

Plan d'action interfédéral eSanté 2025-2027

Table des matières

Plan d'action interfédéral eSanté 2025-2027	1
Glossaire	3
Définitions	4
Résumé Exécutif	5
Partie I - Contexte et point de situation	8
1.1. Introduction.....	8
1.2. Objectifs du plan d'action eHealth 2025-2027.....	11
1.2.1. Aide et Soins intégrés.....	15
1.2.2. Belgian Integrated Health Record (BIHR).....	18
1.2.3. European Health Data Space (EHDS).....	20
Partie II - Gouvernance	23
2.1. Importance de la coopération interfédérale.....	23
2.2. Lien avec la gouvernance de l'ASI pour les programmes interfédéraux.....	24
2.3. Organes consultatifs interfédéraux, y compris rôles et responsabilités.....	26
2.3.1. Rôles et capacités requis	26
2.3.2. Niveau stratégique : organes de décision	27
2.3.3. Niveau tactique/opérationnel : organes de coordination, de préparation et d'exécution	28
2.3.4. Engagement des parties prenantes.....	29
Partie III - Mise en œuvre et projets	32
3.1. Ressources disponibles pour réaliser le plan d'action pour l'eSanté 2025-2027.....	34
3.2. Feuille de route 2025-2027	34
3.2.1. Les axes de la feuille de route	34
3.2.2. Feuille de route du plan d'action pour l'eSanté 2025-2027	38
3.3. Projets dans le cadre du plan d'action	41
3.3.1. Services de base de la plateforme eHealth	41
3.3.2. Environnement de travail du BIHR	47
3.3.3. Projets spécifiques d'eSanté	68
Partie IV - Annexes	75
Annexe 1 : État d'avancement du plan d'action pour l'eSanté 2022-2024.....	75

Annexe 2 : Ensembles de soins supplémentaires pour la mise en œuvre et l'opérationnalisation de l'information.....	83
Annexe 3 : Vue d'ensemble des parties prenantes.....	87
Annexe 4 : Organisation et coopération avec les acteurs de la prévention, du bien-être et des soins de santé	89
Annexe 5 : Collaboration CMIOs	91
Annexe 6 : Participants aux propositions des organes consultatifs interfédéraux.....	92
Annexe 7 : Ressources financières	93
1. Ressources Plan d'action eHealth 2022-2024	93
2. Ressources Plan d'action eHealth 2025-2027 : Fonds européen pour la relance et la résilience et plan de relance et de transition de l'UE.....	93
Annexe 8 : Définition des niveaux micro, méso et macro dans le contexte de l'ASI et contribution du BIHR à chaque niveau.....	95
Annexe 9 : Description du rôle du coordinateur des soins et du bien-être	96
Annexe 10 : Le parcours du patient comme critère d'acceptation.....	97
Le parcours du patient illustré : exemple de programme de soins périnataux	97
Annexe 11 : Explication du développement "épisode de soins" ou "episode of care" (épisode de soins)	98
Annexe 12 : Note explicative sur le développement de "Linking Pathways	102

Glossaire

IA	Intelligence artificielle
BIHR	Belgian Integrated Health Record, Belgian Integrated Health Record,
ETB	Environnement de travail du BIHR
EHDS	European Health Data Space
DPI	Dossier patient Informatisé
FAIR	Trouvable, Accessible, Interopérable, Réutilisable
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
APD	Autorité de protection des données
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SDS	Soins de Santé
SSM	Soins de santé mentale
ASI	Aide et Soins intégrés
HDA	Health Data Agency
HDAB	Health Data Access Body
IAP	Plateforme interadministrative
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICPC	International Classification of Primary Care
PIF	Plan interfédéral
GTI	Groupe de travail interministériel
IPS	International Patient Summary
CSI	Comité de sécurité de l'information
LLM	Large Language Model
PHM	Population Health Management / Gestion de la santé de la population
RWD	Real World Data
SNOMED CT	Systematized Medical Nomenclature for Medicine–Clinical Terminology
SPE	Secure Processing Environment
MRS	Maisons de Repos et de Soins

Définitions

Source authentique :

Une **source authentique** peut être définie comme une source originale et fiable qui fait autorité dans un domaine donné et dont les informations proviennent directement, sans influence ni parti pris. Le terme "authentique" implique que la source est véridique, que l'on peut remonter à son origine et qu'il ne s'agit pas d'une source dérivée ou secondaire. Voici quelques caractéristiques essentielles d'une source authentique :

- **Originalité** : l'information provient directement de la source primaire ou de l'auteur, comme un rapport de recherche original, une publication officielle ou un récit de témoin oculaire.
- **Fiabilité** : la source est crédible en raison de la réputation, de l'expertise ou de l'autorité de l'auteur ou de l'institution responsable du contenu.
- **Traçabilité** : la source contient des références claires et vérifiables, telles que le nom de l'auteur, la date de publication et l'éditeur.
- **Cohérence** : le contenu est conforme à d'autres sources fiables et ne présente pas de contradictions majeures.
- **Objectivité** : une source authentique s'efforce de fournir des informations factuelles sans parti pris, sans manipulation émotionnelle et sans intérêts commerciaux.
- **Pertinence** : la ressource est actuelle ou spécifique au contexte dans lequel elle est utilisée.

Dans le contexte du présent plan d'action, les "sources authentiques" désignent les données relatives au bien-être et à la santé d'une personne, publiées par l'auteur/le prestataire de manière cohérente et normalisée et accessibles aux prestataires ayant une relation thérapeutique avec la personne et à la personne elle-même.

Épisode de soins :

Un "épisode de soins" est documenté par les enregistrements (des prestataires de soins de santé concernés et du patient, éventuellement aussi de l'aidant informel) liés à un état/problème de santé spécifique, depuis le moment où le patient demande pour la première fois l'aide d'un professionnel jusqu'au dernier contact inclus pour cet état/problème de santé".

Données cliniques

Les "données cliniques" sont des données collectées à des fins de diagnostic ou de traitement. Par exemple: le diagnostic, le type de traitement, les résultats du traitement et les données de suivi post-traitement.

Linking pathways :

Les "Linking pathways" sont des processus et des formats électroniques convenus, qui garantissent le transfert sécurisé des documents de référence et de prescription et des informations associées concernant une personne, d'une part, et des dossiers et rapports, d'autre part, entre les professionnels de la santé (des soins) qui ont une relation thérapeutique avec cette personne.

Résumé exécutif

Ce **plan d'action pour l'eSanté définit les grandes lignes de l'évolution de l'eSanté pour la période 2025-2027**. Il soutient intégralement un écosystème durable et à l'épreuve du temps pour la prévention, le bien-être et les soins de santé en Belgique en fournissant les systèmes, outils et solutions nécessaires en matière de santé en ligne.

L'eSanté est en plein essor. En effet, le domaine de la prévention, du bien-être et des soins de santé est confronté à un certain nombre de défis urgents dans les années à venir, tels que le vieillissement de la population, la prévalence croissante des maladies chroniques et la multimorbidité. L'évolution vers des **soins plus intégrés** constitue la pierre angulaire de notre future approche des soins de santé. Des mesures importantes ont déjà été prises récemment dans ce sens, notamment par le biais du protocole d'accord sur le plan interfédéral de soins intégrés et de divers programmes, tels que ceux concernant les femmes enceintes, les personnes vulnérables et l'obésité chez les enfants et les jeunes,

Les projets de ce plan d'action visent à relever les défis du paysage, à contribuer **autant que possible** aux **nouvelles mesures qui seront prises en Belgique dans le domaine des soins intégrés** et à apporter un soutien maximal aux citoyens, aux professionnels de la santé et aux établissements de soins dans le domaine de l'eSanté, l'objectif ultime étant d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des soins grâce à une numérisation poussée, à l'innovation et à l'autonomisation des citoyens et des professionnels de la santé.

L'**ambition** de ce plan d'action est **claire : la Belgique a besoin d'une architecture d'eSanté** dans laquelle les centaines de composants et de plates-formes TIC existants sont partagés de manière transparente avec un grand nombre d'acteurs très divers. Une étape importante vers la réalisation de cette ambition est la **poursuite du développement du dossier patient intégré belge, le Belgian Integrated Health Record (BIHR)**, qui constitue la clé de la réalisation de ce "moonshot".

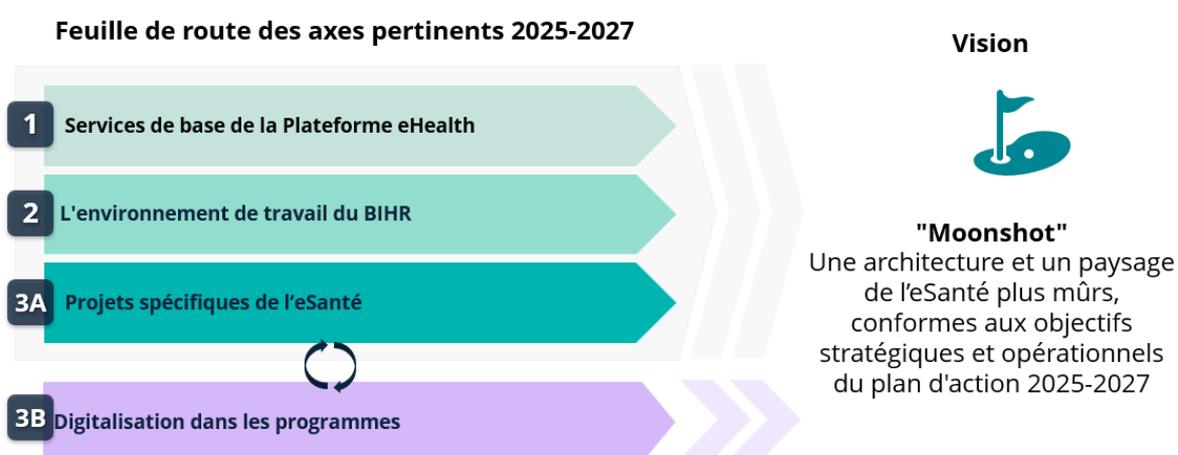
Le paysage intégré de l'eSanté garantit la **continuité des soins** tout au long du parcours de soins d'un patient ou d'un citoyen, du début à la fin, y compris l'**échange transfrontalier** de données sur la santé (les soins) au sein de l'UE. Dans ce paysage de données, les citoyens ont accès à leurs propres informations de santé (soins) grâce à un tableau de bord simple et convivial, ce qui leur permet de **mieux contrôler** leurs soins et leur santé. Parallèlement, cet écosystème intégré favorise la **coopération** entre les professionnels de la santé en améliorant l'**interopérabilité**. Il en résulte une **réduction de la charge administrative** et un espace plus important pour les **soins axés sur les personnes et les objectifs**.

Dans ce plan d'action, ce "moonshot" est **divisé** en un certain nombre d'étapes cruciales à franchir au cours de la période 2025-2027. Trois axes travaillent en parallèle dans le cadre de ce plan d'action :

- Poursuite du développement des **services de base de la plateforme eHealth** (axe 1), qui servent de **base** à de nombreux projets de santé en ligne dans le cadre de ce plan d'action.
- **Opérationnalisation du BIHR** (axe 2) : La poursuite de l'opérationnalisation du BIHR est concrétisée dans ce plan d'action par l'environnement de travail BIHR (ETB). Cet environnement de travail

BIHR comprend le développement des sources de données authentiques et l'optimisation des composants nécessaires (via des interfaces logicielles) pour relier, consulter, visualiser et enregistrer les données. Pour ce faire, il est nécessaire de coordonner les différents projets de santé en ligne en cours et de créer une cohérence et des liens pour permettre un fonctionnement efficace et opérationnel du BIHR.

- **Alignement sur les programmes de fond (axe 3)** : La coordination des projets de santé en ligne devrait s'aligner sur les programmes de fond lancés en Belgique, notamment les soins intégrés. Il est essentiel que les projets de santé en ligne définissent les conditions d'une mise en œuvre réussie de ces programmes, tandis que les programmes définissent à leur tour les exigences techniques supplémentaires nécessaires à une mise en œuvre efficace.



Les ambitions de ce plan d'action ne peuvent être réalisées que par une **coopération interfédérale solide**, qui fournit la base d'une mise en œuvre conjointe des objectifs à différents niveaux. Pour coordonner efficacement la mise en œuvre de cette feuille de route, une **gouvernance interfédérale** a été mise en place pour le plan d'action de ce plan d'action (cf. axes 1 et 2). Afin d'assurer l'alignement avec les programmes de fond autour des soins intégrés (cf. axe 3), il est crucial de se rattacher à la gouvernance existante des soins intégrés, sans pour autant l'intégrer complètement. Cela permettra de mieux aligner les projets et les programmes aux différents niveaux (fédéral, régional et communautaire), de sorte que les efforts soient guidés conjointement et dans la même direction.

Le plan d'action eHealth 2025-2027 **s'appuie** donc sur le plan d'action précédent, en mettant davantage l'accent sur la mise en œuvre opérationnelle et la promotion des synergies entre les projets eHealth en cours et les programmes de fond. Le plan d'action eHealth 2025-2027 n'est donc pas seulement un plan stratégique, mais aussi une étape essentielle vers un **paysage eHealth** à l'épreuve du temps et **efficacement intégré pour la Belgique**.

Partie I - Contexte et point de situation

1.1. Introduction

En Belgique, les compétences en matière de **prévention**, de **bien-être** et de **soins de santé** sont réparties entre les niveaux fédéral, régional et communautaire. ¹C'est à partir de ces compétences que des **projets** individuels dans le domaine de l'eSanté sont lancés par les organes fédéraux et régionaux.

Sur le **terrain**, cependant, il s'agit toujours du même **citoyen** (usager des soins) et du même **praticien de la santé (des soins)** qui préfère ne pas être trop confronté à l'organisation (complexe) de notre écosystème de prévention, de bien-être et de soins de santé. Le défi de ce plan d'action pour la période à venir consiste à relier plus étroitement les initiatives (de santé en ligne) actuelles et futures en une histoire intégrée, le cas échéant, avec l'usager des soins comme pivot central : quels sont ses souhaits dans le domaine de la prévention, du bien-être et de la santé et comment cela s'inscrit-il dans ses objectifs de vie prédéterminés.

Il y a une grande urgence à cet égard. À partir de 2030 (et au moins jusqu'en 2050), les transitions démographiques et épidémiologiques (plus de personnes très âgées, plus de personnes souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité, augmentation des problèmes de santé mentale, ...) créent le **plus grand besoin de soins de notre histoire**. Cela signifie que d'ici 2030, nous aurons besoin d'un **système de données électroniques intégré performant** dans le domaine des soins, qui contribue aux objectifs d'accessibilité, de qualité, de justice sociale et de participation et qui crée autant de "valeur" que possible avec les ressources déployées ("soins de santé basés sur la valeur").

Sur le plan politique, des mesures importantes ont récemment été prises par les différents niveaux politiques et les parties prenantes concernées en vue d'une plus grande **intégration des soins** (ASI). ²L'OMS définit les soins intégrés comme

³⁴*"Une approche visant à renforcer les systèmes de soins de santé centrés sur la personne (¹) en promouvant des services de qualité globale tout au long de la vie, répondant aux besoins multidimensionnels de la population et de l'individu, et fournis par une équipe multidisciplinaire coordonnée de professionnels travaillant dans différents environnements. Ce **plan d'action pour l'eSanté définit les grandes lignes** des principaux développements en matière de santé en ligne pour la **période 2025-2027**. Il soutient intégralement un écosystème durable et à l'épreuve du temps pour la prévention, le bien-être et les soins de santé en Belgique en fournissant les systèmes, outils et solutions nécessaires en matière de santé en ligne*

D'autres développements dans le **domaine de l'eSanté** sont nécessaires. Après tout, le domaine de la prévention, du bien-être et des soins de santé est confronté à un certain nombre de défis urgents dans les années à venir, tels que le vieillissement de la population, la prévalence croissante des maladies chroniques et la multimorbidité. L'évolution vers des **soins plus intégrés** constitue une pierre angulaire

¹ L'OMS définit la santé en ligne comme "l'utilisation rentable et sûre des technologies de l'information et de la communication à l'appui de la santé et des domaines connexes, y compris les services de soins de santé, la surveillance de la santé, la documentation sur la santé, ainsi que l'éducation, la connaissance et la recherche en matière de santé". Disponible à l'adresse suivante : <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>

² Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Modèles de soins intégrés : une vue d'ensemble (2016). Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integratedcare-models-overview.pdf

³ Donner la priorité aux personnes signifie que les soins de santé contribuent à la réalisation de leurs objectifs de vie.

⁴ De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011 : Multi-morbidity, Goal-Oriented Care and Equity. Br J Gen Pract 2012 ; 62:522-4. Disponible à l'adresse suivante :

essentielle de notre future approche des soins de santé. Des mesures importantes dans ce sens ont déjà été prises récemment, notamment par le biais du protocole d'accord sur le plan interfédéral de soins intégrés et de divers programmes, tels que ceux concernant les femmes enceintes, les personnes vulnérables et l'obésité chez les enfants et les jeunes

Les projets de ce plan d'action visent à relever les défis du paysage, à contribuer **autant que possible** aux **nouvelles mesures qui seront prises en Belgique dans le domaine des soins intégrés** et à apporter un soutien maximal aux citoyens, aux professionnels de la santé et aux établissements de soins dans le domaine de l'eSanté, l'objectif ultime étant d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des soins grâce à une numérisation poussée, à l'innovation et à la responsabilisation des citoyens et des professionnels de la santé.

L'ambition de ce plan d'action est claire : la Belgique a besoin d'une architecture d'eSanté, dans laquelle les centaines de composants et de plates-formes TIC existants sont partagés de manière transparente avec un grand nombre d'acteurs très divers. L'objectif est de créer un **paysage intégré de santé en ligne**, dans lequel les soins et l'information sont entièrement connectés et se renforcent mutuellement.

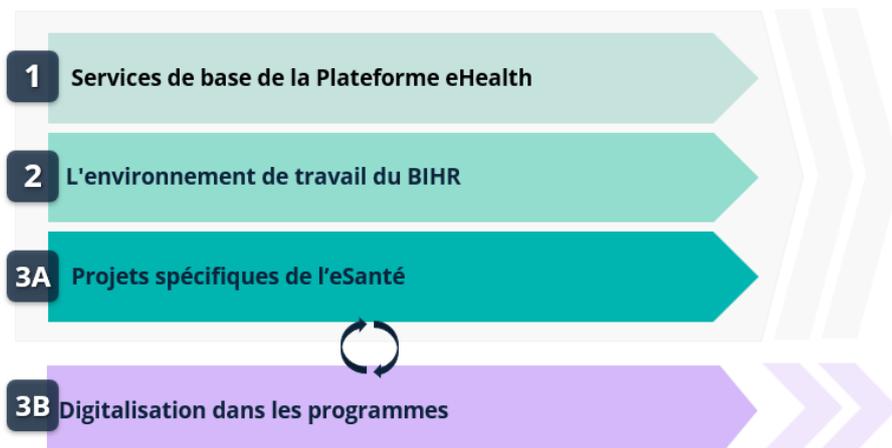
Une étape importante pour réaliser cette ambition est la **poursuite du développement du dossier patient intégré belge, le Belgian Integrated Health Record (BIHR)**, qui est la clé de la réalisation de ce "moonshot".

Le paysage intégré de l'eSanté garantit la **continuité des soins tout** au long du parcours de soins d'un patient ou d'un citoyen, du début à la fin, y compris l'**échange transfrontalier** de données sur la santé (les soins) au sein de l'UE. Dans ce paysage de données, les citoyens ont accès à leurs propres informations sur la santé (les soins) grâce à un tableau de bord simple et convivial, ce qui leur permet de **mieux contrôler** leurs soins. Parallèlement, cet écosystème intégré favorise la **coopération** entre les professionnels de la santé en améliorant l'**interopérabilité**. Il en résulte une **réduction de la charge administrative** et un espace plus important pour les **soins axés sur les personnes et les objectifs**.

Dans le cadre de ce plan d'action, ce "moonshot" est **divisé** en un certain nombre d'étapes cruciales à franchir au cours de la période 2025-2027. Dans le cadre de ce plan d'action, des travaux sont menés en parallèle sur trois axes :

- Poursuite du développement des **services de base de la plateforme de santé en ligne** (axe 1), qui servent de base à de nombreux projets de santé en ligne dans le cadre de ce plan d'action.
- **Opérationnalisation du BIHR** (axe 2) : La poursuite de l'opérationnalisation du BIHR est concrétisée dans ce plan d'action par l'environnement de travail du BIHR (ETB). Cet ETB comprend le développement des sources de données authentiques et l'optimisation des composants nécessaires (via des interfaces logicielles) pour relier, consulter, visualiser et enregistrer les données. Pour ce faire, il est nécessaire de coordonner les différents projets de santé en ligne en cours et de créer une cohérence et des connexions pour permettre un fonctionnement efficace et opérationnel du BIHR.
- **Alignement sur les programmes de fond** (axe 3) : La coordination des projets de santé en ligne devrait s'aligner sur les programmes de fond lancés en Belgique, notamment les soins intégrés. Il est essentiel que les projets de santé en ligne définissent les conditions d'une mise en œuvre réussie de ces programmes, tandis que les programmes définissent à leur tour les exigences techniques supplémentaires nécessaires à une mise en œuvre efficace.

Feuille de route des axes pertinents 2025-2027



Vision



"Moonshot"

Une architecture et un paysage de l'eSanté plus mûrs, conformes aux objectifs stratégiques et opérationnels du plan d'action 2025-2027

Les ambitions de ce plan d'action ne peuvent être réalisées que par une **coopération interfédérale solide**, qui fournit la base d'une mise en œuvre conjointe des objectifs à différents niveaux. Pour coordonner efficacement la mise en œuvre de cette feuille de route, une **gouvernance interfédérale** a été mise en place pour le plan d'action de ce plan d'action (cf. axes 1 et 2). Pour assurer l'alignement avec les programmes de fond autour des soins intégrés (cf. axe 3), il est crucial d'établir un lien avec la gouvernance existante des soins intégrés, sans pour autant l'intégrer complètement. Cela permettra de mieux aligner les projets et les programmes aux différents niveaux (fédéral, régional et communautaire), afin que les efforts soient guidés conjointement et dans la même direction.

Le plan d'action eHealth 2025-2027 **s'appuie** donc sur le plan d'action précédent, en mettant davantage l'accent sur la mise en œuvre opérationnelle et la promotion des synergies entre les projets eHealth en cours et les programmes de fond. Le plan d'action eHealth 2025-2027 n'est donc pas seulement un plan stratégique, mais aussi une étape essentielle vers un **paysage eHealth** à l'épreuve du temps et **efficacement intégré pour la Belgique et à différents niveaux de soins**. Elle devrait être *gérée efficacement pour garantir des résultats optimaux et une utilisation responsable des ressources sur la base des meilleures données disponibles, avec des moments de retour d'information, afin d'améliorer en permanence les performances et de s'attaquer aux causes de la mauvaise santé dès les premiers stades et de promouvoir le bien-être par des actions intersectorielles et multisectorielles*.

Au cours de la période couverte par ce plan d'action, à savoir 2025-2027, des mesures importantes devront être prises dans le domaine de l'eSanté avec le soutien de l'ASI. C'est pourquoi il a été décidé d'**aligner ce plan d'action sur des concepts** tels que l'ASI, et de stimuler une **coopération interfédérale plus forte** autour du plan d'action eHealth. En outre, en ce qui concerne l'eSanté et les projets de santé en ligne, il faudra continuer à construire une base numérique solide pour aider à réaliser ces concepts. La poursuite du développement du **Belgian Integrated Health Record (BIHR)** est essentielle à cet égard.

1.2. Objectifs du plan d'action eHealth 2025-2027

⁵Dans le plan d'action précédent, les projets de santé en ligne ont été divisés en plusieurs groupes. Ces groupes et les domaines qu'ils couvrent restent pertinents, mais il est nécessaire de un **objectif** global en matière de numérisation et de santé en ligne. **Une numérisation ciblée et de grande envergure** dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé est nécessaire pour initier, poursuivre, accélérer ou soutenir les changements pour les **utilisateurs de soins, les praticiens de la santé (des soins)** et les institutions de la santé (des soins). En parlant explicitement de "moonshot", ce plan d'action veut souligner la **nécessité d'une ambition révolutionnaire** en matière de numérisation et reconnaître pleinement l'urgence décrite ci-dessus

Dans le cadre de ce plan d'action, le **Belgian Integrated Health Record (BIHR)** est considéré comme un **élément central** pour renforcer l'efficacité et l'efficience des soins, améliorer l'expérience du patient et assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé (soins). ⁶Le BIHR représente, au sens strict, un **cadre cohérent** qui définit comment chaque type de dossier patient peut enregistrer, accéder et présenter des données de manière intégrée et auquel les sources d'information existantes (et nouvelles) peuvent se connecter

Cependant, le BIHR va plus loin, il constitue une **ambition révolutionnaire en matière de numérisation** et est considéré, dans le cadre de ce plan d'action, comme un **moyen central** par lequel les gouvernements et leurs institutions, les citoyens, les professionnels et l'industrie s'efforcent d'atteindre l'objectif de numérisation des soins de santé. Une volonté d'intégrer davantage les initiatives numériques dans les activités quotidiennes de l'utilisateur des soins de santé, du praticien (des soins) de santé et de l'institution (des soins) de santé.

En outre, en se concentrant davantage sur la réalisation du BIHR par le biais des projets inclus dans ce plan d'action, le plan d'action eHealth vise à apporter une contribution significative à la réalisation d'un certain nombre d'**objectifs stratégiques (OS)** aux niveaux fédéral, régional et communautaire :

- ⁷OS1 : Tout d'abord, ce plan d'action **soutient pleinement les objectifs** communs sous-jacents de **l'ASI**, comme convenu dans le protocole d'accord du 8/11/2023 sur le plan interfédéral de soins intégrés, avec le **Quintuple AIM** comme boussole importante. ⁸Récemment, il a même été question d'un **sextuple AIM** incluant l'importance de la protection de la planète ;
- OS2 : Deuxièmement, ce plan d'action a été préparé en mettant l'accent sur la **fourniture de soins de bout en bout**. Le terme "de bout en bout" doit être interprété à plusieurs niveaux. D'une part, il y a généralement plusieurs épisodes de soins **tout au long de la vie d'un** usager, qui, le cas échéant, doivent être reliés de manière cohérente. D'autre part, **à l'intérieur de chaque épisode de soins**, l'objectif devrait être de fournir une santé (des soins) continue et cohérente tout au long du parcours de la personne. Cette approche s'inscrit dans la vision des soins intégrés, dans laquelle la coopération et la coordination entre les praticiens et les services de santé sont essentielles pour

⁵ L'état d'avancement de ce plan d'action est présenté à [l'annexe 1](#).

⁶ Le BIHR n'a pas l'intention de commercialiser en plus un nouveau dossier patient intégré.

