eHealth, des performances organisationnelles et des pratiques professionnelles,
- (ii) gouvernance (influence des agences publiques, des actes législatifs et des règlements ou politiques),
- (iii) financement (rémunérations et programmes d'incitation),
- (iv) tendances (attentes du public, culture sociopolitique et économique).

Notre analyse de la littérature internationale nous a permis d'identifier 81 facteurs influençant l'adoption des technologies de santé en ligne, que nous avons classés en fonction du *Clinical Adoption Framework*, soit 36 facteurs au niveau micro, 31 au niveau méso et 14 au niveau macro. Les facteurs revenant dans au moins la moitié des publications retenues ont été considérés comme des **facteurs fondamentaux**. Nous nous limitons ici à citer ces facteurs fondamentaux ; une description plus exhaustive peut être trouvée au chapitre 4 du [rapport scientifique](#).

Niveau micro

Au niveau micro, les facteurs fondamentaux sont l'**interopérabilité** avec d'autres systèmes, la **sécurité** des données et la **facilité d'utilisation** du système. L'impact sur la **relation patient-prestataire de soins** est également cité de nombreuses fois (p.ex. crainte de perdre le contact visuel avec le patient). Enfin, la balance entre avantages et désavantages doit être positive, et les **coûts élevés** de l'achat et de la maintenance du système informatique interviennent assurément dans cette balance.

Niveau méso

Au niveau méso, nous avons retenu comme facteurs fondamentaux la présence de '**champions**' ou '**superutilisateurs**' (généralement des pairs qui présentent les nouveaux services eSanté à leurs collègues, leur apprennent à les utiliser, et, ce faisant, améliorent leur compréhension de leur fonctionnement et de leurs avantages potentiels), ainsi que le niveau de **connaissances en informatique** (*computer literacy*) des professionnels de la santé et leur attitude **vis-à-vis de l'innovation/de la technologie**. Les caractéristiques de la pratique et de la patientèle interviennent également, en particulier, les pratiques de petite taille sont moins susceptibles d'accueillir favorablement l'informatisation. Enfin, en termes d'implémentation, les possibilités de **formation** offertes aux utilisateurs, et les stratégies **d'implication des utilisateurs finaux** dans les différentes étapes de la mise en œuvre sont des facteurs décisifs.

Niveau macro

Au niveau macro, le seul facteur fondamental est l'existence de **programmes d'incitation financière** à l'adoption des technologies d'eHealth. L'absence d'utilisation systématique de standards (notamment terminologiques) est également un obstacle souvent cité.

Les tendances sociétales ont également une influence sur l'adoption des services eSanté. À signaler à ce sujet, l'initiative de la plateforme néerlandaise Nictiz (équivalent de la plateforme eHealth belge) qui vise à rendre les technologies de l'eHealth populaires auprès des médecins généralistes en organisant chaque année un congrès très médiatisé au cours duquel ils présentent les résultats de leur eHealth-Monitor.



4.2. Analyse de discours dans la littérature grise belge

L'analyse de la littérature grise belge met en lumière que les médecins généralistes déplorent un **déséquilibre entre les coûts et les bénéfices** de l'utilisation des services eSanté. La promesse d'une facilitation du transfert d'informations entre professionnels de la santé est contrebalancée par un manque d'ergonomie (p.ex. messages d'erreur, documents illisibles, liens non fonctionnels, nombre élevé de clics) et d'interopérabilité (p.ex. entre le logiciel du médecin généraliste et les logiciels des hôpitaux), des problèmes structurels liés à l'architecture du système, des pannes, une surcharge de données non pertinentes et des difficultés d'accès aux fonctionnalités de l'Evidence-Based Practice (aides à la décision, alertes).

Le **temps perdu** en raison de ces lacunes et dysfonctionnements est du temps qui ne peut être consacré aux patients. Cela représente à la fois une perte de revenus et une baisse de la qualité des soins. Les médecins généralistes craignent également la **perte de certaines données** à cause des défaillances du système. Enfin, à cette liste d'inconvénients viennent s'ajouter les **coûts d'installation et de maintenance des logiciels**. Ces coûts financiers directs sont toutefois compensés par la prime de pratique intégrée versée par l'INAMI.

