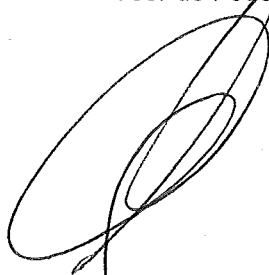


Protocole d'accord Plan d'actions e-Santé 2019-2021	Protocolakkoord Actieplan e-Gezondheid 2019 -2021
--	--

Aldus overeengekomen te Brussel op 28 januari 2019	Ainsi conclu à Bruxelles, le 28 janvier 2019
---	--

Pour l'Etat fédéral,
Voor de Federale Staat,



M. DE BLOCK,
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,



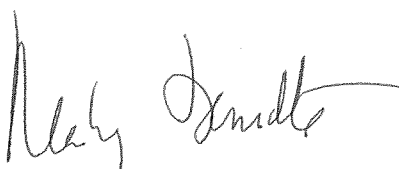
J. VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région Wallonne,



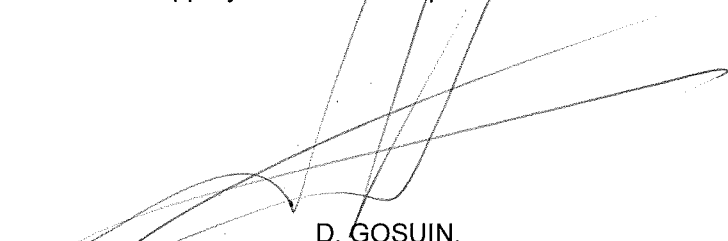
A. GREOLI,
Vice-Présidente, Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des chances, de la Fonction
publique et de la Simplification administrative

Pour la Communauté Française,

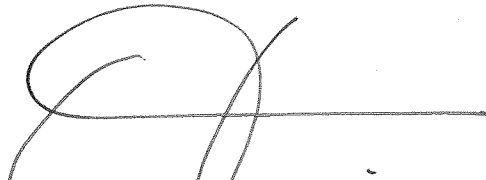


R. DEMOTTE,
Ministre-Président

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,

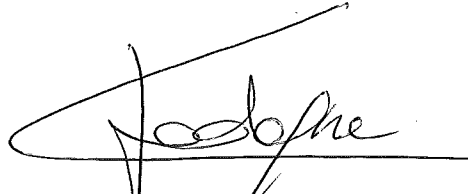


D. GOSUIN,
Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la
Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures



G. VANHENGEL,
Lid van het Verenigd college, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het
Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen

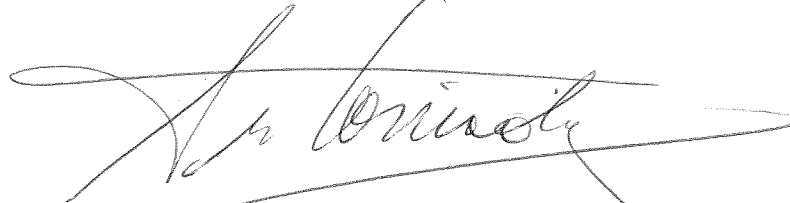
Pour le Collège de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale,
Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,



C. JODOGNE

Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de
Santé

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,



A. ANTONIADIS,

Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales

Nederlandstalige versie

Positionering	9
Scope van het actieplan	9
Principes inzake het gebruik van basisdiensten en basisbouwstenen	10
Opbouw	10
Continuïteit	11
Agility	11
Hergebruik	11
Clusters	12
Project-types	12
Herziening van het actieplan	13
Opvolging van concept- en uitvoeringsprojecten	14
Financiering	15
Governance structuur	16
Verdeling over de project-categorieën	20
Klemtonen van gefedereerde overheden	23
Vlaanderen	23
Wallonië	24
Brussel	24
Duitstalige gemeenschap	25
Clusters	26
Cluster 0 Fundamenten	26
0.1 Geïnformeerde toestemming	27
0.2 Toegangsmatrix, therapeutische, zorg- en andere relaties	29
0.3 Basisdienst gebruikers- en toegangsbeheer	32
0.4 Regels voor 'kluis van e-Gezondheid' en taakverdeling tussen authentieke bronnen	34
0.5 Informatiestandaarden	37
0.6 Terminologie	39
0.7 CobrHa Next Generation & UPPAD	41
0.8 Strategisch onderzoek naar efficiënte samenwerkingsmodellen met externe betrokkenen	44
Cluster 1 Transversaal	46
1.1 Communicatie	46
1.2 Programma-monitoring	48
Cluster 2 Ondersteuning	51
2.1 Incentives	51
2.2 Juridisch ondersteunde gedragscode & richtlijnen over delen van persoonlijke gezondheidsgegevens	53

Cluster 3 Operational Excellence	55
3.1 Basisarchitectuur.....	56
3.2 SLA's en Service Management.....	58
3.3 Business continuity.....	59
3.4 Documentatie, help desk & support.....	61
3.5 Testomgevingen : omgevingen, flows, processen, data.....	63
3.6 Kwaliteit van gezondheidssoftware.....	65
3.7 Opleiding & vorming.....	68
3.8 Administratieve werklastverlaging bij zorgactoren in e-Gezondheid.....	70
Cluster 4 Zorgverstrekkers en zorginstellingen.....	71
4.1 Multi-disciplinaire informatie-uitwisseling	71
4.2 Multi-disciplinaire functionaliteiten	73
4.3 Elektronisch voorschrift.....	76
4.4 VIDIS – evolutie van elektronisch voorschrijven	78
4.5 Beslissingsondersteunend platform.....	80
4.6 BelRAI.....	82
4.7 Arbeidsongeschiktheid (Mult-eMediatt)	86
4.8 MEDEX in e-Gezondheid	88
4.9 EPD in alle Ziekenhuizen.....	89
4.10 Publicatie van gestructureerde informatie.....	91
4.11 Registers	93
4.12 Communicatie over en planning van zorg	95
4.13 Connecting Europe Facility (CEF) project gedeelte « Patient Summary »	97
4.14 Modulatie van patiënttoegang door zorgaanbieders	99
Cluster 5 Patiënt als copiloot.....	100
5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal	100
5.2 Digitaal Verwijsplatform	104
5.3 Orgadon.....	106
Cluster 6 eGezondheid met Mutualiteiten	107
6.1 eAttest voor de tandartsen, artsen-specialisten, kinesisten en logopedisten	108
6.2 Facturatie 3 ^e betaler voor medische huizen, kinesisten en logopedisten.....	109
6.3 Raadpleging van ledengegevens	110
6.4 Digitalisering van revalidatie-overeenkomsten	111
6.5 Digitalisering van akkoorden Hoofdstuk IV.....	112
6.6 Abonnementen bij Medische Huizen.....	113
6.7 Digitalisatie van de kiné-akkoorden.....	114
Version française	
Positionnement	115
Champ d'application du plan d'action.....	115
Principes régissant l'utilisation des services et éléments de base	116
Structure.....	116
Continuité.....	117

Agility.....	117
Réutilisation.....	117
Clusters.....	118
Types de projet.....	119
Révision du plan d'action.....	120
Suivi des projets conceptuels et des projets d'exécution.....	121
Financement.....	121
Structure de gouvernance.....	123
Répartition dans les différentes catégories de projet.....	127
Accents mis par les autorités fédérées.....	130
Flandre.....	130
Wallonie.....	131
Bruxelles.....	131
Communauté germanophone.....	132
Clusters.....	133
Cluster 0 Fondements.....	133
0.1 Consentement éclairé.....	134
0.2 Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres.....	136
0.3 Service de base de gestion des utilisateurs et des accès.....	139
0.4 Règles d'application au « coffre-fort de l'e-Santé » et répartition des tâches entre les sources authentiques.....	141
0.5 Normes d'information.....	144
0.6 Terminologie.....	146
0.7 CobrHa Next Generation & UPPAD.....	148
0.8 Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes...	152
Cluster 1 Transversalité.....	154
1.1 Communication.....	154
1.2 Surveillance du programme.....	156
Cluster 2 Support.....	159
2.1. Incitants.....	159
2.2 Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé.....	161
Cluster 3 Excellence opérationnelle.....	163
3.1 Architecture de base.....	164
3.2 SLA et Service Management.....	166
3.3 Business continuity.....	167
3.4 Documentation, helpdesk & support.....	169
3.5 Environnements de test : environnements, flux, processus, données.....	171
3.6 Qualité des logiciels de santé.....	173
3.7 Formation et éducation.....	176
3.8 Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins.....	178
Cluster 4 Prestataires de soins et institutions de soins.....	179
4.1 Échanges d'informations multidisciplinaires.....	179

4.2 Fonctionnalités pluridisciplinaires.....	182
4.3 Prescription électronique.....	184
4.4 VIDIS - Evolution de la prescription électronique.....	186
4.5 Plate-forme d'aide à la décision.....	188
4.6 BelRAI.....	190
4.7 Incapacité de travail (Mult-eMediatt).....	194
4.8 MEDEX dans l'e-Santé.....	196
4.9 DPI dans tous les hôpitaux.....	197
4.10 Publication d'informations structurées.....	199
4.11 Registres.....	201
4.12 Communication sur et planification des soins.....	203
4.13 Projet Européen Connecting Europe Facility (CEF), partie « Patient Summary ».....	205
4.14 Modulation accès patient par les prestataires de soins.....	207
Cluster 5 Le patient en qualité de copilote.....	208
5.1 Portail personnel de santé.....	208
5.2 Plate-forme de référence numérique.....	212
5.3 Orgadon.....	214
Cluster 6 e-Santé et Mutualités.....	215
6.1 e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés et les logopèdes.....	216
6.2 Facturation tiers-payant pour les Maisons Médicales, les kinés et les logopèdes.....	217
6.3 Consultation des Données du membre.....	218
6.4 Digitalisation des conventions de revalidation.....	219
6.5 Digitalisation des accords Chapitre IV.....	220
6.6 Abonnements en Maisons Médicales.....	221
6.7 Digitalisation des accords kinés.....	222

Version française

Positionnement

Le plan d'action 2019-2021 se positionne comme une suite (logique) du plan d'action 2013-2018, l'accent étant mis sur :

- L'élargissement des concepts existants à d'autres groupes cibles ou à d'autres domaines d'application
- La poursuite des projets en cours, avec un accent particulier sur l'utilisation concrète dans la pratique
- Élaboration d'un cadre et d'un modèle de gestion pour l'utilisation des systèmes existants construits par le gouvernement et/ou le secteur privé
- Accent sur « l'excellence opérationnelle » : soutien à l'utilisation, rapports sur l'utilisation (KPI, etc.), sur la disponibilité et la performance, amélioration des installations d'essai,
- Connexion à l'Europe et aux initiatives et programmes internationaux
- Ajustement des projets en cours, arrêt des projets qui ne sont plus pertinents, lancement de nouveaux projets limité aux projets qui peuvent consolider, harmoniser et stabiliser les projets en cours.

Les lignes directrices suivantes s'appliquent pendant toute la durée de l'exécution du plan d'action e-Santé :

- Accent sur la finition des systèmes existants, tant fonctionnels que techniques.
- Un alignement, une explication et une mise en œuvre univoque renouvelés des concepts/fondements de base tels que les relations thérapeutiques et de soins, le COT ('Circle-of-Trust'), l'« Accès aux données » : leur utilisation a rendu clair l'importance et l'impact de ces concepts et la priorité est d'en préciser clairement et de manière univoque les détails
- Une attention particulière sera portée à l'évolution vers l'alignement sur ce qui se passe au niveau européen et international : au début du précédent plan d'action 2013-2018, nous avons développé propres normes, règles et protocoles belges, entre autres, en raison de la nécessité de progresser rapidement et parce que les normes internationales n'étaient pas encore suffisamment clarifiées et matures. Aujourd'hui, de nombreux aspects se sont cristallisés au niveau international, et certainement au niveau européen, et c'est maintenant le moment idéal pour élaborer un plan de transition afin que, d'une part, on puisse participer aux efforts au niveau européen et que, d'autre part, on puisse éviter/résoudre l'isolement de la solution belge.
- Alignement sur les autorités fédérées : le nouveau plan d'action inclut explicitement les accents mis par les autorités fédérées afin qu'il soit clair que le plan est aligné sur ces accents.

Champ d'application du plan d'action

Le présent plan d'action porte sur les projets qui seront mis en œuvre au cours de la période 2019-2021. Il décrit les objectifs de chaque projet, ainsi que les étapes nécessaires à sa réalisation. On le verra plus loin dans le document, il établit dans ce cadre une distinction entre 2 types de projet : les projets conceptuels et les projets d'exécution.

Au niveau d'e-Santé, il existe déjà un large éventail de services :

- D'une part, les services de base offerts par la plateforme e-Health, ainsi que différents services de base fournis par les gestionnaires des coffres-forts de la santé ou de banques de données authentiques.
- D'autre part, les services à valeur ajoutée qui sont proposés aux utilisateurs finaux et recourent en général à différents services de base.

Ces services font l'objet d'une description dans des fiches de service, qui précisent les *service level agreements* en matière de performance et de disponibilité.

La gestion, la maintenance et l'évolution permanente de ces services relèvent, pour leur part, de la responsabilité des fournisseurs des services en question et n'entrent donc pas dans le champ d'application du présent plan d'action.

En revanche, le plan d'action inclut différents projets conceptuels visant à adapter le cas échéant certains services qui dépassent l'évolution permanente normale.

Enfin, en Belgique, e-Santé est basé sur une architecture fonctionnelle, organisationnelle et technique TIC définie de façon concertée. Cette architecture est décrite dans des règlements (par exemple, en matière de consentement éclairé, de preuve des relations thérapeutiques ou de matrice d'accès), ainsi que dans des fiches architecturales (par exemple, en matière de répartition des tâches entre les sources authentiques).

Cette architecture est élaborée dans le cadre des organes institués par la loi portant création de la plateforme e-Health et dans le respect des principes énoncés dans le protocole d'accord du 29 avril 2013 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française en vue d'un échange et partage électronique d'informations et de données optimal entre les acteurs du secteur de la santé et du bien-être et de l'aide aux personnes. Ces travaux sont coordonnés par la plateforme e-Health, qui joue donc le rôle d'architecte d'entreprise au niveau de l'architecture de l'e-Santé, en concertation étroite et cocréation avec les acteurs concernés.

La définition et le processus d'évolution permanente de l'architecture n'entrent pas non plus dans le champ d'application du plan d'action. Ce dernier inclut toutefois différents projets conceptuels visant à évaluer certains choix au niveau de l'architecture et, le cas échéant, à y apporter les adaptations qui s'imposent.

Principes régissant l'utilisation des services et éléments de base

Les services de base offerts par la plateforme e-Health et certains éléments de base offerts par d'autres organisations, ou certaines parties de ceux-ci peuvent être utilisés pour l'ensemble des projets décrits dans le plan d'action.

Chacun de ces services et éléments de base fait l'objet de *service level agreements* définis entre autres en matière de performance et de disponibilité.

Dans le cadre de l'élaboration des services et éléments de base, le principe de modularité est pris en compte en suffisance, et ce dans une perspective de réutilisation maximale.

Plus concrètement, il s'agit, outre les services de base offerts par la plateforme e-Health, des éléments de base suivants :

- les coffres-forts e-Santé Brusafe, Intermed et Vitalink, en tant que lieu de stockage sécurisé des données de santé ;
- les sources authentiques telles que CobrHa et SAM v2, ou les nouvelles sources authentiques développées en application du présent plan ;
- les hubs et le système hub/metahub.

Lorsqu'un projet repris dans le plan d'action nécessite de recourir à de tels services ou éléments de base, ou à des composantes de ceux-ci, leurs fournisseurs veillent à ce que cela puisse se faire dans un délai raisonnable, le plan d'implémentation y afférent étant fourni dans les 2 mois.

Structure

Le plan d'action 2019-2021 constitue l'étape suivante du trajet logique suivi depuis déjà plusieurs années : d'une idée à des projets, ensuite des projets à des "services" et enfin l'utilisation de ces services.

Plus concrètement, cela se traduit, d'une part, par l'intégration des projets dans des organisations opérationnelles (administrations fédérales ou régionales, partenaires, etc.) et, d'autre part, par l'intégration de l'ensemble des systèmes pertinents dans un ensemble pratique pour les utilisateurs finaux (à l'exemple de VIDIS, à l'intérieur duquel le dossier médicamenteux (coffres-forts) et les prescriptions (Recip-e) formeront un ensemble intégré).

Le présent plan d'action établit la liste des projets, rassemblés en clusters. Pour chaque projet, le plan décrit en quoi il est nécessaire ("pourquoi souhaite-t-on réaliser ce projet") et ce à quoi il doit aboutir (objectifs globaux) ("à quoi veut-on arriver au travers de ce projet")

En revanche, le plan d'action ne détaille pas les actions spécifiques à accomplir dans le cadre d'un projet pour atteindre les objectifs. Le soin en est laissé au chef de projet et à l'équipe de projet, un suivi étant assuré par le Program Board.

Le plan est en outre devenu évolutif, il couvre une période de trois ans.

Au cours de la phase de réalisation du présent plan d'action, chaque projet fera l'objet d'une description détaillée dans un plan de projet. Ce dernier développera les actions, ainsi que les accords en matière de budget, de champ d'application, de planification, de gouvernance spécifique et de résultat final escompté. Le plan de projet sera établi par une équipe de projet, sous la responsabilité d'un chef de projet.

Cette façon de faire permettra de disposer de la flexibilité nécessaire pour s'adapter à l'évolution des circonstances tout en réalisant les objectifs fixés.

Continuité

Le plan d'action e-Santé 2019-2021 s'inscrit dans le prolongement du plan d'action e-Santé 2013-2018, qui est arrivé à son terme.

Les projets en cours qui ne sont pas encore terminés et gardent leur pertinence seront poursuivis, le cas échéant en remaniant légèrement leur objectif et le trajet à parcourir pour réaliser celui-ci.