⁷ Le protocole d'accord du plan interfédéral de soins intégrés peut être consulté à l'adresse suivante : [08/11/2023 - Protocole d'accord Plan interfédéral de soins intégrés | SPF Santé publique](#)

⁸ Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin JP. Un appel urgent pour la durabilité environnementale des systèmes de santé : A sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. *Int J Health Plan Manage.* 2023 Mar;38(2):289-295. doi : 10.1002/hpm.3616. Epub 2023 Feb 3. PMID : 36734815.

apporter un soutien optimal à la personne, à la fois **pendant l'épisode de soins concerné et pendant plusieurs épisodes de soins** tout au long de la vie ;

- OS3 : Troisièmement, ce plan d'action vise à contribuer à l'**allègement de la charge de travail élevée des praticiens de la santé (des soins)**. Dans ce contexte, il est essentiel de **simplifier** autant que possible **les processus administratifs**, de **réduire la charge de travail et de la rendre plus significative**, afin que les professionnels de la santé disposent de plus de temps et d'espace pour se concentrer sur la fourniture de soins et de soutien dans le cadre du système actuel. Ce faisant, le "Only Once" devrait être strictement appliqué lors de l'enregistrement et de la réutilisation des données ;
- OS4 : Quatrièmement, ce plan vise à contribuer à la réalisation de l'**objectif de l'UE** en matière de numérisation des soins de santé et de partage des données, tel qu'il est défini dans le règlement relatif à l'European Health Data Space (soins), **European Health Data Space (EHDS)**, notamment en facilitant la recherche, l'innovation, le développement de produits et le soutien politique ;
- OS5 : Cinquièmement, ce plan souligne la nécessité de **prendre des mesures supplémentaires en vue de l'opérationnalisation**. Le plan d'action pour l'eSanté vise à **réaliser et à mettre en œuvre des** projets qui permettent de progresser au maximum vers la vision future de la Belgique dans le domaine de la prévention, du bien-être et des soins de santé. Le plan et la gouvernance associée sont concrets et **orientés vers l'action**, et facilitent à la fois les projets et les collaborations nécessaires à cette opérationnalisation. Dans cette perspective, le plan vise également à donner aux acteurs concernés les moyens d'atteindre les objectifs fixés.

En outre, le BIHR, le plan d'action et les projets inclus poursuivent également un certain nombre d'**objectifs plus opérationnels (OO)**

- **OO1 : Faciliter l'intégration et l'interopérabilité.** Le BIHR vise à améliorer fondamentalement l'accessibilité des données et à imputer de nouvelles données. ⁹Il garantira toujours l'interopérabilité entre les systèmes de santé en adoptant des normes internationales telles que HL7 et FHIR, des terminologies telles que SNOMED CT et des classifications telles que ICD-11, ICPC-3 et ICF, et en développant l'utilisation des "épisodes de soins" en tant que concept interprofessionnel pour la co-création d'informations. Le BIHR vise à permettre une communication fluide et harmonisée entre les différents professionnels et institutions de santé et le citoyen, en assurant efficacement la continuité des soins et en promouvant des soins sûrs et de qualité.
- **OO2 : Réduction de la charge administrative.** Le BIHR vise à réduire la charge administrative des praticiens de la santé (des soins) en simplifiant les processus d'enregistrement et de traitement des données des patients et en fournissant un soutien aux processus administratifs et de soins. Selon le principe "Only Once", les données ne sont introduites qu'une seule fois afin de pouvoir être réutilisées à d'autres fins (rapports, remboursement, administration et diverses autres fins secondaires). En outre, chaque praticien de la santé (des soins) devrait ajouter de nouvelles informations pertinentes au dossier intégré après chaque contact, dans la mesure où cela a un sens pour lui-même, pour le patient et pour les autres praticiens de la santé (des soins) (cf. principe de la co-création interprofessionnelle). Grâce à ces optimisations, les données peuvent être consultées et enregistrées plus rapidement et plus commodément, tout en restant facilement

⁹ Des informations sur la dernière version de la CISP (Classification internationale des soins primaires) sont disponibles à l'adresse suivante :

accessibles. Ce processus simplifié permet aux professionnels de la santé de consacrer plus de temps aux soins eux-mêmes, plutôt qu'à des tâches administratives lourdes.

- **OO3 : Améliorer la gestion des données.** Selon le concept BIHR, les données des citoyens sont traitées plus efficacement grâce à une approche systématique, où les informations sont organisées en épisodes de soins d'une part et par rubrique dans les "sources authentiques" d'autre part. Cette organisation structurée facilite l'accès aux données pertinentes et améliore la qualité des soins en fournissant aux professionnels de la santé un aperçu clair des besoins des citoyens.
- **OO4 : Optimisation des ressources existantes.** Pour optimiser les ressources existantes, les décisions doivent être prises dans la perspective des soins de santé basés sur la valeur (Value-Based Healthcare - VBHC) qui se concentrent sur l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé (soins) et d'une plus grande valeur en dépensant mieux les ressources disponibles et en renforçant la collaboration entre les praticiens de la santé (soins) et les autres parties prenantes. Le concept du BIHR s'inscrit parfaitement dans cette philosophie. Il s'agit de s'appuyer sur les ressources authentiques et les services existants et, si nécessaire, d'adapter les pratiques et la répartition des tâches entre les utilisateurs, les fournisseurs de logiciels et les agences gouvernementales. Cette approche garantit une utilisation optimale des ressources disponibles et favorise une meilleure coopération entre les prestataires de soins de santé et les autres parties prenantes du système de santé (soins). L'intégration d'une application responsable de l'IA soutiendra et améliorera la performance de la manipulation et du traitement de l'information.
- **OO5 : Améliorer la sécurité et la confidentialité des données.** La protection des données de santé des citoyens est une priorité absolue dans le plan d'action eHealth 2025-2027. Le concept du BIHR contribuera à cet objectif en fournissant un écosystème sécurisé qui respecte les normes les plus élevées en matière de protection des données, telles que l'AVG. Le BIHR s'efforcera de garantir que les informations sensibles des citoyens sont protégées contre tout type de menace ou d'accès non autorisé.
- **OO6 : Personnalisation des soins et responsabilisation des utilisateurs et des praticiens de la santé (des soins).** Le plan d'action pour l'eSanté met l'accent sur la personnalisation des soins et la participation active des utilisateurs de soins de santé à la gestion de leur santé. Le BIHR jouera un rôle décisif en fournissant aux citoyens un accès direct à leurs données de santé grâce à une "vue" personnalisée, claire et intuitive (par exemple, un tableau de bord, une clarification dans la langue de l'utilisateur des soins de santé, un lien vers des ressources qui peuvent fournir plus d'informations,...). Les usagers peuvent ajouter leurs données personnelles et exprimer leurs objectifs de vie. Cela leur permet de mieux comprendre leur état de santé et de participer activement à la prise de décision concernant leurs soins. En outre, les professionnels de la santé (des soins) peuvent utiliser les données agrégées pour créer des plans de soins personnalisés adaptés aux besoins spécifiques de chaque utilisateur de soins. Le BIHR comprend également un plan de soins personnalisé pour la personne concernée et pour tous les membres de l'équipe de soins, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble partagée et cohérente.
- **OO7 : Soutenir la gouvernance et la qualité des soins par le contrôle des données.** Le BIHR sera un outil essentiel pour améliorer la gouvernance du système de santé belge. Il fournira aux autorités des outils de reporting et d'audit, permettant un meilleur contrôle de l'utilisation des données de santé et garantissant le respect des réglementations applicables. En rendant les données disponibles de manière centralisée et standardisée, le BIHR contribuera également à améliorer la qualité des soins en facilitant l'évaluation des pratiques cliniques conformément au

RGPD et en soutenant la recherche médicale. Le BIHR vise à mieux relier les données sur l'utilisation et les résultats des soins de santé, renforçant ainsi la capacité de mesurer et d'améliorer l'efficacité des soins de santé en Belgique.

L'ASI est abordée plus en détail dans le [sous-chapitre 1.2.1](#). Une explication plus détaillée sur le BIHR se trouve au [sous-chapitre 1.2.2](#)

Le présent **plan d'action 2025-2027 pour l'eSanté** vise à poursuivre et à atteindre les objectifs susmentionnés dans un contexte fédéral, régional et communautaire commun, par la mise en œuvre opérationnelle de projets de santé en ligne (voir la [partie III - Mise en œuvre et projets](#)). Le plan d'action propose également une gouvernance (cf. [partie II - Gouvernance](#)) visant à **coordonner les projets de l'eSanté**, mais ne cherche pas à transférer les responsabilités. Toutefois, ce plan a l'ambition de faciliter un effort de coordination afin que les initiatives à différents niveaux (fédéral, régional et communautaire) soient mieux alignées et que les efforts aillent dans la même direction, dans l'optique d'une collaboration entre les soins, y compris avec l'usager des soins et son environnement.

Le plan d'action pour l'eSanté a été présenté aux parties prenantes pour la première fois en novembre/décembre 2024, puis à nouveau en janvier/février 2025.

1.2.1. Aide et Soins intégrés

Pour faire face aux différents défis du système de soins et d'aide sociale, tels que l'évolution de la demande de soins (de plus en plus chroniques et complexes, entre autres), la numérisation poussée, l'émancipation et la responsabilisation de l'individu, les nouvelles possibilités de traitement, la rareté des capacités humaines et budgétaires dans le secteur des soins, la nécessité de pouvoir contrôler le budget des soins, la fragmentation des soins, la socialisation des soins, etc. Ces réformes visent à **organiser une approche plus intégrée des soins et de l'aide sociale**, où **une bonne coopération** entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées est essentielle.

Les soins intégrés sont un mouvement continu. Récemment, une étape importante a été accomplie au niveau interfédéral dans le contexte des soins intégrés. Un [protocole d'accord pour le plan interfédéral de soins intégrés \(PIF ASI\)](#) a été conclu entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées concernées. Ce protocole d'accord constitue un point de départ et fournit un cadre commun pour une même approche de la réalisation des soins intégrés. Il jette les bases d'une coopération interfédérale structurelle.

Le plan comprend huit accords qui contribuent aux **cinq composantes du Quintuple AIM**. Le plan vise également à initier un processus de changement qui soutient l'évolution vers les soins intégrés (ASI). Dans le cadre du lancement pratique et de la mise en œuvre du protocole d'accord ASI, **trois domaines d'application** ont été initialement délimités comme point de départ. Plus précisément, des **programmes interfédéraux de soins intégrés** seront lancés étape par étape pour les domaines d'application suivants :

- Soins périnataux
- Personnes vulnérables
- Obésité chez les enfants et les adolescents

La coopération en ce qui concerne le protocole d'accord interfédéral sur l'ASI est basée sur une interaction entre les différents acteurs des soins et du bien-être, à la fois au niveau micro, méso et macro (voir [annexe 8](#)), en combinaison avec des mesures de soutien cruciales dans les domaines du financement et de la numérisation. L'un des accords établit le **lien entre le protocole d'accord interfédéral sur l'ASI et le plan d'action eHealth** :

"Les États et le gouvernement fédéral se sont engagés à mettre en place une politique de santé et de bien-être axée sur les données afin de parvenir à une coopération, à une communication et à un partage des données. Les liens entre le protocole d'accord interfédéral ASI et le plan d'action eHealth sont contrôlés et traduits en actions dans la plateforme interadministrative pour les soins intégrés".

Ainsi, le mouvement à long terme de l'ASI commence avec le protocole d'accord et sa traduction en une première série de trois **programmes interfédéraux** concrets en 2024. Ces programmes peuvent servir de cas d'utilisation ou d'applications pratiques. Outre les programmes interfédéraux de soins intégrés, certains **programmes** sont en cours d'élaboration dans le contexte d'une entité compétente. Par exemple, l'hospitalisation à domicile est actuellement développée dans le cadre de l'assurance maladie **fédérale** et des compétences fédérales. Les programmes mentionnés ci-dessus, ainsi que d'éventuels nouveaux programmes à terme, devraient pouvoir être mis en œuvre rapidement en utilisant l'environnement de travail BIHR (cf. infra).

Dans le cadre du présent plan d'action pour l'eSanté 2025-2027, il examine en outre quels projets de santé en ligne peuvent contribuer à l'opérationnalisation et à la réalisation des soins intégrés. Pour plus d'informations sur les projets, veuillez consulter la [partie III - Mise en œuvre et projets](#).

1.2.1.1. Programmes relevant plan d'action pour l'eSanté 2025-2027

La section ci-dessous explique brièvement les ambitions numériques des programmes actuellement identifiés, dans la mesure du possible, en fonction de leur maturité. Comme indiqué dans la section précédente, il se peut que de nouveaux programmes ne soient pas identifiés à l'avenir.

Programmes interfédéraux de plans de soins intégrés

Actuellement, le [programme de soins périnataux](#) est en phase de mise en œuvre sur le terrain dans toutes les régions en cours. Ce programme se concentre sur les soins et le soutien aux femmes enceintes, aux enfants et aux familles pendant les 1 000 premiers jours (jusqu'à la troisième année de vie), c'est-à-dire la période allant de la conception au troisième anniversaire de l'enfant. L'objectif est de donner à chaque enfant à naître et né le meilleur départ possible en fournissant des soins intégrés à la mère, à l'enfant et à la famille pendant cette période cruciale.

En l'état actuel des connaissances, l'**ambition numérique** de ce programme se concentre sur :

- Soutenir de manière optimale la mise en œuvre du programme visant à identifier, atteindre, soutenir et responsabiliser la personne enceinte vulnérable, l'enfant et la famille. Ce soutien est assuré numériquement par l'outil Born in Belgium Pro, qui permet de dépister la personne enceinte, de créer et de mettre en œuvre le plan de soins et de soutenir numériquement la collaboration interdisciplinaire.
- Améliorer l'interopérabilité entre les logiciels des prestataires de soins de santé et les sources authentiques afin que les prestataires de soins puissent fournir aux femmes enceintes, aux enfants et à leurs familles une vue précise et actualisée des données relatives à leurs soins, ce qui se traduira par des soins plus rentables, plus transparents et plus efficaces. Pour ce faire, chacun doit disposer d'une interface appropriée, qui peut s'intégrer de manière transparente dans le DSE des prestataires de soins de santé. La structuration des informations autour d'"épisodes de soins" et l'utilisation de classifications pertinentes (CIM-11, ICPC-2/3, etc.) faciliteront cette tâche.
- numérisation devrait également favoriser l'utilisation secondaire des données aux niveaux micro, méso et macro pour la gestion de la santé de la population (cf. infra), l'évaluation et le suivi.

Étant donné que l'élaboration des flux de données nécessite une consultation technique et juridique, l'enregistrement et l'échange de données seront développés étape par étape, en commençant initialement par l'enregistrement du dépistage et de l'activité par les acteurs dans l'outil Born in Belgium et la facturation des activités remboursables via les plates-formes mises à disposition. Afin de mieux définir les besoins en matière d'enregistrement, de flux et de partage de données, un **groupe de travail juridico-technique interfédéral** sera mis en place (voir [Partie II - Gouvernance](#))

Cependant, le **programme pour les personnes vulnérables et le programme sur l'obésité des enfants et des adolescents** en sont encore aux **premières étapes**, à savoir la phase conceptuelle. Le contenu spécifique et les groupes cibles doivent encore être définis en coopération avec les États et le gouvernement fédéral avant que des ambitions numériques puissent être fixées. Dès que cela sera plus clair, des détails supplémentaires concernant le soutien numérique de ces programmes seront ajoutés au plan d'action (ou inclus dans la prochaine version).

Hospitalisation à domicile

D'autres programmes peuvent être ajoutés si cela est décidé au sein de la structure de gouvernance du plan d'action eHealth. Par exemple, depuis CoVID-19, le développement de la télésurveillance et un certain nombre de projets dans le cadre de la piste d'innovation du SPF VVVL, l'hospitalisation à domicile est certainement un bon candidat.

1.2.1.2. Gestion de la santé de la population

Un aspect important des soins intégrés est l'approche basée sur la population. L'objectif est d'améliorer la santé d'une population donnée en tenant compte de ses besoins et de ses caractéristiques économiques, sociales et écologiques, entre autres. Dans le **protocole d'accord IFP ASI**, cette perspective est également considérée comme importante

*"Il devient important de pouvoir travailler de manière décentralisée et proche du citoyen à partir d'une **approche basée sur la population**, ainsi que de travailler horizontalement et verticalement entre les secteurs. Cela nécessite un niveau méso décisif et accessible qui facilite le niveau micro et opère dans le cadre de politiques de niveau macro*

La gestion de la santé de la population (PHM) permet de concrétiser cette approche basée sur la population. Bien qu'il existe différentes définitions de la PHM, certains éléments fondamentaux font l'objet d'un large consensus au niveau mondial.¹⁰L'OMS les résume dans la définition suivante : une **approche proactive** de la gestion de la santé et du bien-être d'une population définie, **fondée sur des données et tenant** compte de la diversité au sein de cette population et de ses déterminants sociaux de la santé

Un aspect essentiel de la PHM est le suivi récurrent des données, où **des cycles d'amélioration** continue **et des boucles de rétroaction** à différents niveaux contribuent à un système de santé (de soins) dynamique et réactif. En outre, la gestion de la santé publique peut être pertinente dans l'application de l'utilisation primaire et secondaire des données sur la santé (les soins)

Par exemple, la gestion des soins de santé primaires peut être appliquée au **niveau microéconomique** pour optimiser les soins préventifs et curatifs pour les personnes qui ont une relation thérapeutique avec les prestataires de soins de santé dans l'établissement, tels que les cabinets de soins primaires ou les hôpitaux. Par exemple, des sous-groupes spécifiques peuvent être invités à se faire vacciner dans le cabinet sur la base des données du DSE. Il s'agit là d'un exemple d'"**utilisation primaire**" **des données**, où l'accent est mis sur l'amélioration des soins prodigués à un individu. L'utilisation des données aux **niveaux méso et macro**, par exemple pour l'enregistrement épidémiologique, l'analyse ou la planification des capacités, est une "**utilisation secondaire**" **des données**. Cette utilisation implique un traitement minutieux de la vie privée et de la protection des données, nécessitant la pseudonymisation et l'anonymisation des données, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD).

¹⁰ Organisation mondiale de la santé. (2023). *Gestion de la santé de la population dans les soins de santé primaires : une approche proactive pour améliorer la santé et le bien-être*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316>

1.2.2. Belgian Integrated Health Record (BIHR)

Dans le cadre du plan d'action eHealth 2025-2027, le concept, les lignes directrices et la mise en œuvre du **Belgian Integrated Health Record (BIHR)** joueront un rôle central dans la transformation et la modernisation du système de santé belge. Le concept du BIHR englobe une vision plus large et l'objectif du concept du BIHR est simple.

Le BIHR décrit un **environnement** dans lequel une personne/un citoyen a une vision claire de ses propres données de santé (soins) et dans lequel toute personne s'occupant de cette personne a une vision de toutes les données qui sont importantes pour fournir des soins de haute qualité.

- D'une part, le BIHR couvre les **rubriques** et la manière dont les données doivent être demandées et saisies. Il s'agit d'un événement central.¹¹ Dans une première phase, des efforts sont faits pour développer les rubriques suivantes, qui sont développées en tant que "sources authentiques" cliniques :

1. *Liste des problèmes de santé et de bien-être*
2. ¹²*Données cliniques (au format "Careset")*
3. *Laboratoire (clinique, pathologique, génétique, ...)*
4. *Image*
5. *Aperçu des médicaments*
6. *Vaccinations*
7. *Allergie*
8. *Données de télésurveillance*
9. *Facteurs sociaux*
10. *Contexte familial*
11. *Objectifs de vie*
12. *Plan de soins (y compris l'équipe de soins actuelle)*

La liste des rubriques ci-dessus constitue un premier aperçu et est dynamique. Elle sera modifiée/élargie à l'avenir afin de garantir que toutes les rubriques médicales et sociales pertinentes soient finalement incorporées dans le BIHR. Outre le développement des rubriques susmentionnées, ce plan d'action envisage également le développement d'épisodes de soins et de Linking pathways pour soutenir l'opérationnalisation du BIHR (voir ci-dessous).

- D'autre part, le BIHR comprend le développement de **tableaux de bord** et d'**interfaces** conçus pour le suivi, la visualisation et la saisie de données, adaptés aux besoins des différents types d'utilisateurs.

faisant, chaque personne concernée peut également **contribuer activement** à maintenir les informations à jour et correctes, et des services sont disponibles pour gérer les informations ou apporter une valeur ajoutée aux personnes concernées sur la base des informations disponibles :

¹¹ La traduction de ces rubriques en anglais et en français figure à l'[annexe 2](#).

¹² Ces données sont liées à la section 1 : à la fois à la "liste des problèmes" et à l'"épisode de soins". Les données cliniques se trouvent dans le dossier du patient et sont présentées en tant que "Careset" conformément aux accords FHIR.

- BIHR est synonyme de **communication** fluide et **harmonisée et de coopération multidisciplinaire via la cocréation informations** entre les différents professionnels de la santé (soins) et les institutions, ce qui permet de garantir efficacement la continuité des soins et de réduire le nombre d'erreurs (médicales).
- Le BIHR jouera un rôle clé en améliorant fondamentalement l'**accessibilité des données** et en permettant la saisie de nouvelles données. Il garantira toujours l'interopérabilité entre les systèmes de santé en adoptant des normes internationales telles que **SNOMED CT et HL7 FHIR**
- Le BIHR soutiendra la **réutilisation intensive des données** pour la **science, la politique et la gestion de la santé de la population**, entre autres.

En outre, le BIHR soutient la numérisation dans le cadre des **soins intégrés (ASI)** à différents niveaux (micro, méso et macro - voir l'[annexe 8](#)) grâce au principe de la mise à disposition de données pertinentes, opportunes et précises, ce qui contribue à une meilleure coordination, à une meilleure prise de décision et, en fin de compte, à une meilleure qualité des soins. Le BIHR soutient donc à la fois les soins de santé, le bien-être et la prévention dans le contexte de la santé mentale et somatique. Une grande attention devrait être accordée à l'opérationnalisation et à l'utilisation réelle sur le lieu de travail et à l'intégration de bout en bout de toutes les ressources numériques, c'est-à-dire que les systèmes numériques devraient être intégrés dans la (collaboration) de l'utilisateur de soins, du praticien de santé et de l'institution de santé et devraient permettre la **prestation de soins de bout en bout**

Le **programme "Environnement de travail du BIHR"** permet de poursuivre l'opérationnalisation du concept du **BIHR**. De plus amples détails sont donnés dans la "[Partie III. Mise en œuvre](#)".

La **base juridique** nécessaire à la réalisation du BIHR est constituée par le [règlement EHDS](#), le protocole d'accord IFP ASI, la [loi sur les droits des patients](#), la [loi sur la qualité des praticiens de la santé \(soins\)](#), la [législation RGPD](#) et la proposition d'accord de coopération sur l'échange de données de santé partagées. L'accord de coopération a reçu un avis du APD et du RvS, une version modifiée est prête et peut être traitée en deuxième lecture et présentée aux parlements. Les services de base nécessaires à la réalisation du **protocole d'accord préalable sur l'eSanté** sont en cours avec l'aide d'un financement de l'EH-RRF et du BE-HTP. ¹³En collaboration avec diverses parties prenantes, un travail de **sensibilisation** très important a été réalisé et une dynamique a été créée avec la ligne zéro, la première et la deuxième ligne (Agoria, CMIOs des hôpitaux, VIVEL et l'accord sur les épisodes de soins, one-line.be, les organisations de patients, etc.)

Dans le cadre du plan d'action eHealth 2025-2027, le BIHR est appelé à jouer un **rôle stratégique** dans la **transformation du système de santé belge**. En renforçant l'intégration des systèmes, en assurant la sécurité des données, en facilitant la personnalisation et l'intégration des soins et en soutenant une gouvernance efficace, le BIHR contribuera de manière significative à l'amélioration globale de la qualité des soins de santé en Belgique. Sa mise en œuvre réussie sera cruciale pour atteindre les objectifs du plan d'action et garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de santé modernes, sûrs et personnalisés.

¹³ Pour la version française : Vivel. Episodes de soins. Disponible via : <https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2025/01/VIVEL-nota-zorgepisodesFR-2024-1.pdf>

Pour la version néerlandaise : Vivel. Note care episodes. Disponible à l'adresse [suivante](https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2025/01/VIVEL-nota-zorgepisodes-2024-1.pdf) : <https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2025/01/VIVEL-nota-zorgepisodes-2024-1.pdf>.

1.2.2.1. *Épisodes de soins, ensembles de soins et hôpitaux de structure*

En octobre 2024, l'Institut flamand de première ligne (VIVEL) a approuvé un document sur les épisodes de soins, un concept important dans le cadre du débat sur le BIHR. Les épisodes de soins soutiennent l'enregistrement structuré où l'information des individus en question est synthétisée. Un enregistrement est nécessaire pour chaque problème et le résumé des "titres" de tous les épisodes de soins est regroupé dans la liste des problèmes. L'idée est qu'en enregistrant les différentes disciplines, **il n'est plus nécessaire d'échanger des informations entre elles** et que l'information est **optimisée grâce à la co-création**. Les informations essentielles d'un épisode de soins sont représentées sous une forme compatible avec FHIR en tant que "**données**" dans un "**careset**" et publiées en tant que "source authentique". De plus amples informations sur la mise en œuvre et l'opérationnalisation des caresets figurent à l'[annexe 2](#).

L'épisode de soins optimise la prestation des soins, tant **au niveau individuel qu'au niveau de la population**, et soutient la politique. L'épisode de soins a également son importance dans la **collaboration avec** l'utilisateur et son contexte (ligne zéro) et les **hôpitaux** ou autres **institutions de soins** (ligne deux). Une bonne interaction est nécessaire ici avec le mode de structuration utilisé dans les hôpitaux, qui est davantage axé sur les soins spécialisés, et l'épisode de soins, qui est davantage axé sur les soins généraux et le suivi des soins. De bons accords sont donc nécessaires, y compris dans la manière dont tous les acteurs des soins concernés travaillent et coopèrent. On peut utiliser ici la création de "**Linking pathways**", qui peut faciliter la communication, tout en respectant la stratégie d'enregistrement de chacun.

1.2.3. *European Health Data Space (EHDS)*

L'UE vise une transformation numérique des soins de santé, de la prévention, du fait d'être en bonne santé et de le rester. C'est pourquoi, entre autres, elle souhaite que la grande majorité des citoyens européens aient accès aux dossiers médicaux électroniques d'ici à 2030 et qu'ils soient en mesure de le faire ou de demander à d'autres personnes de commencer à exploiter les ressources numériques. Pour y parvenir, les **principes de l'EHDS jouent un rôle crucial**

La réalisation des objectifs de l'UE en matière de numérisation des soins de santé et de partage des données, tels qu'ils sont définis dans la SDSE, repose sur les principes/objectifs suivants, à savoir **l'utilisation primaire et l'utilisation secondaire des données de santé (soins)**, puis la promotion de la création d'un **marché unique** pour les dossiers médicaux électroniques, les dispositifs médicaux pertinents et les systèmes d'intelligence artificielle à haut risque.

En ce qui concerne **l'utilisation primaire des données de santé (soins)**, l'EHDS vise à donner aux individus un meilleur accès numérique et un plus grand contrôle sur leurs données électroniques personnelles de santé (soins), tant au niveau national qu'europpéen. Cela nécessite l'interopérabilité, où les normes internationales telles que **SNOMED CT et HL7 FHIR** peuvent jouer un rôle clé en garantissant un échange de données transparent entre les systèmes. En outre, il est essentiel de se connecter au **programme MyHealth@EU** pour faciliter le partage des données en vue de l'utilisation primaire des données de santé (soins).