La perte de temps, la crainte de perte de données et les coûts d'installation engendrent une grande frustration et sapent la motivation et la confiance des médecins envers le système eSanté, mais aussi leur confiance en leurs propres capacités à interagir avec ce système. En revanche, les services d'assistance (e-Health Academy à Bruxelles, e-santewallonie en Wallonie et éenlijn.be^h en Flandre) et les **possibilités de formation** sont identifiés comme des facilitateurs potentiels de l'adoption de ces services. Enfin, il est à noter que les médecins généralistes disent également devoir prendre du temps pour expliquer à leurs patients l'utilisation de services tels que le portail Masanté.

Notre analyse de discours identifie également quelques solutions telles que **l'interopérabilité** entre les systèmes, ainsi que la disponibilité, dans un

dossier informatisé multidisciplinaire, **d'informations complètes codées de manière standardisée**. **L'intégration de dispositifs d'aide à la décision aux logiciels** de gestion des dossiers médicaux est également considérée comme nécessaire à l'avenir.

La méthodologie de cette analyse de discours ainsi que les résultats détaillés se trouvent dans le chapitre 5 du [rapport scientifique](#).

4.3. Problèmes mis en lumière par les *focus groups* avec des médecins généralistes

Cette partie de notre recherche a été réalisée en collaboration avec imec. En effet, imec réalisait au même moment une enquête parmi les acteurs de soins de première ligne sur leur utilisation et leurs attitudes à l'égard de l'eSanté, en vue de constituer le *eHealthMonitor*. Cette plateforme combine une enquête récurrente sur l'utilisation des services eSanté et des groupes de discussion pour les professionnels de la santé belges.

Trois *focus groups* avec des médecins généralistes ont été organisés dans ce cadre, un en Wallonie et un à Bruxelles (francophones), et un en Flandre (néerlandophone). Dix médecins généralistes représentant les trois régions du pays ont participé à ces *focus groups*, qui se sont tenus en ligne en raison de l'épidémie de COVID-19. La méthodologie suivie est décrite dans le chapitre 6 du [rapport scientifique](#), de même que l'analyse détaillée de leurs résultats. Nous n'en livrons ici qu'un résumé.

4.3.1. *Obstacles à l'utilisation des services eSanté en général*

Parmi les obstacles à l'utilisation des services eSanté, les médecins généralistes interrogés ont d'abord évoqué les **problèmes de compatibilité** entre les logiciels de médecine générale, des hôpitaux et des hubs, ce qui entrave considérablement l'opérabilité des services. C'est en particulier le cas entre les différentes régions du pays. Un autre sujet de préoccupation est la question de la **sécurité des données**. Certains médecins généralistes ne sont pas convaincus par les **mesures de sécurité** du système et mettent

^h éenlijn.be a été repris par VIVEL en 2020.



eux-mêmes en place des mesures supplémentaires (p.ex. serveur personnel pour ne pas utiliser le cloud).

Ils évoquent également de nombreux problèmes lors des contacts avec les **services de soutien informatique**, dont le vocabulaire spécifique leur est difficilement compréhensible. Lors de pannes du système, les messages d'erreur sont peu compréhensibles et ne donnent aucune indication sur la marche à suivre pour résoudre le problème. De plus, les services de dépannage externes interviennent souvent en prenant le contrôle à distance de l'écran, ce qui ne permet pas aux médecins de gagner en **autonomie** en comprenant leurs éventuelles erreurs et en apprenant à résoudre les problèmes par eux-mêmes.

Lors du développement et du lancement de nouveaux services, les médecins ont l'impression que les développeurs ne prêtent pas assez attention aux changements – parfois importants – que cela implique dans leur pratique quotidienne. Le nouveau service leur semble donc imposé soudainement sans qu'ils aient été **consultés sur la meilleure manière de le concevoir et de l'implémenter**.

Un autre reproche fait à l'eSanté est qu'elle génère des **quantités d'informations** telles qu'il devient difficile d'identifier celles que l'on cherche. Par exemple, le hub permet au médecin généraliste d'avoir accès à toutes les informations relatives à un patient donné, y compris celles qui sont relatives à d'autres prestataires de soins. Ces longues listes de documents sont difficilement utilisables car le médecin perd trop de temps à y chercher le seul document dont il a besoin.

À côté du problème de la quantité de données, les médecins interrogés soulèvent également celui de leur qualité. En effet, pour bénéficier de la prime de pratique intégrée, ils doivent encoder un nombre minimum de Sumehrs par an, mais il n'y a **aucun contrôle de la qualité** de ces résumés. Constituer un Sumehr qui peut réellement être utile pour les autres prestataires de soins est une tâche qui prend un certain temps ; il n'est donc pas logique que bricoler 'à la va-vite' des Sumehrs apportant peu d'informations pertinentes suffise à obtenir l'incitant financier.