En cas de réorientation de projets en cours et/ou de lancement de nouveaux projets, on permettra aux régions d'y participer à leur propre rythme (autrement dit, les projets ne seront pas mis au ralenti par le partenaire le plus lent). Ce principe ne s'applique, cela va sans dire, qu'aux projets ne comportant aucun vecteur de dépendance susceptible de conduire à un blocage. En outre, l'éventuelle différence de progression fera l'objet d'une communication transparente. Si une région décide d'adhérer à un projet en cours ou à un projet déjà mené à bien, elle apporte une contribution à la réalisation du service.

Les projets strictement fédéraux ou strictement (inter-)régionaux qui, d'une façon quelconque, ont recours à l'un des services de base de la plateforme e-Health ou à d'autres services de base sont affichés à la vue de l'ensemble des partenaires en toute transparence dans la plateforme e-Health.

Agility

Ces dernières années, les TIC ont su répondre à la demande d'un raccourcissement du "time-to-market" et ont tenu compte des critiques, justifiées, relatives au délai de réalisation trop long entre la demande initiale et la livraison finale et au fait que les solutions finales livrées étaient le plus souvent très éloignées de la demande et de la problématique initiales. Cette réponse est dite 'agile', terme anglais que l'on peut traduire par 'flexible'.

L'idée de base est qu'un projet fonctionne de façon incrémentale et produit très fréquemment des sous-fonctionnalités. Cela permet, le cas échéant, d'apporter rapidement des ajustements et d'obtenir des résultats à bref délai, fussent-ils partiels.

Dans l'e-Santé, ce sont surtout les livraisons fréquentes et progressives qui sont importantes.

Pour cette raison, les projets du plan d'action 2019-2021 seront encouragés à livrer concrètement au moins 2x/an afin de donner de la visibilité au projet et de permettre d'effectuer les ajustements nécessaires en vue des phases suivantes.

Réutilisation

On a constaté que certaines composantes sont réutilisables dans de nombreux projets, mais jusqu'à présent, tous les projets les développent encore et encore à partir de zéro.

En voici quelques exemples, parmi lesquels on trouve tant des composantes techniques que des concepts et des systématiques :

- composantes liées à un site web,
- mécanisme de support opérationnel doté de structures d'aide sous-jacentes,
- système de monitoring end-to-end,
- prescription et adressage par voie électronique
- cadre juridique générique

- méthodique de communication à l'égard des parties prenantes
- instruments permettant d'implémenter des normes

Certaines de ces composantes réutilisables peuvent également être intégrées par des systèmes externes. Si leur utilisation se généralise, ces composantes peuvent devenir soit des services de base e-Health, soit des applications générales e-Santé (mises gratuitement à la disposition de tous les acteurs concernés).

L'idée de base est que les projets peuvent avoir recours à ces composantes et systématiques pour résoudre des difficultés récurrentes.

En d'autres termes, tant au stade du développement des projets et des systèmes que par la suite, en phase opérationnelle, les composantes communes pourront être utilisées pour accroître la qualité (bonnes pratiques), réduire le délai de réalisation et le prix de revient des projets (grâce à l'utilisation d'éléments "préfabriqués") et faciliter la maintenance. Ce principe de réutilisation est déjà appliqué depuis un certain temps dans d'autres domaines d'activité.

Clusters

Le concept de "cluster" est utilisé pour marquer le lien entre les différents projets et soutenir une coopération plus intensive entre projets connexes.

Un cluster correspond au regroupement de projets étroitement liés.

Il regroupe des projets qui ont chacun leurs propres objectifs spécifiques mais qui, ensemble, ajoutent une dimension supplémentaire à la réalisation des objectifs stratégiques du programme.

En permettant un rapportage plus clair et en proposant un processus d'escalade plus clair en cas de blocage, le principe des clusters simplifie la gestion et le suivi par les organes de gouvernance.

Le principe des clusters doit également faciliter l'échange de ressources (budget, personnel du projet, experts, etc.) entre les projets du cluster.

Enfin, le principe des clusters peut également faire diminuer les frais généraux liés à une approche par projet, sans pour autant perdre les avantages indéniables du travail par projet (c'est-à-dire le suivi, la planification, la transparence, la prévisibilité en matière de calendrier, le budget et l'étendue).

Et cela, parce que le principe du cluster rend inutile de développer une méthodologie complète pour chaque projet puisqu'elle peut aussi être développée au niveau du "cluster".

Le choix entre l'application de la méthodologie du projet au niveau du projet ou au niveau du cluster repose sur les critères suivants :

- la taille du projet (en termes de champ d'application, de budget ou de charge de travail)
- l'impact sur les autres projets et le programme
- le nombre de parties prenantes

Il doit être clair que le concept de "cluster" n'introduit pas une couche supplémentaire en termes de gestion : il y a un gestionnaire de programme et des chefs de projet qui dirigent, soit un projet, soit un ou plusieurs projets au sein d'un cluster.

Types de projet

La diversité des projets ne réside pas uniquement dans leur contenu, mais également dans leur approche, leur finalité et le résultat escompté. La répartition des projets en deux types, à savoir (1°) les projets conceptuels et (2°) les projets d'exécution, permet de préciser les choses et d'assurer un suivi et un ajustement plus efficace des projets.

Les points sur lesquels il importe de se mettre d'accord sont non seulement de savoir "comment" un projet est lancé, mais aussi "quand" il s'arrête. Et comment il devient, le cas échéant, un service e-Santé.



On distingue les types de projet suivants :

➤ Projets conceptuels

- Ce type de projet est utilisé lorsque l'on souhaite transformer une "idée brute" en plan de projet qui soit applicable. On s'en sert également pour réévaluer certaines composantes de base existantes et savoir si celles-ci répondent encore pleinement aux besoins.
- Ce type de projet se caractérise par un grand nombre de réunions de brainstorming et de coordination avec de nombreux stakeholders, tant internes qu'externes. Il comporte en général une analyse business.
- Il débouche sur une description de projet détaillée, qui inclut une délimitation du champ d'application, une estimation de haut niveau des coûts de la mise en œuvre, des flux d'activité de haut niveau, etc.
- Ce type de projet revêt une dimension stratégique importante.
- La suite logique des projets conceptuels est un projet d'exécution qui met en pratique les concepts développés.

➤ Projets d'exécution

- Ce type de projet est utilisé pour réaliser un plan de projet concret, dans le cadre duquel la problématique, la délimitation du champ d'application, le calendrier et le délai de réalisation ont été décrits avec un degré élevé de détail.
- Ces projets débutent en général par une "analyse fonctionnelle" basée sur la business analyse du projet conceptuel développé en amont.
- Il est facile d'assurer leur suivi puisqu'ils font l'objet d'un plan de projet concerté détaillé qui décrit le champ d'application, le budget (charge de travail incluse) ainsi que le calendrier, lequel inclut les phases et jalons mesurables à respecter.
- Ce type de projet comporte 2 variantes ayant chacune un profil différent de management de projet et de collaborateurs de projet :
 - Business : l'accent est mis sur les activités organisationnelles non liées à l'IT (exemples : projet "Incitants", projet "Formation", etc.). Ce qui ne veut pas dire que ces projets ne comportent aucune activité IT, mais que l'essentiel de la charge de travail est lié aux aspects opérationnels et que c'est sur ces derniers que l'on met l'accent.
 - IT : l'accent est mis sur les activités liées à l'IT comme l'analyse technique, le développement applicatif, les tests, la mise en production, etc.

Révision du plan d'action

e-Santé ayant désormais atteint son rythme de croisière, il est indiqué d'actualiser le plan tous les ans en ayant à l'esprit la période de deux ans sur laquelle il s'étend.

À partir de mars 2020, une consultation sera réalisée chaque année à l'initiative du gestionnaire de programme et de « l'architecte d'entreprise » afin d'évaluer les projets et d'en ajouter de nouveaux. Dans ce cadre, on demandera aux parties prenantes concernées d'adresser des fiches de projet décrivant les projets qu'elles estiment nécessaires.

En fonction du type de projet, le contenu des fiches de projet sera différent. C'est le gestionnaire de programme qui établira les templates de fiche de projet.

Si une même personne introduit plusieurs fiches de projet, il est demandé de définir un ordre de priorité.

Parmi les parties prenantes consultées, on peut citer les ministres de la santé des différents niveaux de pouvoir, le SPF SPSCAE, l'INAMI, l'AFMPS, la plateforme e-Health, les administrations communautaires et régionales compétentes, le CIN, Recip-e, etc.

En mai et juin, on demandera aux parties prenantes de soumettre des projets conceptuels et/ou des projets d'exécution au gestionnaire de programme au moyen d'un template standardisé. Un projet conceptuel consistera en un exposé du problème et une motivation de la priorité. Quant au projet d'exécution, il consistera en un plan de projet (fiche de projet) et une motivation de la priorité.

Pour la fin du mois d'août de chaque année, le gestionnaire de programme, aidé par des experts (l'architecte d'entreprise, par exemple) et conseillé par les organes de gouvernance concernés d'e-Santé, consolidera l'ensemble dans une proposition coordonnée et complète pour la période suivante ("sliding window"). Cette proposition sera discutée au sein du Program Board.

En septembre, la proposition de programme pour la période suivante sera discutée, amendée si nécessaire, et validée à la réunion du GTIC. Après quoi, elle sera entérinée à la CIM.

À partir d'octobre, le plan fera l'objet d'un exposé informatif rassemblant toutes les parties prenantes au sein du Comité de gestion de la plateforme e-Health, et les organes de gouvernance des autres services e-Santé seront informés.

La révision du plan d'action sous forme de schéma :

Initiative Gestionnaire de programme & Architecte d'entreprise	Mars
Consultation des parties prenantes quant à de nouveaux projets (perspective à 2 ans; 1e fois en 2020)	
Soumission des nouveaux projets par les parties prenantes <i>Conformément au template établi pour chaque type de projet (conceptuel ou d'exécution)</i>	Mai & juin
Proposition de consolidation par le Gestionnaire de programme & Architecte d'entreprise <i>Débouche sur un nouveau plan d'action intégral et remanié (les priorités des projets existants peuvent également avoir subi certains changements)</i>	Fin août
Discussion et validation par le GTIC et la CIM <i>Validation par le GTIC</i> <i>Entérinement par la CIM</i>	Septembre
Exposé à l'ensemble des parties prenantes au sein du comité de gestion de la plateforme e-Health et organes de gouvernance pertinents d'autres services d'e-Santé	Octobre

Suivi des projets conceptuels et des projets d'exécution

Il est nécessaire de mettre en place un suivi intensif de l'état d'avancement des projets. Cela signifie qu'il faut appliquer les principes d'une méthodologie de projet sans pour autant imposer formellement et obligatoirement une méthodologie spécifique.

Ces principes s'appliquent à la fois aux projets conceptuels et aux projets d'exécution.

Ces principes sont entre autres :

- au début d'un projet ou d'un cluster
 - o une description claire du champ d'application et des objectifs à atteindre
 - o l'élaboration d'un plan de projet avec calendrier, charge de travail et jalons, y compris des scénarios de test basés sur des cas d'utilisation.
 - o la détermination du budget alloué/nécessaire, sur la base d'une estimation détaillée des différents éléments de coût du projet
 - o la fixation du financement du budget nécessaire : qui paie quelle partie des coûts prévus ? ? (voir matrice de financement du groupe de travail Budget du GTIC e-Santé)
 - o une description claire de la structure de gouvernance du projet (qui s'appuiera évidemment sur une structure définie au niveau du Plan d'action), dans les limites de la gouvernance générale votée dans le Plan.

- pendant l'exécution d'un projet
 - o un rapport sur le champ d'application, le calendrier, le budget et la charge de travail avec une comparaison progressive avec le plan initial : initial <-> actuel <-> ETC (*estimate to complete*)
 - o rapportage sur les tests de réalisation et de concrétude à l'aide de cas d'utilisation et de scénarios de test.
 - o les écarts par rapport au plan initial (champ d'application, budget, calendrier, charge de travail) doivent être formellement confirmés par les organes de gouvernance sur la base des délégations suivantes :
 - écarts de max. 5 % : décision prise par le chef de projet / le groupe de pilotage
 - écarts de max 20 % : décision prise par le gestionnaire de programme / Program Board
 - écarts > 20 % : décision prise par les organes de décision stratégiques (voir chapitre Gouvernance)

- à la réception du projet
 - o élaboration d'un plan de test comprenant des tests d'acceptation par les utilisateurs (s'ils sont pertinents, c'est-à-dire principalement pour les projets comportant une composante IT).
 - o une description détaillée et l'exécution du transfert du projet à l'organisation opérationnelle qui sera chargée de gérer l'application ou le système livré.

Financement

Pour chaque projet du Plan d'action, le budget nécessaire ainsi que les jours-homme nécessaires pour chaque profil nécessaire seront, dans la mesure du possible, préalablement détaillés. Ces détails devraient comprendre, si possible, les coûts et les jours-homme pour les systèmes de base étroitement liés (p. ex. les services de base e-Health, les coffres-forts, les hubs).

Pour les projets qui ont déjà débuté dans le cadre du plan précédent et qui se poursuivent dans le cadre du nouveau plan, un état de la situation budgétaire sera établi ("prévu", "déjà utilisé", "encore nécessaire"). Un projet n'est lancé qu'une fois que l'on s'est bien mis d'accord sur les conséquences (financières) de la gestion de l'application avec l'organisation qui incorporera finalement l'application intégrée (le résultat de la réception du projet) dans ses services.

Le financement du budget nécessaire est ventilé : le plan d'action finance les coûts directs des projets, les coûts de développement des systèmes concernés (comme les coffres-forts, les hubs, e-Health, etc.) sont quant à eux prévus par les systèmes proprement dits.

Les frais directs découlant (de certains) des projets du plan d'action sont financés au travers d'un mécanisme de co-financement qui prévoit que toutes les autorités (qu'elles soient fédérales ou fédérées) participent aux coûts selon une clé de répartition prédéfinie. (cf. matrice de financement du groupe de travail Budget du GTIC e-Santé)

Lorsqu'il s'agit de participer au financement d'un projet par une autorité, les autorités sont tenues de respecter un cycle budgétaire. La participation à un projet par une autorité dépend donc de ce que celle-ci a prévu à l'avance une année donnée pour soutenir l'ensemble du plan d'action e-Santé. La révision annuelle du plan d'action, qui prévoit toujours un horizon de 2 ans, permet d'anticiper cette participation de façon adéquate dans le cycle budgétaire.

Il convient de garder à l'esprit que le cycle budgétaire des administrations et autorités concernées n'est pas synchronisé avec le plan d'action : les provisions budgétaires pour l'année suivante doivent être fixées dès le mois de juin de l'année précédente. Les administrations appliquent un système de financement par enveloppe pour l'e-Santé dans son ensemble, ce qui veut dire que la réalisation des projets est tributaire de ce système.

Il est essentiel qu'au démarrage d'un projet, le financement du budget nécessaire soit formellement vérifié et confirmé, mais aussi que les jours-homme nécessaires et les profils appropriés (par exemple : analyste de processus, développeur, testeur, etc.) soient disponibles,

On peut dès lors définir des priorités et/ou ajuster les objectifs d'un projet pour respecter le budget disponible, le calendrier ou la charge de travail.

Structure de gouvernance

Conformément à la loi relative à l'institution de la plateforme e-Health et au protocole d'accord entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions, l'objectif stratégique global d'e-Santé consiste à :

- optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé,
- optimiser la sécurité du patient,
- simplifier les formalités administratives pour tous les acteurs des soins de santé,
- et à offrir un soutien solide à la politique en matière de soins de santé,

et ce en

- favorisant et en soutenant une prestation de services et un échange d'information mutuels électroniques bien organisés entre tous les acteurs des soins de santé
- offrant les garanties nécessaires en ce qui concerne la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et le respect du secret médical.

Le présent plan d'action entend poursuivre la mise en œuvre de cet objectif stratégique global. La structure de gouvernance détermine **comment et par qui** sont prises les décisions concernant les projets qui s'inscrivent dans le cadre du plan d'action e-Santé et l'architecture d'entreprise en matière d'e-Santé. Ces décisions portent sur les objectifs stratégiques et opérationnels, les projets et l'architecture nécessaires à leur réalisation, le calendrier qui s'y rapporte et leur champ d'application, ainsi que sur le budget nécessaire à cet effet.

Outre la prise de décisions, la structure de gouvernance entend également assurer la circulation de l'information et la transparence en favorisant, entre toutes les parties prenantes, la cohérence et la cocréation par une "coalition des volontaires".

La gouvernance s'organise sur 3 niveaux :

- **un niveau stratégique**
à ce niveau, l'objectif stratégique global est transposé en sous-objectifs stratégiques; ceux-ci découlent des choix stratégiques faits par l'État fédéral et les entités fédérées; on veille à ce que le plan d'action e-Santé, d'une part, et l'architecture d'entreprise en matière d'e-Santé, ainsi que les services de base et éléments de base, d'autre part, soutiennent ces objectifs stratégiques.
- **un niveau tactique**
à ce niveau, les objectifs stratégiques sont transposés en objectifs opérationnels, les objectifs opérationnels sont transposés en projets conceptuels et projets d'exécution, le plan d'action qui regroupe ces projets est géré, l'architecture d'entreprise en matière d'e-Santé est définie, et on décide, dans le cadre de la réglementation, qui fournit quels services de base et éléments de base.
- **un niveau opérationnel**
à ce niveau, les projets sont mis en œuvre, et les services de base, les éléments de base et les services à valeur ajoutée sont fournis conformément à l'architecture d'entreprise et aux SLA.