En ce qui concerne l'utilisation secondaire des données sur la santé (les soins), l'EHDS et la plateforme HealthData@EU fournissent un cadre fiable et efficace pour la réutilisation des données sur la santé (les soins) dans la recherche, l'innovation, l'élaboration des politiques et les activités réglementaires. Pour la mise en œuvre de l'EHDS sur l'utilisation secondaire des données de santé (soins), une collaboration avec l'Agence des données de santé (HDA) est envisagée. Bien que l'utilisation

secondaire des données de santé (soins) concerne de nombreuses parties prenantes, la HDA servira de point de contact central pour les demandes de données et les demandes d'accès aux données. L'HDA assumera un certain nombre de rôles à cette fin :

- La HDA est l'**organisme de coordination de l'accès aux données de santé** (HDAB) en ce qui concerne l'utilisation secondaire des données en Belgique :
 - Traitement des demandes de données ;
 - Rendre les données équitables et disponibles dans le catalogue ;
 - Aider les détenteurs de données à rendre leurs données FAIR et disponibles dans le catalogue ;
 - Permis en collaboration avec le Comité de sécurité de l'information (CSI) (à discuter) mais traitement conjoint des demandes (point de contact unique) ;
 - HDA fournit un environnement d'analyse centralisé et sécurisé pour les analyses fédérales ou les analyses avec des données liées ;
 - HDA responsable de l'échange transfrontalier de services (demandes de données, catalogue de métadonnées et liens avec l'environnement de traitement sécurisé (Secure Processing Environment - SPE)).
- La HDA en tant que **coordinateur** de la mise en œuvre de l'EHDS en termes d'utilisation secondaire en Belgique. Cela comprend l'élaboration d'un plan de mise en œuvre reposant sur cinq piliers principaux :
 1. **Coordination de l'EHDS** : la HDA coordonne la mise en œuvre de l'EHDS en Belgique, met en place une structure de gouvernance et communique ses progrès à toutes les parties prenantes.
 2. **Centre de connaissances EHDS** : Le HDA devient le centre de connaissances en ce qui concerne l'EHDS (utilisation secondaire) en Belgique et communique et informe régulièrement les parties prenantes.
 3. **Implications juridiques de l'EHDS** en Belgique : la HDA coordonne les implications juridiques de l'EHDS en Belgique en faisant un tour d'horizon de la législation concernée, en cartographiant toutes les parties prenantes et en leur attribuant un rôle (détenteur de données, HDAB, tiers de confiance, entité d'intermédiation,...).
 4. **Implications techniques** : Le HDA coordonne, apporte les implications techniques et initie les décisions si nécessaire.
 5. **Déploiement organisationnel** : le déploiement organisationnel est coordonné par la HDA, qui facilite les décisions relatives à la division organisationnelle du travail en Belgique.

Le plan de mise en œuvre et le suivi sont placés sous l'égide de la Commission européenne. Le plan de mise en œuvre complet sera développé au cours du premier trimestre 2025 et sera présenté en même temps que le présent plan d'action.

Les principes de l'EHDS sont également importants dans le contexte de l'ASI, puisqu'ils contribuent à fournir des soins de santé continus et une collaboration transfrontalière, et dans le contexte du BIHR, qui permet aux praticiens de la santé (des soins) 'accéder à une vue intégrée des données requises d'une personne à travers les frontières nationales. L'EHDS nécessite **une approche interfédérale coordonnée** dans les années à venir afin de répondre à toutes les exigences. Le plan d'action pour

l'eSanté peut donc soutenir la mise en œuvre de l'EHDS, à condition que les ressources nécessaires soient envisagées pour réaliser des missions et des projets supplémentaires dans le cadre de l'EHDS.

Partie II - Gouvernance

2.1. Importance de la coopération interfédérale

Le "moonshot", c'est-à-dire l'omniprésence et l'intégration de l'eSanté dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé, implique la nécessité d'une **coordination et d'une collaboration interfédérales** afin d'éviter la fragmentation et de maximiser les synergies. En outre, cette collaboration en matière de données sur la santé (les soins) est essentielle pour les raisons suivantes :

- **Approche centrée sur la personne** : la santé, le bien-être et la prévention concernent la même personne ; ces domaines politiques doivent donc partir du principe que la personne est centrale et qu'elle bénéficie d'une offre cohérente, de qualité et parfaitement intégrée. Ces domaines ont également un fort impact les uns sur les autres et sur d'autres secteurs tels que l'économie, l'infrastructure, l'éducation, etc ;
- **Mobilité** : la mobilité des citoyens et des acteurs du secteur des soins de santé, qui peuvent être situés et établis n'importe où dans le pays, exige que les services et les données nécessaires soient disponibles dans toutes les régions et s'intègrent de manière transparente (sur le plan conceptuel, de la langue, de l'aspect et de la convivialité, de la formation, etc ;)
- **Efficacité et efficience** : les ressources sont limitées, qu'il s'agisse de ressources financières ou de ressources humaines. Par conséquent, travailler ensemble et aligner les politiques et les ressources sera payant et profitera aux citoyens. En outre, une collaboration qui part des objectifs de vie de la personne permet de développer des projets et des outils qui répondent aux besoins réels de l'utilisateur, du praticien et de l'établissement de santé, ce qui favorise l'adoption ;
- **Alignement entre la stratégie et la législation** : il est préférable d'aligner la stratégie et la législation afin d'éviter les initiatives et les dynamiques contradictoires ;
- **Disponibilité des données** : Un exercice de vision commune montre qu'une forte coopération entre le gouvernement fédéral, les communautés et les régions est nécessaire pour garantir la disponibilité des données sur la santé (les soins) à des fins fédérales, interfédérales et européennes ;
- **Pilotage cohérent** : la cohérence du pilotage entre une série de partenaires et de parties prenantes, de sorte que les initiatives et les priorités soient alignées, devrait améliorer les résultats ;

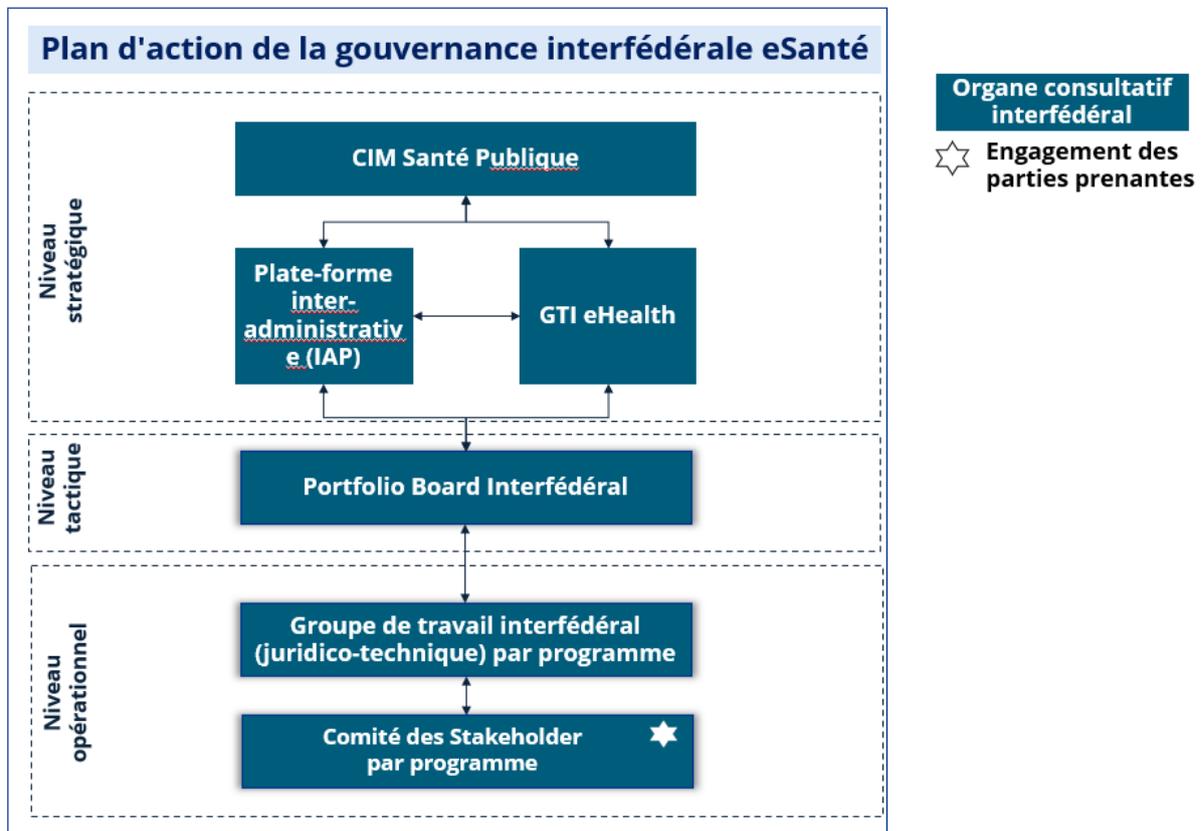
La coopération interfédérale ne peut être fructueuse que si elle est fondée sur le respect mutuel des responsabilités de chacun et sur la possibilité d'élaborer ses propres politiques. Pour permettre la coopération interfédérale, une gouvernance possible du plan d'action pour l'eSanté est présentée ci-dessous, en mettant l'accent sur les organes de gouvernance interfédéraux situés aux niveaux suivants :

(1) **Le niveau stratégique (politique/administratif)** - les organes de décision

(2) **Le niveau tactique et opérationnel** - organes de coordination, de préparation et d'exécution

Comme décrit précédemment dans la [section "Programmes pertinents pour le plan d'action 2025-2027 en faveur de l'eSanté"](#), les programmes suivants seront examinés dans un premier temps dans le contexte du présent plan d'action :

- Programme interfédéral de soins périnataux
- Programme interfédéral personnes vulnérables
- Programme interfédéral obésité chez les enfants et les adolescents
- Programme d'hospitalisation à domicile



Les responsabilités des organes interfédéraux dans le cadre du plan d'action eHealth sont expliquées au [point 2.3. Organes de consultation interfédéraux, y compris rôles et responsabilités](#). Une première proposition de participants aux organes de consultation interfédéraux figure à l'[annexe 6](#). Toutefois, la composition effective doit encore faire l'objet d'un accord entre les participants à partir de 2025. ¹⁴La manière dont chaque entité s'organise en interne n'est pas incluse dans la figure, car chaque entité est libre de mettre en place son organisation interne autour du plan d'action pour l'eSanté comme elle l'entend

2.2. Lien avec la gouvernance de l'ASI pour les programmes interfédéraux

Le **plan d'action pour l'eSanté joue un rôle de coordination** pour les projets numériques dans le paysage plus large de la santé (des soins). Cela signifie que les projets conservent leur propre identité, mais se concentrent sur les principes du plan d'action pour l'eSanté afin d'éviter la fragmentation et d'identifier les synergies, telles que l'alignement des priorités, des calendriers, des dépendances, des objectifs communs, la consultation coordonnée des parties prenantes et l'accent mis sur l'opérationnalisation. Le plan d'action ne prend pas en charge la gouvernance de ces projets (la

¹⁴ En outre, outre cette structure formelle de gouvernance interfédérale (demandée par l'UE), il pourrait être utile d'envisager des groupes de travail plus flexibles en fonction des besoins spécifiques. Toutefois, cette question n'est pas abordée dans la suite de ce plan d'action.

gouvernance des projets individuels dépasse le cadre du présent document), mais propose une gouvernance globale qui surveille les objectifs du plan d'action tels qu'ils sont définis ci-dessus.

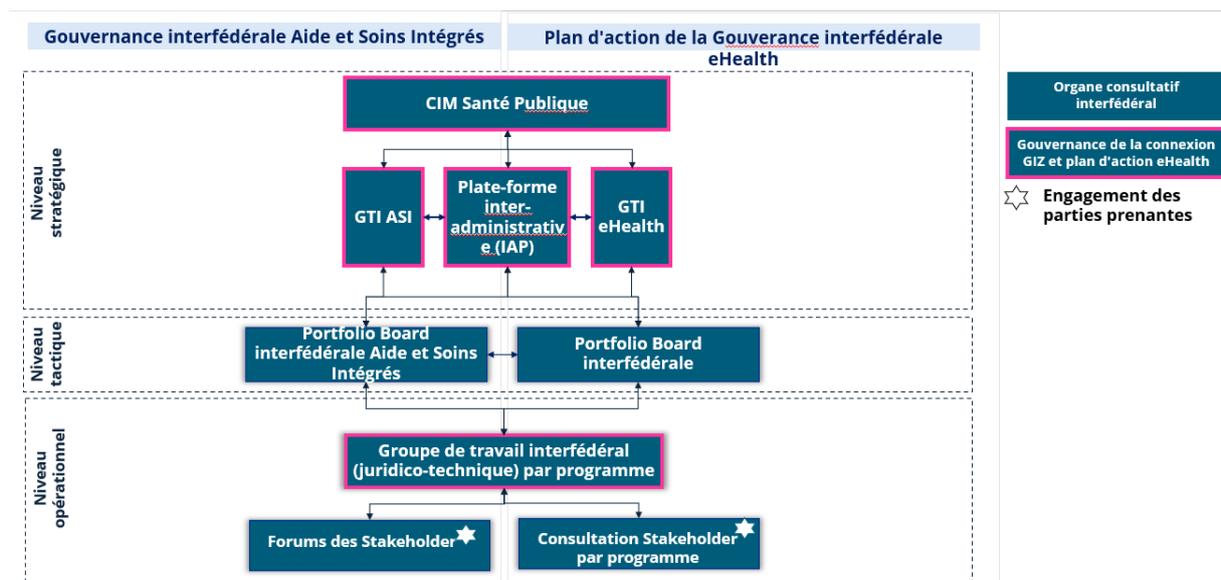
Comme décrit dans la [partie I du plan](#) d'action, il existe un lien entre le plan d'action pour l'eSanté et les soins intégrés. La numérisation est une condition préalable essentielle à la réussite des soins intégrés. Cela signifie qu'il est nécessaire de l'aligner sur les projets en cours du plan d'action pour l'eSanté 2025-2027 afin que sa valeur ajoutée potentielle puisse être maximisée dans les programmes

Il est donc important de créer un **lien entre la gouvernance des deux domaines, sans toutefois les intégrer complètement**. Cela garantit qu'il reste suffisamment de place pour un alignement séparé au sein de la gouvernance du plan d'action pour l'eSanté pour des sujets spécifiques non liés aux soins intégrés, et vice versa. Le plan d'action pour l'eSanté est axé sur la personne et comprend également des projets qui ne sont pas directement envisagés dans un programme de l'ASI.

Le lien entre la gouvernance de l'ASI et le plan d'action pour l'eSanté est établi principalement par le biais des **programmes du PIF ASI** (soins périnataux, personnes vulnérables et obésité chez les enfants et les adolescents), qui sont considérés comme des programmes pertinents dans le contexte du plan d'action pour l'eSanté, et par le biais des **organes de gouvernance suivants** :

- Le CIM Santé publique et le préparatoire
- GTI ASI et GTI eHealth - Il convient de se demander s'il est souhaitable de combiner ces GTI dans certains cas. Cela dépend de la diversité des participants et des points à l'ordre du jour. Toutefois, il est important de conserver les GTI distincts afin que les programmes et projets spécifiques puissent toujours être discutés séparément. La réunion combinée sera organisée sur une base ad hoc.
- La plateforme interadministrative (IAP)
- Groupe de travail interfédéral (juridico-technique) par programme.

La figure ci-dessous montre visuellement le lien avec la gouvernance existante de l'ASI.



Outre la structure de consultation décrite ci-dessus, il existe également des organes statutaires dont les attributions sont bien définies et qui prennent des décisions sur des aspects spécifiques. Bien qu'ils ne soient pas inclus dans la visualisation par souci de simplicité, ils ne doivent pas être négligés. Il s'agit par exemple d'organes au sein d'institutions gouvernementales, du comité de gestion de la plateforme de eHealth, de la HDA, du comité directeur de Vitalink....

2.3. Organes consultatifs interfédéraux, y compris rôles et responsabilités

2.3.1. Rôles et capacités requis

Dans le cadre de ce plan d'action, il existe d'une part des programmes (avec un accent particulier sur les programmes interfédéraux de l'ASI) qui, outre une élaboration substantielle, comprennent également une composante de numérisation à laquelle ce plan d'action souhaite contribuer. D'autre part, le plan d'action comprend divers projets d'eSanté qui contribuent (ou peuvent contribuer) à la réalisation de ces programmes (mais qui peuvent aussi en être distincts).

Pour une coordination efficace du plan d'action, il est essentiel de disposer des capacités attribuer des rôles clairs :

- **Chefs de projet** : au niveau fédéral et dans chaque État, un chef de projet sera désigné pour **diriger** un projet d'eSanté:
 - Suivre l'avancement des projets de numérisation en cours dans son domaine de compétence et identifier et suivre les alignements/synergies avec d'autres projets.
 - Rendre compte de l'impact sur la santé et le bien-être, non pas à travers les projets eux-mêmes, mais à travers les effets positifs réels de la numérisation dans ces domaines.
 - Distinguer les outils réutilisables/commons, et développer des politiques avec leurs propres priorités basées sur ces outils.

→ *Les personnes qui assument ce rôle doivent être présentes au moins au sein du comité interfédéral de portefeuille.*
- **SPOC(s) du programme** : Un point de contact unique (SPOC) sera désigné pour chaque programme. Il convient de déterminer s'il est souhaitable de désigner un SPOC par région ou de désigner un SPOC unique pour l'ensemble du gouvernement fédéral, des communautés et des régions. Cela dépend du contexte dans lequel le programme est développé (interfédéral ou par une seule entité compétente). Ce(s) SPOC est/sont responsable(s) au minimum de :
 - Suivre l'état d'avancement des programmes et participer aux groupes de travail interfédéraux pour chaque programme.
 - Garantir une vision, une stratégie et une approche (tactique) communes.
 - Obtenir la participation de toutes les parties prenantes concernées (gouvernements, praticiens de la santé, établissements de santé, institutions d'assurance, fonds de soins de santé, universités, industrie, citoyens) et, le cas échéant, des experts techniques des administrations en matière de TIC.

→ *Les personnes qui assument ce rôle devraient au moins être présentes dans le comité interfédéral de portefeuille, les groupes de travail interfédéraux spécifiques (juridiques, techniques, etc.) par programme et la consultation des parties prenantes par programme.*

- Outre les rôles susmentionnés, la mise en œuvre du plan d'action pour l'eSanté nécessite un engagement et des capacités supplémentaires. La capacité concrète nécessaire varie selon les régions (fédérales, régionales et communautaires) et selon les actions découlant des moments de consultation dans le cadre du plan d'action pour l'eSanté. En effet, chaque région a des besoins et des circonstances spécifiques qui influent sur la capacité requise.

2.3.2. Niveau stratégique : organes de décision

Le niveau politique stratégique

Ce niveau comprend le CIM Santé publique et les GTI où les 7 ministres sont présents ou représentés au niveau du cabinet. C'est à ce niveau que sont principalement discutés et préparés la stratégie à suivre, les résultats attendus au niveau du protocole d'accord et de l'accord de coopération, ainsi que les programmes globaux (par exemple, le protocole d'accord sur l'accès des citoyens à leurs propres informations sur la santé, le protocole d'accord sur l'eSanté, l'accord de coopération entre l'eSanté et BelRAI, le protocole d'accord de l'ASI et les programmes de l'ASI).

CIM Santé Publique :

- **Organe d'escalade le plus élevé** pour les affaires interfédérales
- **Ratifier les protocoles d'accord, les accords de coopération, les plans d'action** pour les programmes, par exemple dans le contexte de l'eSanté : ratifier les plans d'action (tant pour la numérisation que pour l'utilisation primaire et secondaire des données) avec un engagement fort en faveur de la coopération, avec un mandat clair de l'GTI VG à cet effet, et avec des indications claires sur la manière de coopérer.

GTI eHealth :

- Coordination stratégique et validation de **projets de numérisation spécifiques** dans le cadre du plan d'action pour l'eSanté au niveau politico-officiel.
- assure principalement le **lien avec le monde politique** et rend compte périodiquement au CIM si nécessaire (par exemple dans le cadre de la ratification de documents officiels tels que des protocoles d'accord ou des accords de coopération).

GTI ASI

- Coordination stratégique et validation de **l'ASI et des programmes associés** au niveau politico-officiel, nécessitant des accords politiques principalement liés aux affaires et non de nature juridico-technique.
- assure principalement le **lien avec le monde politique** et rend compte périodiquement au CGI si nécessaire (par exemple dans le cadre de la ratification de documents officiels tels que des protocoles d'accord ou des accords de coopération).

(Combiné) GTI eHealth et GTI ASI :

- **Accords politiques** sur les **questions techniques liées aux TIC** dans le cadre des programmes de soins intégrés, comme par exemple le RGPD, afin de parvenir à un partage rapide et précis des données entre les États, le gouvernement fédéral et d'autres organisations (par exemple l'Agence Inter mutuelle) dans le cadre des soins intégrés.

Le niveau stratégique administratif

Comme le prévoit l'un des accords du plan interfédéral de soins intégrés, les dépendances entre l'PIF ASI et le plan d'action eHealth seront contrôlées et traduites en actions au sein de la **plate-forme inter administrative**.

Plateforme inter-administrative (IAP)

- Facilite et optimise la **communication** entre les administrations sur les initiatives connexes.
- Assurer le **pilotage stratégique** interfédéral, avec suivi et escalade pour les problèmes qui ne nécessitent pas d'intervention politique.
 - Au sein du PEI, le **parrainage** des différents programmes et projets est de préférence inclus dans ce plan d'action et le parrain du projet assure le suivi avec les gestionnaires de projet.
- Encourage l'impact sur les administrations et promeut la **coopération avec l'GTI VG** (représenté par l'GTI ASI et/ou eHealth).
- **Relier les initiatives et les informations** pertinentes pour l'ASI et/ou le plan d'action eHealth à des actions concrètes, telles que les projets d'autres GTI, les propres administrations et le retour d'information des plates-formes de consultation et des parties prenantes.
- Évalue l'**impact** des activités d'eSanté sur l'administration ou les administrations concernées et procède aux ajustements ou donne les instructions nécessaires.

2.3.3. Niveau tactique/opérationnel : organes de coordination, de préparation et d'exécution

Le niveau tactique

Portfolio Board :

Délégué par le PEI, le Portfolio Board est composé de délégués des agences concernées, par exemple les chefs de projet et les SPOC du programme (tels que définis ci-dessus) :

- **Assurer la cohérence et l'alignement** entre les différents programmes et projets en cours (tant régionaux que fédéraux) prévus dans le plan d'action pour l'eSanté ;
- un **cadre pour le développement du BIHR** ;
- Examiner et aligner les **progrès, les priorités et les performances** des différents projets ou programmes au sein d'un portefeuille.
- Évaluer les **progrès et l'impact de ce plan d'action**, par exemple en formulant des indicateurs de performance clés (au minimum) basés sur les objectifs du plan d'action pour l'eSanté 2025-2027 et en les évaluant régulièrement.
- Discuter des **résultats attendus et préparer l'escalade/le rapport** aux niveaux supérieurs (GTI, IAP).

Au niveau opérationnel

Groupe de travail interfédéral (juridico-technique) par thème :

- Cartographier les besoins en matière de **saisie, de flux et de partage des données** ;
- Identifier les éventuels **obstacles juridiques** et assurer le suivi des obstacles identifiés ;
- Proposition détaillée sur la manière dont l'**organisation des flux de données** devrait être optimisée afin que, dans les différentes applications, toutes les données pertinentes puissent être collectées et traitées au profit des personnes ciblées par le thème, des prestataires de soins, des acteurs de l'aide sociale, des méso-structures, des organes politiques ou autres dans la

mesure où ils ont besoin de s'appuyer légitimement sur ces données, et ce en vue de la mise en œuvre, du financement, du suivi et de l'évaluation du thème ;

- Explorer la manière dont **les différents outils et plateformes** peuvent être utilisés ;
- ¹⁵Examiner si et dans quelle mesure la personne et/ou l'aidant informel ont accès aux données s'ils assument le rôle de coordinateur des soins et de l'aide sociale
- Sur la base de ces études, d'**autres ajustements juridico-techniques** sont proposés pour permettre la mise en œuvre.

2.3.4. Engagement des parties prenantes

En outre, l'implication des parties prenantes (cf. [annexe 3](#)) est au cœur de ce plan d'action. Les parties prenantes qui peuvent apporter une contribution substantielle (plus liée aux affaires) à un programme tel que le programme de soins périnataux sont plus susceptibles d'être impliquées dans la gouvernance de l'ASI par le biais des forums de parties prenantes. Les parties prenantes liées aux processus et aux questions techniques en matière de TIC, telles que l'industrie et les responsables de la santé numérique (voir ci-dessous), seront impliquées dans la gouvernance du plan d'action pour l'eSanté. Plusieurs parties prenantes ont également exprimé des attentes concernant l'organisation et la coopération avec d'autres acteurs de la prévention, du bien-être et des soins de santé (voir l'[annexe 4](#))

En outre, les contributions des parties prenantes ne se limitent pas aux seules contributions opérationnelles ; les contributions et les retours d'information pertinents sur le plan stratégique sont également sollicités et transmis aux organes de décision, afin que la gouvernance reflète mieux les attentes et les besoins exprimés par les acteurs de la prévention, de la protection sociale et des soins de santé.

Consultation des parties prenantes par

Consultation entre les parties prenantes, telles que le gouvernement (fédéral, régional et communautaire), le praticien et l'établissement de santé, l'industrie (fournisseurs de logiciels, sciences de la vie) et les organisations de patients et/ou les institutions d'assurance. La consultation se concentre sur la communication, les rapports et les conseils sur un sujet spécifique et les projets de numérisation connexes. La consultation TRIO en est un exemple. Elle crée une plateforme où ces parties travaillent ensemble pour rationaliser et coordonner la mise en œuvre des projets de numérisation dans le cadre du programme concerné, en tenant compte des intérêts de toutes les parties prenantes.

- **Rôle du gouvernement** : organiser et faciliter les consultations ; coordonner la coopération entre les différentes parties prenantes ; communiquer et rendre compte aux autres parties de l'état d'avancement des projets contribuant aux programmes concernés ; demander l'avis des parties prenantes concernées sur des questions spécifiques pour lesquelles leur contribution est nécessaire ;
- **Rôle dans l'industrie** : apporter des contributions et une expertise, notamment en ce qui concerne les logiciels, les plateformes et l'interopérabilité entre les systèmes ; fournir un retour d'information sur l'avancement du projet et les défis techniques, et proposer des solutions à tous les obstacles qui se présentent ; collaborer à l'intégration d'outils numériques ;

¹⁵ Le rôle du coordinateur des soins et du bien-être est décrit à l'[annexe 9](#)

- **Rôle des parties prenantes, y compris :**
 - **Organisations de patients, utilisateurs de soins, praticiens de la santé/institutions de santé,...) :** co-définir la portée des projets au sein des programmes, afin qu'ils correspondent aux besoins et aux attentes de toutes les parties prenantes ; surveiller les intérêts des utilisateurs de soins, en vérifiant si les projets contribuent réellement à leur bien-être et à leur facilité d'utilisation ; contribuer à la diffusion et à la sensibilisation, en diffusant des informations sur les nouvelles technologies et les nouveaux systèmes et en les faisant mieux connaître ; contribuer aux expériences opérationnelles, en fournissant par exemple les meilleures pratiques et les défis rencontrés par les professionnels de la santé (des soins) lors de l'utilisation de systèmes numériques, par exemple en ce qui concerne la charge administrative ; partager les besoins et les expériences pratiques, en fournissant des informations sur les besoins des prestataires et des institutions de soins de santé et sur le fonctionnement des systèmes numériques. partager les besoins et les expériences pratiques, en fournissant des informations sur les besoins des prestataires et des établissements de soins de santé et sur le fonctionnement des systèmes dans la pratique quotidienne.
 - **Institutions d'assurance :** les institutions d'assurance jouent un rôle important dans le paysage de l'eSanté et sont impliquées dans divers projets et processus. Lorsqu'il s'agit d'intégrer des données administratives dans les processus financiers, les mécanismes de contrôle et les systèmes d'établissement de rapports, il est important de les inclure. Cela peut se faire sur une base ad hoc, par exemple par des alignements ciblés, ou par le biais d'une plateforme de consultation telle que le groupe de travail interfédéral (juridico-technique), afin que leur expertise puisse être utilisée efficacement.
 - **Le monde universitaire (universités, établissements d'enseignement supérieur et institutions scientifiques) :** Les milieux universitaires peuvent apporter une valeur ajoutée significative dans le cadre du plan d'action pour l'eSanté en appliquant leurs connaissances et leurs recherches à la transformation numérique des soins de santé. Grâce à leur expertise dans des domaines spécifiques (par exemple, conseils sur les normes, les indicateurs d'évaluation, l'interopérabilité, les architectures de données...), ils peuvent fournir des informations précieuses par thème et/ou dans le cadre de projets et stimuler l'innovation. En outre, ils peuvent contribuer au développement (souvent dans le cadre de projets menés en collaboration avec l'industrie), aux essais (par exemple, la recherche sur la mise en œuvre), à la formation et à l'éducation des praticiens actuels et futurs du secteur de la santé (des soins).