Les **coûts parfois très importants** à engager sont aussi vus comme des obstacles ; en effet, en plus du matériel, il faut également prendre en compte les licences d'utilisation, les mises à jour et les contrats de maintenance. La prime de pratique intégrée est destinée à couvrir (une partie de) ces investissements, mais nombreux sont les médecins qui la voient plutôt comme une 'récompense' qu'ils ne souhaitent pas nécessairement utiliser à cet effet. Pour les médecins qui n'ont pas droit à la prime, l'investissement financier peut être carrément réhibitore.

Enfin, les médecins participants ont évoqué la perte d'expertise et de main-d'œuvre due au fait que certains médecins généralistes (âgés) ont abandonné leur pratique à cause des exigences liées à l'informatisation.

4.3.2. *Obstacles spécifiques à l'utilisation de certains services eSanté*

Schémas de médication

L'insatisfaction vis-à-vis des schémas de médication apparaît clairement, notamment parce que cette fonctionnalité ne permet pas un partage suffisant d'informations. Plusieurs exemples sont donnés : les problèmes de compatibilité avec les logiciels des pharmaciens ; le fait que ce service fonctionne 'à sens unique', permettant au médecin de s'adresser au pharmacien mais pas l'inverse ; l'absence de feedback des hôpitaux lors de modifications de médication. Dans certaines régions, les médecins ont même pris collégialement la décision de se passer de cette fonctionnalité. Certaines firmes informatiques conseillent parfois elles-mêmes de ne pas en faire usage.

Cebam Evidence linker

Les médecins généralistes ont tendance à considérer ce service comme superflu ; il apporte parfois des informations intéressantes mais peu pertinentes dans leur pratique quotidienne, voir irritantes pour certains. En outre, le service est d'accès assez complexe et sa compatibilité avec certains logiciels de médecine générale n'est pas optimale.



Sumehrs

Les médecins généralistes considèrent que les Sumehrs sont très utiles, à condition d'être bien faits, et regrettent, comme déjà mentionné, que leur qualité ne soit soumise à aucun contrôle ni exigence.

eFact et eAttest

eFact et eAttest sont deux services que les médecins généralistes considèrent comme très utiles car leur permettant de travailler plus efficacement (surtout depuis que les téléconsultations sont devenues plus fréquentes en raison de la crise du COVID-19). eFact semble un peu plus complexe/plus lent à l'usage.

Toutefois, malgré la simplification administrative que cela représente pour les patients, certains d'entre eux apprécient de recevoir un reçu sur papier.

E-Vax/vaccinet

Cette fonctionnalité semble bien fonctionner en Flandre, mais pas tellement en Wallonie. Considérée comme un outil potentiellement utile en médecine préventive, on lui reproche son manque de convivialité et sa complexité d'utilisation. De plus, son intérêt est d'autant plus restreint qu'elle n'est pas accessible à d'autres acteurs importants de la prévention, comme les pédiatres, l'ONE / Kind&Gezin et la médecine scolaire. En outre, comme il n'y a pas de lien direct entre e-Vax/Vaccinet et le logiciel du médecin généraliste, celui-ci doit encoder deux fois chaque vaccination.

4.3.3. *Facilitateurs de l'utilisation des services eSanté*

Valeur ajoutée

Tous les inconvénients et obstacles énumérés ci-dessus (temps, énergie, budget) peuvent être tolérés si l'utilisation des services apporte de réels bénéfices en termes de facilité, d'efficacité, de confort et de coût. Il est donc nécessaire de pouvoir démontrer ces bénéfices pour emporter l'adhésion des médecins. Cette conviction peut être acquise par l'expérience personnelle, via les pairs ou via des campagnes d'information. Ce sont

surtout les services liés à la tarification (services de MyCareNet) qui semblent être appréciés (et adoptés) pour leur valeur ajoutée.