La gouvernance est assurée par les organes existants, dans le respect de leurs missions légales et dans un esprit de collaboration constructive. Ces organes sont les suivants :

- la Conférence interministérielle de la santé publique (CIM) : la CIM a été créée pour favoriser la concertation et la collaboration entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions dans le domaine de la santé publique et, dans ce cadre, gérer les services et institutions communs, exercer conjointement leurs compétences respectives, et mettre sur pied des initiatives communes; la CIM se compose des ministres ayant la santé publique dans leurs attributions aux différents niveaux de pouvoir;
- le Groupe de travail intercabine de la Santé publique (GTIC) : le GTIC prépare la politique de la CIM; il se compose de membres des cabinets des différents ministres ayant la santé publique dans leurs attributions aux différents niveaux de pouvoir, assistés si nécessaire par un représentant de leur choix, du gestionnaire de programme du plan e-Santé et d'un représentant de la plateforme e-Health jouant le rôle d'architecte d'entreprise en matière d'e-Santé;
- les organes de gestion des services publics ou des services d'intérêt général à différents niveaux de pouvoir, comme les organes de gestion de l'INAMI, du SPF Santé publique, de VASGAZ ((Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg⁶, gestionnaire de Vitalink), du Réseau Santé Wallon ou d'Abrumet : ces organes sont responsables de la prise de décision

⁶ <https://www.departementwvg.be/wie-wat-het-agentschap>

sur les aspects de fond de la politique de santé ou des soins de santé, et/ou de la gestion des services de base ou éléments de base concernés; leur composition est hétérogène ;

- le comité de gestion de la plateforme e-Health (CG) : le CG assume la responsabilité finale de la gestion de la plateforme e-Health dans le cadre de l'accomplissement de ses missions légales ; le CG est composé de façon tripartite : représentants des prestataires et établissements de soins, représentants des mutualités, et représentants des ministres ayant la santé publique dans leurs attributions et des administrations publiques du secteur de la santé des différents niveaux de pouvoir; le gestionnaire de programme du plan e-Santé est invité en tant qu'observateur aux réunions du CG ;
- le Comité des utilisateurs de la plateforme e-Health et ses groupes de travail : le Comité des utilisateurs assiste le comité de gestion de la plateforme e-Health dans un certain nombre de domaines déterminés par le législateur ;
- le groupe de pilotage fédéral : il s'agit d'un organe créé pour coordonner les projets fédéraux en matière d'e-Santé entre les administrations concernées ; le groupe de pilotage se compose des responsables finaux des différentes administrations fédérales compétentes en matière de santé publique et du conseiller e-Santé du ministre fédéral de la santé publique ;
- le Program Board du plan e-Santé (voir infra).
- l'organe consultatif avec les fournisseurs de logiciels: cet organe informel organise des consultations régulières entre le gouvernement, les acteurs de la santé et les fournisseurs de logiciels afin d'assurer une évolution bien organisée d'e-Santé dans l'intérêt du patient et des acteurs des soins, tout en respectant le rôle de chacun et des pouvoirs des autres organes en ce qui concerne la prise de décisions de fond; le gouvernement se concentre principalement sur la détermination, l'orientation et le soutien des politiques, les acteurs de la santé sur la définition des besoins et l'utilisation efficace des services d'e-Santé, et les fournisseurs de logiciels sur la fourniture de logiciels de haute qualité et abordables et l'innovation technologique; l'organe consultatif est composé de représentants des administrations publiques des différents niveaux d'administration responsables d'e-Santé, du responsable du programme du plan d'e-Santé, de représentants des acteurs de la santé et de représentants des fournisseurs de logiciels pour les prestataires de soins de santé et les institutions

Au niveau stratégique, on trouve :

- les différents ministres de la santé publique, chacun pour leur domaine de compétence ;
- la CIM, aidée par le GTIC, pour ce qui concerne les sous-objectifs stratégiques qui concernent différents niveaux de pouvoir ;
- les organes de gestion des services publics responsables de la préparation et de l'exécution de la politique en matière de (soins de) santé, pour ce qui est des aspects de fond de la politique, chacun dans leur domaine.

Au niveau tactique, on trouve :

- le Program Board du plan e-Santé, pour ce qui concerne les projets prévus dans le plan d'action ;
- le comité de gestion de la plateforme e-Santé, assisté par le comité des utilisateurs et l'administration de la plateforme e-Santé, pour ce qui concerne l'architecture d'entreprise⁷ en matière d'e-Santé.

Au niveau opérationnel, on trouve :

- le gestionnaire de programme du plan e-Santé et les différents chefs de projet, pour ce qui concerne les projets définis dans le plan ;
- les fournisseurs de services de base et d'éléments de base en matière d'e-Santé, pour ce qui concerne les services en question et la mise en œuvre de l'architecture d'entreprise.

On l'a vu plus haut, le plan d'action distingue 2 types de projets : les projets conceptuels et les projets d'exécution. Chaque projet, quelle que soit la catégorie à laquelle il appartient, est en outre classé dans l'un des trois groupes suivants :

- strictement fédéral (A)
- strictement (inter) entités fédérées (B)
- interfédéral (C)

⁷ L'architecture d'entreprise est un ensemble cohérent et cohérent de principes, élaborés sous la forme de principes, règles, directives et normes décrivant comment l'organisation, la fourniture d'informations, les applications et l'infrastructure ont pris forme et comment elles sont utilisées. (<https://nl.wikipedia.org/wiki/Enterprisearchitectuur>)

L'inscription dans un groupe est proposée par le Program Board interfédéral et validée par la CIM. Un chapitre suivant présente la répartition des projets du plan d'action 2019-2021.

Le Program Board du plan e-Santé est un organe de concertation tactique en matière d'élaboration et de mise en œuvre du plan e-Santé, et il est organisé par un **gestionnaire de programme**. Le Program Board peut être utilisé pour préparer les aspects de fond des réunions de la CIM, par le biais du GTIC, et du groupe de pilotage fédéral en ce qui concerne les projets prévus dans le plan d'action.

Le Program Board n'est pas responsable de l'élaboration de l'architecture d'entreprise de l'e-Santé, de la répartition des tâches en matière d'offre de services de base ou d'éléments de base, ni du suivi opérationnel du suivi de ces services et éléments. Ces aspects sont pris en charge par le comité de gestion de la plateforme e-Health, qui peut être utilisé dans ce domaine pour préparer les aspects de fond des réunions de la CIM, par le biais du GTIC.

Selon qu'il s'agit d'un projet strictement fédéral (A), strictement (inter)régional (B) ou interfédéral/régional (C), la composition du Program Board est différente :

(A) Projets strictement fédéraux (7 participants) :

- gestionnaire de programme du plan e-Santé
- représentant de la plateforme e-Health
- conseiller e-Health du ministre fédéral de la santé publique
- représentant de l'administration fédérale SPF Santé publique
- représentant de l'administration fédérale INAMI
- représentant de l'administration fédérale AFMPS

(B) Projets strictement inter entités fédérées (3 + x participants)

- gestionnaire de programme du plan e-Santé
- représentant de la plateforme e-Health
- x délégués des entités fédérées

(C) Projets interfédéraux (7 + 3 participants)

- Composition groupe (A)
- délégué région Flandre
- délégué région Wallonie
- délégué région Bruxelles

Par souci de transparence, l'ordre du jour et le PV de toutes les réunions des 3 Program Boards sont transmis à l'ensemble des parties prenantes qui font partie des autres Program Boards. Toutes les réunions du Program Board font l'objet d'un PV établi par le secrétariat du gestionnaire de programme.

Le Program Board fournit les points de l'ordre du jour en ce qui concerne les projets du plan d'action au GTIC / à la CIM. Pour les projets conceptuels, il s'agit aussi bien des projets développés et bénéficiant d'un large soutien de la part du Program Board que des projets conceptuels qui ne sont pas soutenus par l'ensemble des membres du Program Board, de manière à pouvoir dégager un soutien maximal. Pour les projets d'exécution, seuls sont soumis à la discussion les projets pour lesquels aucune solution n'a été trouvée au sein du Program Board dans le cadre du pourcentage d'écart autorisé (voir infra).

Le gestionnaire de programme du plan e-Santé assure la coordination et le pilotage quotidiens - sur le plan de la cohérence et du fonctionnement général - du portefeuille de projets du plan e-Santé dans le cadre des stratégies et objectifs définis et des tolérances de projet (budget, jalons de haut niveau, champ d'application, etc.) approuvées par le GTIC / la CIM. Il s'agit du suivi direct et du pilotage opérationnel/tactique des projets d'exécution, avec un écart maximal de 20% suivant ce qui a été convenu. En outre, le gestionnaire de programme adresse les difficultés/problèmes aux organes décisionnels appropriés, et est assisté à cet égard par le Program Board. Il assure le suivi et les ajustements du programme et des projets conformément aux décisions prises.

Le gestionnaire de programme fait rapport / transmet des informations sur l'avancement du plan d'action au GTIC/à la COM, au groupe de pilotage fédéral et au comité de gestion de la plateforme e-Health. Il se charge également de préparer les réunions du groupe de pilotage fédéral et du GTIC / de la CIM dans ce domaine. Le gestionnaire de programme ne prend pas de décision en ce qui concerne le "quoi" et le "comment" de

l'architecture d'entreprise. Le gestionnaire de programme est financé par le budget commun e-Santé et est en poste au sein de l'une des administrations fédérales.

L'«architecte de l'entreprise» est responsable de l'élaboration et de la maintenance de la cohérence fonctionnelle des systèmes et des projets dans l'e-Santé et du suivi d'une vue d'ensemble claire («architecture d'entreprise»). Il est assisté par différents groupes de travail liés à l'architecture (groupe de travail architecture, groupe de travail accès, ...). L'architecte de l'entreprise et le président (en rotation) du groupe de travail de la plate-forme eHealth travaillent en étroite collaboration; Le président du groupe de travail architecture de la plate-forme eHealth est le premier point de contact des contacts avec les différents groupes de travail axés sur l'architecture.

L'architecte de l'entreprise prend des décisions sur les questions d'architecture relatives au «quoi» et «comment».

L'architecte de l'entreprise est financé par le budget commun de l'e-Santé et a son siège dans l'une des administrations fédérales (de préférence, la plate-forme eHealth).

Si nécessaire, les projets disposent de leur propre groupe de pilotage qui est investi d'un pouvoir de décision dans les limites du champ d'application, du budget et du calendrier établis, et peut s'écarter de ce qui a été convenu dans une limite maximale de 5%. Les projets font appel à des comités consultatifs ou à des groupes d'accompagnement, etc. spécifiques au projet pour permettre à toutes les parties concernées d'apporter leur contribution au projet en termes de contenu.

Le plan d'action e-Santé rassemble des projets mis en œuvre par le niveau de pouvoir fédéral (strictement fédéral) et n'ayant aucun impact sur les services e-Santé et réseaux de partage de données des entités fédérées. Ces projets sont coordonnés et suivis au sein d'un groupe de pilotage fédéral qui rassemble l'ensemble des partenaires concernés (INAMI, SPF Santé publique, AFMPS, plateforme e-Santé, etc.). Le groupe de pilotage prend ses décisions de façon autonome et procède à des escalades comportant une composante politique stratégique au niveau fédéral ou à des escalades liées à des projets d'exécution entre administrations fédérales (budget et disponibilité des collaborateurs de projet, par exemple).

Si un projet utilise des services ou éléments de base ou a un impact sur ceux-ci, il faut que le projet en tienne compte. En particulier si des modifications ou extensions s'imposent. Dans ce cadre, il associe les organes de gouvernance spécifiques des services de base ou éléments de base concernés. Exemples : pour Vitalink, il s'agit d'associer l'Agence flamande de collaboration en matière de partage de données entre acteurs des soins, les hubs, les coffres-forts, etc.

Chaque organe de gouvernance susvisé du plan e-Santé peut faire appel à des experts, solliciter l'avis d'autres organes de concertation (CCU de la plateforme e-Health, groupe de travail Architecture et Accès de la plateforme e-Health, Médico-Mut, Conseil fédéral des établissements hospitaliers, Comité de l'assurance, etc.) lorsqu'il s'agit de prendre une décision en connaissance de cause. L'avis non contraignant ainsi obtenu confirme l'existence d'un soutien ou d'une motivation en faveur d'un choix déterminé. Les organes précités sont évidemment libres de faire appel à d'autres organes spécialisés (IHE Belgium, par exemple).

Répartition dans les différentes catégories de projet

On l'a vu, les projets sont répartis en 3 catégories :

- strictement fédéral
- interfédéral, avec participation tant des autorités fédérales que des autorités régionales
- strictement (inter)entités fédérées.

La classement dans l'une des 3 catégories se fonde sur les compétences de décision d'une part et les contributions fonctionnelles et de fond au cours du projet de l'autre; ni l'utilisation a posteriori des objectifs du projet, ni l'utilisation ou l'extension des services de base (services de base e-Health, coffres-forts, système de hub-metahub, etc.) ne font partie des critères pris en compte dans le cadre de ce classement.

Tous les projets font partie du plan d'action interfédéral d'e-Santé et il est donc évident que cette division ne signifie pas que les projets sont mis en œuvre de manière isolée: les discussions et les consultations de toutes les parties concernées, administrations fédérales et régionales, demeurent la pierre angulaire de la mise en œuvre des projets du plan d'action.

Cette répartition s'applique uniquement à la phase de projet: après la livraison des projets, avec l'utilisation opérationnelle des systèmes livrés, toutes les autorités sont engagées et impliquées.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des projets, classés dans la catégorie convenue.

		Gouvernance		
		Fédéral	Inter-Fédéral	Entités fédérées
Cluster				
0 Fondements				
0.1	Consentement éclairé		X	
0.2	Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres		X	
0.3	Service de base de gestion des utilisateurs et Règles d'application au coffre-fort de l' e-Santé		X	
0.4	et répartition des tâches entre les sources authentiques		X	
0.5	Normes techniques	X		
0.6	Terminologie	X		
0.7	Cobrha Next Generation & UPPAD		X	
0.8	Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes		X	
1 Transversalité				
1.1	Communication		X	
1.2	Surveillance du programme		X	
2 Support				
2.1	Incitants	X		
2.2	Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé		X	
3 Excellence opérationnelle				
3.1	Architecture de base		X	
3.2	SLA's et Service Management	X		
3.3	Business Continuity	X		
3.4	Documentation, helpdesk & support	X		
3.5	Environnements de test : environnements, flux,		X	
3.6	Qualité des logiciels de santé		X	
3.7	Formation et éducation			X
3.8	Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins	X		

			Gouvernance		
			Fédéral	Inter-Fédéral	Entités fédérées
Cluster					
4 Prestataires de soins et institutions de soins					
4.1	Echanges d'informations multidisciplinaires		X		
4.2	Fonctionnalités pluridisciplinaires			X	
4.3	Prescription électronique		X		
4.4	VIDIS - Evolution de la prescription		X		
4.5	Plate-forme d'aide à la décision		X		
4.6	BelRAI			X	
4.7	Incapacité de travail (Mult-eMediatt)		X		
4.8	MEDEX		X		
4.9	DPI dans tous les hôpitaux		X		
4.10	Publications d'informations structurées		X		
4.11	Registres		X		
4.12	Communication sur et planification des soins			X	
4.13	Projet CEF, partie Patient Summary			X	
4.14	Modulation accès patient par les prestataires de soins			X	
5 Le patient en qualité de copilote					
5.1	Portail personnel de santé		X		
5.2	Plate-forme de référence numérique		X		
5.3	Orgadon		X		
6 e-Santé et Mutualités					
6.1	e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés, les logopèdes		X		
6.2	eFac pour Maisons Médicales, kiné & logopèdes		X		
6.3	Consultation des données du membre		X		
6.4	Digitalisation des conventions de revalidation		X		
6.5	Digitalisation des accords Chapitre IV		X		
6.6	Inscription en Maison Médicales		X		
6.7	Digitalisation des accords kinés		X		

Comme indiqué dans la description des principes, le nouveau plan d'action s'inscrit dans le prolongement du précédent. Le mapping des anciens projets par rapport aux projets du nouveau plan d'action s'établit comme suit :

Plan d'action 2013-2018		Plan d'action 2019-2021	
Point d'action		Cluster&Projet	
AP01	DMG = DMI => SUMEHR	4.1	Échanges d'informations multidisciplinaires
AP02	DPI HOSPITALIER	4.9	DPI dans tous les hôpitaux
AP03	SCHEMA DE MEDICATION	4.4	VIDIS - Evolution de la prescription électronique
AP04	PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	4.3	Prescription électronique
AP05	PARTAGER LES DONNEES VIA LE SYSTEME HUBS & METAHI	4.10	Publication d'informations structurées
AP06	PARTAGER AFIN DE COLLABORER	4.1	Échanges d'informations multidisciplinaires
AP07	ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES ET AUTRES ET SYSTEME	4.10	Publication d'informations structurées
AP08	BELRAI : UN INSTRUMENT D'ÉVALUATION UNIFORME	4.6	BelRAI
AP09	INCITANTS A L'UTILISATION	2.1	Incentives
AP10	ACCES AUX DONNEES PAR LE PATIENT (PHR)	5.1	Portail personnel de santé
AP11	COMMUNICATION	1.1	Communication
AP12	FORMATION ET SOUTIEN ICT DES DISPENSATEURS DE SOIN	Service opérationnel	
AP13	STANDARDS ET POLITIQUE DE TERMINOLOGIE	0.5 et 0.6	Normes techniques & Terminologie
AP14	MYCARENET	Cluster 6	e-Santé et Mutualités
AP15	SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE	4.7	Incapacité de travail (Mult-eMediatt)
AP16	TRAÇABILITE DES IMPLANTS ET DES MEDICAMENTS	Service opérationnel	
AP17	UTILISATION GENERALISEE DE LA EHEALTHBOX ET DES DON	0.7	Cobrha Next Generation & UPPAD
AP18	INVENTAIRE ET CONSOLIDATION DES REGISTRES	4.11	Registres
AP19	MOBILE HEALTH	Service opérationnel	
AP20	GOVERNANCE, IMPLEMENTATION ET MONITORING E-SA	1.2	Surveillance du programme

Accents mis par les autorités fédérées

Le présent chapitre présente l'angle d'approche choisi par chaque entité fédérée dans le cadre du plan e-Santé 2019-2021.

Chaque entité fédérée indique ici lesquels de ses projets dans le cadre des autorités fédérées font/feront appel à la réalisation des projets du plan d'action e-Santé 2019-2021.