Ambassadeurs

Les parties prenantes (individus, groupes ou organisations spécifiques) sont également appelées à contribuer à la réalisation de ce plan d'action et à jouer le rôle d'ambassadeurs, à savoir

- Traduire et tester les concepts et les "approches" que nous avons développés dans le contexte général du BIHR.
- Prendre note des projets existants et prévus (y compris dans le contexte de ce plan d'action) et fournir un retour d'information sur leur impact dans la pratique (Est-ce ce dont nous avons besoin dans la pratique ? Si nécessaire, nuancez ou suggérez des ajustements...).

- Être des "ambassadeurs" du BIHR auprès de leur groupe cible/professionnel, en "traduisant" les concepts dans l'environnement de vie des utilisateurs de soins et des soignants qui travailleront avec eux.
- Participer aux processus entourant la définition, le développement et la maintenance des normes utilisées, des codifications, des processus de travail dans le domaine des technologies de l'information, ... tant au niveau fédéral que régional et local (y compris les progiciels à usage personnel).

Responsable de la santé numérique

Il doit y avoir une réelle valeur ajoutée en termes de travail quotidien du praticien de la santé (des soins), ainsi qu'en termes de charge administrative et d'évitement des tâches redondantes. Il peut être utile que les organisations désignent un "**responsable de la santé numérique**" qui contribuera à l'élaboration et au suivi du plan d'action en matière d'eSanté spécifique à l'organisation.

Ils constituent un groupe professionnel important pour l'utilisation primaire et secondaire des données de santé. Ces prestataires de soins de santé (souvent des médecins, des pharmaciens, etc.) exercent une activité quotidienne dans le domaine des soins de santé et voient des patients, mais ils sont en même temps libérés pour soutenir le développement des TIC. Leur tâche principale consiste à faire le lien entre ce dont les prestataires de soins de santé ont besoin dans la pratique en termes de TIC (= interface et données : consultation, enregistrement, traitement...) et le développement des TIC (= par des analystes et des programmeurs). Ils n'ont pas toujours une formation complémentaire en TIC, mais en s'impliquant dans la définition et le développement des applications TIC, ils ont suffisamment de connaissances techniques et d'idées pour travailler en étroite collaboration avec les techniciens qui développent les applications

En ce qui concerne les hôpitaux, une initiative est actuellement en cours qui rassemble les "**Chief Medical Information Officers**" (**CMIO**) qui travaillent déjà dans un certain nombre d'hôpitaux. De plus amples informations sur la collaboration avec les CMIO dans les hôpitaux figurent à l'[annexe 5](#).

Partie III - Mise en œuvre et projets

La réalisation des [objectifs \(stratégiques\) de ce plan d'action](#) sous-jacents et du "moonshot" décrit dans l'introduction en termes de numérisation et d'eSanté, peut se faire progressivement en prenant des mesures supplémentaires pour la **réalisation du BIHR**.

Le "moonshot" peut être considéré comme la dernière étape vers une **architecture d'eSanté** en Belgique, composée de centaines de composants et de plateformes TIC, partagés avec un grand nombre d'acteurs très divers. **Ce "moonshot" est également nécessaire** pour franchir de nouvelles étapes vers la réalisation de **soins plus intégrés**.

Pour réaliser ce "moonshot", un **puzzle** complexe doit être mis en place progressivement (mais avec un objectif final clair à l'esprit). Les centaines de composantes et de sous-projets de santé en ligne, répartis entre des dizaines de professions et d'institutions de santé, doivent **s'emboîter**. Chaque élément a son importance, mais en même temps il n'est "qu'une" partie d'un ensemble plus vaste. L'alignement est crucial et la vue d'ensemble doit être maintenue, ce qui souligne l'importance de la gouvernance décrite dans la [partie II](#).

La réalisation du BIHR et l'assemblage (ou l'emboîtement) de certaines pièces cruciales du puzzle nécessitent une approche par étapes avec des **résultats intermédiaires**. Il est essentiel de décomposer le concept de RHI en éléments concrets et tangibles. En effet, la réalisation progressive du BRSH exige que des mesures soient prises dans le domaine de l'eSanté **au moyen de nouveaux projets** et dans le cadre de projets existants afin de saisir et d'enregistrer les informations différemment ou en plus, également dans le contexte de la cocréation, de partager des informations supplémentaires ou plus fréquentes, de faire des pas supplémentaires vers l'interopérabilité au sein de l'écosystème, de s'engager dans une coopération multidisciplinaire plus forte au-delà des frontières de la première, de la première et de la deuxième ligne, etc. **Les services de base de la plateforme de eHealth** constituent également une base importante sur laquelle s'appuyer.

Afin d'atteindre les objectifs du plan d'action pour l'eSanté 2025-2027 et l'ambitieux "moonshot" sur la numérisation dans l'eSanté, il est essentiel que le concept de BIRH soit intégré dans l'ensemble du processus de d'eSanté. Cela signifie que les choix, décisions et initiatives futurs en matière de numérisation devraient idéalement être **"conformes au BIHR"**, c'est-à-dire alignés sur les principes du concept du BIHR tels que décrits au [point 1.2.2](#).

Plusieurs axes stratégiques sont définis dans ce plan d'action comme cadre pour structurer les projets de d'eSanté dans le cadre de ce plan d'action, comme le montre la figure ci-dessous.

Feuille de route des axes pertinents 2025-2027



Vision



"Moonshot"

Une architecture et un paysage de l'eSanté plus mûrs, conformes aux objectifs stratégiques et opérationnels du plan d'action 2025-2027

- Les **deux premiers axes** sont essentiels pour prendre des mesures supplémentaires afin de réaliser le BIHR dans le cadre de ce plan d'action. À cette fin, les **services de base de la plateforme eHealth** (premier axe) constituent une base importante sur laquelle le BIHR s'appuiera. En outre, le deuxième axe définit un certain nombre d'éléments de **l'environnement de travail du BIHR (ETB)**. Ces éléments doivent être considérés comme des **étapes importantes à franchir tout au long de la durée de ce plan d'action pour réaliser le BIHR au cours de la période 2025-2027**. La réalisation de toutes les composantes de ce deuxième axe conduit à une première version du BIHR.
 - o **L'environnement de travail BIHR** se compose de deux parties (A, B) qui sont décrites plus en détail dans la section suivante du présent document. L'élaboration de l'"environnement de travail BIHR" permettra, grâce à un certain nombre de **nouveaux développements**, mais aussi en rassemblant et en intégrant des **pièces du puzzle** déjà **existantes**, de prendre des mesures supplémentaires pour utiliser les données et les systèmes de eSanté de manière encore plus intégrée dans le processus de santé (de soins). Et ce, toujours dans l'intérêt des citoyens, des professionnels de la santé et des institutions de santé.
- Le **troisième axe** contient certain nombre de **programmes et de projets complémentaires** au sein de l'écosystème de l'eSanté. Il convient de noter que de nombreux projets de cet axe interagiront également avec le deuxième axe, ce qui pourrait entraîner des réajustements ou des réorientations nécessaires pour parvenir à l'harmonisation et à l'alignement requis (c'est-à-dire des ajustements au sein des projets de l'axe trois pour qu'ils soient "conformes au BIHR" et s'intègrent ainsi parfaitement dans le "puzzle" plus large)
 - o Les programmes de l'ASI à inclure dans la section 3B, qui ont été examinés au point [1.2.1.1, Programmes pertinents pour le plan d'action 2025-2027 en faveur de l'eSanté](#) constituent une partie importante de cet axe. Ces programmes doivent s'intégrer parfaitement dans l'écosystème de l'eSanté. Cela implique une interaction importante. D'une part, à partir des axes parents, il faudra déterminer (par une analyse) quelles composantes de l'eSanté peuvent et doivent contribuer à répondre aux exigences numériques et techniques pour soutenir les programmes. D'autre part,

il conviendra de signaler, au sein même des programmes, les besoins supplémentaires en matière de eSanté qui sont essentiels à la réussite de la mise en œuvre des programmes. La gouvernance proposée devrait faciliter cette interaction à l'avenir.

Ensemble, ces axes constituent les principaux domaines d'action en matière de eSanté pour les trois prochaines années. Chacun d'entre eux est complété par plusieurs projets concrets de santé en ligne. Ces axes structurent donc la feuille de route pour l'eSanté.

Pour la suite de la structure de la partie III. Mise en œuvre, la [sous-section 3.1.](#) examine brièvement les **ressources** disponibles pour la réalisation des projets d'eSanté au cours de la période couverte par le présent plan d'action, à savoir 2025-2027. Dans la [sous-section 3.2.](#), les axes sont concrétisés par une **feuille de route** qui donne un aperçu des projets pour lesquels des mesures seront prises au cours de la période 2025-2027.

La [sous-section 3.3](#) donne enfin un aperçu plus détaillé du contenu des **différents projets d'eSanté** qui seront mis en œuvre au niveau (inter)fédéral et par les régions au cours de la période à venir sous l'égide de ce plan d'action. Il ne s'agit évidemment pas toujours de nouveaux projets. Un certain nombre de projets existants contribuent pleinement aux objectifs de ce plan d'action et/ou font l'objet d'une interprétation ou d'une focalisation modifiée dans le cadre de ce plan d'action, afin de s'inscrire dans le cadre plus large de ce plan d'action. Par exemple, certains projets en cours recevront une interprétation actualisée afin qu'ils soient "**conformes au BIHR**" (en vue d'obtenir des changements effectifs sur le terrain au profit du citoyen, de l'utilisateur des soins de santé, du praticien (des soins) de santé et/ou de l'institution (des soins) de santé). De plus amples informations sont disponibles dans les fiches correspondantes.

3.1. Ressources disponibles pour réaliser le plan d'action pour l'eSanté 2025-2027

Dans le cadre du plan d'action 2022-2024 pour l'eSanté, un budget a été alloué à diverses entités pour promouvoir l'eSanté. Ce budget a été investi dans des projets pertinents dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé.

Des fonds sont également mis à la disposition du plan d'action pour l'eSanté 2025-2027 pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. Un aperçu des ressources financières pour la période 2025-2027 figure à l'[annexe 7.](#)

3.2. Feuille de route 2025-2027

3.2.1. Les axes de la feuille de route

Comme décrit précédemment, **plusieurs axes stratégiques** sont définis comme des priorités pour la période 2025-2027 dans le cadre de ce plan d'action pour l'eSanté.

Ces axes fonctionnent **en parallèle**, avec un alignement nécessaire, et requièrent une attention et une action simultanées. Il ne s'agit pas d'étapes séquentielles, mais de parcours parallèles qui doivent être réalisés conjointement. En outre, les axes sont étroitement liés et un alignement et une coopération continus sont essentiels pour atteindre les objectifs fixés. Une explication plus détaillée de chaque axe est présentée ci-dessous :

1. **Services de base de la plateforme eHealth** : cet axe concerne les services de base de la plateforme eHealth, qui sont déjà bien développés à ce jour. L'accent est mis sur la poursuite

du développement de certains services de base de la plateforme d'eSanté qui permettent techniquement l'opérationnalisation du BIHR. En effet, ces services, tels que la gestion de l'accès, l'interopérabilité, l'enregistrement et la sécurité des données, constituent la base de la future numérisation plus poussée.

2. **Environnement de travail du BIHR (ETB) :** cet axe se concentre sur la réalisation du programme ETB, en particulier le développement (interfédéral) et l'opérationnalisation de deux composantes (A et B) :

A. **BIHR ETB-A :** le développement de **13 rubriques** énumérées au [point 1.2.2](#) en tant que ressources cliniques authentiques constitue une première étape importante vers la réalisation du BIHR. Il est important de noter ici que la réalisation de ces rubriques peut souvent se faire dans le cadre de projets d'eSanté en cours (qui soutiennent souvent une ou plusieurs rubriques spécifiques). Le développement de ces 13 rubriques en sources authentiques se fait donc en grande partie dans le cadre de projets en cours. Toutefois, il est important que la coordination nécessaire entre les différents projets de soutien ait lieu pour chaque rubrique. Cela permettra de créer un ensemble cohérent et intégré par rubrique. Le tableau de la page 32 donne un aperçu de la relation entre les projets d'eSanté et les rubriques (une ou plusieurs) auxquelles ils contribueront ou qu'ils alimenteront. La section 3.3 explique plus en détail ces relations pour chaque projet via les fiches de projet. Si des rubriques doivent être rattachées, cette question est examinée dans le cadre de la structure de gouvernance définie.

B. ¹⁶**Le BIHR ETB-B :** Opérationnalisation basée sur les **épisodes de soins** s'appuie sur les rubriques du ETB-A. Ils sont créés par les praticiens de la santé (des soins) et servent à structurer la prestation de soins autour des problèmes de santé (des soins). ¹⁷En ce sens, ils peuvent être considérés comme un "environnement de travail" partagé qui fournit aux praticiens de la santé (des soins) un environnement pratique et structuré dans lequel ils peuvent accéder aux données et les enregistrer. En utilisant les épisodes de soins de santé comme structure pour l'enregistrement des contacts dans la première phase, les soins peuvent être offerts de manière plus efficace et plus ciblée, chaque praticien de la santé (des soins) se concentrant sur un ou plusieurs des problèmes de santé (de soins) du citoyen. Lorsque les données s'alignent bien sur cette approche, les professionnels de la santé peuvent accéder plus facilement aux informations pertinentes du dossier intégré. Idéalement, dans l'esprit du BIHR, les données devraient toujours être enregistrées dans le contexte de l'épisode de soins

¹⁶ Dans un premier temps, les "épisodes de soins" seront utilisés pour structurer les dossiers de contact des médecins généralistes, des pharmaciens, des infirmières et des kinésithérapeutes. Ces quatre disciplines représentent la majorité des interactions entre les prestataires de soins de santé et les citoyens dans le cadre des soins primaires. Les praticiens de la santé (des soins) des organisations travaillant au sein d'un CoT ("Circle of Trust") peuvent également faire partie de ce groupe. Toutefois, cela n'exclut pas que d'autres praticiens de la santé (des soins) se joignent à cette approche dans un avenir proche. À long terme, il est probable que toutes les parties prenantes visent une approche plus intégrée, ce qui devrait alors être possible.

¹⁷ Cet environnement de travail (que nous appelons BWO, c'est-à-dire l'environnement de travail du BIHR) diffère d'un EPD, parce qu'un EPD stocke et gère toutes les informations d'un patient dans son intégralité. Pour réaliser le BWO, plusieurs composants (interfédéraux) doivent être réalisés, à savoir (1) les rubriques (et les sources authentiques associées), cf. BWO-A ; (2) un certain nombre de modules informatiques pour extraire les données des rubriques et les visualiser dans le logiciel de l'utilisateur final - ordonnées selon l'épisode de soins si souhaité ; (3) un certain nombre de modules informatiques pour enregistrer les (nouvelles) données - dans le contexte des épisodes de soins - et les charger dans les différentes rubriques.

de santé. De plus amples informations sur l'opérationnalisation de l'épisode de soins sont disponibles à l'[annexe 11](#).

Pour un certain nombre d'utilisateurs, le logiciel est construit selon des structures très différentes ou ne dispose pas encore d'une interface de soins complète, par exemple les hôpitaux, les psychologues, les diététiciens, qui travaillent encore avec des systèmes distincts. De plus amples informations sur l'opérationnalisation de cette approche "partielle" figurent à l'[annexe 12](#) (que nous avons jusqu'à présent appelée "Linking Pathways").

3. Projets spécifiques d'eSanté : Le troisième axe (composé des axes 3A et 3B) contient un certain nombre de programmes complémentaires et de projets associés au sein de l'écosystème de l'eSanté, comme décrit ci-dessus. L'axe 3B est inclus séparément pour garantir l'interaction future nécessaire entre l'eSanté et les programmes de fond (ASI), par exemple dans le domaine périnatal, et pour indiquer que ce plan d'action contribuera à étoffer la partie numérique des programmes (ASI), mais aussi que l'ASI identifiera éventuellement des exigences supplémentaires dans le domaine de l'eSanté qui devront être discutées.

Tableau : relation entre les projets de l'eSanté et les sections du BIHR qu'ils alimentent et utilisent (lecture, création, mise à jour et suppression d'informations)

BHIR ETB → ↓	ETB-A													ETB-B
	1. Liste des problèmes	2. Données cliniques	3. Laboratoire	4. Formation d'images	5. Aperçu des médicaments	6. Les vaccinations	7. Allergie / Intolérance	8. Télésurveillance	9. Facteurs sociaux	10. Contexte familial	11. Objectifs de vie	12. Plan de soins/équipe de soins	13. Évaluation de BelRAI	
BeSafeShare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
FHIR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
KMEHR2FHIR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Coffres-forts pour la santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Terminologie (Snomed CT)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Parcours du patient	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Personal Health Viewer et Empowerment of the Citizen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Digital Health Integration and Transformation Layer							✓							
Prescription de Renvoi			✓	✓	✓									
VIDIS					✓	✓								
SAMv2					✓	✓								
Plate-forme PSS			✓	✓	✓									
Alivia											✓	✓		
PROM/PREM											✓	✓	✓	
....														

3.2.2. Feuille de route du plan d'action pour l'eSanté 2025-2027

3.2.2.1. Services de base de la plateforme d'eHealth

Situation actuelle	2025	2026	2027
Gestion de l'accès	Mandats / Délégation		
	Relation parents-enfants		
	Changement de paradigme : break the gals+ enregistrement + plaintes + relations TR / soins (de santé) + équipe de soins + exclusions		
	Matrice d'accès configurable		
	Expansion du COT		
	Renvoi au référencement + Renvoi à l'utilisation secondaire		
1 Interopérabilité	CoBHRA+		
	Hubs / Meta hub		
	ProSanté		
Enregistrement	Critères d'enregistrement des DPI des établissements de santé (de soins)		
	Critères d'enregistrement des DPI des Prestataire de santé (soins)		
Services de base	Les services de base de la plate-forme eHealth sont disponibles sur le site web eHP (tels que eHealthBox, UAM, ConsultRN et RegistersBCSS, ...).		

A compléter par des projets fédéraux et régionaux, y compris un calendrier correct

3.2.2.2. Environnement de travail du BHIR

Situation actuelle	2025	2026	2027	
2 ETB-A	Rubrique 1 : Liste des problèmes	BeSafeShare FHIR KMEHR2FHIR Coffres-forts de soins de santé Terminologie (Snomed CT) Parcours du patient Personal Health Viewer et Empowerment of the Citizen Digital Health Integration and Transformation Layer Prescription numérique VIDIS SAMv2 Plate-forme PSS ALIVIA PROM/PREM ...		
	Section 2 : Données cliniques			
	Rubrique 3 : Laboratoire			
	Rubrique 4 : Imagerie			
	Section 5 : Vu d'ensemble de la médication			
	Rubrique 6 : Vaccinations			
	Rubrique 7 : Allergie			
	Rubrique 8 : Données de télésurveillance			
	Rubrique 9 : Facteurs sociaux			
	Rubrique 10 : Contexte familial			
	Rubrique 11 : Objectifs de vie			
	Rubrique 12 : Plan de soins et équipe			
	Rubrique 13 : Évaluation BelRAI			
ETB-B	Développement des "épisodes de soins" et des liens			

A compléter par des projets fédéraux et régionaux, y compris un calendrier correct

3.2.2.3. Programmes et projets d'eSanté

Situation actuelle		2025	2026	2027
3A	Financement	BMUC		
		Projets d'innovation		
		Capacités en matière de données		
		Cybersécurité		
		STI - Tableau de bord PHM		
	EHDS	...		
	MyCarenet	Multi-eMediatt		
		Be.Well.Pro		
		TRIO		
		
3B	Aide et Soins intégrés	Programme pour les femmes enceintes		
		Programme pour les personnes vulnérables		
	Programme sur l'obésité de l'enfant et de l'adolescent			
Prestation de soins End to End	Programme d'hospitalisation à domicile			
Literacy, communication,...	Digital Health Literacy			
.	.			

A compléter par des projets fédéraux et régionaux, y compris un calendrier correct

3.3. Projets dans le cadre du plan d'action

Plusieurs projets sont actuellement mis en œuvre aux niveaux fédéral, régional et communautaire (voir la feuille de route au point 3.2). La feuille de route illustre la nécessité de quelques projets supplémentaires, ainsi que la cohérence de l'ensemble et l'accent nécessaire sur l'opérationnalisation de bout en bout.

Cette section présente ensuite les différents projets de ce plan d'action de manière plus détaillée à l'aide de **fiches de projet**. Il ne s'agit pas exclusivement de nouveaux projets, mais également de la poursuite, de l'extension ou de l'adaptation de projets existants en rapport avec les objectifs de ce plan d'action.

3.3.1. Services de base de la plateforme eHealth

Cet axe contient les projets liés aux services de base de la plateforme d'eHealth qui seront développés au cours de la période 2025-2027, répartis dans les catégories suivantes : gestion de l'accès, interopérabilité et enregistrement.

3.3.1.1. Gestion de l'accès

Gestion de l'accès

Nom du projet	
Description	<ul style="list-style-type: none">• Mandats / Délégation• Relation parents-enfants• Changement de paradigme : briser le verre + enregistrement + plaintes• relations de soins (de santé) + équipe de soins + exclusions• Matrice d'accès configurable• Extension CoT, CoT light• Renvoi au référencement + Renvoi à l'utilisation secondaire
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

Mandats / Délégation

Nom du projet	Mandats de service et évolutions.
Description	Les mandats permettent à un citoyen, à un prestataire de soins de santé ou à une organisation de déléguer, selon certaines règles, leur

	<p>accès aux applications et aux données à une personne ou à une organisation.</p> <p>La plateforme d'eHealth gère un certain nombre de types de mandats différents, dont la plupart sont de nature professionnelle (entre prestataires de soins de santé ou établissements de soins de santé).</p> <p>Pour l'utilisateur de soins de santé, il existe deux types de mandat : le mandat MDM (gestion des données médicales), qui permet au donneur de mandat de déléguer l'accès à toutes ses données médicales personnelles à un citoyen, et le mandat RECIFE, qui permet à un utilisateur de soins de santé de déléguer uniquement l'accès aux ordonnances et au calendrier des médicaments à un citoyen.</p> <p>La plateforme eHealth utilise l'application SSM (Self Service Mandate) de MINFIN pour gérer les types de mandats.</p> <p>Une évolution est l'octroi de mandats temporaires pour la consultation de certaines données de santé à un médecin du travail, par exemple.</p>
Contribution à l'ASI	Améliorer l'engagement des patients - Améliorer et soutenir les aidants informels (soins informels)
Dépendances	Dépendent de MINFIN pour gérer et développer le SSM, ainsi que pour stocker les données du mandat.
Utilisation secondaire	<p>Cartographie de l'utilisation/importance des soins informels/de la garde d'enfants</p> <p>Actuellement, il n'y a pas d'utilisation secondaire.</p>
Simplification administrative	L'utilisation de mandats permet de simplifier l'accès aux données médicales personnelles pour les utilisateurs de soins de santé qui ne peuvent pas (plus) gérer leur propre santé de manière autonome.
Opérationnalisation	<p>Est actuellement en production (n'est plus en mode projet).</p> <p>Changements réguliers ou ajout de nouveaux types de mandats (professionnels).</p>

Relation parents-enfants

Nom du projet	Le service Relation parents-enfants est une entrée du RR utilisée par la plateforme d'eHealth pour régler l'accès aux données médicales personnelles des mineurs.
Description	<p>Le registre national permet de déduire la relation parent-enfant (non seulement les parents biologiques, mais aussi les parents adoptifs).</p> <p>Sur la base de cette relation et d'un ensemble de règles d'accès convenues au sein du secteur et décrites dans le protocole d'accord 2024, la plateforme d'eHealth exploite un service web (dans le cadre du service de base IAM) qui régleme l'accès aux données médicales à caractère personnel des mineurs.</p> <p>Une évolution possible consiste à ajuster les limites d'âge, à mettre à disposition des parents privés de responsabilité légale ou des parents nourriciers à long terme afin que cela puisse être pris en compte lors de l'octroi du droit de visite.</p>
Contribution à l'ASI	Meilleure implication des patients - Accès des parents au dossier de l'enfant
Dépendances	Dépendance à l'égard du RR et de la qualité des données de cette source pour déterminer la relation parent-enfant.
Utilisation secondaire	<p>Cartographie de l'utilisation/importance des soins informels/de la garde d'enfants</p> <p>Pas d'utilisation secondaire pour le moment.</p>
Simplification administrative	Le service web central de la plateforme d'eHealth permet aux intégrateurs de ce service, dans les applications qui proposent des données personnelles aux usagers mineurs, de s'assurer que leurs parents y ont également accès sous certaines conditions.
Opérationnalisation	Une mise à jour de ce service a eu lieu récemment (décembre 2024), actualisant les règles d'accès à ce qui a été convenu dans le protocole d'accord 2024.