Soutien par les pairs

Comme mentionné plus haut, c'est dans les pratiques de groupe/maisons médicales que les services eSanté sont le plus largement utilisés. Les *focus groups* ont permis de mieux cerner les différentes causes de cette observation. Il y a d'abord le fait de se fixer des objectifs communs, que chaque membre essaie d'atteindre. Il se sent soutenu par ses pairs lorsque cela devient difficile. Lorsque l'on travaille en groupe, on bénéficie également de la dynamique du groupe qui stimule à évoluer dans ses pratiques, à adapter son comportement en fonction du groupe, qui sert de cadre de référence (ceci est également valable pour les médecins travaillant en solo s'ils font partie d'un réseau solide). En outre, étant donné que les médecins sont amenés à se remplacer les uns les autres, il est nécessaire qu'ils disposent d'une forme de procédure de travail commune (*common work flow*) de manière à assurer la continuité des soins. La présence de collègues permet aussi de surmonter rapidement de petits problèmes techniques sans devoir faire appel à un helpdesk extérieur. Enfin, les pratiques de groupe disposent généralement d'un soutien administratif plus important pour toute la gestion des dossiers.

Incitant financier

La prime de pratique intégrée de l'INAMI est assurément perçue par les médecins généralistes comme un incitant très important à l'utilisation des services eSanté.



4.3.4. Quelques idées pour améliorer le développement ultérieur des services eSanté

- Certains médecins généralistes se sentent dépassés par le nombre de services eSanté mis à leur disposition. Ils seraient plus confiants s'ils disposaient d'un **agenda pour une mise en œuvre progressive et cohérente**, comprenant de la sensibilisation, de l'information et des formations.
- Les médecins généralistes demandent que l'on investisse dans **la qualité des services existants, plutôt que dans le développement de nouveaux services**. Chaque service ne devrait être lancé que lorsqu'il est vraiment prêt et qu'il a fait l'objet de tests robustes sur le terrain.
- Chaque service eSanté devrait être (mieux) **intégré dans les logiciels de médecine générale**.
- Le programme eSanté devrait être axé sur les besoins de ses utilisateurs et les médecins généralistes souhaiteraient être **davantage impliqués** dans la définition des priorités du système, par exemple pour déterminer le type de services nécessaires ou qui apporteraient une réelle valeur ajoutée à leur pratique. D'après les perceptions recueillies, il semble que ce type d'approche *bottom-up* fait actuellement défaut.
- Un pas plus loin, les médecins généralistes pensent pouvoir contribuer utilement au développement des services eSanté et suggèrent un **processus de co-création** avec les développeurs afin de les faire bénéficier de leurs connaissances pratiques. Ou, à tout le moins, d'inviter ceux-ci à observer des consultations afin de s'imprégner concrètement des besoins à rencontrer dans les pratiques de terrain.
- Même si les bases de l'informatique médicale doivent faire partie de la formation des médecins, d'autres formats sont également nécessaires pour permettre une **formation continue**. Les formats mentionnés sont des séances d'information individuelles et collectives et de webinaires. Une **accréditation** de ces formations pourrait être un argument convaincant.

- La communication avec les services de soutien informatique est un aspect important pour pouvoir résoudre rapidement les problèmes. Mais cette communication doit pouvoir se faire dans les deux sens. Les médecins décrivent un important **besoin de feedback** afin de comprendre les problèmes qu'ils rencontrent et leur résolution. Des **fonctions d'alertes** leur permettraient d'anticiper et de corriger leurs erreurs avant que les problèmes ne surgissent.

4.3.5. Impact de la crise COVID-19 sur l'utilisation des services eSanté

La crise COVID-19 a eu un impact important sur l'utilisation des services eSanté tels qu'eFact (pour la facturation des téléconsultations) et Recip-e (pour envoyer des prescriptions). Cependant, les demandes de prescriptions par mail représentent un surcroît de travail qui vient en sus des consultations au cabinet.

En revanche, les enregistrements de DMG ont diminué car il y a eu moins de consultations pour des infections ordinaires, notamment chez les enfants, et parce que les ouvertures de DMG (ou les renouvellements) ne sont pas autorisées en téléconsultation.

Enfin, la mise à l'arrêt des soins hospitaliers non urgents et des consultations de spécialistes a entraîné une nette diminution de la quantité d'informations partagées.



5. CONCLUSIONS

Les avantages de l'eHealth sont largement documentés dans la littérature internationale. Pourtant, la Commission européenne a indiqué que son adoption s'est avérée beaucoup plus difficile et longue que prévu dans tous les pays européens. La Belgique ne fait pas exception. Le présent rapport vise à offrir une vision transversale des taux d'adoption des services eSanté par les médecins généralistes belges et à cartographier les facteurs favorisant ou freinant cette adoption.