Flandre

Rôle de Vitalink

Vitalink est le coffre-fort flamand pour le partage des données de soins et de bien-être, d'abord pour la première ligne et le patient, en lien avec la deuxième ligne et les soins résidentiels. Le partage des données s'effectue à partir du logiciel des acteurs des soins et du bien-être. Le couplage avec MyHealthViewer permet au patient de consulter ces données de façon centralisée.

Nous continuons à investir dans une mise en œuvre conjointe du plan e-Santé. Vitalink a pour objectif de faciliter la coopération mutuelle relative au partage efficace et sûr des données, et plus spécifiquement des données à caractère personnel, entre tous les acteurs des soins, afin d'assurer une prestation de soins continue et de qualité aux usagers de soins. Ce conformément au décret flamand relatif à l'organisation du réseau pour le partage de données entre acteurs des soins, adopté par le Parlement flamand le 23 avril 2014.

Plan de soins et de soutien (« *Zorg- en ondersteuningsplan* »)

L'objectif du Gouvernement flamand est de proposer un plan de soins et d'appui numérique commun afin de soutenir la coopération multidisciplinaire et le partage de données dans le cadre des soins et du bien-être. L'objectif est les soins intégraux, en prenant comme point de départ les besoins en soins et les objectifs de la personne.

Le plan de soins et de soutien numérique (DZOP) est avant tout un outil de communication et de planification pour soutenir les soins des patients dans le besoin. Toutes les données pertinentes disponibles concernant une personne ayant des besoins en matière de soins sont disponibles pour tous les prestataires de soins concernés et pour la personne et son environnement.

Un plan de soins et de soutien numérique (titre provisoire) a pour objectif de faciliter et faciliter l'autogestion, la coordination des soins et la gestion de cas et ce, à tous les niveaux de soins, en particulier les soins à domicile, les soins en établissement, les soins aux personnes âgées, les soins de santé mentale, les soins de bien-être, coopération entre les soins de première, de deuxième et de troisième intention, etc. La numérisation des processus de soins sous-jacents est nécessaire pour garantir la continuité des soins, pour faciliter la coordination des soins, mais aussi pour mettre la personne (ou son représentant) au volant de ses soins.

Le plan de soins et de soutien numérique est un outil numérique qui peut être utilisé par et pour chaque citoyen, patient ou aidant informel et fournisseur de soins dans le soutien des soins de santé.

Health monitor

Mise au point d'un moniteur santé (Health monitor), dans le prolongement du premier moniteur santé flamand de 2017. Ce moniteur sera implémenté de préférence au niveau national, mais reprendra les indicateurs par région.

Evolution du Sumehr, partager pour mieux collaborer

À court terme, l'objectif est que le logiciel Sumehr v2 ajusté ait été implémenté dans les coffres-forts et que le logiciel des médecins généralistes ait été adapté à cette fin.

L'étape suivante consiste à partager les informations de Sumehr dans des blocs de données distincts. Ces différents ensembles de soins partagés pour les différentes disciplines seront pris en charge par le projet Vitalink. Le partage des données du projet pendant la grossesse de Kind&Gezin est également en cours de déploiement.

Schéma de médication (avec accent sur la collaboration avec VIDIS, le schéma de médication dans les hôpitaux et les CHS)

Les coffres-forts régionaux supportent le schéma de médication, le logiciel des médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers est adapté et les critères d'interopérabilité qui ont été testés par les trois coffres-forts ont tous été remplis. Le schéma de médication est intégré dans le concept VIDIS et son déploiement se poursuit dans les hôpitaux (non seulement la consultation mais aussi la publication des schémas). Les schémas de médication peuvent également être consultés dans les CHS.

CHS Publication de documents de CHS via le système des Hubs/Metahubs

BelRAI

La Flandre soutiendra davantage la mise en œuvre de BelRAI dans des secteurs spécifiques. À long terme, la Flandre souhaite utiliser BelRAI en tant qu'instrument de dimensionnement unique dans tous les secteurs de la protection sociale flamande. Dans un premier temps, le cribleur BelRAI sera mis en œuvre dans les secteurs visés par le décret sur les soins en établissement (en particulier les soins à domicile et les soins en établissement pour les personnes âgées) et pour l'allocation du budget de soins flamand aux personnes nécessitant des soins.

Accès pour le patient (MyHealthViewer)

La Flandre a soutenu le partenariat des caisses d'assurance maladie en proposant un site Web permettant au citoyen de consulter les données de Vitalink.

Formation de professionnels et coordination helpdesk (eenlijn.be, TransEL)

La Flandre veut investir un maximum dans les soins intégraux aux personnes en besoin de soins et d'assistance. Les développements TIC dans les différents PA sont supportés et supervisés de manière horizontale : offre continue de formations permanentes (webinaires et cours classiques), qui met l'accent sur tous les aspects des soins multidisciplinaires intégraux.

Mobile Health

La Flandre investit dans l'accès mobile aux données, non seulement via MyHealthViewer, mais dispose aussi d'une procédure de validation pour l'industrie pour screener les apps dans le cadre des soins de santé préventifs. Cette procédure de validation fait partie de la pyramide de validation développée dans le précédent plan d'action e-Santé du projet Mobile Health (API9).

CobrHa+

L'administration flamande de la santé (WVG) insiste sur l'importance de la banque-carrefour des soins (CobrHa+), en ce compris l'ID unique dans CobrHa+, mais aussi les intégrations avec la carte sociale / « zorgzoeker » (moteur de recherche des prestataires de soins).

Wallonie

Le gouvernement wallon souscrit aux points d'action du nouveau plan d'action, en mettant les accents spécifiques suivants :

- La poursuite du développement de BelRAI qui servira de base à l'assurance-soins wallonne indépendante
- La nécessité de maintenir le stockage de données auprès des professionnels de l'aide et des soins.
- L'automatisation des maisons de repos et de soins et le partage des données de ces établissements avec d'autres prestataires de soins via les hubs.
- La formation des prestataires de soins au Sumehr V2.

Bruxelles

Rôle de Brusafe+

Brusafe+ a été créé en vue de permettre l'échange de données de santé entre les prestataires de soin de la première ligne (médecins et autres intervenants) et avec les patients dans le cadre de la continuité des soins. L'objectif est de permettre un échange de données :

- structurées
 - selon certains profils IHE reconnus par la Commission Européenne
- La connexion à Brusafe+ pour consultation et/ou publication a été prévue au travers d'un logiciel métier.

Évolution de Brusafe+

- Connexion par Itsme.
- Publication et consultation de photos.

Abrumet App

Destinée tant aux prestataires de soins qui ne disposent pas encore de logiciel métier connecté qu'aux patients. Dans une première étape, nous développons une version prototype au niveau code qui pourrait être échangée en mode open source avec n'importe quelle société de développeurs. Le développement d'une interface utilisateur a également été prévue.

Cross Enterprise Document Workflow (XDW)

Un premier projet pilote a montré que Brusafe+ peut être utilisé comme infrastructure pour envoyer des demandes de I vers N (type une demande d'examen pour un patient adressée à N hôpitaux). Nous avons proposé ce service aux autres régions et au fédéral en guise de plateforme de transfert.

Projet Européen (Connecting Europe Facilities = CEF)

Le projet européen a pour but d'échanger un Patient Summary (=PS). D'une part de le récupérer de l'étranger (PS B) et d'autre part de l'envoyer (PS A).

Pour la première phase (wave 2), nous comptons lire un Patient Summary. Ensuite (wave 3) d'en envoyer pour lecture à l'étranger.

Communauté germanophone

La Communauté germanophone souscrit pleinement aux points d'action du nouveau plan d'action.

Clusters

Cluster 0 Fondements

L'e-Santé est soutenue par une série de services de base fournis par la plate-forme eHealth. Ces services de base sont largement documentés sur le portail eHealth

En outre, un cadre organisationnel global a été élaboré au sein du Comité de concertation avec les utilisateurs, du Comité de gestion de la plate-forme eHealth et du Comité sectoriel Sécurité sociale et Santé, qui a été remplacé par la Chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information. Ce cadre organisationnel est coulé dans un certain nombre de documents tels que

- le règlement relatif à l'échange de données de santé entre les systèmes de santé reliés par le répertoire des références de la plate-forme eHealth ;
- la note relative au consentement éclairé dans le projet Hub & Metahub;
- la note relative aux moyens électroniques de preuve d'une relation thérapeutique et d'une relation de soins ;
- la matrice d'accès.

Ce cluster contient les projets relatifs au cadre organisationnel, aux services de base, aux normes d'information et terminologiques, à la source authentique CohrHA et aux modèles de collaboration avec les fournisseurs de logiciels.

Les réalisations de ces projets ne revêtent pas toujours, per se, de valeur ajoutée directe pour les acteurs (citoyens/patients, prestataires et dispensateurs de soins individuels, institutions), mais elles sont essentielles au développement d'une offre de soins et assistance efficiente.

Ces projets élaborent le concept de 'Master Data'⁸ pour l'e-santé en Belgique.

Elles fournissent les fonctions de base d'identification/authentification de l'utilisateur (patient/citoyen/dispensateur de soins/établissement de soins) et d'autorisation (accès aux données).

Modifier les fondements existants exige de prendre beaucoup de précautions et d'accorder une attention particulière à la transition entre la situation existante et la situation désirée. En règle générale, une transition de type « big bang » n'est pas autorisée et la 'backward compatibility' doit être assurée pendant une période absolument raisonnable.

L'introduction des architectures e-santé remonte à il y a plus de 10 ans et il est donc conseillé aujourd'hui de les réexaminer en détail et de procéder aux éventuels changements architecturaux qui pourraient découler de cet examen approfondi.

Un délai suffisant d'implémentation et d'utilisation des fondements modifiés qui seront obligatoires à terme (par exemple, 6 mois à 1 an) est accordé à tous les systèmes concernés.

⁸ Les 'Master Data' sont des données clés essentielles au fonctionnement des processus. Les Master Data sont le plus souvent plutôt de nature statique, non transactionnelle et soutiennent souvent des processus et des traitements transactionnels.

0.1 Consentement éclairé

Problème

L'objectif de ce projet est d'évaluer si le consentement éclairé existant doit ou non évoluer et, le cas échéant, d'adapter les services de base et le cadre organisationnel en conséquence.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X			X			X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Le règlement général sur la protection des données repose sur le principe selon lequel le traitement des données relatives à la santé est interdit (article 9, paragraphe 1). Cela ne s'applique pas si certaines conditions sont remplies (article 9, paragraphe 2). L'une de ces conditions est lorsque la personne concernée a explicitement autorisé le traitement de ces données à caractère personnel à une ou plusieurs fins bien définies.

En vertu de l'article 9 du RGPD, les données relatives à la santé peuvent être traitées, entre autres, pour l'application du droit social, la protection des intérêts vitaux, la fourniture de soins préventifs ou curatifs, pour des raisons de santé publique ou avec le consentement explicite et spécifique de la personne concernée.

L'article 6 du Règlement général sur la protection des données (RGPD) prévoit différentes bases juridiques pour le traitement des données à caractère personnel : l'exécution d'une obligation légale, l'exécution d'un contrat, la protection des intérêts vitaux, l'exécution d'une mission d'intérêt général ou le consentement explicite et spécifique de la personne concernée.

Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre des services d'e-Santé existants peut presque entièrement reposer sur d'autres motifs juridiques que le consentement explicite et spécifique au sens du RGPD.

Toutefois, afin de promouvoir la confiance de toutes les parties prenantes dans l'échange électronique des données à caractère personnel relatives à la santé, un règlement a été adopté qui stipule que le partage de données électroniques ne peut avoir lieu qu'avec le consentement éclairé du patient. Le citoyen donne son consentement éclairé pour le partage électronique et sécurisé de ses données de santé entre les différents prestataires qui le traitent. Ces données ne sont partagées que dans le contexte de la continuité et de la qualité des soins médicaux. Ce consentement éclairé s'applique, en principe, à l'ensemble de la Belgique : tous les prestataires de soins, tous les hôpitaux et tous les réseaux de santé du pays sont donc concernés, quelle que

soit leur localisation. Il existe cependant différentes implémentations. L'objectif est d'obtenir un consentement unique, générique et éclairé, qui soit mis en œuvre uniformément par tous les établissements et prestataires de soins de santé.

En outre, il convient d'examiner comment le consentement éclairé peut être encadré au niveau de l'échange transnational de données, en particulier au sein de l'UE et du Benelux. Il convient également d'examiner s'il est nécessaire de gérer les consentements spécifiques de la personne concernée dans les situations dans lesquelles aucune autre base juridique n'est prévue par le RGPD et comment ce consentement spécifique peut être géré par la personne concernée d'une manière efficace et conviviale.

Enfin, il convient de définir clairement quel traitement ne fait pas partie du consentement éclairé générique au partage de données dans le contexte de la continuité et de la qualité des soins médicaux.

Objectifs

0.1.1 Définition fonctionnelle et organisationnelle du « consentement éclairé »

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Analyse de l'évolution souhaitable du consentement éclairé existant
- Analyse de l'évolution souhaitable de la manière dont un citoyen peut facilement donner et retirer son consentement éclairé
- Inventorisation des implémentations existantes et de leurs différences
- Analyse de la manière d'éliminer les différences entre les différentes mises en œuvre
- Analyse des aspects supranationaux

0.1.2 Analyse des éventuelles adaptations nécessaires pour aboutir à un consentement éclairé univoque

Cet objectif précise la manière dont le concept d'un « consentement éclairé » univoque doit être concrétisé pour que toutes les parties et les différents systèmes concernés puissent l'utiliser de manière uniforme.

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et des services de base
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique

0.1.3 Préparation du projet de réalisation d'un « consentement éclairé » univoque

Cet objectif vise à inventorier le coût et le calendrier du projet de réalisation de l'implémentation pratique du « consentement éclairé » univoque, conformément aux flux architecturaux et de processus enregistrés et confirmés dans le cadre de l'objectif précédent.

- Inventaire des adaptations nécessaires (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre) des systèmes existants afin de s'aligner sur la définition univoque.
- Stockage du consentement éclairé
- Services d'accès au consentement éclairé pour pouvoir le lire / le modifier / l'ajouter en tenant compte de son caractère confidentiel, de sa sécurité et des droits d'accès.

0.2 Matrice d'accès, relations thérapeutiques, de soins et autres

Problème

L'objectif de ce projet est d'évaluer si la matrice d'accès existante et les moyens de preuve électroniques des relations thérapeutiques et de soins et autres relations doit ou non déjà évoluer et, le cas échéant, s'il s'avère nécessaire d'adapter les services de base et le cadre organisationnel en conséquence. Le concept doit permettre l'élargissement à d'autres types de relations.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X			X	X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

La notion de «relations thérapeutiques et de soins» est décrite dans la délibération n° 11/088 du 18 octobre 2011, modifiée en dernier lieu le 3 juillet 2018, en ce qui concerne la note relative à la preuve électronique d'une relation thérapeutique et d'une relation de soins. Un ajustement du champ d'application du concept de relation de soins a été réalisé et un ajustement de la délibération et du memorandum a été effectué en décembre 2018. Son élaboration n'a pas encore été réalisée. Les principales priorités dans l'élaboration sont les suivantes:

- enregistrement et gestion des relations de soins entre une organisation de santé ou de soins et un patient
- fournir des preuves pour l'enregistrement de la relation de soins

En plus de la relation thérapeutique et de soins, il existe d'autres relations dans le contexte des soins. Il n'existe actuellement aucun aperçu de ces relations. Nous voulons affiner l'enregistrement et la gestion de telles relations afin que le patient ait une vue d'ensemble / uniforme / générale (à l'exception des relations avec les soins ou les fournisseurs de soins au sein des organisations).

La matrice d'accès détermine quels types de prestataires de soins et d'institutions ont accès à quels types de données sur un demandeur de soins. La note concernant la preuve électronique d'une relation thérapeutique et d'une relation de soins détermine comment une relation peut être prouvée et pendant combien de temps elle s'applique.

La matrice d'accès et le memorandum concernant la preuve électronique d'une relation thérapeutique ou de soins doivent évoluer chaque année en fonction des nouveaux projets de partage de données électroniques, tels que le Caresets ou le BelRai. La cohérence doit exister entre les projets et les méthodes de mise en œuvre doivent être génériques et uniformes.

Dans plusieurs projets du Plan d'action 2013-2018, le concept de « relation thérapeutique » et/ou de « relation de soins » constituait un élément essentiel pour définir et mettre en œuvre le respect de la vie privée du patient/utilisateur de soins et l'accès (à certaines parties) des données de santé partagées.

Des implémentations de ce type ont été réalisées au niveau de différents systèmes et de différentes manières sur la période du Plan d'action 2013-2018. Ces différentes implémentations n'ont pas débouché sur une définition et implémentation simples, uniformes et uniques du concept de « relation thérapeutique ».

Le lieu et la méthode de gestion et de stockage des relations thérapeutiques et de soins doivent pouvoir évoluer, si nécessaire.

D'autres types de relations naissent ou naîtront aussi et seront développés plus en détail dans ce projet. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il faut prévoir un autre type de « relation » (il existe peut-être un autre moyen d'organiser la relation et l'accès à certaines données non médicales d'un patient qui y est lié).

Ces concepts constituent une étape cruciale vers le partage de données multidisciplinaires. La relation enregistrée avec le patient, ainsi que le consentement éclairé, constitueront la clé de l'accès à l'information numérique disponible sur le patient. Cette nécessité apparaît notamment très clairement au niveau des soins aux malades chroniques et dans le cadre des soins intégrés. Les soins intégrés supposent, en effet, une coopération/interaction/coordination entre tous les soignants et les dispensateurs de soins impliqués dans les soins d'un patient (ainsi qu'avec le patient).