Changement de paradigme (accès et échange de données sur les soins de santé)

Nom du projet	ParadigmShift (Accès et échange de données sur les soins de santé)
Description	Encadrement des sous-projets de la matrice d'accès remaniée

	<p>Il s'agit des lots de travail suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relations thérapeutiques <ul style="list-style-type: none"> o Synchronisation TR o Organisations - Enregistrement - Plaintes - Briser le verre - Notifications
Contribution à l'ASI	-
Dépendances	<ul style="list-style-type: none"> - Matrice d'accès - Santé en ligne - Myhealth.be - les lots de travaux de mise en œuvre
Utilisation secondaire	Les données log - TR des hubs sont utilisées.
Simplification administrative	<p>Grâce à la possibilité d'enregistrer les accès, les citoyens n'ont pas besoin de consulter d'autres portails de soins de santé. En cas de doute sur un accès, une procédure de plainte peut être lancée.</p> <p>La consultation sur Mijngesondheid.be s'applique à la relation thérapeutique.</p> <p>Le cas échéant, les citoyens seront informés des accès dans le cadre de l'enregistrement, des plaintes, du BtG et du TR.</p>
Opérationnalisation	Intégration des lots de travail sur MyHealth.com

3.3.1.2. Interopérabilité

CoBRHA+

Nom du projet	CoBRHA+
Description	L'objectif de CoBRHA+ est de mettre en place un registre central des établissements de soins, des acteurs des soins et des dispensateurs de soins afin d'implémenter un accès uniforme et univoque à ces données.
Contribution à l'ASI	Vue d'ensemble des équipes de soins - accès aux coordonnées de tous les membres de l'équipe concernée
Dépendances	<p>Le bon fonctionnement de CoBRHA+ dépend des projets de développement menés au sein des sources authentiques.</p> <p>Au sein du SPF SP il est lié aux projets HIR et eCad</p>
Utilisation secondaire	Ce projet assurera l'exactitude et la cohérence de ces données en déterminant les sources authentiques de chaque type de données, en

	<p>traitant l'input des sources authentiques et en effectuant des contrôles de qualité.</p> <p>CoBRHA+ constitue un élément essentiel de l'optimisation des flux administratifs entre les sources authentiques.</p>
Simplification administrative	<p>Les administrations ne devront demander les données aux différents prestataires de soins qu'une seule fois (principe " Only Once ").</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des synergies seront créées entre les différentes administrations, ce qui évitera la création de nouvelles bases de données et des dépenses supplémentaires. L'efficacité augmentera. - La fiabilité des données augmentera. Lorsqu'une administration modifie des données, les autres administrations auront également accès aux données mises à jour, comme un changement d'adresse de cabinet. - Les projets du plan d'action e-Santé, et les projets futurs, pourront utiliser une base de données unique et fiable et un système amélioré d'échange de données entre les administrations. - Les données peuvent être échangées en toute sécurité entre les différentes administrations. - Les administrations peuvent être rapidement informées des changements, ce qui permet de prendre les mesures nécessaires en temps utile (par exemple, fermer l'accès à certaines applications en cas de sanctions).
Opérationnalisation	<p>Publication des données par l'ensemble des sources authentiques</p> <p>Mise à disposition de nouvelles fonctionnalités</p>

Hubs/metahub

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

ProHealth

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

3.3.1.3. Critères d'enregistrement

Critères d'enregistrement DPI des praticiens de la santé (soins)

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

Critères d'enregistrement DPI des établissements de santé (de soins)

Homologation (SPD de l'hôpital)

Nom du projet	Enregistrement du DPI de l'hôpital
Description	Par analogie avec les progiciels pour médecins généralistes (GMD), décrire et établir un processus et des critères permettant à ces progiciels d'enregistrer leur conformité aux critères et modules de soins numériques tels qu'attendus par les autorités fédérales, régionales et autres autorités belges. Les parties concernées sont les producteurs de logiciels (et les hôpitaux qui "produisent" leur propre EPD), le secteur hospitalier, la plate-forme eHealth, l'INAMI, le SMALS, le SPF VVVL, l'AVIQ, la Deutschsprachigen Gemeinschaft, le

	<p>département ZORG, l'GTI, Recip-e, Vaccinnet, Vitalink, le RSW, le RSB, etc.</p> <p>Au-delà du DSE proprement dit, nous aimerions également inclure les systèmes d'administration des patients.</p> <p>Objectifs :</p> <p>Projet de définition d'une liste de critères, tant du point de vue de l'entreprise (critère fonctionnel) que du point de vue modulaire.</p> <p>Dans une première itération, il s'agira de vérifier la conformité aux critères modulaires en ce qui concerne les partenaires de l'eSanté.</p>
Contribution à l'ASI	Intégration des soins ZH dans les soins globaux - Activer les soins transmuraux, en intégrant la première et la deuxième ligne.
Dépendances	La liste de critères sera publiée à la fin 2024, les test de vérification débutent au dernier trimestre 2025, jusqu'à mi-2026
Utilisation secondaire	<p>Fondements de l'EHDS, de l'utilisation de FHIR, puis du BIHR</p> <p>Simplification administrative</p>
Simplification administrative	<p>Examen approfondi des processus existants et des flux de données au regard du principe "Once Only" (une seule fois)</p> <p>Codage à la source et à la transmission (BelRAI, Vaccinnet, Art IV, CTR, ...).</p> <p>Informatique Interfaces avec les registres, IMA,</p> <p>Cohérent avec d'autres logiciels (médecins généralistes, infirmières à domicile, etc.)</p>
Opérationnalisation	<p>Validation et approbation de la liste des critères en mettant l'accent sur l'intégration des sources authentiques et la communication entre les acteurs</p> <p>Rédaction et vérification de scripts et de scénarios de test</p> <p>Mise en place et démarrage de l'infrastructure technique nécessaire</p> <p>Première inscription fin 2025 et premier semestre 2026</p>

3.3.2. Environnement de travail du BIHR

BeSafeShare

Projet	BeSafeShare
Description	Les prestataires de soins et les hôpitaux jouent un rôle important dans le processus de transmission des données médicales pour la continuité des

	<p>soins (ex : SUMEHR, lettre de sortie, formulaire de naissance eBirth, enregistrement de la vaccination, ...).</p> <p>L'objectif du projet beSafeShare est de faciliter les échanges de ces données entre les prestataires de soins de l'AR78 intra et extra hospitaliers à travers leur dossier patient informatisé (DPI) via un échange modulaire de données structurées, codifiées, historisables regroupées autour de significations cliniques cohérentes (Uses Cases en provenance du terrain).</p> <p>Cet échange est assuré par les CareSets</p> <p>Un CareSet est un modèle national d'échange d'informations autour d'un contexte métier défini qui permet à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'utiliser un langage médical commun central qui garantit que les utilisateurs se comprendront de manière cohérente (SNOMED CT) ; - De partager l'information sur la santé d'une manière structurée, cohérente et commune à tous les intervenants, à l'aide de profils FHIR belges basés sur des modèles de données internationaux (ressources HL7 FHIR intl) et - D'assurer une qualité des données échangées grâce à des règles business définies en fonction des Use Cases.
Contribution à l'ASI	
Priorités de planification	La planification des CareSets dépend de la planification des projets qui utilisent les CareSets. Une fois que le profil FHIR belge est publié, les logiciels ont maximum 1 an pour l'implémentation.
Dépendances	<p>eHealth Fundamentals, ETB, legal framework, tous les projets qui utilisent les CareSets, NRC Fundamentals pour la terminologie, besoins du terrain.</p> <p>Du point de vue du concept du BIHR, cela s'inscrit pleinement dans le développement des "sources authentiques" : section 1 (liste de problèmes et IPS) et section 2 (données cliniques présentées sous forme d'ensembles de soins).</p>
Utilisation secondaire	Statistiques, recherches, monitoring, évaluations, ...
Simplification administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Informations accessibles 24/24 7/7 dans leurs dernières versions et accessibles directement dans le logiciel du prestataire de soins puisque standardisées - Informations non adressées mais partagées entre tous les prestataires de soins qui en ont besoin - Blocs d'informations réutilisables : plus besoin d'encodage multiple des mêmes données. A partir d'une même source (une seule fois),

	<p>on peut créer un groupe de rapports différents à la demande, sur mesure (ex : rapport à la demande du SUMEHR avec les informations récentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le prestataire de soins ne voit que les informations qui le concernent, dans le format qu'il souhaite - Moins de malentendus grâce à l'utilisation d'un langage unique (Snomed CT) avec traduction automatique via les traductions officielles belges de SNOMED CT des ValueSets
Opérationnalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Publication des CareSets dans les différents endroits de stockage prévus par l'architecture - Accord avec tous les acteurs de la santé pour s'assurer de répondre à leurs besoins sur le terrain - Accord avec standards européens en cours de - Collaboration avec les équipes du centre de terminologie (SPF SP) pour la snomédisation des ValueSets et de l'équipe de FHIRisation (eHealth Platform) pour la publication des profils FHIR nationaux - Maintenance des profils FHIR et des ValueSets - Gouvernance du - Collaboration avec les différents intervenants (GT experts terrains, GT experts Snomed CT, GT experts FHIR) - Publication des documents business sur la plateforme eSanté - Définition des tests Cases - Organisation de COWs (Coalition of the Willing) avec l'industrie
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

FHIR

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise / alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques, ainsi que le développement des épisodes de soins et des liens (ETB-B).</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>
---------------------------------------	---

KMEHR2FHIR

Nom du projet	
Description	<ul style="list-style-type: none"> • Migration d'une ressource KMEHR vers une ressource FHIR • Mappage transfrontalier d'une ressource FHIR selon la définition européenne d'un "ensemble de données prioritaires". Une différence est possible entre un "ensemble de données prioritaires" et un "careset", par exemple entre "patient summary" et SumEHR, car certaines parties sont spécifiques à la Belgique.
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

Coffres-forts de soins de santé

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	

Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

Terminologie (Snomed CT & LOINC)

Projet	La mise en œuvre des normes terminologiques SNOMED CT et LOINC dans les soins de santé belges est nécessaire pour permettre un échange de données significatif ("interopérabilité sémantique").
Description	<p>Les normes sémantiques sont un élément essentiel de la structuration de l'échange de données sur la base des Care Sets et des profils FHIR. La terminologie normalisée facilite également la réalisation des objectifs de nombreux autres projets, en particulier BIHR, et offre aux prestataires de soins de santé et à la recherche un certain nombre d'opportunités secondaires qu'il ne faut pas sous-estimer. Elle est également une composante nécessaire de l'EHDS et des programmes européens d'échange transfrontalier de données (MyHealth@EU) et d'utilisation secondaire des données (Healthdata@EU). Elle renforce également la position de l'HDA si l'échange de données est optimal dans le cadre de demandes de données pour des questions de recherche scientifique nationales et étrangères.</p> <p>En tant que Centre national de diffusion de la SNOMED CT en Belgique, le Centre de terminologie est chargé de fournir toute une série de services permettant l'utilisation de la SNOMED CT dans la pratique.</p> <p>Valeur ajoutée de l'utilisation d'une terminologie clinique uniforme :</p> <p>Général</p> <ul style="list-style-type: none"> - une meilleure santé, de meilleurs résultats pour les patients et un plus grand engagement de tous les citoyens. - Renforcer la continuité des soins en Belgique et au-delà - Soutenir les principes fondamentaux de l'approche centrée sur le patient et d'un meilleur accès aux soins de santé pour tous <p>Pour les prestataires de soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation de la SNOMED CT dans les dossiers médicaux électroniques et les systèmes de soins de santé permettra aux cliniciens de documenter, de partager et d'accéder aux informations sur les patients d'une manière qui préserve la fiabilité sémantique (signification) des contacts cliniques.

	<ul style="list-style-type: none"> - Une terminologie codée en SNOMED CT permet une meilleure communication entre les différents acteurs de santé impliqués, et par conséquent une augmentation de la qualité des soins. <p>Pour la recherche et la politique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les chercheurs et les décideurs politiques auront également accès à des données cliniques détaillées provenant d'un large éventail de systèmes de soins de santé et pourront effectuer des recherches pertinentes et ciblées grâce aux détails cliniques pertinents. - Utilisation secondaire des données : (ré)utilisation efficace des données dans les différents registres et répertoires <p><u>Objectifs généraux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du dossier patient intégré - Échange de données et interopérabilité sémantique - Aide à la décision et pratique fondée sur des données probantes - Gestion de la santé publique - Utilisation secondaire des données - Recherche clinique - Réalisation des objectifs BIHR
Relations avec les thèmes	<p>La mise en œuvre de la SNOMED CT permet d'atteindre les objectifs du concept BIHR, à savoir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la qualité, la continuité, la sécurité et l'accessibilité des soins et du bien-être grâce à un dossier médical intégré ; - l'autonomisation de l'utilisateur des soins et du praticien des soins (de santé) ; - encourager la réutilisation des données sur une base réciproque dans le contexte de la qualité et de la continuité des soins ; - encourager la réutilisation des données (anonymes ou pseudonymisées) à des fins d'innovation et de soutien politique ; - Optimiser le traitement administratif. <p>D'autres projets du plan d'action eHealth comportant une section terminologique et certaines parties prenantes s'appuient sur la version belge des normes terminologiques SNOMED CT et LOINC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Références numériques • Plate-forme d'aide à la décision • Ensembles de soins • Normes d'information • Dossier local pour les prestataires de soins de santé et les établissements de santé • DIGIRELAB (échange de résultats de laboratoire sur la base du sous-ensemble BE LOINC)
Dépendances	<p>La mise en œuvre des normes terminologiques (SNOMED CT) dépend des éléments suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'homologation des paquets SPD - la mise en œuvre des ensembles de soins

	<ul style="list-style-type: none"> - cadre législatif - La gestion du changement chez les prestataires de soins de santé eux-mêmes
Utilisation secondaire	<p>La SNOMED CT est la norme sémantique pour de nombreux projets et cas d'utilisation secondaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - enregistreur Sciensano - les enregistrements et les rapports au gouvernement - la recherche et l'investigation - Catalogue de métadonnées HDA et lien avec DCAT-AP - etc. <p>Dans les cas où des systèmes de codage ou des classifications sont nécessaires pour l'établissement de rapports nationaux ou internationaux, un répertoire sera élaboré à partir de la SNOMED CT vers le système de codage approprié afin de permettre l'utilisation secondaire de données cliniques initialement stockées et normalisées à l'aide de la SNOMED CT, puis converties selon les besoins.</p>
Simplification administrative	<p>Principe COUM : Code Once Use Many ; enregistrer une fois, utiliser plusieurs fois. La saisie unique des données via la SNOMED CT permet une (ré)utilisation multiple grâce aux cartes automatiques existantes et aux codes de classification dérivés. Cela réduit la charge administrative et les coûts liés au codage manuel des informations cliniques et améliore la qualité des données codées en appliquant la même carte, évitant ainsi les erreurs humaines ou les mauvaises interprétations.</p>
Opérationnalisation	<p>Juridique</p> <p>Cadre législatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révision de la réglementation et de la législation. Fixer une date pour la mise en œuvre de la SNOMED CT (convenir avec tous les acteurs du secteur de la santé de la date à partir de laquelle la SNOMED CT doit être obligatoirement utilisée). - Homologation - processus d'homologation haute performance <p>Technique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doté d'une édition belge correcte et complète de la SNOMED CT, y compris une distribution optimale. - Compatibilité avec la CIM10, la CIM-11, l'ICHI et d'autres classifications. - Soutenir les vendeurs d'EPD/paquets dans la mise en œuvre de la SNOMED CT avec une maturité suffisante (niveau 3). <ul style="list-style-type: none"> o Mise en place d'un serveur de terminologie o Chargement de l'édition belge de la SNOMED CT o Liaison terminologique des champs pertinents du DPI - Adaptation des systèmes et applications informatiques au sein du SPF - Test des enregistrements basés sur la SNOMED CT

	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'intégration technique de toutes les sources de données. <p>Processus</p> <ul style="list-style-type: none"> - CDI - Processus d'amélioration de la documentation clinique ; mise en œuvre de la SNOMED CT dans le cadre d'une évolution vers un enregistrement structuré par le prestataire de soins de santé. - Enregistrement à la source - Coder une fois, utiliser plusieurs fois <p>Humain (gestion du changement)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliniciens-conseils - Évolution de la fonction du codeur - L'intégration dans les processus de soins et la mise à disposition des informations "au point de soins" sont essentielles pour garantir que tous les acteurs et utilisateurs de soins concernés disposent des informations les plus récentes.
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

Parcours du patient

Nom du projet	Parcours du patient
Description	<p>Le projet s'intéresse au(x) flux d'activité qui commence(nt) et se termine(nt) avec le citoyen. Nous utilisons des scénarios dans lesquels un patient est confronté à des problèmes de soins aigus ou chroniques au cours de son parcours de soins.</p> <p>Nous cherchons des réponses en nous renseignant sur les éléments d'information nécessaires aux professionnels de santé de première et de deuxième ligne. Pour ce faire, nous cartographions les éléments de soins, les sources de données et le flux des données de santé nécessaires.</p> <p>L'équipe de projet fournit également des données objectivées pour l'adaptation et l'alignement en termes d'exigences commerciales afin que la collaboration entre les acteurs et les organisations et les projets de numérisation en cours dans le domaine de l'eSanté puissent être réalisés.</p> <p>Remarque : nous n'examinons que le "chemin heureux", c'est-à-dire le chemin idéal qu'un parcours de soins aigus devrait suivre si tout se déroule comme prévu. Cela signifie que nous supposons qu'aucun problème ou événement inattendu ne se produira. Ceci afin d'éviter que notre dossier ne</p>

	soit trop volumineux. Après tout, avec un parcours aussi "limité", il est déjà clair qu'il existe des goulets d'étranglement dans les flux de données.
Contribution à l'ASI	<p>Lien entre les soins dans la pratique et l'utilisation des ressources biologiques et humaines - importance de l'approche intuitive et fondée sur la pratique de l'eSanté !</p> <p>Les résultats de ce projet sont parfaitement utilisables pour valider un certain nombre de développements du BIHR tels que la co-création dans le cadre de l'épisode de soins.</p>
Dépendances	Fondamentaux de l'e-santé, BeSafeShare/caresets, Environnement de travail BIHR, Migration KMHER-FIHR, ...
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	→Faites également correspondre tous les processus administratifs à cet exercice Seulement une fois s'appliquent immédiatement strictement
Opérationnalisation	Une étape préparatoire importante et nécessaire dans tout projet !
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

Personal Health Viewer & Empowerment of the Citizen

Nom du projet	Ma santé.be
Description	<p>MaSanté.be est le portail interfédéral de santé pour les citoyens, soutenu et développé en coopération entre le niveau fédéral et les États.</p> <p>Le portail se veut un guichet unique pour les citoyens à la recherche d'informations sur leur propre santé (rapports médicaux, résultats de laboratoire, ordonnances, etc.) ou d'informations plus générales, par exemple sur les campagnes de prévention ou les liens/références vers des sites web utiles.</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une plateforme centralisée avec : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une interface conviviale ○ Accès direct aux informations disponibles

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un accès rapide et facile à toutes mes données de santé <ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'engagement des citoyens/patients : <ul style="list-style-type: none"> ○ Autogérer et contrôler l'accès à mes données de santé ○ Déterminer les informations qui peuvent être partagées ou qui doivent être mises à jour • En outre, le contenu doit être compréhensible pour le citoyen/patient : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ce projet vise également à améliorer les connaissances des citoyens/patients en matière de santé. <p>Ma santé.be</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le projet fournira une application web (et mobile responsive) 'Mijngezondheid.be' et une application mobile qui permettra à un patient/citoyen d'accéder et de consulter toutes ses données de santé dans une vue d'ensemble, en plus d'ajouter des notes, des commentaires aux données existantes et/ou de rendre les données disponibles à partir d'autres applications de santé (par exemple, les wearables). • Grâce à la nouvelle application web : activer et responsabiliser les citoyens en ce qui concerne la gestion de leur propre santé et de leur bien-être. • Les utilisateurs peuvent participer activement à la gestion de leurs données. Des outils de gestion des accès sont disponibles, y compris des informations sur les journaux d'accès. L'utilisateur peut accéder, créer, mettre à jour et supprimer certaines informations.
Contribution à l'ASI	Accroître la participation des patients à leurs soins (en facilitant l'accès à leur dossier BIHR complet)
Dépendances	Principales dépendances : <ul style="list-style-type: none"> • Fourniture et intégration techniques et en temps voulu des API de données et des composants web pour l'intégration des données de santé à partir de centres clés dans les trois régions. • Appropriation et coopération entre les différentes parties institutionnelles : SPF, INAMI, eHealth, etc... • Implication des parties prenantes de la communauté des utilisateurs et des acteurs de la prise en charge, c'est-à-dire connaissance et promotion de l'utilisation du portail citoyen.
Utilisation secondaire	la cartographie (anonyme) de l'accès réel des patients à leurs . Aucune utilisation secondaire n'est actuellement envisagée.

Simplification administrative	Une adresse unique pour le citoyen ou l'utilisateur des soins (via PC ou mobile) pour toutes les informations concernant sa propre santé ou les informations générales utiles dans le secteur de la santé => permet à ce citoyen d'obtenir plus facilement les bonnes informations.
Opérationnalisation	Une nouvelle version du portail a été livrée en août 2024, avec un nouveau look-and-feel + un moteur de recherche puissant et une FAQ. Des fonctionnalités supplémentaires sont maintenant ajoutées de manière itérative.
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise / alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : les 13 rubriques, ainsi que le développement des épisodes de soins et des liens (ETB-B).</p> <p>Ceci de la manière suivante :</p> <p>Du point de vue du concept BHIR, le Patient Health Viewer (PHV) est un composant essentiel dans deux directions : le patient a accès aux données du dossier et il peut ajouter des données - de manière structurée - par le biais de l'"épisode de soins".</p> <p>Cela signifie que :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le PHV devrait avoir un accès en lecture aux 13 sections de "sources authentiques" de préférence avec une "vue" performante, conviviale et multilingue. Cela implique également, entre autres, l'accès aux données de télésurveillance, aux données des dispositifs portables, ... (voir la "section 8" des sources authentiques). -Qu'un PHW (Patient Health Writer) devrait être développé et intégré à l'"épisode de soins" (voir ici). <p>Le projet PHV devra donc s'orienter intensivement vers les développements du BIHR.</p>

Digital Health Integration and Transformation Layer

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	

Simplification administrative	
Opérationnalisation	
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise / alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : Section 3 "Laboratoire", Section 4 "Imagerie" et Section 5 "Contrôle des médicaments"</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

Prescription de Renvoi

Projet	Exigences en matière de renvoi
Description	<p>-Le projet de prescription de référence suit le processus actuel (sur papier) de traitement des prescriptions de référence non médicamenteuses d'une manière plus efficace et accessible, sans erreur, et doit être suivi par les différents acteurs.</p> <p>-Le projet sera réalisé en trois grandes étapes. Après chaque étape du projet, davantage de prestataires de soins de santé seront en mesure d'utiliser davantage de fonctionnalités.</p> <p>Note : trois fonctions dans BIHR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les références et les règlements doivent d'abord être ajoutés au dossier dans le BIHR (une seule fois). À partir de là, des "documents de mise en œuvre" peuvent être créés. Ceux-ci visent alors à : <ul style="list-style-type: none"> - avertir les autres prestataires de soins de santé concernés d'une référence/prescription (-> également dans la liste des choses à faire) et leur donner accès au contexte de soins de l'application (y compris la référence à ProblemList/CareEpisode...). - produire un document probant qui sert de base à l'imputation du remboursement et à son contrôle.
Contribution à l'ASI	Fournir une approche cohérente de la communication autour de la délégation et des "missions" ("à faire") pour tous les membres de l'équipe soignante.
Priorités de planification	Première diffusion, soins infirmiers à domicile : janvier 2026

Dépendances	Principes fondamentaux de l'eSanté, BeSafeShare/caresets, BIHR Working Environment, PSS Radiology and Clinical Biology, SAM, VIDIS/Recip-e, Cadre juridique
Utilisation secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi basé sur des données anonymes pour le soutien et la préparation des politiques. • Examen par les pairs des prestataires de soins de santé
Simplification administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Accès en ligne des patients 7/7 et 24/7 aux soins qui leur sont prescrits • La communication entre les prestataires de soins de santé, mais aussi avec le patient, est améliorée et facilitée par cette source centralisée de prescriptions de référence numériques.
Opérationnalisation	<ul style="list-style-type: none"> • →Diverses possibilités d'intégration des progiciels intégration rapide possible • Intégration dans les processus de gestion des affaires en première et deuxième ligne • Intégration dans les processus opérationnels de Riziv et du SPF • Maintenance de la solution du projet • Gouvernance des codes CT de Careset et de Snomed au sein des organes du SPF et du NIHDI
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : Section 5 "Bilan de médication" et Section 6 "Vaccinations"</p> <p>Ceci de la manière suivante : Du point de vue du BHIR, ce projet doit être profondément recentré. Il ne sert à rien de se contenter de convertir les documents papier actuels en documents électroniques (p. ex. pdf). Ce qu'il faut, c'est repenser en profondeur les interactions opérationnelles entre les prestataires de soins de santé et le partage d'informations qui devrait accompagner ces interactions.</p>

Médication

Projet	Rubrique 5 : Médications
Description	<p>Organisation et stimulation du partage des données entre toutes les parties impliquées dans le processus de médication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient et son entourage. - Les prestataires de soins ambulatoires entre eux (médecins, pharmaciens, etc.) - Les prestataires de soins ambulatoires et l'environnement hospitalier <p>Les objectifs concrets de VIDIS sont les suivants</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - l'harmonisation de tous les processus relatifs aux médicaments (les processus classiques tels que, par exemple, le processus d'autorisation de mise sur le marché) - la prescription et la délivrance de médicaments, mais aussi les processus de qualité des soins tels que le "bilan de médication") - améliorer le fonctionnement des systèmes existants d'échange de données sur les médicaments optimiser la qualité des données disponibles sur les médicaments en concluant de bons accords
Contribution à l'ASI	Collaboration pluridisciplinaire pour l'optimisation de l'utilisation des médicaments
Dépendances	Fondamentaux de l'e-santé, BeSafeShare/caresets, Environnement de travail BIHR, Migration KMHER-FIHR, ...
Utilisation secondaire	<p>Gestion des populations (niveaux micro, méso et macro)</p> <p>Prévention (identification des groupes cibles - par exemple PopVax)</p> <p>Les données de Farmaflux sont utilisées pour suivre les épisodes de prise de médicaments, qu'ils soient prescrits ou en vente libre.</p>
Simplification administrative	Un lieu unique pour accéder à toutes les informations sur les traitements médicamenteux. Éviter le double codage, la disponibilité par les soins de santé
Opérationnalisation	<p>Assurer l'intégration technique de toutes les sources de données, y compris les hôpitaux.</p> <p>Accord avec tous les acteurs de soins sur la manière de garantir la mise à jour des données et de collaborer sur un seul programme de médicaments.</p> <p>L'intégration dans les processus de soins de santé et la mise à disposition des informations en temps quasi réel sont essentielles pour garantir que tous les acteurs et utilisateurs des soins de santé concernés disposent des informations les plus récentes.</p>
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : Section 5 "Bilan de médication" et Section 6 "Vaccinations"</p> <p>Ceci de la manière suivante :</p> <p>Du point de vue du BIHR, deux questions sont essentielles en ce qui concerne les médicaments :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement d'une source authentique performante "Aperçu des médicaments", compatible FHIR, accessible à tous les soignants dans le cadre d'une relation thérapeutique et accessible au patient (avec une "vue patient" adaptée). Accord sur "la manière de collaborer sur un programme de médicaments" avec tous les acteurs, le programme de médicaments devenant une "vue" de l'aperçu des médicaments et, en tant que tel, entrant également dans le plan de soins. 2. Lier chaque médicament à un "problème" de la liste des problèmes (ou, en d'autres termes, le lier au titre de l'épisode actuel d'un "épisode de soins" de la "source authentique section 1", de manière à ce que chaque médicament soit également lié aux données cliniques (en tant qu'"ensemble de soins") de la "section 2". <p>De cette manière, tous les objectifs décrits dans la fiche (à savoir harmoniser tous les processus relatifs aux médicaments (les processus classiques tels que la prescription et la délivrance des médicaments, mais aussi les processus de qualité des soins tels que le contrôle des médicaments, faire mieux fonctionner les systèmes existants de partage des données sur les médicaments, optimiser la qualité des données disponibles sur les médicaments en concluant des accords solides).</p> <p>Attention particulière : Assurer l'intégration technique de toutes les sources de données, y compris les hôpitaux. La partie concernant les hôpitaux devra être développée à partir de la source authentique "Section 5 : Examen des médicaments".</p>
--	--

SAMv2

Nom du projet	Source Authentique de médicaments" Version 2
Description	<p>SAMv2 est une source authentique pour les médicaments autorisés en Belgique. Les informations contenues dans cette base de données sont fournies par plusieurs entités : FAGG, INAMI, BCFI, SPF Economie, APB.</p> <p>Dans le cadre de la feuille de route eHealth, il est important de pouvoir extraire et échanger des données de SAMv2 de manière standardisée afin que tous les systèmes puissent lire et partager les mêmes informations de manière interopérable. Par conséquent, il y aura un passage progressif aux CareSets pour l'échange de données SAMv2. Le projet de réforme du chapitre IV aura également un impact sur le contenu de SAMv2 et est donc listé dans les dépendances (processus CIVARS, attestations du chapitre IV).</p>