Taux d'utilisation

Les taux d'utilisation des différents services eSanté ont été obtenus à partir des données de l'INAMI (2017 et 2018). Nous nous sommes limités aux fonctionnalités reprises dans les critères de la prime de pratique intégrée allouée aux médecins généralistes pour stimuler leur utilisation de ces services, c'est à dire Recip-e, l'enregistrement du consentement éclairé du patient, les téléchargements de Sumehr, les schémas de médication, le Cebam Evidence Linker et MyCareNet (qui réunit les services eFact, eAttest, les demandes de médicaments du chapitre IV et la gestion informatisée des DMG).

Pour chacun de ces services, le taux d'utilisation a progressé entre 2017 et 2018. Le service le plus utilisé est l'enregistrement du consentement éclairé

du patient (critère rencontré à plus de 95 %) mais ce service n'est pas exclusivement le fait du médecin généraliste puisque d'autres professionnels ou établissements de santé, voire le patient lui-même, peuvent également enregistrer ce consentement. La deuxième fonctionnalité la plus utilisée est Recip-e, que plus de 84 % des médecins généralistes utilisent pour au moins 25 % de leurs prescriptions. Les fonctionnalités les moins performantes sont le Cebam Evidence Linker et l'eAttest (disponible via MyCarenet), avec respectivement 37,5 % d'utilisateurs atteignant le critère pour le Cebam Evidence Linker et 45 % pour l'utilisation d'eAttest.

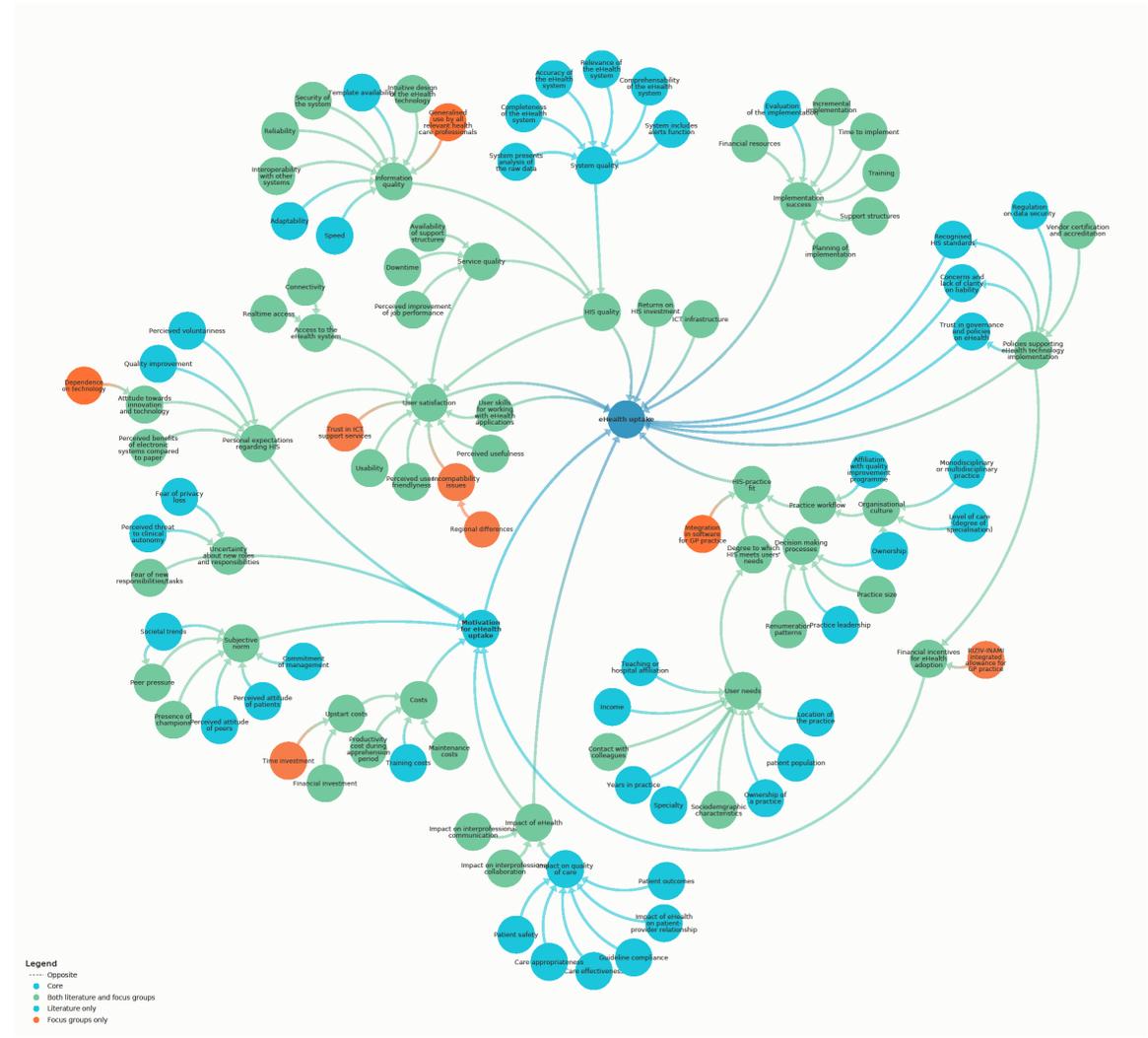
Les taux d'utilisation sont plus élevés dans les pratiques de groupe et les maisons médicales, et chez les jeunes médecins par rapport aux plus âgés. Ils sont également plus élevés en Flandre que dans les autres régions du pays.