Bien que la réglementation sur les relations thérapeutiques et de soins vienne d'être modifiée (délibération n° 11/088 du 18 octobre 2011, modifiée en dernier lieu le 3 juillet 2018, concernant la note relative aux moyens de preuve électroniques d'une relation thérapeutique et de soins), son implémentation dans les différents systèmes peut varier. L'ambiguïté et l'incohérence doivent être évitées. De plus, comment donner au patient un aperçu clair de toutes ses relations (et exclusions) et de la façon dont il peut les gérer de manière simple et conviviale ? Qui a accès à la liste des sources authentiques sur la base desquelles une relation entre une organisation ou un acteur individuel et un patient peut être établie et garantie et comment le patient y a-t-il accès ?

Il en va de même pour la matrice d'accès. Nous disposons d'un cadre général, d'une sorte de base minimale. Toutefois, chaque Région peut décider, en fonction de ses projets, de continuer à gérer l'accès en fonction du type d'acteur ou du type de données concerné par l'échange. Cela donne souvent lieu à une communication avec le patient. Les efforts visant à améliorer la cohérence ou au moins la clarté des différents points d'accès en fonction des systèmes et de la manière dont ils sont approuvés sont les bienvenus.

Une attention particulière doit également être accordée à la gestion et à l'authentification des aidants informels, des représentants légaux et des personnes de confiance.

Le lieu et la méthode de gestion et de stockage des relations thérapeutiques et de soins doivent pouvoir évoluer, si nécessaire. Pour cette raison, les objectifs comprennent explicitement l'étude de la technologie la plus appropriée.

Enfin, il doit exister un cadre général assorti de lignes directrices, spécifiant les modalités d'organisation de l'accès entre les systèmes, en ce qui concerne l'autonomie des services d'e-Santé existants et les accords existants en matière d'accès aux données. Une évaluation périodique et l'application des principes clés de la sécurité de l'information et de la confidentialité par les services d'e-Santé sont nécessaires.

Objectifs

0.2.1 Analyse de l'évolution souhaitée de la matrice d'accès et des preuves de « relation thérapeutique » et de « relation de soins ».

Cet objectif regroupe plusieurs aspects :

- Analyse de l'évolution souhaitable de la matrice d'accès existante
- Analyse des nouveaux types de relations thérapeutiques et de soins nécessitant des données probantes
- Analyse du caractère souhaitable de l'évolution des données probantes existantes relatives aux relations thérapeutiques et de soins
- Inventorisation des implémentations existantes et de leurs différences
- Analyse de la manière d'éliminer les différences entre les différentes mises en œuvre
- Analyse du caractère souhaitable d'utiliser les nouvelles technologies pour la gestion et le stockage des relations thérapeutiques et de soins
- Analyse des aspects supranationaux

0.2.2 Relations non professionnelles

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Inventaire des différents types d'autres relations pour lesquelles un besoin a été identifié à ce niveau.
- Élaboration d'une définition claire, y compris une analyse de la manière dont d'autres pays européens et/ou d'autres pays résolvent ce problème.
- Inventaire de l'approche d'implémentation (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre) et élaboration du plan de projet

0.2.3 Analyse des adaptations nécessaires

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et des services de base
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique
- Inventorisation de l'impact, de la charge de travail et de la durée d'exécution et planification du budget et des ressources humaines nécessaires pour l'implémentation des adaptations nécessaires

0.3 Service de base de gestion des utilisateurs et des accès

Problème

L'objectif de ce projet est d'évaluer si le service de base de gestion des utilisateurs et des accès existant doit ou non évoluer et, le cas échéant, d'adapter le service de base et le cadre organisationnel en conséquence.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X			X	X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Les données médicales sont des données particulièrement sensibles et il est donc tout à fait logique qu'une attention particulière soit accordée à leur caractère confidentiel dans tous les projets.

Un principe important est la réglementation de l'accès à ces données et l'utilisation des services de santé en ligne. Nous voulons que les citoyens aient confiance en utilisant les services e-Santé. Cette confiance est également importante pour consulter les données de santé des patients d'autres pays européens.

Le service de base de gestion des utilisateurs et des accès de la plate-forme eHealth prend en charge les fonctionnalités suivantes :

- l'identification des utilisateurs ;
- authentification de l'identité des utilisateurs sur la base du Federal Authentication Service (FAS) ;
- la vérification des capacités pertinentes dans des sources authentiques, telles que CobrHa ;
- la vérification des relations pertinentes, telles que les relations thérapeutiques et de soins ou la connexion avec certains acteurs du secteur social dans les répertoires de références autour de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale ;
- autorisation, soit sur la base de rôles explicitement attribués (Groupes d'autorisations), soit sur la base de la vérification des règles d'autorisation établies par les fournisseurs des différentes applications.

Lors de l'utilisation de services internet, la gestion des utilisateurs et des accès et la gestion de l'enregistrement sont basées sur des cercles de confiance (« COT », circle-of-trust) entre les différents acteurs impliqués.

Concrètement, il est convenu quels moyens d'authentification de l'identité de l'utilisateur peuvent être acceptés, qui vérifie quelles qualités et relations sont pertinentes, qui accorde les autorisations et ce qui est enregistré pendant quelle période.

Single-Sign-On (la connexion unique) doit être garantie pour l'utilisateur final. Le point de départ devrait être la réutilisation des mécanismes d'authentification déjà existants (par exemple, le système de sécurité sociale).

Objectifs

0.3.1 Cercle de confiance

Cet objectif définit (ou clarifie plus exactement puisqu'une définition existe) quand, sur la base de la confiance, des services e-Santé peuvent être utilisées, comment mettre en œuvre les principes fondamentaux de la sécurité de l'information et de la confidentialité et les mécanismes de contrôle à prévoir.

Quand une institution ou un service identifient eux-mêmes leurs utilisateurs (créer, gérer et supprimer des utilisateurs) il est indispensable qu'ils se conforment à ce point aux principes clés de la sécurité de l'information et de la vie privée.

Cela peut impliquer la mise en place d'un système intégré dans lequel les organisations, leurs services et les membres de ces services sont accessibles (la source authentique de ces informations reste toute organisation utilisant un mécanisme COT).

Un tel système central peut également résoudre d'autres problèmes (par exemple, la communication entre les prestataires de soins de première ligne et les spécialistes via eHealthbox).

0.3.2 Analyse de l'évolution souhaitée du service de base de gestion des utilisateurs et des accès

- Analyse de l'évolution souhaitable du service de base de gestion des utilisateurs et des accès
- Analyse de la fédération de l'utilisateur du service de base existant de gestion des utilisateurs et des accès avec des services de base similaires dans d'autres environnements (sécurité sociale, Communautés et Régions).
- Analyse de l'évolution souhaitable des cercles de confiance
- Fixation des sources authentiques pour la vérification des qualités et des relations pertinentes
- Inventorisation des implémentations existantes et de leurs différences
- Analyse de la manière d'éliminer les différences entre les différentes mises en œuvre
- Analyse du caractère souhaitable d'utiliser les nouvelles technologies pour l'authentification de l'identité
- Analyse des aspects supranationaux, comme eIDAS

0.3.3 Analyse des adaptations nécessaires sur la base des résultats du point 0.3.2

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et du service de base de gestion des utilisateurs et des accès
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique
- Inventorisation de l'impact, de la charge de travail et de la durée d'exécution et planification du budget et des ressources humaines nécessaires pour l'implémentation des adaptations nécessaires

0.4 Règles d'application au « coffre-fort de l'e-Santé » et répartition des tâches entre les sources authentiques

Problème

Les différentes structures de stockage existantes et futures des données relatives aux patients doivent être normalisées en termes de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité d'accès.

Ce projet a aussi pour objectif d'évaluer si la répartition des tâches entre les sources authentiques et les règles d'application aux « coffres-forts de l'e-santé » existantes doivent ou non évoluer et, le cas échéant, d'adapter les services de base et le cadre organisationnel en conséquence.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X				

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Dans l'écosystème de l'e-Santé, les données relatives aux patients sont actuellement stockées de de nombreux endroits (e.a. Vitalink, RSW, BruSafe(+)) mais aussi BelRai, Recip-e, les registres (Quermid, Orthoprïde,), les systèmes fédéraux comme Orgadon et Wilsbeschikking.

Il est très important qu'on enregistre correctement les données et de savoir dans quelle source authentique elles sont stockées afin que les stockages redondants soient évités dans la mesure du possible.

Les systèmes qui travaillent ensemble partagent des informations sur la base d'une confiance mutuelle. Confiance que les utilisateurs s'authentifient d'une certaine manière, qu'ils réglementent l'accès de manière transparente, qu'ils maintiennent un niveau minimum de sécurité, etc. Une confiance mutuelle est non seulement nécessaire au niveau de la Belgique, mais est également une condition préalable à la réalisation du partage de données entre les pays du Benelux. Pour gagner cette confiance, des accords sont nécessaires entre les différents systèmes souhaitant participer à l'e-Santé en Belgique.

Pour les systèmes (coffres-forts de première ligne et hubs) qui utilisent le répertoire de référence, il existe déjà des réglementations dans lesquelles des accords ont été conclus. C'est une bonne base pour l'extension à tous les systèmes e-Santé. A partir de l'expérience pratique, il faut pouvoir garder une attention particulière pour garantir l'interopérabilité. Les sources de données de l'e-Santé doivent également respecter un certain cadre. Il faut donc élaborer des règles communes, qui doivent être respectées afin de garantir le bon fonctionnement en tant que base de données d'e-Santé.

Il est également important de connaître les informations qui seront traitées pour une personne donnée, ainsi

que de savoir par quel système elles le seront. Il existe un répertoire d'échange qui a cette finalité, mais actuellement seuls les hubs et les coffres-forts l'utilisent.

Le Metahub indique dans quels coffres-forts quels types d'informations sont disponibles et sur quelles personnes. L'enjeu porte sur une utilisation plus large de tous les systèmes e-Santé.

Les différentes structures de stockage existantes et futures des données relatives aux patients doivent être normalisées au maximum en termes de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité d'accès.

Plus particulièrement, si des coffres-forts existants ou de nouveaux coffres-forts sont désignés comme lieux de stockage, ce stockage doit être conforme à la planification prévue dans le plan d'action et se faire d'une manière normalisée.

Les coffres-forts existants doivent être considérés comme des services de base offerts par les Communautés et les Régions, dont le contenu ne peut pas seulement être déterminé par les Régions et les Communautés, mais doit également répondre aux besoins de stockage d'autres organismes, définis dans le cadre du plan d'action, d'une manière coordonnée et en temps utile. La structure de gestion des coffres-forts doit être adaptée en conséquence et la continuité du financement doit être assurée.

Il convient également de veiller à ce que les logiciels destinés aux prestataires ou aux établissements de soins de santé puissent consulter et/ou modifier les données dans les différents coffres-forts de manière normalisée, en utilisant des règles de sécurité standardisées.

Dans ce cadre, il faudra élaborer des règles communes qui permettront de fonctionner comme un coffre-fort d'e-Santé.

Dans le Metahub, il est indiqué le ou les coffre(s)-fort pour lesquels des informations sont disponibles, concernant telle ou telle personne.

Il est clair qu'il n'est pas possible ou souhaitable de stocker toutes les données relatives aux patients dans une ou plusieurs bases de données géantes : non seulement cela générerait un goulot d'étranglement dans le développement des nouveaux systèmes, mais cela entraînerait également un risque élevé au niveau des performances, de la disponibilité, de la complexité de la gestion et de l'influence mutuelle de ces points de défaillance uniques.

Les différentes structures de stockage des données des patients, existantes et futures, doivent être optimisées en termes de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité des accès.

L'e-Santé en Belgique comprend actuellement une multitude de systèmes, réseaux, sources authentiques, répertoires de références, passerelles, services de base, etc., en fonction des objectifs spécifiques. Beaucoup de ces systèmes sont connectés les uns aux autres ou dépendent les uns des autres. A cause de cette structure complexe, il n'existe aucun aperçu global et complet.

Objectifs

0.4.1 Établir les règles propres aux bases de données ou aux coffres-forts e-Santé.

Cet objectif définit les règles auxquelles les structures de stockage doivent se conformer pour être considérées comme un coffre-fort de l'e-santé.

Ces règles sont, par exemple, l'accessibilité et la disponibilité permanentes et sécurisées aux / des données, le respect des règles d'accès à l'e-Santé, la disponibilité pour tous les citoyens et les prestataires de soins, la gouvernance, l'utilisation de l'interface standardisée, le cryptage des données, l'enregistrement, l'historique, la traçabilité, déterminer les exigences BCP (business continuity plan), etc.

- Fixation de règles détaillées pour fonctionner comme un service de base de « coffre-fort d'e-santé ».
- Définition d'une couche d'accès universel aux coffres-forts existants de sorte que les utilisateurs des coffres-forts (fournisseurs de logiciels) ne doivent développer qu'une seule connexion.
- Définition de la couche d'accès universel pour un dispatching correct
- Analyse, en fonction des résultats des points précédents, de la nécessité de développer ou pas un « coffre-fort fédéral »

- Analyse pour publier la présence de données sur une personne dans un coffre-fort dans le répertoire des références existant de la plate-forme eHealth

0.4.2 Implémentation de la couche d'accès uniforme aux coffres-forts

Cet objectif vise la réalisation de l'implémentation d'une couche d'interface uniforme qui protège les API spécifiques des coffres-forts actuels de sorte qu'un logiciel ne propose qu'une seule méthode de contact uniforme.

- Mise en place d'une couche d'accès universel de tous les coffres-forts aux coffres-forts existants
- Implémentation de la couche d'accès universel pour un dispatching correct
- Implémentation de la publication de la présence ou non de données relatives à une personne dans le répertoire des références existant de la plate-forme eHealth

0.5 Normes d'information

Problème

Il est souhaitable que le futur développement de l'e-santé repose, dans la mesure du possible, sur des normes internationales ouvertes et de pointe offrant des garanties raisonnables de rétrocompatibilité. Cela devra, en tout cas, être le cas pour les nouveaux projets.

Les normes devraient permettre une évolution vers la connexion avec les systèmes internationaux, l'accessibilité du marché pour les fournisseurs de logiciels internationaux et l'accès des fournisseurs de logiciels belges au marché international.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
				X	X	X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Une norme d'information répond au besoin d'un ensemble d'accords qui doivent garantir que les informations de santé peuvent être enregistrées, récupérées, partagées, échangées et transférées (interopérabilité) avec la qualité adéquate.

Ce projet porte sur les normes d'information dans le domaine des « use cases » (processus), des ensembles de données (data sets) et des normes de communication.

Ce besoin est fortement présent dans l'approche de la santé basée sur les processus, où les données sont échangées de manière interdisciplinaire. Différents projets auront besoin de nouveaux ensembles de données (data sets) à cet effet, ainsi que de la nécessité de suivre le processus. La norme actuelle KMEHR n'est pas suffisamment adaptée à cela.

Nous voulons être en mesure de nous connecter aux normes internationales d'information, en combinaison avec l'utilisation de normes belges existantes telles que KMEHR.

Cela pourrait par exemple signifier:

- Application des principes de conception et de profil IHE pour la description spécifique d'une situation pratique dans le secteur de la santé. Ainsi, pour une situation spécifique, nous décrivons l'enregistrement et l'échange d'informations sur la base d'acteurs (personnes, systèmes) et de transactions (quelle information a été échangée et à quel moment).
- Appliquer HL7-FHIR pour les nouveaux jeux de données, en tant que définition uniforme pour toutes les données enregistrées et / ou échangées dans le contexte d'un processus de soin spécifique et des « use cases » définis.

C'est également une nécessité pour l'échange de données entre pays européens. Les fournisseurs étrangers de TIC demandent des normes internationales d'information. Il permet également aux fournisseurs informatiques belges d'accéder facilement aux marchés internationaux.

Cela inclut un manuel de mise en œuvre qui permet aux fournisseurs de l'intégrer réellement dans leurs systèmes d'information.

La base technico-informatique des projets du plan d'action e-santé a largement contribué à la croissance et à l'extension de l'e-santé.

Le développement de l'e-santé en Belgique repose largement sur les normes d'information internationales d'interopérabilité et de sécurité de l'information (XML, SOAP,). Dans certains domaines, cependant, d'autres normes émergent maintenant (REST, JSON, OAuth, etc.).

Sur base de la situation actuelle, en Belgique, l'e-Santé est construite sur le standard belge KmeHR pour la structuration des messages. Il existe maintenant aussi des normes internationales dans ce domaine, telles que HL7-CDA, HL7-FHIR,

Il est souhaitable que le développement futur de l'e-Santé repose, dans la mesure du possible, sur des normes internationales ouvertes et de pointe offrant des garanties raisonnables de rétrocompatibilité. Ce sera très certainement le cas pour les nouveaux projets.

Dans ce contexte, il est souhaitable que la norme belge KmeHR évolue vers des normes internationales. Ce sera une nécessité au niveau international, mais c'est aussi une demande des fournisseurs de logiciels. A cet égard les bonnes pratiques développées dans d'autres pays, comme les Pays-Bas avec Nictiz, ou les normes internationales peuvent servir d'exemples.

Objectifs

0.5.1 Normes de communication et de message

- Analyse de l'évolution souhaitable des normes
- Analyse de l'impact de l'évolution des normes
- Analyse des aspects supranationaux

0.5.3 Analyse des adaptations nécessaires

- Analyse de l'adaptation nécessaire de l'architecture et des services de base
- Analyse des adaptations nécessaires des flux de processus
- Adaptation du cadre organisationnel et juridique
- Inventorisation de l'impact, de la charge de travail et de la durée d'exécution et planification du budget et des ressources humaines nécessaires pour l'implémentation des adaptations nécessaires
- un aperçu détaillé de la durée pendant laquelle et des situations dans lesquelles les normes existantes sont supportées ainsi que du moment où les nouvelles normes seront introduites et deviendront obligatoires.

0.6 Terminologie

Problème

L'échange de données entre les systèmes d'e-santé nécessite un codage standardisé des informations.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X					X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Project-categorie

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

L'objectif principal visé par ce projet est « ***l'échange structuré de données entre les acteurs des soins*** ».

Ce projet est étroitement lié au projet précédent (0.5 Informatiestandaarden) parce qu'il détermine les normes utilisées dans le domaine du contenu des données.