Contribution à l'ASI	Médicaments et produits utilisés dans le cadre des projets de l'ASI, "étiquetage" si nécessaire, afin que leur utilisation puisse être mieux cartographiée ou intensifiée.
Dépendances	BESafeShare, VIDIS, réforme du chapitre IV, Homologations (EPD 1ère ligne), PSS Antibiotiques Avec le projet VIDIS, SamV2 jouera un rôle essentiel dans la réalisation de la section 5 (source authentique "Medication Review") et des sections 1 et 2 (lien entre la prescription et le titre de l'épisode de soins).
Utilisation secondaire	Médicaments et produits utilisés dans le cadre des projets de l'ASI, "étiquetage" si nécessaire, afin que leur utilisation puisse être mieux cartographiée ou intensifiée. Non applicable
Simplification administrative	
Opérationnalisation	Intégration du set de soins "médicaments" et "remboursement" dans les processus existants Processus de mise à jour des données dans SAMv2
Explication de la contribution au ETB	Ce projet utilise/alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : Section 5 "Bilan de médication" et Section 6 "Vaccinations" Ceci de la manière suivante : [à ajouter]

Plate-forme PSS

Nom du projet	Plate-forme PSS
Description	Objectif : Ce projet vise à améliorer la qualité dans un certain nombre de domaines confrontés à des défis : réglementation des examens radiologiques, des tests de laboratoire en biologie clinique et des antibiotiques. Pour ce faire, nous aidons les prescripteurs à trouver l'ordonnance correspondant aux soins les plus appropriés à la situation. Avec cette plateforme, nous visons à :

	<ul style="list-style-type: none"> créer des gains d'efficacité en permettant à un plus grand nombre de patients de bénéficier de soins adéquats et de qualité avec les mêmes ressources (infrastructure, nombre de prestataires de soins de santé) et, par conséquent, améliorer la pertinence des soins, <p>réduire les risques pour la sécurité des patients qui peuvent être associés à l'exécution des soins, et donc réduire également les risques pour la sécurité de la société,</p>
Contribution à l'ASI	
Dépendances	Principes fondamentaux de l'eSanté, BeSafeShare/caresets, environnement de travail BIHR, VIDIS, obligation d'orientation, cadre juridique
Utilisation secondaire	<ul style="list-style-type: none"> Suivi basé sur des données anonymes provenant des PSS pour le soutien et la préparation des politiques. <p>Examen par les pairs des prestataires de soins de santé (comparaison avec le comportement moyen en matière de prescription)</p>
Simplification administrative	
Opérationnalisation	<ul style="list-style-type: none"> Options pour les progiciels --> possibilité d'intégration rapide (il existe également des options sans homologation) Intégration dans les processus de gestion des affaires en première et deuxième ligne La maintenance de l'outil est incluse Inclusion dans un processus par lequel les mises à jour de la source entraînent automatiquement des mises à jour du PSS Gouvernance des questions fondées sur des données probantes au sein des organes du SPF et de l'INAMI <p>Intégration des données du PSS avec les sources de données de la ligne de médicaments et de la prescription de référence</p>
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise / alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : Section 3 "Laboratoire", Section 4 "Imagerie" et Section 5 "Contrôle des médicaments"</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

ALIVIA

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise / alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : section 11 "Objectifs de vie" et section 12 "Plan de soins / équipe de soins"</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

PROM/PREM

Nom du projet	PROM & PREM
Description	<p>Pour promouvoir la capacité d'autogestion et la participation des citoyens à leur processus de soins de santé et à la prise de décision partagée, il est nécessaire de fournir des outils tels que les PROM et les PREM.</p> <p>Objectif : Fournir une application de soutien facilement accessible et permettant aux patients de fournir un retour d'information sur les résultats de leurs soins et leurs expériences de soins de manière systématique à l'aide d'instruments de mesure rapportés par les patients (PROMs et PREM). Les résultats des PROMs et des PREM devraient principalement être significatifs pour une utilisation dans la pratique clinique quotidienne (utilisation au niveau micro).</p>

Contribution à l'ASI	Il est possible d'intégrer les PROMs et PREM dans les processus de soins des 3 programmes (périnatalité, personnes vulnérables, obésité pédiatrique) et de l'hospitalisation à domicile.
Dépendances	<ul style="list-style-type: none"> • Le concept du BIHR • ma sante.com • Relations thérapeutiques : Partage des données PROM avec les prestataires de soins de santé qui ont une relation thérapeutique avec le patient en question. • EPD : intégration des informations PROM et PREM dans le dossier électronique du patient des prestataires de soins de santé • Nécessité d'une base juridique pour la collecte de données sur les patients à l'aide de questions (listes), • approbation par le comité de sécurité de l'information • Diverses applications et initiatives de télésurveillance
Utilisation secondaire	<p>Les données PROM et PREM peuvent être utilisées secondairement aux niveaux institutionnel/pratique, locorégional, régional et national.</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'amélioration de la qualité et l'étalonnage des performances • le pilotage et l'évaluation des politiques : l'évaluation des conventions ou des programmes ou pour les décisions de financement ou d'organisation des soins
Simplification administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une plateforme centrale (myhealth.be) par laquelle les patients peuvent accéder à leur dossier médical, y compris aux questionnaires PROM et PREM, et consentir à l'utilisation de ces données à diverses fins. • Lutter contre la fragmentation (initiatives locales)
Opérationnalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection d'un questionnaire PROM générique, d'un questionnaire PREM générique et, si nécessaire, de questionnaires spécifiques à une maladie pour un ou certains programmes de l'ASI • Fournir des fonctionnalités informatiques (décrire le déroulement du processus, identifier les fonctionnalités, partenariat pour l'achat d'outils informatiques, programmation, tests d'utilisation). • Base juridique, consultation du DPD et, si nécessaire, approbation du CBF

	<ul style="list-style-type: none"> • Phase de test + évaluation : si nécessaire dans les programmes ASI (périnatalité, personnes vulnérables, obésité infantile) et l'hospitalisation à domicile. • Déploiement national + Développer une stratégie de communication, de sensibilisation et de formation pour les citoyens et les prestataires de soins de santé
Explication de la contribution au ETB	<p>Ce projet utilise / alimente la/les "source(s) authentique(s)" suivante(s) : section 11 "Objectifs de vie" et section 12 "Plan de soins / équipe de soins"</p> <p>Ceci de la manière suivante : [à ajouter]</p>

Environnement de travail du BIHR - B : Épisode de soins

Nom du projet	BIHR-ETB-B
Description	<ul style="list-style-type: none"> - ¹⁸Le développement d'un composant "plug-in" "épisode de soins", avec des rapports de contact structurés sur la base de RFE ("Reason for Encounter", Interview, Examination, Diagnosis/Hypothesis, Planning) dans une première phase en vue d'une co-création par les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmières/sages-femmes, les kinésithérapeutes. - Réalisation de liens vers des "sources authentiques" : sections 1,2,3,4,5,6,7,8,11,12 et 13. - Soutien aux algorithmes et à l'IA (LLM) : codage et enregistrement (ICD-11, ICHI, ICPC-3, ICF et SNOMED CT en tant que terminologie ; éventuellement BelRAI) ; analyse des processus (y compris "rolling paper with TO DO items") ; aide à la décision EBP, interactions médicamenteuses et allergies ; création d'une source authentique : section 2 : "Données cliniques" sous la forme du Careset pertinent ; section 5 "Revue des médicaments". - Intégration du plan de soins (Alivia) et des "objectifs de vie" dans les "épisodes de soins". - Réaliser le lien et la communication entre les prestataires de soins de santé travaillant en co-création avec le "zorgepisode" et les autres prestataires de soins de santé (par exemple, les hôpitaux, les psychologues, les diététiciens...) travaillant avec des systèmes distincts pour le moment.

¹⁸ Pour plus d'informations sur l'enregistrement par épisode, voir :

	<ul style="list-style-type: none"> - Cela peut être basé sur les procédures de prescription et d'orientation, qui se concentrent sur des questions précises, accompagnées des informations pertinentes relatives à cette question (par exemple, dans le cas de l'orientation par le médecin généraliste vers un endocrinologue, les rapports de contact récents de l'épisode de soins "Diabète de type 2"). Dans la mesure du possible, le retour d'information structuré utilise une structure basée sur "l'épisode de soins". Il est très important que, lorsque des Linking pathways sont utilisés, les acteurs concernés ne puissent rien modifier dans les données des autres prestataires de soins.
Contribution à l'ASI	<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet est essentiel pour intégrer le concept d'"épisode de soins" dans les projets de l'ASI, en particulier à court terme dans les trois projets prioritaires. - Pour toutes les priorités de l'ASI, le lien entre les prestataires de soins de santé sera d'une grande importance, en particulier à court terme pour réaliser la communication entre les prestataires de soins, également par exemple avec les services sociaux, les hôpitaux, les sages-femmes, ... les interactions entre les prestataires de soins de santé.
Dépendances	<ul style="list-style-type: none"> - Connexion à SAM V2 et VIDIS (lien entre "épisode de soins" et médicaments) ; plateforme PSS ("Planification") ; prescriptions de référence ("Planification") ; Digital Health Literacy et PHV ("Patient View of "care episode" and active input by patient") ; Patient Journey (test du concept d'épisodes de soins dans la pratique). - Interaction particulière avec le projet "Referral Prescriptions", qui nécessitera une réorientation de ce projet. Interaction plus poussée avec SamV2 et VIDIS (pour les médicaments) et avec Patient Journey pour tester les "Linking pathways".
Utilisation secondaire	-Utilisation dans le contexte de la gestion de la santé de la population au niveau microéconomique
Simplification administrative	<ul style="list-style-type: none"> - La co-crédation (dans un premier temps avec 4 disciplines, puis avec d'autres) permettra une simplification et un gain de temps considérables, ainsi qu'une amélioration de la qualité : la co-crédation sur une même "plate-forme électronique" est une forme efficace de partage de l'information. - En particulier en ce qui concerne les procédures de prescription et d'orientation

Opérationnalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Il est préférable de développer et de tester rapidement le composant "plug-in" "épisode de soins" par le biais d'un "appel d'offres" adressé à des consortiums composés de développeurs de logiciels, de constructeurs de systèmes, d'experts en matière de contenu et de représentants des utilisateurs. Cet appel d'offres sera de préférence international (un certain nombre de développements de ce type sont déjà utilisés à l'étranger). Appel de préférence avant le 1er avril 2025, début du développement : 1er septembre 2025, livraison le 1er juillet 2026. "Plug-in" dans les logiciels des fournisseurs : 1er juillet-31 décembre 2026. - Développement de liens pour chaque duo "émetteur-récepteur", toujours en fonction de l'état actuel de la communication entre le duo concerné.
---------------------	---

3.3.3. Projets spécifiques d'eSanté

3.3.3.1. Financement

BMUC

Nom du projet	BMUC
Description	Le critère belge Meaningful Use vise à accélérer la transformation numérique des hôpitaux. Un budget est prévu pour stimuler l'utilisation des fonctionnalités du BMUC dans les hôpitaux. Ces fonctionnalités BMUC visent à la fois les modules internes et les modules externes à intégrer dans le DPE intégré des hôpitaux afin que le principe de l'unicité soit respecté tout au long du parcours du patient.
Contribution à l'ASI	Tous les projets développant de nouvelles fonctionnalités à intégrer dans le DSE intégré des hôpitaux
Dépendances	Les projets qui ont un lien avec un DSE hospitalier intégré doivent définir comment ils doivent être intégrés, comment cette intégration et l'utilisation de la fonctionnalité peuvent être mesurées (SMART) et pendant quelle période cette intégration doit être réalisée.
Utilisation secondaire	Les hôpitaux constituent une source importante de données pour une utilisation secondaire.
Simplification administrative	Déployer le principe de l'unicité

Opérationnalisation	Les hôpitaux obtiennent un financement pour l'utilisation de nouvelles fonctionnalités.
Explication de la contribution du ETB	Le BMUC devrait principalement se concentrer sur deux aspects : 1. Renforcer la contribution des hôpitaux aux 13 "sources authentiques" et leur utilisation de celles-ci 2. investir dans le développement efficace des "voies de liaison" (procédures d'orientation et de signalement).

Projets d'innovation

Nom du projet	Projets d'innovation
Description	26 projets réalisés par et dans des hôpitaux financés par le SPF VVL
Contribution à l'ASI	
Dépendances	EHealth, BHIR, FHIR - caresets et/ou SNOMED_CT,
Utilisation secondaire	OUI
Simplification administrative	Introduire de nouveaux services de santé numériques ; introduire de nouveaux canaux de communication ; Utiliser l'analyse des big data et l'IA pour améliorer la gestion des systèmes de santé.
Opérationnalisation	Déploiement dans les hôpitaux où le projet est mis en œuvre. Dans un deuxième temps, un déploiement général de certains projets dans d'autres hôpitaux.

Data Capabilities

Nom du projet	Data Capabilities
Description	Ce programme se concentre sur la réutilisation des données de santé avec des projets qui aspirent à dépasser leur propre contexte hospitalier. L'objectif des projets de "capacités de données" est de rendre les données disponibles utiles à la prise de décision dans le contexte des soins de santé. Nous souhaitons également mettre l'accent sur la

	<p>réutilisation des données et sur le processus qui transformera les données brutes en informations utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 projets mis en œuvre par et dans les hôpitaux (consortium) financés par le SPF VVVL. L'accent est mis sur l'interopérabilité à l'aide de la norme FHIR. • Dans le cadre de la composante collective de ce programme, des événements FHIR-a-thon sont également organisés (deux fois par an) avec les partenaires fondateurs. Les projets participants sont alors tenus de fournir des cas de test FHIR comme preuve d'investissement dans l'interopérabilité FHIR.
Contribution à l'ASI	<ul style="list-style-type: none"> • Le volet général concerne les échanges entre hôpitaux et n'est donc pas (encore) axé sur les parcours de soins intégrés. • Plus précisément, il y a environ 5 projets qui travaillent sur la santé mentale et qui examinent également les défis de l'échange avec tous les acteurs impliqués.
Dépendances	EHealth, FHIR - caresets et/ou SNOMED_CT, hubs régionaux
Utilisation secondaire	Quelques projets (environ 5) développent des applications pour l'utilisation secondaire des données (FHIR).
Simplification administrative	<p>Introduire de nouveaux services de santé numériques ; introduire de nouveaux canaux de communication ;</p> <p>Utiliser l'analyse des big data et l'IA pour améliorer la gestion des systèmes de santé.</p>
Opérationnalisation	Déploiement dans les hôpitaux où le projet est mis en œuvre. Et dans une deuxième phase, un déploiement général de certains projets dans d'autres hôpitaux. Cela nécessite une certaine coordination pour permettre l'extension à tous les hôpitaux (à la fois les "adaptateurs précoces", les "suiveurs" et les "retardataires").

Cybersécurité

Nom du projet	Programme de cybersécurité
Description	<p>Le programme de cybersécurité a été préparé pour la mise en œuvre de mesures de cybersécurité et pour l'application des normes NIS 2 dans les hôpitaux. Les principales étapes et les objectifs prévus sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner et mettre en œuvre le programme de cybersécurité pour les hôpitaux belges et organiser, concevoir, placer et publier les appels d'offres, en coopération avec et au

	<p>nom des hôpitaux (participant volontairement au secteur hospitalier belge) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter un rapport d'activité sur les mesures de cybersécurité prises au sein de l'hôpital au cours de l'année. • Fournir une description des cyber-projets lancés ou en cours d'ici 2024 ; • participer à une nouvelle campagne d'évaluation de la maturité • soumettre une description sommaire de sa gestion de la cybersécurité <p>Mise en place d'un processus d'évaluation par les pairs</p>
Contribution à l'ASI	enregistrement DPI ?
Dépendances	Non
Utilisation secondaire	NON
Simplification administrative	NON
Opérationnalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner et mettre en œuvre le programme de cybersécurité pour les hôpitaux belges et organiser, concevoir, placer et publier les appels d'offres, en coopération avec et au nom des hôpitaux (participant volontairement au secteur hospitalier belge) ; • Suivre les procédures d'attribution : réception, analyse des candidatures et des offres ; • Conseiller le Steerco sur la sélection, le choix et l'attribution du (des) fournisseur(s) économiquement le(s) plus avantageux ; • Et, le cas échéant : conclure des contrats avec des fournisseurs sélectionnés en coopération avec le secteur et en son nom ; ou faciliter les contrats individuels des hôpitaux participants volontaires avec des fournisseurs sélectionnés en proposant un modèle de contrat discuté à l'avance.

Tableau de bord PHM - Instrument de soutien technique (UE)

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	

Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

3.3.3.2. EHDS

xxx

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

3.3.3.3. MyCareNet

Multi-eMediatt

Nom du projet	
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

3.3.3.4. Autre catégorie

Be.Well.Pro

Nom du projet	Be.Well.Pro (Professionnels en Belgique)
Description	<p>Be.well.pro vise à surveiller de manière proactive le bien-être mental lié au travail des travailleurs du secteur des soins et du bien-être à l'aide d'une enquête nationale structurelle et récurrente (bisannuelle) intitulée "indicateur de bien-être". De cette manière, l'évolution du bien-être dans le temps peut également être suivie.</p> <p>Sur la base des résultats des enquêtes, des mesures ciblées peuvent être prises pour améliorer le bien-être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au niveau macro (au niveau de la politique nationale ou régionale) • au niveau méso (par des groupes professionnels, au niveau locorégional, et éventuellement par des établissements de santé) <p>au niveau microéconomique (en informant l'aidant individuel de ses réponses et en l'informant de l'offre de soutien)</p>
Contribution à l'ASI	Le bien-être des professionnels est un thème transversal qui s'applique à tous les programmes.
Dépendances	<ul style="list-style-type: none"> • une plateforme informatique sécurisée et cryptée pour héberger le questionnaire (guide du bien-être) (pas encore disponible en 2025) • Prohealth/prosanté • lien vers une législation et une pratique de qualité
Utilisation secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Révision de la politique • Planification des effectifs (cfr. commission de planification) • recherche, statistiques
Simplification administrative	<p>S'il est possible d'utiliser une plate-forme informatique sécurisée et cryptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter le double codage de la situation professionnelle si l'indicateur de bien-être des données peut être relié à des sources existantes (principe de l'unicité et transfert de données). • 1 point central où les professionnels peuvent accéder en temps réel à leurs données (indicateurs de bien-être déjà remplis et retour d'information sur leur bien-être). Cela contribue à la transparence de l'utilisation des données.

Opérationnalisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le premier déploiement national du guide du bien-être est prévu pour le premier trimestre 2025, provisoirement avec un outil d'enquête anonyme sur les lignes. 2. disposer d'une plateforme informatique sécurisée et cryptée sur laquelle les professionnels se connectent (par exemple via l'ITSME) 3. intégration dans Prohealth/prosanté
---------------------	---

3.3.3.5. Littératie, communication, ...

Digital Health Literacy

Nom du projet	Littératie en matière de santé SPSCAE
Description	<p>Derrière le projet digital Health Literacy, se trouve deux projets :</p> <p>Le premier est la production et la diffusion d'outils visant à améliorer la littéracie en santé et l'empowerment des patients et des citoyens ainsi qu'à la sensibilisation du personnel de santé</p> <p>Le second est la rédaction d'un plan d'action d'inclusion digital en santé.</p>
Contribution à l'ASI	La littéracie en santé est une thématique transversale qui a un impact sur toutes les thématiques puisqu'elle a pour objectif une meilleure compréhension des informations de santé par les citoyens.
Dépendances	La digital health literacy a un lien avec l'ensemble des projets directement en contact avec les citoyens ou/et les prestataires de santé. Elle a pour objectif de réduire la " complexité du système non nécessaire " qui entrave l'accès au soin à tous, à rendre le système eSanté " pro-littéracie ".
Utilisation secondaire	<p>La littérature en matière de santé désigne " les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence "</p> <p>Cartographie des aspects des soins qui sont fréquemment/modérément/sous-utilisés numériquement par les patients</p>

Simplification administrative	L' implication administrative est un des axes du plan d'action Renforcer la communication numérique entre les patients et les prestataires de soins de santé (échanger plus d'informations avec moins d'efforts administratifs)
Opérationnalisation	Pour la première partie du projet, le résultat final du projet est la production et la diffusion d'outils visant à améliorer la littéracie en santé et l'empowerment des patients et des citoyens ainsi qu'à la sensibilisation du personnel de santé. La seconde débouchera sur une proposition d'accord de coopération.

3.3.3.6. ASI

Population Health Management

Nom du projet	PHM
Description	
Contribution à l'ASI	
Dépendances	
Utilisation secondaire	
Simplification administrative	
Opérationnalisation	

Partie IV - Annexes

Annexe 1 : État d'avancement du plan d'action pour l'eSanté 2022-2024

Le plan d'action pour l'eSanté 2022-2024 a été divisé en six groupes/domaines avec un certain nombre de projets à réaliser.

Groupe 1.1 : Qualité, continuité et sécurité des soins

Objectifs :

Développement de systèmes et d'applications spécifiques qui peuvent/doivent être utilisés par les acteurs des soins (y compris le patient) pour garantir et augmenter la qualité des soins, assurer la continuité des soins et en même temps garder le coût des soins sous contrôle.

[Projet Prescriptions numériques \(orientation et médicaments\)](#)

Objectifs :

Les prescriptions de médicaments et de soins (soins infirmiers à domicile, séances de cinéma, orthophonie, orientation vers des soins spécialisés, par exemple d'un médecin généraliste vers un médecin spécialiste ou vers des soins de santé mentale spécialisés) seront échangées par voie électronique et de manière structurée.

Statut :

Législation approuvée en première lecture, avis APD et RvS obtenus.

À FAIRE (développement des TIC)

[Projet VIDIS : dossier médical virtuel et intégré](#)

Objectifs :

Un registre à jour des médicaments prescrits, délivrés et ingérés, prescrits par des prestataires de soins de santé ou dans le cadre d'une admission à l'hôpital.

- Intégration de la prescription, du remboursement, de la délivrance et de l'examen des médicaments
- Intégration des médicaments sur ordonnance et en vente libre (délivrés par nom)
- Utilisation du groupe VMP comme "pierre angulaire" de l'histoire de chaque ligne
- Mise en place d'un système de posologies "standardisées" et "pré-codées" -> génération automatique de résumés de médicaments".

Statut :

Pour les patients

Grâce à l'application mobile mymedicines et à l'application web accessible via le portail myhealth.be, les patients peuvent.. :

- consulter et gérer leurs règlements.
- consulter leur programme de médicaments
- gérer les entrées de leur journal (uniquement les patients vivant en Flandre pour l'instant).

Pour les prestataires de soins de santé

Un prestataire de soins qui a le droit de consulter le programme de médicaments d'un patient voit "VIDIS" dans [ProHealth](#). Dans VIDIS, un prestataire de soins disposant du numéro de registre national

d'un patient peut visualiser le programme de médicaments et les notes d'agenda partagés de ce patient.

VIDIS permet de visualiser le "calendrier partagé des médicaments". Cette [page](#) fournit plus d'informations à ce sujet.

Pour les éditeurs de logiciels

En collaboration avec l'industrie du logiciel et les utilisateurs, nous cherchons des solutions pour améliorer l'"interopérabilité" du calendrier des médicaments. Nous entendons par là l'échange de données sans erreur et sans ambiguïté entre les coffres-forts régionaux et les différents logiciels des prescripteurs et des pharmaciens. Une [liste de critères](#) permettant d'assurer une bonne interopérabilité du plan de médicaments est publiée régulièrement.

[Plate-forme d'aide à la décision de projet / Aide à la recherche de prescriptions](#)

Objectifs :

Ensemble de systèmes centraux qui, sur la base d'un moteur de décision (basé sur des règles fondées sur des preuves, basé sur des modèles d'IA tels que LLM, ...), fournit des conseils scientifiques sur le diagnostic ou l'étape suivante appropriée (par exemple, quelle imagerie médicale doit être prescrite, quelle combinaison de médicaments doit être prescrite, etc.)

Statut :

<https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/egezondheid/beslissingsondersteunend-platform-voor-voorschrijvers-meer-gepaste-zorg-en-minder-veiligheidsrisico-s-dankzij-evidence-based-ondersteuning/beslissingsondersteunend-platform-voor-student-voorschrijvers> L'application web éducative est disponible pour les étudiants de toutes les facultés de médecine et de pharmacie belges, leurs enseignants et leurs superviseurs de stage sur le terrain depuis la fin du troisième trimestre 2024

Dans cette phase destinée aux étudiants, l'application fournit un soutien dans le domaine des agents antimicrobiens, en particulier pour le traitement des infections des voies respiratoires et des infections des voies urinaires.

Sur la base de l'indication et des paramètres patient cochés, l'application émet une recommandation fondée sur des preuves scientifiques.

Le guide des recommandations de l'application est le guide BAPCOC, le guide belge du traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire. De cette manière, les étudiants apprennent les recommandations et peuvent mettre en pratique leurs compétences.

Groupe 1.2 Soins intégrés

[Objectifs :](#)

Ensemble de systèmes et d'applications permettant à une équipe pluridisciplinaire de professionnels de la santé et de praticiens de mettre en œuvre les soins appropriés et les mieux adaptés à un patient.

[Projet BelRAI](#)

Objectifs

Système permettant de déterminer, sur la base de questionnaires spécifiques, des estimations (échelles) scientifiquement fondées des besoins actuels et futurs d'un patient en matière de soins.

Statut

Projet ALIVIA / DZOP

- Quoi : Plan de soins et de soutien numérique rebaptisé ALIVIA, élaboré par la Flandre pour faciliter la collaboration et la communication au sein d'une équipe de soins (y compris le patient) et soutenir l'enregistrement d'un certain nombre d'ensembles de soins (tels que les objectifs de vie, les objectifs de soins, le plan de soins, les objectifs de vie, l'équipe de soins, les rendez-vous).
- Statut : A FAIRE
 - Application en phase pilote depuis mars/avril 2024

Plate-forme civique du projet Wallonie

- Quoi : À faire
- Statut : A FAIRE

Projet BIHR

Objectifs

Améliorer l'intégration et l'interopérabilité des systèmes de soins de santé tout en simplifiant les processus d'enregistrement des données afin de réduire la charge administrative qui pèse sur les prestataires de soins de santé. Permettre un accès sécurisé et organisé aux données des patients, afin de promouvoir les soins personnalisés et la responsabilisation des patients. Enfin, soutenir la gouvernance belge des soins de santé en fournissant des outils de reporting pour garantir la qualité des soins et la protection des données sensibles.

Statut

Définir l'architecture avec les parties prenantes concernées :

- Autorités fédérales et régionales (y compris les hubs, metahubs et voûtes)
- Représentants des hôpitaux et des services de première ligne
- Éditeurs spécialisés dans les logiciels de santé

Groupe 2 : Autonomisation des citoyens et accès aux données et services de santé ;

Objectifs Détailler et unifier les règles et lignes directrices que doivent suivre tous les systèmes de l'écosystème de l'eSanté lorsqu'ils accèdent aux informations sur la santé d'un citoyen/patient. Ces

lignes directrices couvrent le "consentement éclairé pour le partage des données", les "relations thérapeutiques et de soins", la "matrice d'accès", les "procurations et mandats", etc.