Principaux facteurs influençant l'adoption des services eSanté

Notre triple approche (littérature internationale, littérature grise belge, *focus groups* avec des médecins généralistes belges) nous a permis d'identifier une petite centaine de facteurs qui ont été regroupés en clusters et cartographiés (Figure 4). Pour le détail de cette cartographie, nous renvoyons le lecteur au chapitre 7 du [rapport scientifique](#). Nous en résumons ici les grandes lignes.



Figure 4 – Cartographie des facteurs influençant l'utilisation des services eSanté



Cliquer sur la figure pour la visualiser en plus haute définition.



L'**interopérabilité** entre les différentes fonctionnalités s'est avérée un facteur déterminant pour l'adoption des services eSanté en Belgique. Les médecins généralistes seront moins susceptibles d'utiliser un service s'il n'est pas compatible ou ne se connecte pas à d'autres systèmes ou logiciels. Complication supplémentaire propre à notre pays : le problème d'interopérabilité se pose également entre les régions, car chacune d'elles utilise son propre système. Le manque d'interopérabilité peut également s'expliquer par un **manque de normalisation** des interfaces utilisateurs, des fonctionnalités et des accès au logiciel entre les services eSanté. Les autorités politiques sont conscientes de ces problèmes, comme le montre le cluster 3 du plan d'action eSanté (excellence opérationnelle) qui aspire explicitement à développer davantage les architectures interopérables existantes, avec un accès intégré.

D'autres facteurs majeurs sont en lien étroit avec l'interopérabilité : la **facilité d'utilisation** et les **pertes de temps/investissements en temps**. Les médecins généralistes attendent des services eSanté qu'ils leur simplifient le travail et facilitent leur pratique, par exemple, en permettant d'importer facilement des résultats d'analyses. S'ils doivent les réintroduire manuellement, il n'y a pas de plus-value.

Il est également essentiel que les avantages (notamment financiers) l'emportent sur les inconvénients ; c'est pourquoi les **incitants financiers** sont considérés comme des facteurs très importants. Par contre, le facteur 'impact sur la qualité de la relation médecin-patient' n'apparaît guère dans le discours des médecins généralistes belges ; il semble que cet élément ne soit ni un obstacle, ni un facilitateur à leurs yeux.

La **formation et le soutien technique** sont également des éléments fondamentaux, et ce, sous de nombreuses formes. Le **soutien par les pairs** (plus important dans les pratiques de groupe/maisons médicales) est à ce titre un facilitateur important. Les 'champions' ou 'super-utilisateurs', capables de sensibiliser leurs collègues et de les encourager à adopter de nouveaux services, semblent également jouer un grand rôle. Le soutien par les pairs et les 'champions' pourraient expliquer en partie pourquoi les taux d'utilisation sont généralement meilleurs dans les pratiques de groupe et les maisons médicales.

La réticence des médecins généralistes à **dépendre de services externes** pour les dépannages est également liée à leurs inquiétudes concernant la **sécurité des données sensibles**. Lors des *focus groups*, certains ont dit ne pas être convaincus par les mesures de sécurité mises en place (pourtant calquées sur les mesures prises dans l'industrie) et prennent des mesures supplémentaires. Cette méfiance est également largement rapportée dans la littérature mais ses causes restent floues.

Enfin, l'**implication des médecins dans le développement et l'implémentation de nouveaux services** est apparue essentielle pour améliorer les taux d'adoption. En effet, impliquer précocement les médecins généralistes permettrait d'adapter concrètement les services à leurs besoins, comme par exemple identifier les problèmes structurels dans l'architecture des interfaces. La **communication avec les services informatiques** s'est également révélée une pierre d'achoppement importante pour les médecins généralistes.