Une politique terminologique bien pensée devrait contribuer à une meilleure communication entre les différents acteurs des soins et à l'amélioration de la qualité des soins, entre autres, en permettant l'aide à la décision et les alertes. La réduction de la charge administrative liée à l'extraction responsable de l'information à des fins secondaires (comme la facturation, le contrôle de la qualité, la recherche scientifique et l'information sur les politiques) contribue également à la réalisation de cet objectif.

Ce projet lié aux objectifs high-level suivants se poursuit dans le cadre du plan d'action 2019-2021

- Le développement d'un centre de coordination opérationnelle et d'expertise au niveau du SPF Santé publique consacré à la terminologie (notamment la désignation de SNOMED CT comme norme terminologique centrale).
- Le soutien d'autres projets dans le cadre de l'utilisation du stockage structuré de données de santé codées.

La mission du centre de terminologie consiste à définir, coordonner, faciliter et stimuler l'utilisation des normes terminologiques dans les soins de santé belges. Par le biais d'une approche par phase, l'objectif à long terme est de parvenir à l'implémentation complète de la norme terminologique SNOMED CT dans le système de santé belge.

Le phasage consiste à se concentrer d'abord sur la deuxième et la troisième ligne et ensuite, mais seulement dans un stade ultérieur, sur la première ligne.

Pour la période 2019-2021 la priorité sera accordée aux projets suivants :

- Élargissement du release national de SNOMED CT : focus sur les hôpitaux (DPI)

- LOINC (laboratoires)
- Soutien des flux business spécifiques et concrets
 - Care set Kind&Gezin
 - Mult-eMediatt : incapacité de travail

Objectifs

0.6.1 Développement d'un centre de coordination opérationnelle et d'expertise

Cet objectif sera considéré réalisé si

- Au sein du SPF Santé publique, il existe une cellule structurelle dont la principale mission est de coordonner les normes terminologiques dans le secteur des soins de santé en Belgique dans le but de déterminer et de soutenir la politique ;
- La cellule dispose des moyens nécessaires (collaborateurs, budget, outils logiciels) pour mener à bien sa mission ;
- La cellule s'inspirera activement de l'apport de l'industrie (internationale) et des secteurs de soins et l'intégrera dans les bibliothèques terminologiques nationales.

0.6.2. Traduction validée de SNOMED CT

Un DPI orienté vers l'avenir repose sur une structuration et une codification poussées : de cette manière, les différents business-processus au sein d'un hôpital peuvent être optimisés et implémentés de manière efficiente. Cette structuration et cette codification sont totalement transparentes pour les utilisateurs (médecins, personnel infirmier, personnel administratif et logistique, direction et employés) et pour atteindre cette transparence, une traduction utile et validée, en néerlandais comme en français des concepts SNOMED CT, s'avère nécessaire.

Cet objectif garantit la traduction du catalogue SNOMED CT existant en néerlandais et en français de tous les termes demandés et utilisés dans le paysage belge des soins.

0.6.3 Sous-ensemble LOINC

Cet objectif fournit un inventaire validé et exhaustif des codes LOINC qui peuvent / doivent être utilisés en Belgique pour la communication des résultats de laboratoire, tant intra- qu'extra-muros.

Cette inventarisatation est déjà en cours mais n'est pas encore terminée.

0.6.4 Soutien terminologique

Cet objectif couvre toute la durée du Plan d'action 2019-2021 et vise à garantir que d'autres projets puissent utiliser efficacement la cellule terminologie.

Pour cela, la cellule terminologie prévoira suffisamment de temps et de capacité. Pour cette raison aussi, la cellule terminologie consultera régulièrement les autres projets afin de pouvoir identifier clairement et rapidement leurs besoins d'appui.

La cellule terminologie élabore un plan par étapes, basé sur les besoins des autres projets et sur la poursuite de l'élaboration des normes terminologiques, y compris les priorités entre les différents demandeurs et projets.

0,7 CobrHa Next Generation & UPPAD

Problème

Pour augmenter la valeur ajoutée du système CobrHa existant en termes de qualité et d'efficacité des processus, des fonctionnalités supplémentaires sont nécessaires telles que l'historique, la publication et la souscription.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X	X				X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

L'objectif de ce projet 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 aux données. Ce projet assurera l'exactitude et la cohérence de ces données en déterminant les sources authentiques de chaque type de données, en traitant l'input des sources authentiques et en effectuant des contrôles de qualité.

CobrHa constitue l'endroit unique et garanti où les informations les plus récentes et correctes sur les établissements de soins et les dispensateurs de soins sont disponibles. En d'autres termes, si une donnée figure dans CobrHa, elle est correcte et si elle n'est pas dans CobrHa, elle n'est pas valide. Il existe également un besoin important d'obtenir la garantie d'une information exacte et à jour dans la CobrHa.

L'utilisation de ce système existant est étendue en facilitant la consultation des données en proposant, entre autres, un mécanisme publish-and-subscribe.

CobrHa constitue un élément essentiel de l'optimisation des flux administratifs entre les sources authentiques (existantes) : par exemple, les sources authentiques peuvent s'abonner au système de notification et démarrer des processus internes sur la base d'une notification d'événement reçue. Exemple concret :

- Un médecin obtient son diplôme et fait une demande de visa
- Après l'approbation de son visa, le SPF Santé publique inscrit le nouveau médecin dans CobrHa
- CobrHa envoie une notification de création d'un nouveau médecin
- L'INAMI qui s'est abonné à ce service de notification est informé de cet événement de création et s'en sert
- L'INAMI lance ses processus internes pour attribuer un numéro INAMI à ce nouveau médecin
- L'INAMI publie une mise à jour des données du médecin dans CobrHa et plus précisément, ajoute le numéro INAMI
- CobrHa envoie une notification sur la modification des données du médecin

- Les destinataires intéressés récupèrent cet événement et débutent ou pas leur propre traitement (par exemple, modification de leurs données).

Le gouvernement flamand a deux initiatives qui peuvent apporter une réponse à cela:

- Un visualiseur CobrHa accessible au public (<https://publiek.departementwvg.be/CobrHa/>)
- L'application de carte sociale (<https://www.desocialekaart.be>) qui combine et visualise diverses sources de données avec des informations sur les acteurs des soins et de l'assistance. Il est également possible de faire corriger les informations.

Ce projet doit introduire une identification unique de sorte que chaque unité atomique (un prestataire de soins individuel, une fonction spécifique sur un site spécifique d'un établissement spécifique, une forme spécifique de collaboration (par ex. poste de garde), etc.) puisse être identifiée de manière unique et qu'aucune utilisation « inappropriée » des systèmes de numérotation existants (par ex. numéros INAMI, etc.) ne soit possible. Dans ce cadre, la 'backward compatibility' est importante pour que les systèmes existants n'aient pas à s'adapter immédiatement.

Une gestion de projet forte est nécessaire pour convaincre le management des « sources authentiques » agréés de fournir les données via CobrHa+ à tous les projets pertinents en appliquant les bons arguments et les bonnes normes.

Le processus consistant à identifier et à permettre à de nouvelles sources authentiques d'entrer des données dans CobrHa existe déjà par l'intermédiaire des organes de gouvernance d'e-Health.

UPPAD permet aux dispensateurs de soins individuels⁹ d'accéder à leurs données administratives personnelles détenues par les diverses autorités compétentes en matière des soins de santé.

Cette porte d'accès centrale est une fenêtre sur les données CobrHa et offre aux professionnels de santé la possibilité de consulter leurs données personnelles et administratives (nom, visa, accréditation, conventionnement, etc.).

L'étape suivante consiste à étendre UPPAD aux établissements de soins (hôpitaux, pharmacies, centres de soins résidentiels, etc.).

L'objectif est qu'une personne, comparable au dispensateur de soins individuel, puisse consulter les données administratives au niveau de l'application UPPAD mais aussi les modifier, dans les limites, des droits définis.

Le développement des applications sous-jacentes sort du cadre de ce projet, mais il est nécessaire pour créer de la valeur ajoutée et convaincre les établissements de soins d'utiliser effectivement UPPAD.

Objectifs

0.7.1 Gestion du système de base central

Cet objectif est de développer un centre opérationnel de coordination et de gestion au sein du SPF Santé publique pour la gestion quotidienne et fonctionnelle du système CobrHa, y compris les contrôles de qualité et de cohérence et le soutien des sources authentiques existantes comme des nouvelles sources authentiques au moment du remplissage du registre CobrHa.

Si CobrHa devait être de plus en plus utilisé comme base de données de base, des extensions et de nouvelles applications seront créées et demandées. Ce centre de coordination rassemblera ces demandes et préparera des propositions pour de nouveaux projets ou de modifications pour l'organe décisionnel (Business Decision Group).

0.7.2 Historique

Cet objectif comprend

- La volonté de conserver dans CobrHa toutes les modifications apportées aux données en son sein assorties d'informations supplémentaires sur les modifications effectuées, notamment sur le moment où les modifications ont lieu et sur la source de la modification.

⁹ Il s'agit ici des professions des soins de santé reprises dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

- De proposer des fonctions de recherche spécifiques pour que la situation à un moment donné puisse être identifiée.

0.7.3 Publier et souscrire

Cet objectif comprend

- La possibilité, pour les systèmes externes, de s'abonner à un service de mise à jour de CobrHa pour recevoir presque instantanément certaines modifications spécifiques apportées dans le registre CobrHa.
- La possibilité, pour les systèmes externes, d'obtenir, sur simple demande, la liste complète la plus récente des informations spécifiques contenues dans CobrHa.

0.7.4 Numéro CobrHa / Identification unique

Cet objectif comporte 2 aspects :

- Le développement de l'analyse fonctionnelle, la conception technique et l'implémentation dans le registre CobrHa d'un identifiant unique, tout en maintenant la compatibilité existante, tant pour les sources authentiques d'input que pour les systèmes externes demandeurs.
- L'élaboration d'un plan de projet visant l'introduction d'un identifiant unique dans toutes les sources authentiques et dans les systèmes récepteurs. Dans ce cadre, l'approche, la charge de travail et le délai de réalisation sont cartographiés. Les coûts de prise en charge de la 'backward compatibility' sont également calculés.
L'exécution effective de ce projet de migration ne fait PAS partie de cet objectif et doit être traitée dans des projets spécifiques et distincts.

En d'autres termes, cet objectif fournit une identification unique dans le système CobrHa mais ne garantit pas que tous les systèmes environnants utilisent efficacement ce numéro CobrHa.

0.7.5 Simplification administrative

UPPAD vise à simplifier l'administration pour les établissements en rendant disponibles, par le biais d'un portail central unique, toutes les informations et applications actuellement disponibles auprès des différentes administrations. Cela comprend les aspects suivants :

- Un inventaire de toutes les données pertinentes que l'on veut afficher dans UPPAD via CobrHa et des applications existantes.
- Un look-and-feel agréable et convivial.

À cette fin, une analyse commerciale et technique approfondie sera effectuée avant le début du développement. Des tests utilisateurs seront également organisés, après quoi des ajustements seront effectués si nécessaire.

Bien que le développement d'applications n'entre pas dans le cadre de ce projet, il est intéressant de penser à de nouvelles applications qui offrent une valeur ajoutée.

0.7.6 Facilité d'obtention d'un accès

Un système est choisi qui permet à l'utilisateur de demander facilement l'accès et dans lequel l'accès peut être facilement transféré, par exemple lors d'un changement de personnel. Dans la mesure du possible on recherche des systèmes qui existent déjà pour des applications similaires. On étudie également si et comment les autorités compétentes peuvent avoir accès à UPPAD et consulter les données d'un établissement qu'elle contient.

0.7.7 Communication transparente

UPPAD améliorera la communication entre les acteurs de soins et les administrations.

Une attention particulière sera également accordée à la communication vers les utilisateurs. La documentation nécessaire sera fournie.

On examinera comment un utilisateur peut être informé des changements qu'il est en train de faire, car ceux-ci ne sont pas (actuellement) immédiatement visibles dans UPPAD.

Enfin, une procédure sera également mise en place pour permettre de poser des questions. Un simple formulaire en ligne est mis à disposition à cet effet, qui est ensuite envoyé aux autorités responsables afin qu'elles puissent contacter l'utilisateur.

Une campagne de communication sera développée pour le lancement de cette fonctionnalité (voir Cluster I).

0.8 Recherche stratégique de modèles de collaboration efficaces avec les parties prenantes externes

Problème

Les administrations fédérales, les entités fédérées, les fournisseurs de soins de santé et les organisations actives dans le domaine de soin de santé doivent améliorer et augmenter leur impact sur le développement de nouvelles fonctionnalités et de fonctionnalités supplémentaires par les fournisseurs de logiciels des systèmes d'e-santé et les fournisseurs de logiciels veulent un financement plus efficace pour le développement de nouveaux systèmes et fonctionnalités.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X	X	X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Les points faibles actuels des fournisseurs TIC sont :

- L'absence de vision à long terme des services d'e-santé entrave l'élaboration d'une stratégie d'investissement ;
- une gestion des fournisseurs TIC par projet ou par service d'e-santé n'est pas réalisable. Il en résulte une multiplicité de consultations et d'actions non coordonnées par rapport à d'autres projets ou services d'e-santé.
- la gouvernance non transparente ou fragmentée de l'e-santé dans laquelle diverses décisions non coordonnées sont prises sans évaluation d'impact préalable ;
- l'absence de mesures de soutien, y compris de mesures de soutien financier, pour les fournisseurs TIC ;
- il n'y a pas de centre de compétence eHealth auquel les fournisseurs TIC peuvent faire appel ;
- l'absence d'une offre en formations, pour les profils techniques, pour l'intégration et la mise en œuvre des services d'e-Santé et des services de base de la plate-forme eHealth ;

Dans le secteur des soins, les acteurs dépendent :

- d'une offre suffisante de solutions TIC qualitatives et conviviales
- et en corollaire, d'une disponibilité continue des services d'e-santé et des services de base de la plate-forme eHealth

La plus grande frustration des acteurs de l'e-santé reste l'absence d'un éventail suffisamment large de solutions TIC qualitatives et conviviales. Il existe actuellement une offre, mais elle ne répond pas aux attentes quand elle est utilisée au niveau de la collaboration multidisciplinaire ou du partage des données.

Les dispensateurs de soins et d'assistance ne sont pas les seuls à avoir besoin de formation et d'éducation. Les entreprises actives dans le domaine de l'e-santé recherchent également des informations, des conseils et des avis. Les possibilités sont à l'étude, éventuellement moyennant paiement. Il s'agit de proposer des trajectoires d'orientation pour la transformation des solutions TIC existantes, de proposer une analyse des solutions TIC dans le domaine de la convivialité, de la sécurité de l'information, ..., du coaching et du conseil. Ce qui précède traduit un besoin quant à l'utilisation et à l'intégration des services de base de la plate-forme eHealth. En concertation avec les entités fédérées, nous étudions la possibilité de développer une série de mesures de financement et de soutien pour les entreprises qui investissent dans une offre de logiciels conviviaux qui soutiennent les processus de travail actuels des acteurs des soins de santé, avec un accent particulier sur le partage numérique des données. Il s'agit d'une forme d'incitant pour les entreprises actives dans le domaine de l'e-santé.

Objectifs

0.8.1 Méthodes de financement

Cet objectif développe diverses façons de soutenir l'utilisation des systèmes et le développement de nouvelles applications et fonctionnalités de la manière la plus efficiente possible en recourant à un soutien financier. Cela peut se faire de la manière traditionnellement utilisée jusqu'à présent qui consiste à accorder un soutien financier directement payé au dispensateur de soins, mais aussi, par exemple, en finançant le développement de systèmes ensuite mis à la disposition des prestataires de soins à un tarif avantageux.

0.8.2 Coopération au niveau de la conception des systèmes d'e-santé

Cet objectif fournit une méthode de travail et/ou un modèle pour la conception de nouveaux systèmes ou fonctionnalités dans lesquels le gouvernement et les fournisseurs de logiciels impliqués (ou leurs représentants par l'intermédiaire des organisations professionnelles) travaillent ensemble.

Les questions abordées dans le cadre de cet objectif sont les suivantes :

- Quelle est la répartition optimale des tâches entre le gouvernement et les fournisseurs de logiciels en ce qui concerne le développement de services partiels ou de composants ?
- Quelle est la méthode de contrôle des fournisseurs de logiciels utilisée par le gouvernement ?
 - marché libre et tests ? cahier des charges ?
 - financement uniquement des utilisateurs finaux ou aussi financement direct des fournisseurs de logiciels ?

Cluster I Transversalité

1.1 Communication

Problème

La communication externe du plan d'action et de ses projets ne repose pas sur une stratégie ou une planification cohérente.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X						

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Le plan d'action e-santé 2013-2018 comprenait un projet de communication PA11 qui n'a cependant pas bénéficié d'une attention suffisante. On s'est pourtant rendu compte à plusieurs reprises et tout récemment avec PA10-Personal Health Viewer, que la communication vers le « monde extérieur » est extrêmement importante et qu'il est nécessaire de disposer d'un plan coordonné et approuvé à ce niveau avant même la phase de réalisation d'un projet.

Ce projet se concentre sur la communication externe, c'est-à-dire à destination des acteurs des soins, des établissements de soins, des organisations dans le secteur des soins de santé, des développeurs de logiciels et des citoyens.

La communication entre les projets, entre les administrations et entre les cabinets n'entre pas dans ce champ d'application : celle-ci est traitée dans le cadre de la gouvernance du programme.

Par le biais de la gouvernance du Plan d'actions e-Santé, les autorités, entités fédérées, partenaires, chefs de projets, administrations et cabinets, sont informés de l'état d'avancement des projets. Ces actions de communication ne relèvent pas du champ d'application du présent objectif.

La réalisation du plan d'actions e-Santé se déroule dans un contexte de co-création. La communication qui s'y rapporte est une matière conjointe, impliquant que tous les partenaires concernés par le projet communiquent ensemble et non chacun séparément.