Renforcer/accroître le rôle actif du citoyen/patient dans sa santé, par exemple en améliorant la culture numérique et la culture de la santé et en facilitant l'accès du patient à ses propres données. Entre autres, évolution de l'actuel "visualiseur de santé personnel" vers un "dossier de santé personnel" avec la possibilité pour le citoyen/patient d'enregistrer lui-même des données avec l'intégration d'un coffret personnel.

[Projet SWA eHealth-BelRAI :](#)

Quoi : Accord de coopération interfédérale sur l'échange électronique optimal et le partage d'informations et de données entre les acteurs du secteur social et de la santé (SWA eHealth-BelRAI).

Statut :

L'approche sectorielle a été approuvée en première lecture et une version adaptée des avis du APD et du RvS est disponible.

[Projet Empowerment of the Citizen \(EoC\)](#)

Quoi : À faire

Statut : A FAIRE

[Projet Alphabétisation :](#)

Quoi : À faire

sebastien.bregy@health.fgov.be >

Statut : A FAIRE

[Projet d'eSanté pour les services de base](#)

Quoi : Répertoire d'orientation opt-out, gestion de la matrice d'accès

Statut : A FAIRE

[Groupe 3 : Autonomisation des prestataires de soins de santé et accès aux données et aux services de santé](#)

[Objectifs](#)

Dossier local (DPI) pour les prestataires de soins de santé et les établissements de santé

Soutien (financier) aux hôpitaux pour l'introduction d'un dossier électronique intégré du patient (condition préalable à la réalisation du concept BIHR) ;

Faciliter le développement de logiciels pour les prestataires de soins de santé de première ligne pour lesquels les offres de logiciels sont très limitées ;

Soutenir les acteurs de la santé dans l'application correcte des règles et des lignes directrices relatives à l'accès aux données et aux services ; s'engager en faveur de l'éducation, de l'alphabétisation et de la connaissance de tous les services de santé numériques disponibles, y compris la mise en place

d'incitations spécifiques concernant le partage de données de qualité et en temps utile dans le contexte de la continuité des soins et de la collaboration pluridisciplinaire, ainsi que pour l'utilisation secondaire

Projet Pro Health :

- Quoi : développer un portail pour les prestataires de soins de santé (à des fins administratives, y compris un lien avec la COBRHA).
- Statut : A FAIRE <RIZIV + VVVL>

Services d'eSanté de base

- Quoi : Exploitation forestière, ...
- Statut : A FAIRE

Projet Alphabétisation :

- Quoi : À faire
- Statut : A FAIRE

Groupe 4 : Faciliter l'échange de données sur les soins et la santé

Objectifs

Élaborer des structures fonctionnelles et informatiques pour permettre l'échange de données normalisées, structurées et codées entre tous les acteurs des soins de santé (par exemple, passage des données textuelles de SumEHR à des "caresets" granulaires et structurés, etc ;)

Fourni pour déverrouiller les données via une économie API comprenant des formulaires standardisés ;

Définition et mise en œuvre des normes ;

Assurer des bases de données qualitatives telles que SAM et COBRHA.

Projet BeSafeshare

Objectifs

Définition, validation et publication des caresets développés pour permettre l'échange de données entre les prestataires de soins de santé à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital par le biais de leurs dossiers patients, qui est informatisé par un échange modulaire de données structurées, codées, historicisées et groupées.

Statut

À FAIRE

- Projet Snomed CT
 - Quoi : assurer la traduction de Snomed CT en NL, FR et DE ;
 - Statut :

- Traductions FAIRE
- Serveur de distribution À FAIRE

Pôle 5 : Innovation et stimulation de la recherche et du développement

Objectifs :

Veiller à ce que l'utilisation des nouvelles technologies, telles que l'intelligence artificielle ou la télémédecine, et même plus généralement les soins à domicile, soit canalisée dans l'écosystème existant de l'eSanté d'une manière efficace et rationalisée.

Organiser et garantir l'accès aux données anonymisées ou pseudo-anonymisées sur la santé : open data, big data, IA, HDA, etc.

Évolution vers l'évaluation des technologies de la santé.

Projet Cybersécurité

- Quoi : À faire
- Statut : A FAIRE

Capacités en matière de données de projet

- Quoi : À faire
- Statut : A FAIRE

Projet d'innovation

- Quoi : À faire
- Statut : A FAIRE

Projet EHDS

- Quoi : À faire
- Statut :
 - Approuvé par le Parlement et les Etats membres en mars 2024 ;
 - Version révisée légale prévue pour la fin de l'année 2024 ;
 - Le plan de mise en œuvre de l'utilisation secondaire est défini par le HDA ;
 - Pour une utilisation primaire, ce plan d'action sert de plan de mise en œuvre.

Groupe 6 : Numérisation et optimisation du traitement administratif

Objectifs :

Accélérer le passage de processus manuels non efficaces et sujets aux erreurs, essentiellement sur papier, pour organiser un flux de travail entre les acteurs des soins de santé, à des échanges électroniques rapides et sécurisés.

Projet Mult-eMediatt :

- Quoi : Certificats électroniques de handicap
- Statut : A FAIRE

Projet MyCareNet :

- Quoi : extension de systèmes tels que eFac et eAttest à tous les prestataires de soins de santé
 - Numérisation des formulaires,
 - Admissions dans les établissements de soins de santé
 - Numérisation des accords (médicaments, kiné, orthophonie, ...)
 - Mediprima phase 2 et phase 3

Statut : TODO

Projet de réintégration professionnelle :

- Quoi : définition et mise en œuvre d'une plate-forme de communication structurée ou non entre les parties prenantes (médecins généralistes, consultants et travailleurs) dans le cadre de la réinsertion professionnelle.
- Statut : A FAIRE

Annexe 2 : Ensembles de soins supplémentaires pour la mise en œuvre et l'opérationnalisation de l'information

A. Rubriques

Le dossier patient actuel et SumEHR contiennent toute une série de données sur le patient. En y regardant de plus près, on peut les diviser en quelque 13 "rubriques". Le dossier du patient devra un jour fournir une "vue intégrée", mais pour y parvenir, nous devons d'abord classer techniquement les données de cette manière.

1. Liste des problèmes de santé et de bien-être	[Placeholder for French translation] (en anglais)	[Placeholder for English translation] (en anglais)
2. ¹⁹ Données cliniques (au format "Careset")		
3. Laboratoire (clinique, pathologique, génétique, ...)		
4. Image		
5. Aperçu des médicaments		
6. Vaccinations		
7. Allergie		
8. Données de télésurveillance		
9. Facteurs sociaux		
10. Contexte familial		
11. Objectifs de vie		
12. Plan de soins (y compris l'équipe de soins actuelle)		
13. Évaluation de BelRAI		

Les 13 rubriques sont également décrites en néerlandais au [point 1.2.2](#). Cette "source authentique" pourrait à l'avenir constituer la base de l'IPS - "International Patient Summary" - en cours de déploiement au niveau européen.

Cette approche permet également de déployer des parties du BIHR - à des rythmes différents si nécessaire - en partant de l'endroit où nous nous trouvons aujourd'hui. En effet, ces données se trouvent aujourd'hui dans diverses sources et formats authentiques. Nous devons donc les traiter "étape par étape", chacune de la manière la plus efficace.

B. Normalisation et codification :

1. Caresets :

- Un "modèle de données" qui décrit la synthèse des informations essentielles et pertinentes à enregistrer dans le dossier du patient (= une liste de tous les "champs" pertinents + leur description CareSet/FHIR). Pour chaque champ, le CareSet enregistre les classifications, le codage, etc. convenus.

¹⁹ Ces données sont liées à la section 1 : à la fois à la "liste des problèmes" et à l'"épisode de soins". Les données cliniques se trouvent dans le dossier du patient et sont présentées en tant que "Careset" conformément aux accords FHIR.

- Les caresets doivent permettre de rendre visible l'évolution de l'information ("changement dans le temps"). Grâce à l'anonymisation (pseudonymisation), ils permettent une utilisation secondaire.
- Dans les logiciels, ils peuvent être le "déclencheur" de l'I.A. et de l'aide à la décision clinique.
- Les feuilles de soins sont intégrées - dans la mesure du possible - dans les "épisodes de soins"

2. Ressources FHIR

- Norme internationale de communication (= outil permettant d'assurer l'interopérabilité).
- Les ressources FHIR sont enregistrées pour chaque CareSet et, en outre, pour des applications/utilisateurs/situations spécifiques. Ainsi, pour chaque consultation et chaque ajout de données à des ressources authentiques. Un format de message spécifique est défini. Cela suppose la maintenance (centrale ?) d'une bibliothèque complète de ressources FHIR.

C. Consultation et enregistrement :

1. Sources authentiques : lieux existants (et peut-être en partie nouveaux) où les données sont conservées et accessibles (exemples : centres et serveurs des hôpitaux, chambres fortes, MyCareNet, Recip-e, PAC d'imagerie médicale, etc.)
2. Logiciel utilisateur : les interfaces, développées par les différents fournisseurs de logiciels (dans les hôpitaux, les institutions, les soins primaires, les patients health viewers,...) qui contiennent essentiellement trois fonctions :
 - a. les tableaux de bord qui permettent à l'utilisateur d'accéder aux données nécessaires de manière ordonnée ;
 - b. les interfaces qui permettent à l'utilisateur d'enregistrer des données (propres, ajoutées) ;
 - c. qui peuvent appeler ou transmettre les ressources FHIR nécessaires.

NB 1 : Les tableaux de bord sont donc, entre autres, "alimentés" dans le logiciel en appelant les ressources FHIR nécessaires. Le logiciel lui-même fournit ensuite la visualisation appropriée (adaptée aux utilisateurs). Ce flux devrait garantir que chaque utilisateur reçoit toujours les informations les plus récentes de manière parfaitement standardisée et, dans la mesure du possible, codée. Ce dernier point devrait grandement améliorer la convivialité et la "facilité d'utilisation" de l'information. Lorsque le praticien de la santé (des soins) souhaite modifier ou enregistrer des données, celles-ci sont placées dans les ressources FHIR appropriées et donc transférées à la source authentique. À cette étape, il convient certainement de vérifier la conformité avec les normes et les encodages établis. En fonction des besoins en matière de confidentialité et de technologie, ce contrôle peut parfois être effectué dans le logiciel, mais il est peut-être encore mieux "à l'entrée" de la source authentique. Cette dernière devrait garantir que les données incluses dans la source authentique sont effectivement "interopérables". (Il ne s'agit pas d'un contrôle du contenu des données, mais du "format").

NB 2 : Le BIHR prévoit que le praticien de la santé (des soins) ne doit plus faire de "rapport", qu'il stocke et/ou envoie aux autres membres de l'équipe de soins. À la place, les données seront placées "directement" dans le dossier. Cette méthode est appelée "rapport de contact".

Un "rapport" contenait généralement l'ensemble des antécédents et toutes les données associées des différentes sections (laboratoire, médicaments, vaccination,...). Et le "rapport de contact" se limite aux données "nouvelles" et "supplémentaires" que le praticien de la santé (des soins) souhaite ajouter au dossier. Ces données peuvent être destinées à plusieurs sections du dossier. Un rapport de contact partira donc du logiciel sous la forme d'une ou plusieurs ressources FHIR qui alimenteront la (les) source(s) authentique(s).

3. Niveau intermédiaire : Trois stratégies d'intégration de l'information

BIHR vise à réduire de manière significative la charge de travail (administrative) des prestataires de soins de santé et donc à promouvoir immédiatement une culture de "solidarité des données". ***Lorsque l'on enregistre des données pertinentes à l'aide d'un logiciel approprié et de manière minutieuse ("Une seule fois" !), on obtient également des données fiables, actualisées et complètes grâce à l'ensemble de l'équipe de soins de santé.***

Cela présuppose que, selon la nature des données, les données provenant des différents "rapports de contact" soient traitées (de manière aussi automatique que possible) et transformées en "résumés" prêts à être consultés ultérieurement.

Ici, le MetaHub devra également jouer un rôle de plus en plus important : lorsque le logiciel d'un praticien de la santé (des soins) particulier demande toutes les données du BIHR pour un patient particulier, cela devra être fait sous réserve de spécifier exactement quelles (types de) données de quelle(s) section(s) sont nécessaires/prioritaires. On peut donc également envisager de conserver des ensembles complets de données du BIHR (dans les sources authentiques ?). (Le GFD fonctionne de cette manière : sur la base des données disponibles, un aperçu historique complet et certains autres services (par exemple PopVax) sont déjà préparés à l'avance, de sorte que lorsque l'utilisateur les consulte, il reçoit et voit immédiatement les données souhaitées.

Nous envisageons trois stratégies d'intégration :

a. enregistrement et consultation

Dans certaines sections, l'enregistrement historique des données (l'une après l'autre) peut suffire.

Il suffit d'ajouter les données partagées par le logiciel du praticien de la santé (des soins) (au format FHIR), complétées bien sûr (automatiquement) par un ensemble convenu de métadonnées "techniques" (date, origine, etc.), ainsi qu'au moins l'épisode de soins (code) à partir duquel elles ont été ajoutées par le praticien de la santé (des soins).

C'est le cas pour :

- les "vaccinations" ;
- "imagerie médicale" ;
- Allergies" : le (premier) CareSet validé pour cette section jette les bases d'un aperçu "historique" convivial des données sur les allergies qui peuvent être ajoutées par divers prestataires de soins de santé. (À développer ultérieurement) ;
- Résultats de laboratoire : le projet DigiReLab établit les normes (internationales) LOINC et FHIR comme base pour l'enregistrement, le traitement et la visualisation des résultats en tant qu'ensembles de données (et non plus en tant que "PDF"), y compris la possibilité d'établir l'historique des données ;
NB : c'est déjà le cas dans un certain nombre d'environnements logiciels - par exemple Nexus/KWS.

b. Co-crédation

Deux autres rubriques nécessitent un traitement - à des degrés divers et selon des processus différents - afin d'être immédiatement représentées dans la source authentique en tant que données utilisables et, surtout, claires lors d'une consultation ultérieure :

- le "bilan de médication" : VIDIS a déjà identifié un processus dans lequel une "ligne de médicaments" est progressivement constituée, à partir de la prescription, du remboursement (attestations), de la livraison, du journal... Ce projet déterminera comment, par qui et où les données de cette "ligne de médicaments" seront complétées et/ou modifiées. Ainsi, un code pour un traitement (VMP !?) remplace les CNK comme 'identifiant' de base pour une ligne.
- liste des problèmes - enregistrement des épisodes de soins" : Cette section traite les données "cliniques" issues du contact avec le patient. Dans une première phase, le médecin (général) et le spécialiste, le pharmacien, l'infirmière et le kinésithérapeute construiront ensemble les données selon le schéma suivant : problème (épisode de soins) -> RFE -> entretien -> examen -> diagnostic -> planification/intervention : Problème (épisode de soins) -> RFE -> entretien -> examen -> diagnostic -> planification/intervention.
Un CareSet pertinent est utilisé pour chaque épisode de soins. Chaque nouvelle version de cet ensemble de soins est conservée dans la source authentique (chambre forte) et peut être consultée (ambulatoire, hôpital, patient).

(À COMPLÉTER)

c. Linking pathways

Pour les autres prestataires de soins de santé et dans les situations où aucun logiciel permettant la "co-crédation" n'est (encore) disponible (hôpital, ergothérapie, diététicien, psychologue, sage-femme, orthophonie...), nous devons fournir un accès permettant la

consultation, mais sans possibilité de modifier ou d'ajouter des données provenant d'autres (anciens) praticiens de la santé (soins).

Si le besoin s'en fait encore sentir, il est possible de formuler une proposition aux membres de l'équipe de soins susmentionnés, directement impliqués, par le biais des références qui leur sont données (Linking pathways).

NB : Les sections 'Social', 'Famille', 'Plan de soins' / 'Équipe de soins' et 'Objectifs de vie' font partie du projet ALIVIA de la Flandre. *(Il reste à déterminer exactement comment / par qui nous les incluons dans ce plan d'action).*

Annexe 3 : Vue d'ensemble des parties prenantes

3.1. Lancement de l'interprétation des parties prenantes au point 2.3.4.

- **Fédéral, régions et communautés**
 - F : Ministre de VG, INAMI, FPS VVVL, FAGG, Sciensano, KCE
 - VL : Ministre des affaires sociales, département des soins
 - WA : Ministre de ..., AVIQ
 - DG : Monsieur le Ministre ...,
 - BCR : Ministre ..., Iriscare, ...
 - FWB : Ministre ..., ONE
- **Utilisateurs de soins de santé/organisations de patients**
 - VPP
 - La LUSS
 - PTR
- **Praticien de la santé (des soins) et santé (des soins)**
 - Les CMIO ou plus généralement les Digital Health Officers (responsables de la santé numérique)
 - Parapluies d'hôpital : Santhea/Unessa/Zorgnet-Icuro
 - Associations de prestataires de soins de santé (p. ex. médecins, ...)
- **Institutions d'assurance**
 - CIN
- **L'industrie**
 - Agoria
 - BeMeSo
 - BeMedtech
 - Pharma.be
- **Le monde universitaire**
 - Le Conseil des hôpitaux universitaires

- Académie des soins primaires
- Centres universitaires de médecine familiale

3.2. Répartition des rôles entre l'INAMI, le SPF Santé Publique et eHealth dans le cadre de ce plan d'action

[À ajouter]

Annexe 4 : Organisation et coopération avec les acteurs de la prévention, du bien-être et des soins de santé

Comment se déroule la coopération avec les différents acteurs du secteur des soins de santé dans la réalisation des projets de numérisation. Les attentes suivantes ont été formulées par les différents acteurs :

- Alignement et coordination interfédérale des priorités et des attentes vis-à-vis des parties prenantes (régions, fournisseurs de logiciels, systèmes, projets et groupes professionnels), y compris les critères d'enregistrement ;
- Établir une consultation TRIO (praticien de la santé/établissement de santé, gouvernement et industrie SW) ;
- S'engager en faveur d'une coalition de bonnes volontés, en n'utilisant pas inutilement des mécanismes de pression pour amener tous les acteurs dans la même direction. Ceci s'applique particulièrement aux efforts concernant les caresets et la standardisation par les Hubs et les Health Vaults, pour BelRAI, la vaccination, l'équipe de soins (Alivia, Born In Belgium), les personnes handicapées, ...
- Pour ce faire, il est important de disposer d'une gestion centrale du programme d'eSanté, avec une vision et des priorités communes, ainsi qu'une approche et un calendrier harmonisés.
- La mise en œuvre et l'opérationnalisation de FHIR et de SNOMED devraient également être coordonnées afin d'éviter la fragmentation de la mise en œuvre et du déploiement.
- Nécessité d'un cadre organisationnel, financier et juridique approprié (actuellement, ce cadre est souvent sous-optimal et spécifique à la région).
- L'introduction sur le lieu de travail devrait faire partie des projets de numérisation. Par exemple, il convient d'éviter les obstacles à la mise en place de nouvelles formes de pratique, au déploiement de profils d'assistance, à la télémédecine, etc.
- Nécessité d'une base de données publique des personnes responsables et des coordonnées des utilisateurs des services d'eSanté de base.
- Assurer une communication complète et sans ambiguïté.
- Il convient de mettre en place une gouvernance interfédérale forte qui aille au-delà de la gestion conjointe des programmes ;
- Plan d'action reflétant l'ensemble des projets en cours, piloté avec les parties prenantes et basé sur un plan de mise en œuvre réaliste ;
- L'utilisateur est au centre des préoccupations et cela devrait être visible dans toutes les politiques : prévention, santé, soins, bien-être.
- Attention à la gestion du changement et à la mise en œuvre, la numérisation doit être déployée dans l'atelier et apporter une valeur ajoutée ;

- L'inclusion numérique et l'alphabétisation des usagers des soins de santé et des praticiens de la santé ;
 - La valeur ajoutée est importante, comme le soutien à la santé et aux soins, la réduction de la charge de travail, par exemple le codage multiple est hors de question, surtout maintenant que l'utilisation secondaire émerge également ;
 - S'assurer que les éléments de base sont corrects (accès, services d'eSanté,...) et libérer du temps pour la "véritable" valeur ajoutée.
- Jamboree
 - FHIR-a-thon

Annexe 5 : Collaboration CMIOs

Un certain nombre d'hôpitaux emploient actuellement des "Chief Medical Information Officers" (CMIO). Il s'agit de prestataires de soins de santé (souvent des médecins, des pharmaciens, etc.) qui travaillent au quotidien dans le secteur des soins de santé et voient les patients, tout en bénéficiant d'un congé à temps partiel pour soutenir le développement des TIC.

Leur tâche principale consiste à faire le lien entre les besoins pratiques des prestataires de soins de santé en termes de TIC (= interface et données : consultation, enregistrement, traitement...) et le développement des TIC (= par les analystes et les programmeurs). Ils n'ont pas toujours une formation complémentaire en TIC, mais en travaillant en étroite collaboration à temps partiel sur le développement d'applications, ils ont suffisamment de connaissances techniques et d'idées pour travailler en étroite collaboration avec les techniciens qui développent les applications.

Aujourd'hui, ils travaillent souvent principalement avec les personnes chargées des TIC qui développent et maintiennent le progiciel dans leur propre institution et profession de santé. Mais nous avons constaté qu'à partir de cette expérience et de cet environnement, ils peuvent également apporter une contribution très précieuse au cadre plus large du BIHR.

Pour porter la gouvernance de ce plan d'action à un niveau supérieur d'engagement et de compétence, nous proposons d'identifier et/ou de former un groupe de CMIO (ou au moins des personnes aux profils équivalents) dans chaque profession de santé. (Dans ce contexte, nous considérons également les "patients et les aidants" comme un groupe ayant besoin de CMIO !)

Outre leur lien étroit avec l'exercice de leur profession de santé, leur tâche et leur contribution aux technologies de l'information peuvent inclure un ensemble de facteurs :

- Traduire et tester les concepts et les "approches" que nous avons développés dans le contexte général du BIHR.
- Prendre note des projets existants et prévus (y compris dans le cadre de ce plan d'action) et fournir un retour d'information sur leur impact sur la pratique. (Est-ce que c'est ce dont nous avons besoin dans la pratique ? Si nécessaire, nuancer ou suggérer des ajustements...)
- Être des "ambassadeurs" du BIHR auprès de leur profession, en "traduisant" les concepts (qu'ils ont validés) dans le cadre de vie des prestataires de soins de santé qui travailleront avec eux.
- Participer aux processus de définition et de maintien des normes utilisées, des codages, des processus de travail en informatique,... tant au niveau fédéral que régional et local (y compris le progiciel auto-utilisé). Les CMIO participent donc en partie à des projets communs et en partie à des projets dans leur propre logiciel.
- ...

De cette manière, nous nous assurons qu'en plus de la représentation existante, plutôt "politique", dans les organes établis, nous obtenons une forte contribution de la part des praticiens. Cela permettra d'éviter un grand nombre de points faibles et conduira à des applications et des interfaces plus conviviales.

Annexe 6 : Participants aux propositions des organes consultatifs interfédéraux

Le tableau ci-dessous présente une première proposition concernant les profils des participants et la fréquence des réunions des organes consultatifs. **Au niveau stratégique (politique)**, les participants finaux de chaque groupe de travail devraient être déterminés une fois les gouvernements formés. **Au niveau tactique et opérationnel**, les participants peuvent varier en fonction du thème, ce qui devrait être précisé pour chaque thème. Les responsabilités relatives à l'organisation pratique de ces organes devraient également faire l'objet d'un accord interfédéral.

Organe consultatif	Nombre minimum de participants (non nominatif)
Niveau stratégique	
Santé publique du CGI	<i>Les ministres des différentes communautés et régions de Belgique dans le cadre de la santé publique, et éventuellement une représentation des cabinets.</i>
GTI eHealth	<i>Représentants des cabinets et administrations régionales et fédérales du secteur de la santé (soins) concernés par l'eSanté.</i>
GTI ASI	<i>Représentants des cabinets et administrations régionales et fédérales du secteur de la santé (soins) impliqués dans l'ASI</i>
PEI	<i>Secrétaires généraux et directeurs généraux des administrations régionales et fédérales du secteur de la santé (soins) (SPF VVVL, INAMI, AVIQ, ONE, VIVALIS, COCOF, Growing up, Département des soins...)</i>
Niveau tactique	
Comité interfédéral de portefeuille	<i>Gestionnaires régionaux et fédéraux de projets de numérisation dans le santé (soins)</i>
Niveau opérationnel	
Groupe de travail technico-juridique interfédéral par thème	<i>SPOC(s) thématique(s) et experts technico-juridiques par entité (par exemple, développeur de logiciels, DPO,...)</i>
Consultation des parties prenantes (par exemple, consultation de TRIO)	<i>SPOC(s) thématique(s) et représentation de l'industrie et d'autres parties prenantes telles que les organisations de patients, les praticiens de la santé et les établissements de santé.</i>

Annexe 7 : Ressources financières

1. Ressources Plan d'action eHealth 2022-2024

Des fonds spécifiques ont été alloués au plan d'action pour l'eSanté 2022-2024 afin de soutenir sa mise en œuvre. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des projets qui ont été lancés et réalisés grâce à ces fonds.

- Par exemple, **les projets Data Capabilities (20 millions d'euros)** et **Innovation (20 millions d'euros)** s'inscrivent entièrement dans le contexte de la réalisation du BIHR, des soins intégrés et plus particulièrement de la coopération multidisciplinaire, de l'échange de données à des fins d'utilisation primaire et secondaire, de la simplification administrative et de la réduction de la charge de travail. Il existe une dynamique notable, en particulier au sein des réseaux hospitaliers.
- [Placeholder for additional input from regions] [Placeholder for additional input from regions]
[Placeholder for additional input from regions]

2. Ressources Plan d'action eHealth 2025-2027 : Fonds européen pour la relance et la résilience et plan de relance et de transition de l'UE

Dans le cadre du fonds EU-RRF, 10 projets ont été approuvés, bénéficiant d'un financement de 40 millions d'euros de fin 2022 à mi-2026. Les projets sont basés sur le plan d'action eHealth 2022-2024 et comprennent les projets suivants :

#	Projet	M€
1	Développement d'ensembles de soins intégrés dans les épisodes de soins lorsque cela est possible.	5
2	Partage des résultats de laboratoire clinique. Médicaments numériques et prescription de référence.	5
3	le développement de systèmes de décision clinique (PSS)	4
4	Élaboration du calendrier partagé des médicaments (VIDIS)	4
5	Développement de la téléconsultation et de la télésurveillance dans le cadre de l'hospitalisation et des soins à domicile.	4
6	Mise en place d'un écosystème de données de santé pour l'utilisation secondaire des données de santé conformément à l'EHDS.	7
7	Autonomisation des utilisateurs de soins de santé grâce à une évolution du portail de santé et à une application mobile.	4
8	Encourager l'innovation et l'interopérabilité.	1

9	Développement numérique pour les soins intégrés conformément au concept BIHR. Réutilisation d'Alivia.	4
10	Assemblage de tous les composants conformément au concept BIHR et à l'épisode de soins.	2

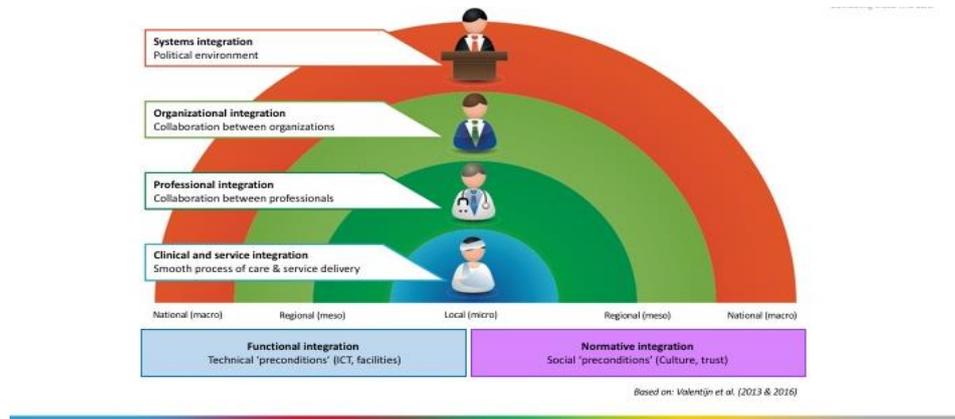
Dans le cadre du BE-HTP, 27 millions d'euros sont disponibles pour des projets et 60 millions d'euros pour soutenir les hôpitaux en matière de cybersécurité (20 millions d'euros en 2022), de développement des capacités de données (20 millions d'euros en 2023) et de stimulation de l'innovation (20 millions d'euros en 2024), en mettant l'accent sur la collaboration entre les différentes lignes de soins (y compris les soins primaires), la réduction de la charge de travail et l'introduction de l'IA. Parallèlement, un budget récurrent de 15 millions d'euros a également été mis à disposition pour la cybersécurité, et ce à partir de 2023, avec une injection supplémentaire de 40 millions d'euros en 2024. Cela comprend la création d'une organisation à but non lucratif protégée par les hôpitaux, qui fournira des services de cybersécurité aux hôpitaux.