■ RECOMMANDATIONS

Aux Ministres de la santé des différents niveaux de compétence, au SPF Santé publique, à l'INAMI, à l'AFMPS, à la plateforme eHealth, aux administrations compétentes des entités fédérées, aux partenaires privés d'eHealth, aux mutualités et aux associations de médecins généralistes :

Plan d'action eSanté 2019-2021 (ou révision à venir de ce plan)

1. Dans le chapitre « Communication » du cluster 'Transversalité', inclure les aspects suivants de façon explicite et dans un langage clair et compréhensible (non technique) adressé aux prestataires de soins, de préférence en utilisant différents canaux ainsi qu'une documentation disponible en permanence :
 - les mesures prises en matière de sécurité de l'information et de confidentialité des données ;
 - le cycle de vie d'un service eSanté, en précisant explicitement la manière dont les acteurs de la santé peuvent participer au développement, aux essais et à l'implémentation d'un nouveau service, les étapes où la participation à la prise de décision est possible et les formations disponibles ;
 - un exposé des avantages de l'utilisation des services eSanté, y compris les normes d'encodage, selon les différents points de vue (acteurs de la santé, patients et autorités).
2. Dans le chapitre « Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes » du cluster 'Fondements' , inclure explicitement l'implication des acteurs de la santé dans l'objectif de 'collaboration dans la conception des services eSanté', aux côtés des autorités et des fournisseurs de logiciels.

Formation et soutien

3. Continuer à investir dans un point de contact accessible et bien connu des utilisateurs pour leur offrir une assistance en cas de problèmes ou de questions sur l'utilisation des services eSanté (p.ex. en soutenant les services d'assistance des fournisseurs de logiciels, éenlijn.be en Flandre, e-santewallonie en Wallonie et e-Health Academy à Bruxelles). Vivel, qui a récemment repris éenlijn.be, devrait poursuivre la formation et le soutien à l'utilisation des services de santé en ligne.



4. Continuer à fournir une offre claire de formation et de soutien lors du déploiement de nouveaux services eSanté, y compris en ce qui concerne l'utilisation de normes d'encodage. Adapter les formats et les thèmes abordés aux groupes cibles (p.ex. un contenu différent pour les médecins généralistes travaillant en solo ou en pratiques de groupe). Impliquer activement les associations de médecine générale dans la mise sur pied de sessions de formation continue (Glems, e-learning...).

Monitoring

5. Poursuivre et renforcer le monitoring de l'utilisation des services eSanté, comme décrit dans le projet de suivi du cluster 'Transversalité' du plan d'action eSanté 2019-2021, par exemple au rythme d'un monitoring tous les (deux) ans. Intégrer à ce monitoring les données d'utilisation récentes disponibles auprès de divers organismes tels que la plateforme eHealth, l'INAMI et les fournisseurs de services régionaux. Ce monitoring peut également être un instrument pour augmenter l'implication des médecins généralistes. De cette manière, les points problématiques peuvent être identifiés, surveillés et, si nécessaire, ajustés.
6. Mieux faire connaître ce monitoring et mieux diffuser ses résultats, par exemple, en organisant un congrès annuel (comme le *Mobile Healthcare Congress* organisé par Nictiz aux Pays-Bas). Ce congrès pourrait également servir d'occasion supplémentaire de dialogue avec les médecins généralistes, qui peuvent, si nécessaire, proposer des solutions *bottom-up* pour les problématiques identifiées. Les mutualités devraient informer leurs membres les services eSanté disponibles et les résultats du monitoring.
7. Renforcer la participation des médecins généralistes au développement, aux essais et à l'implémentation des services eSanté via l'accréditation afin de tendre vers un déploiement optimal de nouveaux services eSanté.
8. Poursuivre la simplification administrative des enregistrements dans les services eSanté et accroître encore l'interopérabilité entre les systèmes d'information, tant au sein des régions qu'entre celles-ci, sur la base du principe *only once*. Il est préférable que les mêmes données ne doivent pas être enregistrées (manuellement) plus d'une fois.

**À l'INAMI :**

9. Poursuivre l'octroi de la prime de pratique intégrée en médecine générale et y intégrer les futurs services eSanté, après des tests pratiques sur le terrain et une transition par une période d'utilisation volontaire. Les médecins généralistes considèrent que cette prime est une incitation positive à inclure les services eSanté dans leur pratique quotidienne.