Il existe un besoin important et une forte demande pour une communication plus importante et plus efficace sur les avantages du partage des données des patients et de l'utilisation de divers services d'e-santé, ainsi que sur les responsabilités de tous ceux qui participent au processus.

Cette demande est forte au niveau des prestataires de soins qui sont en première ligne pour encourager les patients, mais qui ne se sentent pas suffisamment soutenus sur le plan de la communication.

Cette communication devra respecter les aspects suivants :

- Ne pas se présenter sous la forme d'une campagne unique mais plutôt sous la forme d'un flux constant d'initiatives diverses proposées via différents canaux.
- Les canaux et les initiatives existants (par exemple les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux, etc.) doivent, en tout cas, très certainement être conservés.
- De nouveaux canaux de communication modernes doivent être utilisés
- Le message doit concerner ce que le patient (et les dispensateurs de soins avec UPPAD) a à gagner en se montrant prêt et en encourageant ses prestataires de soins à partager ses données et à recourir davantage aux services d'e-santé (par exemple PHV, mHealth...).

Objectifs

1.1.1 Plan global de communication

Cet objectif permet d'élaborer un plan détaillé dans lequel sont rassemblés les différentes initiatives, les canaux, les messages et les parties concernées.

Une distinction est opérée entre différents groupes cibles : citoyens, professionnels de la santé et fournisseurs de logiciels.

Ce plan est élaboré dans le cadre d'un comité d'accompagnement composé de représentants de différentes parties prenantes ainsi que d'experts en communication internes ou externes.

Ce plan décrit la communication au niveau stratégique, tactique et opérationnel.

Ce plan est intégré dans la méthodologie du projet par le fait qu'il prévoit une réflexion sur la communication nécessaire à différents moments du projet.

Chaque projet du plan d'action e-santé comporte un volet consacré à la communication, qui s'inscrit dans le cadre du plan global de communication en matière d'e-santé.

1.1.2 Site Web de communication dynamique

Cet objectif implémente une version plus dynamique du site Web existant www.plan-gezondheid.be, y compris une description claire et documentée des rôles et des responsabilités au niveau de la gestion de ce site Web.

1.1.2 Rapportage sur la communication externe

Le plan de l'objectif 1.1 est revu tous les trois mois et fait l'objet d'un rapport trimestriel afin que les structures de gouvernance aient une vue d'ensemble sur les diverses initiatives prises par les divers groupes et diffusées par les divers canaux.

1.2 Surveillance du programme

Problème

L'utilisation efficace des systèmes d'e-santé fournis par les utilisateurs finaux n'est pas suffisamment mesurée et contrôlée, de sorte que les adaptations ne sont pas suffisamment fondées sur des situations réelles dans la pratique.

Le mandat et le rôle de la gestion du programme (responsable du programme, responsable du change&release) ne sont pas décrits de manière suffisamment détaillée.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Ce projet se concentre sur le suivi de l'utilisation des systèmes réceptionnés par les utilisateurs finaux et les services d'e-Santé. Il s'inscrit dans le glissement observé au niveau de l'accent des projets, de la réalisation du projet vers sa véritable finalité, c'est-à-dire son utilisation dans la pratique.

Ce projet vise à développer un ensemble cohérent et univoque de données fonctionnelles sur les utilisateurs. En ce sens, il est complémentaire aux statistiques existantes sur l'eHealth lesquelles se concentrent sur les chiffres et les quantités, ainsi que sur les informations techniques dont, notamment, le nombre de messages et le nombre de documents publiés. Les statistiques existantes sont évaluées en fonction de leur utilité, leur utilité et leur objectif étant clairement définis.

Ce projet comprend également la mise en place et l'utilisation de systèmes de monitoring (basées, p. ex. sur l'approche néerlandaise Nictiz), qui nous permettent d'adapter notre politique dans tous les domaines (produits logiciels, formation des dispensateurs de soins, inclusion des patients, etc.), si nécessaire.

Dans ce projet, l'accent est mis sur les données qui fournissent une indication sur l'utilité (et non sur l'utilisation à proprement parler) et la valeur ajoutée des projets dans la pratique.

Outre le suivi de l'utilisation des services d'e-santé et la vérification de la réalisation des objectifs des projets, il est également nécessaire de suivre l'avancement de l'ensemble du plan d'action en matière d'e-Santé à l'aide d'un nombre limité de chiffres clés. Cela s'inscrit dans le cadre de la concrétisation au niveau du monde

extérieur d'une vision et d'une mission de l'e-santé, dont la réalisation des projets permet d'atteindre un objectif donné mesurable.

De plus, ce projet confirme la mission du gestionnaire de programme de piloter activement le plan d'action : le champ d'action de la Gestion du programme est global : il englobe tant le plan commercial que le plan technique ou encore la formation, la communication, le support opérationnel, ...

Objectifs

1.2.1 Détermination des chiffres d'utilisation

Cet objectif définit ce qu'il faut mesurer et comment le faire.

- On dresse l'inventaire de ce qui est déjà disponible, de ceux qui mesurent ces chiffres et à quelle fréquence et on détermine la signification exacte des chiffres. Sa pertinence, son utilité et sa finalité sont également évaluées.
- On dresse aussi l'inventaire de ce qui manque encore pour avoir une image end-to-end complète de l'utilisation des services d'e-Santé.
- Les maillons manquants sont définis et implémentés en tenant compte des coûts de développement : le but est plutôt d'essayer d'arriver à un rapportage sur la chaîne dans son ensemble que de déterminer aussi précisément que possible une certaine donnée (règle 80-20).

1.2.2 Détermination des KPI et des objectifs des SLA

Cet objectif définit les KPI et les objectifs des SLA pour les différents systèmes partiels qui composent la chaîne complète des services d'e-Santé.

1.2.3 Organisation de la collecte des données et du rapportage

Cet objectif définit le processus et les rôles et responsabilités de toutes les parties impliquées pour collecter et publier régulièrement les KPI et les chiffres d'utilisation.

Déterminer si l'utilisation d'un outil apporte une valeur ajoutée pour la collecte, le traitement et la communication des données.

1.2.4. Rapportage sur les KPI et les objectifs des SLA

Cet objectif assure un rapportage fréquent et régulier (au maximum sans intervention manuelle) des KPI et des objectifs SLA convenus.

Étudier et déterminer qui est autorisé à voir quels rapports.

1.2.5 Gestion du programme

Cet objectif décrit le mandat et le pouvoir décisionnel de la gestion de programme dans le Plan d'action e-santé 2019-2021 par rapport aux différentes organisations et structures de concertation concernées.

1.2.6 Gestion des changements et des versions

Cet objectif assure une planification coordonnée et univoque, de même qu'une communication vers toutes les parties concernées (dispensateurs de soins, patients/citoyens, fournisseurs de logiciels, administrations et autorités) par les réalisations du plan d'action 2019-2021.

Il s'agira de toutes les versions ou « releases » en Production d'un projet ou d'un sous-projet du Plan d'action e-santé 2019-2021 « officialisées » par le Program Management. En d'autres termes, chaque projet doit être validé par le Program Management avant de pouvoir procéder à une activation de support.

Par ailleurs, cela permet aux parties externes (notamment les fournisseurs de logiciels) de bénéficier d'informations claires sur les calendriers et les versions officielles et d'un point de contact formel à ce sujet.

Cet objectif comprend également une communication opérationnelle structurée et ad hoc vers toutes les parties prenantes. Cela signifie, entre autres, que la réunion TALIS existante est coordonnée au niveau de la Gestion des changements et des versions (Change & Release Management) dans la mesure où elle est confirmée par l'objectif *1.1.1 Global Communicatieplan*.

1.2.7. eHealth Monitor

Le plan de projet relatif à cet objectif est en préparation et a fait l'objet d'une réunion avec les entités fédérées portant sur les possibilités d'un cofinancement.

Cluster 2 Support

2.1. Incitants

Problème

Le maintien des incitants pour le prestataire de soins individuel (médecin) nécessite une approche structurée.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X			

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Depuis le début du plan d'action 2013-2018, certains groupes de prestataires de soins ont bénéficié d'incitants pour les encourager à utiliser les services d'e-santé à bon escient. Ces incitants financiers peuvent comprendre un volet fédéral ainsi qu'un volet communautaire et régional.

Il a été reconnu que ces incitants ont constitué des stimulants démontrables et ont été conservés dans le plan d'action e-Santé 2019-2021, comme une méthode raisonnable pour atteindre les objectifs, par exemple stimuler l'utilisation de la terminologie.

Un ajustement des objectifs du précédent plan d'action a été recommandé afin

- de mieux soutenir l'utilisation des systèmes ;
- de mettre l'accent moins sur les groupes professionnels et plus sur le système utilisé (de sorte qu'en principe, chaque dispensateur de soins peut être éligible à un soutien financier) ;

Cela signifie que les mesures d'incitation seront utilisées de manière beaucoup plus spécifique pour atteindre des objectifs ou des effets spécifiques (mesurables). Une conséquence logique de ce qui précède est qu'un incitant doit être évalué périodiquement par rapport à son utilité (efficacité) et qu'il est limité dans le temps. L'offre d'incitants reste toutefois restreinte, afin de viser un effet maximal avec des ressources limitées au niveau de la réalisation effective des objectifs des projets prioritaires.

Objectifs

2.1.1. Les incitants existants dépendent directement de l'utilisation des services d'e-Santé.

Toute prime télématique et tout soutien pratique accordés à un prestataire de soins doivent être absolument liés à l'utilisation effective et mesurable des services d'e-santé.

L'étape suivante étant, en effet, de passer d'une simple « utilisation » à une « utilisation sensée » ('Meaningful Use') : Les incitants doivent, eux aussi, évoluer en parallèle.

2.1.2 Organisation des incitants

Actuellement, seuls quelques groupes professionnels parmi les prestataires de soins bénéficient d'incitants financiers.

Dans le précédent plan d'action e-santé 2013-2018, l'intention était également de lier les incitants à l'utilisation des systèmes et non à un groupe professionnel.

L'objectif du plan d'action précédent est donc repris, moyennant un léger ajustement.

Objectif

- dresser l'inventaire des incitants existants et de leurs modalités d'octroi
- proposer une adaptation des incitants existants en y intégrant, e.a. les dimensions suivantes
 - o objectif détaillé
 - o durée de l'incitant
 - o méthode de mesure
 - o groupe cible

2.2 Code de conduite juridique de soutien & lignes directrices sur le partage des données à caractère personnel sur la santé

Problème

Il n'existe ni code de conduite ni lignes directrices en ce qui concerne les bonnes pratiques pour soutenir les prestataires de soins de santé, les acteurs des soins de santé, les fournisseurs TIC et les citoyens.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X	X			X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Il est nécessaire que davantage de pays européens élaborent des codes de conduite et des lignes directrices de bonnes pratiques sur le partage des données de santé personnelles destinées aux dispensateurs de soins. Ces codes de conduite et lignes directrices peuvent aider les praticiens à répondre adéquatement aux demandes d'accès à des données secondaires, à recueillir et partager des données personnelles de manière conforme à la loi, juste, transparente et conforme aux droits et aux attentes des personnes dont les données sont partagées.

Un exemple de code de conduite et de lignes directrices existe aux Pays-Bas (<https://afsprakenstelsel.medmij.nl/display/PUBLIC/MedMij+Afsprakenstelsel+release+1.0+versie+0.991>)

Un système/cadre d'accords décrit le cœur du partage numérique des données relatives à la santé. Ce système est essentiel à la confiance nécessaire pour soutenir l'échange numérique des données de santé entre les utilisateurs et dispensateurs de soins. Cet ensemble d'accords garantit un échange de données sûr, interopérable et fiable entre les réseaux de partage de données de soins, les services d'e-Santé et les solutions TIC des acteurs de soins et des utilisateurs.

Le cadre juridique donne un aperçu des principales lois et réglementations d'application à ceux qui participent à un système d'accords dans le cadre de la réalisation de leurs activités.

Le cadre normatif de la sécurité de l'information décrit les mesures minimales que les participants doivent prendre dans le domaine de la protection de la vie privée et de la sécurité de l'information. Ces mesures réduisent les risques potentiels et sont le résultat d'une analyse des risques effectuée annuellement à l'échelle du système.

La gouvernance décrit comment est géré le système d'accords de partage, les différents rôles qu'on y distingue et par quelles parties ces rôles sont endossés.

De plus amples informations et un exemple de système d'accords de partage en application aux Pays-Bas sont disponibles à l'adresse <https://afsprakenstelsel.medmij.nl>. L'objectif est que toutes les parties concernées par les services d'e-santé s'engagent à fermement les respecter.

Ce projet consiste, en grande partie, à rassembler la documentation et l'information existantes dans un lieu unique et facilement accessible (p. ex. un site Web).

Objectifs

2.2.1 Use-cases

Une FAQ est développée sur la base des use-cases spécifiques. Elle est destinée à accroître la confiance des dispensateurs de soins par rapport à leurs responsabilités au niveau du partage des données médicales. Les préoccupations des dispensateurs de soins relatives à leurs responsabilités (juridiques) risquent fort, dans un réflexe de protection (compréhensible) de considérablement réduire la qualité et le niveau de détail des informations partagées au niveau des données médicales des patients.

2.3.2 Communication du code de conduite

Cet objectif permet de mettre en place une information et une communication les plus larges possible, inspirées de l'exemple néerlandais : <https://afsprakenstelsel.medmij.nl/>

Cluster 3 Excellence opérationnelle

L'objectif ultime de tous les Clusters et projets du Plan d'action 2019-2021 est celui de leur utilisation effective au quotidien. Cette utilisation exige, entre autres, une disponibilité correcte et des performances suffisantes des applications et des systèmes, un support fonctionnel et technique adéquat dans l'utilisation quotidienne et certainement en cas d'incidents et de problèmes. Avec le partage de données numériques e-Santé entre différents systèmes et solutions TIC, assurer l'interopérabilité est un facteur de réussite essentiel

Le plan d'action 2013-2018 s'est concentré, à juste titre, plutôt sur le développement de projets, souvent à partir de zéro, et sa priorité était de veiller à ce que les projets soient développés rapidement et efficacement. Dans ce contexte, la convivialité et la maintenabilité générale des systèmes livrés ont parfois dû être négligées.

Aujourd'hui, l'ensemble du secteur de l'e-Santé a considérablement gagné en maturité et fait désormais partie intégrante de nos activités pour devenir un facteur essentiel dans les soins de santé.

C'est donc le moment idéal et nécessaire pour améliorer l'utilité globale des systèmes existants (et des nouveaux systèmes à développer) et pour accroître considérablement leur visibilité et leur importance. C'est pourquoi un Cluster distinct a été défini pour l'excellence opérationnelle ou 'Operational Excellence'.

L'excellence opérationnelle est la dénomination couramment utilisée pour regrouper les divers aspects liés à l'utilisation dans la pratique. Cela concerne, e.a. le support, la maintenance proactive, la disponibilité, la performance, la qualité et la convivialité.

- Support

En raison de la grande diversité des services, mais aussi des fournisseurs de services, il est parfois difficile, en tant qu'utilisateur, de savoir où adresser ses questions, ses remarques ou ses plaintes. Par conséquent, le fait que la majorité des services d'e-santé sont proposés et utilisés par le prestataire de soins via le DPI ou le DMI ne signifie pas que le fournisseur du progiciel est le contact approprié pour tous les aspects de l'e-santé. Le soutien des différents services d'e-santé par le biais d'un service d'aide central et la mise à disposition des ressources financières nécessaires à cette fin constitue donc une nécessité que tous les prestataires de soins, tous les fournisseurs de progiciels et tous les fournisseurs de services d'e-santé estiment nécessaire.

- Maintenance proactive

Quel que soit le type de maintenance que l'on souhaite soutenir, il faudra prévoir un espace structurel. Le plan des versions, qui sera finalement élaboré, devra en tenir compte. Un plan des versions, c'est plus qu'une simple liste de nouvelles fonctionnalités assorties d'une date. La faisabilité d'un plan des versions doit être vérifiée auprès de tous les acteurs. Un plan des versions qui donne à tous les acteurs le temps nécessaire constitue la base de deux autres éléments qui figurent dans la liste de l'excellence opérationnelle, à savoir la qualité et la convivialité.

- Disponibilité et performance

La disponibilité et les délais de réponse des systèmes d'e-santé peuvent / doivent être améliorés et accroître leur cohérence. Actuellement leur perception est en tout cas mauvaise.

Tout cela doit répondre aux besoins des utilisateurs finaux individuels ou des petits établissements de soins de santé qui n'ont pas de connaissances dans le domaine des TIC, ainsi qu'aux besoins des grands établissements de soins de santé qui ont un département TIC et des fournisseurs de logiciels. Les deux groupes souhaitent pouvoir garantir la continuité des affaires et la transparence au niveau des interventions et des problèmes.

Le premier groupe souhaiterait également

- des applications disponibles et performantes pour les utilisateurs finaux
- un service intégré, à partir d'un environnement unique, avec authentification unique
- adaptés à leurs besoins
- un soutien fonctionnel et une formation
- un helpdesk fonctionnel

Les grands établissements de soins de santé qui ont des départements TIC et des fournisseurs de logiciels souhaitent

- des environnements de test
- des services web disponibles et efficaces
- un soutien technique et une formation
- une répartition claire des tâches entre les helpdesks

3.1 Architecture de base

Problème

L'architecture de base des applications e-Santé a été développée il y a 10 ans. Il est souhaitable d'évaluer et, si nécessaire, d'adapter les choix architecturaux. Une architecture qui répond de manière optimale aux besoins des parties prenantes, en tenant compte des contraintes contextuelles, devrait être mise en place.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Le paysage de la e-Santé en Belgique consiste en une multitude de systèmes, tels que divers réseaux de partage de données, sources d'informations, répertoires de référence, passerelles et services de base, le tout avec une finalité spécifique. Et beaucoup de ces systèmes sont connectés les uns aux autres ou dépendent les uns des autres. Un enchevêtrement complexe pour lequel il n'y a actuellement aucun aperçu. Les fournisseurs TIC, ainsi que les fournisseurs des différents systèmes, demandent à cartographier l'architecture de la santé en ligne et à assurer ainsi la transparence de son fonctionnement. Le patient a le droit de savoir quels systèmes stockent ou partagent des données avec d'autres systèmes. Les projets de ce plan d'action qui mettent en place de nouveaux systèmes, tels que de nouvelles sources pour le stockage d'informations, doivent s'intégrer dans cette architecture eHealth.