Les projets sont les suivants

- Fonds alloués au NIHDI mais servant au financement des hôpitaux par l'intermédiaire du BFM :
 - o 60 M€ répartis sur 2022-2025 pour développer la cybersécurité, les capacités de données et l'innovation dans les hôpitaux ;
 - o 6,4 M€ répartis sur 2022-2025 pour la normalisation de la terminologie utilisée dans les dossiers patients (Snomed CT et mise en correspondance avec ICPC-3, ICD-11, ICF, ICHI, et FIHR).
- Qualité des soins :
 - o 10,87 M€ pour le SPF VVVL : Qualité des soins, registre d'euthanasie pour les prestataires de soins de santé, facturation de Medex, Snomed CT (coûts propres au SPF).
 - o 4,73 M€ pour l'INAMI : portail pour le prestataire de soins de santé, augmentation de l'allocation
 - o 4,00 M€ pour le NIHDI : sécurisation des données et des applications dans le cadre de la cybersécurité.

Annexe 8 : Définition des niveaux micro, méso et macro dans le contexte de l'ASI et contribution du BIHR à chaque niveau

Les soins intégrés comprennent plusieurs principes, dimensions et stratégies, comme le propose le modèle arc-en-ciel de Valentine et al.²⁰



- **Micro-niveau** : l'accent est mis sur l'intégration au niveau individuel, où le traitement et le soutien d'une personne forment un tout. Le concept BIHR vise à coordonner les traitements, par exemple en soutenant les lignes directrices et en échangeant des informations entre les professionnels de la santé par le biais d'un dossier patient intégré (virtuel), où l'utilisateur de soins de santé et son environnement font également partie de l'équipe de soins de santé.
- **Niveau méso** : l'accent est mis sur l'intégration professionnelle et organisationnelle, où les différents processus de soins et de bien-être sont alignés. Les organisations de santé (soins) et les praticiens peuvent coopérer de manière ad hoc, conclure des accords d'orientation ou mettre en place des initiatives conjointes, souvent soutenues par des données agrégées au niveau local dans le BIHR. Cela permet de garantir des soins plus efficaces et mieux coordonnés en partageant des informations cruciales entre les partenaires de santé (soins).
- **Au niveau macro**, l'accent est mis sur l'intégration des systèmes et la numérisation afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Le BIHR comprend des données essentielles en agrégeant des données du monde réel (RWD), qui peuvent aider les décideurs politiques à comprendre les besoins de la population en matière de santé (soins) et à adopter des mesures politiques visant à fournir des soins basés sur la population.

À tous ces niveaux, le concept de DRSB est considéré comme un **élément essentiel des soins intégrés (ASI)**, car il permet de disposer de données pertinentes, opportunes et précises, ce qui contribue à améliorer la coordination, la prise de décision et, en fin de compte, la qualité des soins.

²⁰ Modèles organisationnels pour les soins intégrés : analyse des problèmes et comparaison des solutions à partir de Clinical Care Pathways, Lean, Relational Coordination and Modern Sociotechnics (CORTEXS) :

Annexe 9 : Description du rôle du coordinateur des soins et du bien-être

Le rôle du coordinateur des soins et du bien-être tel qu'il figure dans le protocole d'accord plan interfédéral de soins intégrés du 8 novembre 2023 :

- Dans le contexte des soins et de l'aide sociale, on part du principe que la coordination des soins et de l'aide sociale peut être assumée par une seule personne et considérée comme un rôle, dans lequel les tâches susmentionnées sont exécutées en plus des tâches spécifiques à l'emploi que cette personne assume déjà. Le coordinateur des soins et de l'aide sociale fait intrinsèquement partie de l'équipe interdisciplinaire qui entoure la personne. En partant du profil de compétences générique pour la coordination des soins et de l'aide sociale, certaines différences entre les États peuvent être retenues. De plus amples informations sur ces différences figurent au rendez-vous 4, tableau 1.
- Le rôle peut typiquement devenir pertinent dans diverses circonstances : lorsque la personne ou son entourage informel n'est plus en mesure de coordonner ses soins, ou lorsque la situation est complexe en raison du grand nombre de prestataires de soins et d'aide sociale impliqués, en raison d'une combinaison de problèmes (sociaux et/ou médicaux) ou en raison d'une succession de moments charnières.

Une description plus détaillée du profil de compétences complet d'un coordinateur des soins et de l'aide sociale (missions, démarrage, durée, cessation, type de soins et/ou travailleurs sociaux et compétences) a été incluse dans le [protocole d'accord du plan interfédéral de soins intégrés](#).

Annexe 10 : Le parcours du patient comme critère d'acceptation

Le **patient** ou la **personne** est **au centre des** soins intégrés. La cartographie des parcours des patients permet de concrétiser et d'élaborer davantage un programme et de se prémunir contre les composantes numériques/d'eSanté nécessaires pour soutenir et faciliter ce parcours. Les parcours des patients par thème peuvent servir de **critères d'acceptation** pour les **projets d'eSanté** qui contribuent aux objectifs de ce thème spécifique.

En reliant les différentes étapes du parcours du patient à des projets numériques pertinents, il est possible de mesurer l'impact de ces projets sur l'expérience du patient. Il est ainsi possible d'évaluer l'efficacité des **projets d'eSanté** sur la base de l'impact concret qu'ils ont sur la prestation des soins, les processus administratifs et la communication entre les prestataires de soins de santé, dans le but ultime d'optimiser les soins et de les rendre plus centrés sur la personne. Étant donné que cette méthode de validation s'applique principalement aux programmes déjà suffisamment élaborés, un exemple de parcours du patient est ajouté pour le **thème des soins périnataux** (cf. 3.4.1 Parcours du patient : soins périnataux) à titre d'illustration. À l'avenir, il est prévu de développer de tels parcours pour tous les programmes afin de mesurer si un résultat donné répond aux objectifs fixés.

En outre, il pourrait être utile d'étudier si les "**parcours des professionnels de la santé**" peuvent constituer un complément pertinent pour cartographier les différentes étapes du point de vue des professionnels de la santé par thème. Cela offre un angle supplémentaire pour tester les projets d'eSanté en fonction de critères d'acceptation tels que la réduction des charges administratives, la promotion du bien-être des prestataires de soins, entre autres, et la réduction de la charge de travail globale du point de vue du praticien de la santé (des soins). Cela souligne également l'importance d'aborder les programmes à la fois du point de vue du patient/utilisateur de soins et du point de vue du praticien de la santé, qui offrent des perspectives complémentaires pour tester les projets d'eSanté dans le cadre de ce plan d'action.

Le parcours du patient illustré : exemple de programme de soins périnataux

Objectif

Garantir aux femmes enceintes vulnérables un accès effectif aux soins et au soutien pendant les 1 000 premiers jours de l'enfant. Il est important de "ne laisser personne sur le carreau" dans ce programme, en mettant l'accent sur une collaboration à plusieurs niveaux et sur une histoire continue pour la femme et sa famille, ainsi que sur une intégration et une collaboration plus harmonieuses entre les soins et l'aide sociale sur le terrain.

Cible

Couples, parents (célibataires), tuteurs légaux et leurs enfants jusqu'à l'âge de 2 ans (\pm 1000 jours). Dans un premier temps, l'accent est mis sur les femmes enceintes vulnérables (détermination du risque via "Born in Belgium"). Dans une phase ultérieure, l'objectif est d'étendre le programme à toutes les femmes enceintes.

Parcours des patients

[Un espace réservé au parcours du patient pour le thème des soins périnataux a été fourni].

Annexe 11 : Explication du développement "épisode de soins" ou "episode of care" (épisode de soins)

Contexte et localisation

La note ci-dessous est une description du développement de l'épisode de soins dans le cadre du projet BHIR ETB-B, en partie dans le but d'estimer le coût de développement.

Définition

Un "épisode de soins" est documenté par les enregistrements (des prestataires de soins de santé concernés et du patient, éventuellement aussi de l'aidant informel) liés à un état/problème de santé spécifique, depuis le moment où le patient demande pour la première fois l'aide d'un professionnel jusqu'au dernier contact pour cet état/problème de santé".

Dans un premier temps, les "épisodes de soins" seront utilisés pour structurer les dossiers de contact par les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmières et les kinésithérapeutes. ^{± 21}Ces quatre disciplines représentent la grande majorité (80 %) des interactions entre les prestataires de soins et les citoyens dans les soins primaires. Les épisodes de soins sont le fruit de la **co-crédation de ces quatre prestataires de soins de santé**. De cette manière, le partage d'informations entre ces disciplines sera optimal et la pression et le soutien des pairs seront créés, ce qui permettra d'améliorer la qualité des soins. Les prestataires de soins de santé des organisations travaillant dans un CoT ("Circle of Trust") peuvent également être inclus dans ce groupe.

Travailler avec des "épisodes de soins" permet une approche plus structurée des soins, chaque prestataire travaillant sur un ou plusieurs "problèmes" pour lesquels le demandeur de soins consulte des professionnels de la santé. Lorsque l'utilisation des données est également conforme à cette approche, les prestataires de soins peuvent mieux mettre en avant les données qui correspondent au problème qu'ils traitent à partir de l'ensemble du dossier intégré. Par conséquent, les données doivent également être enregistrées dans le contexte de l'épisode de soins.

Plus précisément, il s'agit de fournir des "éléments" qui constitueront l'**environnement de travail du BIHR** (ETB) :

1. Les rubriques (et les sources authentiques associées) (cf. ETB-A)
2. Un certain nombre de modules informatiques pour récupérer les données des rubriques et les visualiser dans le logiciel de l'utilisateur final - ordonnés selon les épisodes de soins si désiré. (cf. BBC-B)
3. Un certain nombre de modules informatiques pour enregistrer les (nouvelles) données - dans le cadre des épisodes de soins - et les télécharger vers les différentes sections. (cf. ETB-B)

Les développements nécessaires seront les plus importants :

- Section 1 (Liste des problèmes), où les titres des épisodes de soins (le "diagnostic/hypothèse" actuel) sont publiés dans une source authentique. Cela permet d'obtenir une liste de problèmes bien organisée (qui sera également très importante à l'avenir pour l'IPS, International Patient Summary).

²¹ Nous supposons que ces quatre professions de soins constituent un bon choix pour lancer l'approche décrite plus loin. Cela ne change rien au fait que (plus tôt ou plus lentement) d'autres candidats pourraient également se joindre à cette approche. À long terme, toutes les parties prenantes souhaiteront probablement une approche plus intégrée, ce qui devrait alors devenir possible.

- Rubrique 2 (données cliniques) : ces données sont obligatoirement publiées, de manière compatible avec FHIR, à la fin de l'enregistrement du contact. Plus loin dans cette note, nous décrivons en détail le fonctionnement de cette rubrique.

Dans les autres sections (laboratoire, médicaments, imagerie, données cliniques dans Caresets, vaccinations...), l'impact sera largement limité à l'étiquetage des données (lignes) avec un code qui relie les données à (un ou plusieurs !) épisodes de soins.

Pour maximiser la cohésion et la performance, il est préférable de proposer un développement intégré qui fournit aux fournisseurs de logiciels un "module d'extension" qu'ils peuvent intégrer dans leur progiciel, en veillant à ce que l'environnement de travail électronique du prestataire de soins de santé soit aussi optimal que possible. En outre, les développeurs de logiciels peuvent souhaiter effectuer eux-mêmes les développements nécessaires. En tout état de cause, l'objectif est de faire évoluer les progiciels monodisciplinaires actuels des médecins généralistes, des infirmières, des kinésithérapeutes et des pharmaciens vers des progiciels interprofessionnels performants (ce qui peut être stimulé, par exemple, par des mesures incitatives).

Pour l'instant, nous utilisons le terme BIHR Working Environment (ETB) pour l'"environnement électronique" afin d'indiquer clairement qu'il ne s'agit pas d'un DPI achevé. D'un point de vue stratégique, il sera important de réaliser le ETB dès la première version en termes de qualité, de convivialité et de performance, car il y a actuellement beaucoup de frustration avec le logiciel actuel dans les soins primaires. Les informations contenues dans l'épisode de soins seront utilisées à la fois pour les soins individuels et pour la gestion de la santé de la population au niveau micro du cabinet de soins primaires ou du réseau de soins primaires, en se concentrant toujours sur l'utilisation primaire. En outre, au niveau méso, au niveau macro, ces informations peuvent également être déployées, conformément à la GVA, pour une utilisation secondaire.

Accès au ETB

L'accès au ETB est destiné aux médecins généralistes, aux pharmaciens, aux kinésithérapeutes et aux infirmières qui ont une "relation thérapeutique" avec le patient, y compris (pour les organisations) les prestataires de soins de santé du CoT ("Circle of Trust"). Les citoyens peuvent accéder à l'épisode de soins via le PHV personnalisé ("Patient Health Viewer") et peuvent ajouter des informations (mais pas modifier ou supprimer des informations existantes). Il conviendrait d'examiner si les aidants informels peuvent également accéder à l'épisode de soins et quelles sont les conditions préalables à cet accès.

Structure de l'enregistrement dans l'épisode des soins.

Pour plus d'informations sur cette section, veuillez consulter [:](#)

Lors du codage des informations, la SNOMRED-CT est toujours utilisée comme terminologie, tandis que des classifications internationales spécifiques sont ajoutées : ICPC-3, ICD-11, ICF, ICHI, LOINC, ... le cas échéant.

Les différents éléments de l'enregistrement des contacts y sont expliqués en détail : le "motif de la rencontre", RFE ("pourquoi ce patient vient-il aujourd'hui chez le prestataire de soins de santé ?"), l'entretien, l'examen, le "diagnostic/hypothèse de travail" et la planification (y compris les prescriptions et l'orientation).

Nous résumons l'essentiel de chacune des sections :

- **RFE** : texte libre, codage ICPC-3 avec Snomed CT comme terminologie
- **Interview** : texte libre, symptômes de codage ICPC-3
- **Examen** : enregistrement structuré des résultats cliniques, dans la mesure du possible dans des champs définis, avec un rapport standardisé des résultats, complété par du texte libre (tension artérielle, auscultation des poumons, résultats des examens des différents systèmes, etc.) Sont également inclus les résultats des examens complémentaires effectués par le prestataire de soins (POCT, ECG, spirométrie, MMSE, photographie de l'état d'une plaie par l'infirmière, résultats des examens de l'appareil locomoteur par le kinésithérapeute...) et les résultats des enregistrements effectués par le patient (éventuellement par l'utilisation de données provenant de la "source authentique", section 8 : Données de télésurveillance). En outre, des informations sont intégrées ici à partir des rubriques "sources authentiques" : 2,3,4,5, 6,7 et, à l'avenir, également 9-11.
- **Diagnostic / Hypothèse** : ICPC-3, ICD-11,... (est automatiquement intégré dans "source authentique", no.1 : Liste de problèmes)
- **Planification** : voici les médicaments ("source authentique", section 5), les autres thérapies (voir ICHI), les interventions, la thérapie par la parole, les conseils en matière de santé,... et les prescriptions (physiothérapie, soins infirmiers...) et les références (hôpital, spécialiste, imagerie, laboratoire,...). Dans le contexte de la co-création, les prescriptions et les orientations comprendront principalement des ordres précis et des questions précises : les informations contenues dans l'épisode de soins sont à la disposition des prestataires de soins concernés. Pour les prescriptions et les références à d'autres prestataires de soins que les 4 prestataires de soins de santé, les "Linking pathways" seront utilisés (voir la note correspondante).

Le codage et la mise à jour de l'ensemble de soins correspondant à cet épisode de soins ("source authentique", section 2, utilise des MLD AI). ²²Les développements actuels à cet égard rendent possible la réalisation d'informations compatibles avec FHIR.

Attention à la facilité d'utilisation, à la qualité et à la performance.

Le ETB devrait s'en charger :

- *Aide à la décision décentralisée* : Aide à la décision diagnostique et thérapeutique, avertissements ("pour ce patient avec cette fonction rénale, vous ne pouvez pas prescrire cet antibiotique"), interactions pertinentes possibles (entre médicaments, entre médicaments et allergies par exemple,...), mise à disposition de lignes directrices EBP pertinentes (cfr ensuite DUODECIM),...
- *Analyse permanente "en arrière-plan" des données pertinentes* et création d'un "rolling paper" avec des TO DO (par exemple, "la patiente n'a pas répondu à l'appel pour le dépistage du cancer du sein", "ce médicament prescrit n'a pas été récupéré à la pharmacie", "la dernière détermination de l'HBA1C remonte à plus de 6 mois", "la vaccination contre la grippe n'a pas encore été administrée",...). Ces données peuvent être générées à partir de calendriers antérieurs, d'une analyse algorithmique des données, (pour plus d'informations sur cette approche, voir la thèse d'Elisabeth Bayegan ci-jointe).

Cette approche est appliquée non seulement dans les contacts avec le médecin généraliste, mais aussi avec les trois autres disciplines, ce qui crée un effet de soutien et de répétition et augmente les chances

²² voir par exemple Peter Lee, Carey Goldberg, Isaac Kohane "The AI Revolution in Medicine", pp.195-199

d'une meilleure "adhésion" (voir les expériences de Covid-19). À l'avenir, une évaluation interne de la qualité pourrait également être générée, tant au niveau du prestataire de soins individuel qu'au niveau de l'équipe. Chaque prestataire de soins devrait également avoir la possibilité de stocker ses propres "notes internes" (hypothèses, questions encore floues mais potentiellement importantes,...).

Stockage et déploiement.

Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, les épisodes de soins sont stockés en toute sécurité dans le cadre d'un accord entre le fournisseur de logiciels et le(s) prestataire(s) de soins. Dans de nombreux cas, cela se fait dans le nuage.

Il est très important que la dernière version des 3 à 5 fiches de contact les plus récentes, par exemple, soit immédiatement disponible au début d'un contact avec le citoyen.

Il convient également de veiller à ce que l'interaction avec les "sources authentiques" soit sécurisée de manière ininterrompue.

Décision

Cette note documente brièvement les principaux aspects du développement de l'épisode de soins dans l'environnement de travail du BIHR. L'approche par "modules enfichables" facilite la mise en œuvre de nouvelles versions par les fournisseurs de logiciels. Les éléments ci-dessus peuvent servir de point de départ à la formulation d'un cahier des charges technique auquel le ETB devra se conformer. Il semble approprié de lancer un appel d'offres international auprès de consortiums de développeurs, d'universitaires, d'utilisateurs et de patients.

Durée de développement : 1 an (?)

Annexe 12 : Note explicative sur le développement de "Linking Pathways"

Contexte et localisation

Cette note propose une approche pour réaliser le bloc BBC-C 'Development Linking Pathways'. En principe, cette approche est destinée à toutes les institutions (hôpitaux, maisons de repos...) et à toutes les professions de santé qui ne travaillent pas par 'co-création' (sages-femmes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, podologues, dentistes, diététiciens, travailleurs sociaux...) et/ou dont le logiciel ne supporte pas (encore) l'intégration approfondie nécessaire à la 'co-création'.

Note : La description suit une section similaire décrivant la réalisation du bloc BBC-B 'Development Episode of Care' (Annexe 11). Cette approche est destinée aux quatre professions qui mettront immédiatement en œuvre le BIHR en "co-création", en partant du principe des épisodes de soins et de la liste des problèmes : Les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les physiothérapeutes.

Les deux blocs décrivent comment on travaillera en pratique pour accéder aux données des 13 rubriques et les visualiser, d'une part, et pour ajouter de nouvelles données, d'autre part.

Avec la "cocréation/épisode de soins", en principe, les données de toutes les rubriques sont immédiatement appelées, avec la possibilité de les visualiser (dans un "tableau de bord"), ordonnées selon la liste des problèmes/épisodes de soins, conformément aux besoins ou aux souhaits de (la profession soignante de) l'utilisateur. L'interface permettra ensuite d'ajouter de nouvelles données dans les différentes sections, à partir du contexte d'un ou de plusieurs épisodes de soins/problèmes pour lesquels le patient est vu.

Dans le cadre de la "co-création/EoC", il sera donc prévu d'exécuter ces processus de bout en bout entre le logiciel de l'utilisateur et les différentes sources authentiques. Pour ce faire, des "courtiers en ressources FIHR" appropriés (ou d'autres solutions "intermédiaires") devraient assurer la qualité technique et l'interopérabilité des échanges.

Développement "Linking Pathways" (LP)

Ce développement commence par la disponibilité (ou le fait d'être disponible) des rubriques du BIHR et des projets de soutien, décrits dans le bloc BBC-A du plan d'action.

Linking Pathways est une approche qui permet d'accéder à des données et de les compléter, mais qui n'est pas complètement intégrée dans le logiciel de l'utilisateur final.

Cela peut être dû à :

- Les logiciels dans les hôpitaux ou les institutions qui ont déjà été construits selon d'autres structures ou architectures - souvent avec leur propre approche pour soutenir le processus de soins...
- Logiciel des professions de santé qui ne disposent pas encore d'une interface de santé complète ou d'une intégration approfondie des données des sections, mais qui souhaitent consulter et/ou compléter des sections ou des données spécifiques... (sages-femmes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, podologues, dentistes, diététiciens, travailleurs sociaux,...)

Avant de commencer le développement, tous les utilisateurs concernés devront être informés en détail de l'approche prévue. Au cours du processus, leur coopération sera sollicitée pour conclure (et

mettre en œuvre) des accords sur le développement proprement dit.

²³Cela se fera essentiellement "individuellement" (= en principe pour chaque type d'utilisateur/logiciel et chaque section).

Il est évident que les besoins similaires seront traités conjointement ou en groupe. ²⁴Si cela s'avère utile ou nécessaire, des modules communs peuvent également être réalisés, avec ou sans soutien financier (prévisible).

Le développement de Linking Pathways permettra donc :

1. Une description claire et complète des données disponibles dans les différentes sections (y compris les ressources CareSets/FIHR) (= également nécessaire dans le bloc "Épisode de soins").
2. *les règles de gestion* spécifiques nécessaires à la LP pour accéder aux données et les compléter, dans un souci de sécurité et d'interopérabilité au sens le plus large.

NB : La LP et l'EoC sont susceptibles de fonctionner avec la même approche E/S : la manière dont les données sont extraites de chacune des sources authentiques d'une rubrique et dont elles en partent, ainsi que la manière dont les données reviennent, lorsque les utilisateurs veulent les compléter, seront très similaires, voire identiques. Seule la manière de les traiter dans le logiciel utilisateur, de les visualiser et l'interface par laquelle l'utilisateur peut les compléter ou les modifier diffèrent.

3. Un cadre d'accord et le soutien nécessaire pour le développement, l'essai et la validation (homologation ?) de solutions logicielles d'échange de données.
4. Accords sur des composants ou des développements communs.

Les hôpitaux (ou d'autres institutions) voudront probablement accéder aux données de (presque) toutes les sections dans le contexte de la LP. Ils recevront ces données sous la forme d'un certain nombre de ressources FIHR, dans lesquelles seront collées un certain nombre d'"étiquettes" qui leur permettront d'être organisées et visualisées de la manière souhaitée dans les interfaces fournies dans l'hôpital.

L'enregistrement et l'ajout de nouvelles données (y compris la modification de données existantes - en ajoutant une nouvelle ligne de données à l'historique) seront également effectués dans l'interface/le logiciel propriétaire.

Tous les processus au sein de l'hôpital sont également exécutés dans son propre logiciel.

²³ Un podologue peut, par exemple, n'avoir besoin que des données des sections 1 et 2 (Liste des problèmes - Données cliniques), en particulier la raison pour laquelle, par exemple, des chaussures orthopédiques ont été prescrites ; de la section 4 (Imagerie) pour consulter, par exemple, une ordonnance et un examen du pied ; de la section 12 (Plan de soins et équipe de soins) pour se joindre à l'équipe de soins.

Par exemple, un travailleur social n'aura besoin que des données des sections 1 et 2 (Liste des problèmes - Données cliniques), en particulier pour accéder aux données BelRAI ; des sections 9 et 10 (Contexte social et familial) et de la section 12 (Plan de soins et équipe de soins) pour suivre le plan de soins et rejoindre l'équipe de soins.

²⁴ Les composants communs peuvent inclure, par exemple, des modules "FIHR Resource Broker", qui supervisent la qualité technique et l'interopérabilité des données échangées. Ces modules peuvent être fournis à l'entrée et à la sortie des sources authentiques respectives, ou à l'entrée et à la sortie du logiciel de l'utilisateur. En outre, il semble utile - certainement pour un certain nombre de professions de soins primaires - d'explorer la possibilité de fournir une plate-forme intermédiaire qui joue le rôle de "courtier" et de "point de contact unique" entre les différents logiciels des utilisateurs finaux, d'une part, et les différentes sources authentiques, d'autre part. (À l'instar de la plateforme FarmaFlux qui remplit cette fonction pour les pharmaciens d'officine).

Au moment de la sortie, les ressources FIHR nécessaires seront générées - selon les normes de la rubrique BIHR - en ajoutant toutes les données utiles/pertinentes dans les différentes sections. Il s'agit alors (au moins) des données pertinentes, utiles pour le dossier intégré (= ce qui doit être connu par l'équipe soignante du fait de l'hospitalisation ou du traitement à l'hôpital), y compris les prescriptions, les rapports ou les références et les adaptations de la médication qui sont classiquement incluses lors de la sortie de l'hôpital aujourd'hui.

Pour les professions de soins primaires, l'approche LP consistera probablement en un ensemble de "profils" (par profession de santé, par type/pathologie des patients ou une combinaison des deux) décrivant les ressources FIHR qui peuvent être interrogées, y compris les "étiquettes" nécessaires pour les filtrer et/ou les organiser en fonction des besoins ad hoc.

Les données peuvent ensuite être visualisées, soit dans le logiciel existant de l'utilisateur, soit dans un module (générique) de visualisation (sur le modèle du *Patient Health Viewer* ?).

Pour le chargement de nouvelles données, un certain nombre de profils sont également fournis qui décrivent les ressources FIHR nécessaires avec lesquelles les données peuvent être ajoutées aux différentes rubriques par l'utilisateur. L'enregistrement des données et l'alimentation de ces ressources FIHR peuvent se faire soit dans le logiciel utilisateur, soit dans un module ad hoc (générique) (à l'instar d'interfaces telles que *CIVARS*, etc.).