À la plateforme eHealth et aux développeurs de logiciels :

10. Poursuivre le développement du tableau de bord (*dashboard*) en avertissant des interventions techniques (non) planifiées sur les différents services eSanté. Idéalement, ce tableau de bord devrait être intégré dans les logiciels des médecins générale afin de leur fournir une vision en temps réel de l'état de fonctionnement des services eSanté qui les concernent ainsi que des interventions en cours.
11. Adapter la communication sur les interventions et les indisponibilités au groupe cible. Les messages doivent mentionner clairement la nature du problème, l'organisation ultérieure et la durée de l'intervention et limiter le jargon spécifique des TIC.
12. Lors de la mise en place de nouveaux services eSanté, accorder une égale importance à la convivialité pour l'utilisateur final et à la prévention de la surcharge d'informations qu'à la sécurité de l'information, au respect de la vie privée et au bon fonctionnement du service.

Aux universités :

13. Renforcer la formation à l'utilisation des services eSanté dans le cursus de base en médecine.

Recommandation pour la recherche :

14. Mener des recherches plus approfondies sur le soutien spécifique dont les médecins généralistes travaillant en solo ont besoin pour surmonter les obstacles rencontrés, étant donné qu'ils semblent moins enclins à utiliser les services eSanté que les médecins travaillant en pratique de groupe.
15. Explorer les éléments déterminants pouvant expliquer les différences observées entre régions dans l'utilisation des services eSanté.



- 16. Afin d'éviter que la prime de pratique intégrée soit uniquement basée sur des critères quantitatifs (p.ex. nombre de sumehrs téléchargés), étudier quels éléments qualitatifs pourraient être ajoutés aux critères minimaux actuels.**
- 17. Identifier ce que sont, aux yeux des prestataires de soins et des patients, les freins et les facilitateurs au partage des données médicales, et ce afin de stimuler davantage l'utilisation, entre autres, des DMG et des SUMEHR. Dans le même cadre, il serait possible d'étudier l'utilisation du portail santé (Mijgezondheid/Masanté) par les patients, ainsi que leurs attentes.**



COLOPHON

Titre :	Utilisation des services e-santé par les médecins généralistes belges. Analyse sur la base de la prime de pratique intégrée pour la médecine générale – Synthèse
Auteurs :	Jens Detollenaere (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Dorien Dossche (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Stephan Devriese (KCE)
Facilitateur :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Nancy Thiry (KCE), Carl Devos (KCE), Irina Cleemput (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Validateurs externes :	Prof. dr. Albert Boonstra (University of Groningen, Netherlands), dr. Tania Moerenhout (University of Otago, New-Zealand), prof. dr. Frédéric Schoenaers (Université de Liège, Belgique)
Remerciements :	Nous tenons à remercier les médecins généralistes qui, en participant aux groupes de discussion, ont donné leur avis sur les facteurs qui facilitent et entravent l'utilisation des services de eSanté en ligne. En outre, nous remercions l'équipe de recherche de l'imec pour la bonne collaboration pour la partie qualitative de ce rapport. Enfin, nous souhaitons remercier Elfi Goessaert (Domus Medica), Cynthia Slomian (Université de Liège), An Jacobs (Vrije Universiteit Brussel), Claude Michel (Hôpital Jolimont), Dominique Gonze (Hôpital St. Luc), Vincent Parmentier (SSMG) pour leur expertise lors du cadrage du projet.
Intérêts déclarés :	<p>Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine eHealth. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.</p> <p>Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Tania Moerenhout (I work part-time as a general practitioner (clinician) in New Zealand. I am also an executive member of WONCA Working Party on Ethical Issues).</p> <p>Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Tania Moerenhout (I am involved in university based research into the ethical dimensions of eHealth and other emerging technologies in healthcare).</p>
Layout :	Ine Verhulst



Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 4 mai 2021 ((2^{ème} édition) ; 1^{er} édition : 19 janvier 2021)
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : "Medical Informatics Applications", "Telemedicine", "General Practitioners", "Belgium"
Classification NLM : W83
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2020/10.273/41
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Detollenaere J, Christiaens W, Dossche, D, Camberlin C, Lefèvre M, Devriese S. Utilisation des services e-santé par les médecins généralistes belges. Analyse sur la base de la prime de pratique intégrée pour la médecine générale – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).2020. KCE Reports 337Bs. D/2020/10.273/41.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.