Dans l'écosystème e-Santé, il existe actuellement de nombreux endroits où des informations sur les demandeurs de soins sont stockées. Par exemple, il existe 3 coffres-forts e-Santé (Vitalink, Intermed et BruSafe (+)). En outre, il existe des registres BelRai, Recip-e (Qermid, Orthoprïde, ...), des systèmes fédéraux tels qu'Orgadon et Wilsbeschikking. Il est très important d'établir clairement quelles sont les données stockées dans quelle source authentique, afin d'éviter au maximum le stockage redondant.

Les fournisseurs TIC souhaitent conserver une méthode, une intégration dans l'architecture e-Santé au lieu d'une intégration séparée avec chaque système. Différentes solutions sont possibles, mais doivent d'abord être étudiées.

Les questions qui peuvent se poser ici sont les suivantes

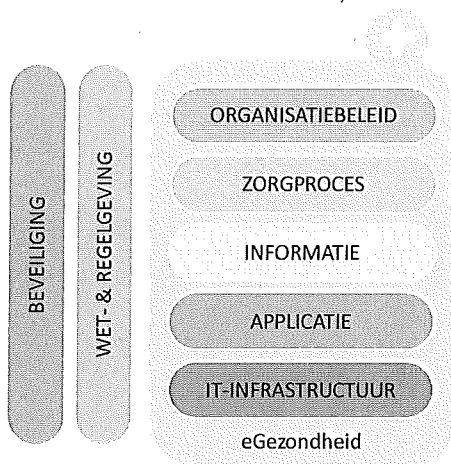
- la division actuelle en sous-systèmes est maintenue, ou mieux consolidée dans certains domaines, par exemple dans le domaine des

- centres de données et de l'infrastructure TIC
- des sources authentiques provenant des autorités (CobrHa, SAM,)
- des coffres-forts de la santé
- des systèmes d'information de certaines parties prenantes similaires
- évolue-t-on vers un « cloud » communautaire sécurisé de et pour les fournisseurs de soins de santé et les établissements de soins de santé ?
- choisit-on des « thin clients » ou des « fat clients » ?
- évolue-t-on vers un catalogue ouvert de composants ouverts et réutilisables ?

L'architecture doit être cartographiée et son fonctionnement doit être clarifié. Un patient a le droit de savoir où ses données sont stockées. Quel système traite quelles informations sur qui? Il existe un répertoire de référence pour les hubs et les coffres-forts, mais doit-il être étendu aux autres systèmes?

C'est également un message important de la part des fournisseurs informatiques et de logiciels. Si une intégration unique dans e-Santé n'est pas directement possible (avec une connexion universelle et une couche d'accès en tant que passerelle) au lieu d'une intégration dans chaque système, l'interopérabilité doit au moins être garantie.

Les modèles étrangers tels que le modèle néerlandais à 5 couches peuvent servir de source d'inspiration pour une architecture de base commune, e- Santé.



Objectifs

Les questions décrites ci-dessus seront discutées au sein des organes stratégiques compétents et, le cas échéant, un plan d'action sera élaboré.

3.2 SLA et Service Management

Problème

Les services d'e-Santé doivent être disponibles en permanence et être efficaces. Cela vaut aussi bien pour les applications destinées aux utilisateurs finaux que pour les différents sous-systèmes et services.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
			X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Le Service Management est le terme générique utilisé pour désigner la gestion des systèmes opérationnels d'e-santé et le rapportage sur ces systèmes à l'intention de toutes les parties prenantes.

Le Service Management contient entre autres

- le contrat de niveau de service (SLA)
 - o sur la disponibilité et la performance, si possible end-to-end
- l'élimination du point de défaillance unique (Single Point of Failure - SPOF) dans n'importe quel environnement (par exemple, la troisième plate-forme eHealth d'un centre de données en stand-by à froid)
- un système de monitoring end-to-end
- des tableaux de bord centraux et une supervision
- la gestion des incidents
- la gestion des problèmes
- la planification des capacités
- un calendrier public des versions et des interventions de préférence exhaustif

Objectifs

3.2.1 Portée du Service Management dans l'e-santé

Cet objectif fournit une description détaillée de la portée des rôles et des responsabilités de tous les intervenants dans la gestion opérationnelle des systèmes d'e-santé.

3.2.2 Organisation et mise en œuvre du Service Management

Cet objectif vise la réalisation du Service Management e-santé

3.3 Business continuity

Problème

Même si des interventions sont effectuées sur des parties du système d'e-santé ou si des incidents se produisent au niveau de ces parties, les prestataires de soins et les établissements de soins doivent pouvoir disposer de fonctionnalités minimales. La continuité de leur fonctionnement de base doit être garantie par des procédures de continuité des opérations (Business Continuity Plans, BCP).

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X				X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Aujourd'hui, les systèmes d'e-Santé constituent de plus en plus des maillons essentiels du domaine de la santé. La disponibilité permanente de ces systèmes est donc essentielle. Lors du développement des systèmes d'e-santé, il convient d'accorder une grande attention à leur disponibilité.

Une défaillance des systèmes, en tout ou en partie, ne peut toutefois pas être totalement exclue. C'est pourquoi des BCP doivent être élaborés et régulièrement testés afin que le plan puisse être mis à jour.

Ces BCP doivent décrire, pour tous les utilisateurs (finaux) de services d'e-Santé, les alternatives qui doivent ou peuvent être utilisées pour remédier à l'indisponibilité des systèmes d'e-Santé.

Les BCP contiennent également les processus qui les activent et, après avoir résolu l'indisponibilité, les désactivent et organisent le retour aux méthodes de travail « normales ».

Les BCP sont élaborés successivement pour les différents types d'utilisateurs finaux, comme les pharmaciens, les médecins généralistes, les infirmières à domicile et les hôpitaux.

Ce faisant,

- les exigences fonctionnelles minimales sont définies en concertation avec les représentants du type d'utilisateurs finaux concernés
- les points de défaillance uniques (SPOF) relatifs aux environnements sont éliminés autant que possible (pour chaque composant crucial, il existe une alternative dans un autre environnement)
- un plan d'implémentation est élaboré avec des itérations
- la communication sur les BCP se fait par l'intermédiaire d'un site Web
- une formation sur les BCP est prévue via éénljn, e-santé Wallonie et l'eHealth Academy

- un tableau de bord intégré sur l'état des différents services (disponibilité, performance) est progressivement développé
- des mécanismes de rétroaction sur l'utilisation efficace des BCP sont implémentés

Une des conditions est que tous les services e-Santé et la plate-forme eHealth soient transparents, en cas d'indisponibilité, sur le service minimum qu'ils s'engagent à fournir et sur la manière dont ils communiquent à ce sujet.

Objectifs

3.3.1 Élaboration des BCP

Cet objectif élabore en détail les BCP pour les différents processus utilisant les systèmes d'e-santé pour les groupes cibles mentionnés.

Cet objectif décrit comment les processus sont adaptés en cas d'indisponibilité et, si nécessaire, développe les outils adéquats (site web, formulaires, outils d'enregistrement hors ligne, ...).

L'objectif décrit également comment le plan est activé, comment il est coordonné et communiqué pendant la situation CA et comment le plan est ensuite à nouveau désactivé.

Cet objectif ne porte que sur les systèmes d'e-Santé fonctionnels et ne concerne donc PAS le BCP des systèmes TIC sous-jacents (infrastructure informatique), qui (peut) entraîner l'indisponibilité des systèmes d'e-santé.

3.3.2 Tests des BCP d'e-Santé

Cet objectif consiste à organiser un test pratique contrôlé du BCP afin que, d'une part, toutes les parties concernées soient formées et d'autre part que les imperfections du plan puissent être détectées et corrigées. Un tel test doit être effectué au moins une fois par an.

3.3.3.3 Communication et formation des BCP d'e-Santé

Cet objectif vise la mise en place d'une formation et d'une communication explicites pour tous les utilisateurs des systèmes d'e-Santé du BCP.

Dans cet objectif un rôle majeur est dévolu aux organismes de formation notamment éenlijn, e-santé Wallonie, et eHealth Academy.

3.4 Documentation, helpdesk & support

Problème

Bien que divers fournisseurs de sous-services mettent à disposition une documentation complète, il n'est pas toujours facile pour les diverses parties prenantes de la trouver et elle n'est pas toujours claire. Plusieurs intervenants se plaignent de l'absence d'un point de contact unique (SPOC) en ce qui concerne le helpdesk et le support. Il est d'une part difficile de garder une vue d'ensemble sur l'enseignement et sur la formation des soignants et des secouristes, et d'autre part les fournisseurs de TIC recherchent également des informations, des conseils et des conseils sur l'intégration tout comme l'utilisation des services de e-Santé.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

En cas de problèmes ou de questions concernant l'utilisation des services de santé en ligne intégrés dans les solutions TIC, les prestataires de soins de santé contactent d'abord leur fournisseur TIC. Ces fournisseurs de TIC ont besoin du soutien des services d'e-Santé pour résoudre les problèmes de manière fluide et adéquate. Il est important de pouvoir analyser à l'avance où se trouve un problème particulier et qui est responsable de la recherche d'une solution. Dans un problème impliquant plusieurs services ou partenaires e-Santé, le besoin consiste principalement à coordonner la réalisation d'une solution. Cela implique également de fournir la transparence nécessaire dans le support fourni par chaque service e-Santé.

Des accords sont conclus sur la mise à disposition intégrée, entre les prestataires, d'une documentation claire et facile à trouver. La documentation est mise à disposition de manière intégrée sur le portail eHealth. Elle est fournie par chaque fournisseur de services, si nécessaire à différents niveaux de détail et sur la base d'un cadre conceptuel.

L'organisation du helpdesk et le support aux utilisateurs finaux relèvent de la responsabilité des fournisseurs de logiciels, éventuellement assistés par les services de support de première ligne. Pour les sources authentiques et les nouveaux services à valeur ajoutée, les prestataires de services organisent le helpdesk et le support. Le helpdesk et le support de la plate-forme eHealth s'adressent aux éditeurs de logiciels, aux départements TIC et aux fournisseurs de services à valeur ajoutée.

L'organisation efficace du support opérationnel des utilisateurs finaux dans le cadre de l'utilisation des systèmes, comprend aussi des outils, comme un aperçu détaillé du statut des différents sous-systèmes (disponibilité et performance).

Un des éléments du support des utilisateurs finaux est le « support au support de première ligne ». Cela signifie que les services de support de première ligne des fournisseurs de logiciels doivent avoir très facilement accès à ces possibilités de monitoring afin de pouvoir expliquer plus rapidement ce qui se passe à l'utilisateur final.

Objectifs

3.4.1 Organisation du support des utilisateurs finaux

Cet objectif décrit comment les questions et les incidents/problèmes des utilisateurs finaux des systèmes d'e-Santé sont résolus et/ou soumis à un système d'escalade.

Cet objectif inclut également le développement de l'outillage nécessaire tel que le tableau de bord de statut, etc.

3.4.2. Organisation du support des développeurs de logiciels

Cet objectif décrit de quelle manière les questions et les incidents/problèmes des développements de logiciels de systèmes d'e-Santé sont résolus et/ou soumis à un système d'escalade.

Cet objectif inclut également le développement de l'outillage nécessaire tel que des API d'intégration avec le tableau de bord de statut, etc.

3.5 Environnements de test : environnements, flux, processus, données

Problème

Ces dernières années, plusieurs initiatives ont été lancées et sont aujourd'hui opérationnelles pour tester et valider les différents aspects du développement et de l'utilisation des systèmes d'e-santé :

- validation des messages Kmehr (Kmehr)
- minilabs organisés par la plate-forme eHealth à des fins d'homologation/de certification de logiciels.
- minilabs des coffres-forts régionaux
- minilabs de MyCarenet

Un environnement de test intégré est toutefois nécessaire pour les fournisseurs de logiciels, les départements TIC des établissements de santé et les développeurs de services à valeur ajoutée.

Une telle infrastructure technique nationale permettant aux fournisseurs TIC de tester l'utilisation de plusieurs services d'e-Santé dans un processus de leur solution TIC fait défaut, de même que la possibilité de tester de manière indépendante l'interopérabilité du partage de données avec d'autres solutions TIC. Nous pouvons mieux décrire cette infrastructure technique en tant que laboratoire d'interopérabilité. Ce laboratoire fait partie intégrante d'un centre de qualification (voir 3.6) qui l'offre en tant que service.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

L'objectif de ce projet est celui de la mise à disposition et de la documentation

- d'environnements de test intégrés par l'intermédiaire
 - de la plate-forme eHealth pour les services de base
 - tout fournisseur de services à usage externe (par exemple, SPF Bosa, registre national) pour ces services
 - tout fournisseur d'une source authentique aux fins de l'établissement de la source authentique
- ensembles coordonnés de données d'essai

Une installation de test structurée et évolutive doit donc être disponible, co-organisée par l'industrie, afin que les fournisseurs de logiciels, les départements TIC des établissements de santé et les développeurs de services à valeur ajoutée puissent réaliser de véritables tests de bout en bout.

Des Connectatons seront organisés pour une assistance mutuelle.

La mission du gouvernement dans ce projet est de faciliter l'intégration opérationnelle des systèmes existants et nouveaux pour le partage de données dans les progiciels.

La priorité de ce projet peut être de réaliser les objectifs du projet VIDIS. Chez VIDIS, il est important que les solutions TIC soient interopérables pour partager le schéma de médication.

Objectifs

3.5.1 Création d'un laboratoire national d'interopérabilité

Cet objectif fournit une plateforme d'essai disponible en permanence au sein de laquelle les développeurs de systèmes de e-Santé, à différents stades de développement (essai du système, essai d'intégration, essai d'acceptation, essai de validation, essai de charge, essai BCP, ...), peuvent tester les systèmes.

Outre l'infrastructure TIC et tous les systèmes concernés (systèmes d'e-Santé, applications du registre national ou du SPF BOSA, coffres-forts, hubs, logiciels pour les prestataires de soins, logiciels hospitaliers, etc.), cela nécessite également des ensembles de données de test prévisibles et des outils de suivi.

3.5.2 Support des développeurs de logiciels

Cet objectif regroupe les activités qui soutiennent les développeurs de logiciels tels que

- les explications des specs
- des applications exemplatives
- une documentation claire et facile à trouver
 - fournie par le propriétaire de chaque service, à différents niveaux de détail
 - sur la base d'un cadre conceptuel commun

3.5.3 Utilisations de l'outil Gazelle d'IHE

En ce moment, Brusafe + (le coffre-fort multidisciplinaire bruxellois) peut connecter des projets à notre serveur via les outils en ligne disponibles:

- Livre de recettes en ligne ou manuel destiné aux développeurs de projets pour la mise en œuvre de toutes les spécifications de Brusafe +: <https://doc.brusafe.be>;
- Plateforme de test open-source appelée <https://gazelle.ehealth.brussels> et permettant aux développeurs de suivre les documents envoyés et leur connexion.
- Un accès au forum open source inspiré des codes de connexion existants des développements précédents.

Ce projetathon est une étape du processus de test global, depuis un prototype ou une version bêta dans un environnement antérieur au projet pilote, dans le monde réel. Le même environnement de test prend en charge chaque étape du processus de test, organisé comme un événement en face à face ou un test virtuel.

3.6 Qualité des logiciels de santé

Problème

Pour assurer la qualité des logiciels commerciaux de santé, il est nécessaire de disposer d'indicateurs de qualité explicites et clairs et de les valider.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Les prestataires de soins et les citoyens veulent être aidés pour pouvoir évaluer si une solution informatique, une application, un site Web ou des appareils dans le domaine d'e-Santé sont «bons». Nous devons être en mesure d'évaluer cela, le fournisseur transmettant les informations nécessaires via un outil d'auto-évaluation fournissant une image claire de la "qualité" du produit proposé. Les résultats sont réutilisables dans d'autres processus nécessitant un accès à un environnement de production ou dans le cadre d'une validation / homologation / certification formelle périodique de produits / services dans le domaine e-Santé.

Dans le plan d'action 2013-2018, de nombreuses activités concernaient déjà la validation, l'homologation, l'accréditation de logiciels de santé commerciaux et cela principalement liées à l'utilisation par les dispensateurs de soins de 1^{re} ligne et notamment les médecins généralistes, les dentistes, ... Ces activités étaient surtout orientées vers l'utilisation correcte des services de base d'eHealth base et sur l'interopérabilité des données.

L'objectif de ce projet est de fournir un maximum d'indications sur la qualité des logiciels de santé commerciaux, non seulement sur l'exactitude des données utilisées, mais aussi sur leur facilité d'utilisation, leur « supportability » (la mesure dans laquelle les problèmes peuvent être détectés et résolus, notamment au niveau des journaux, des mises à jour logicielles sans temps d'arrêt, de la reproductibilité des problèmes, de la disponibilité d'un « mode de test »,...), la politique de licence,.....

Les termes génériques « logiciels de santé commerciaux » ont une acception très large et incluent, par exemple, les applications mobiles, qu'elles soient ou non liées à des dispositifs médicaux.

De nouveaux systèmes de partage des données seront développés, par exemple dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire. Ces systèmes de partage de données n'atteignent leurs objectifs que lorsqu'ils sont utilisés par une masse critique de prestataires de soins de santé concernés.

Pour permettre aux soignants et aux prestataires de soins d'utiliser ces systèmes efficacement, il est nécessaire de disposer d'une solution de connexion unique (de préférence sous la forme d'une intégration complète dans les logiciels) et d'une interopérabilité totale.

La mission des autorités dans ce projet est de faciliter l'intégration opérationnelle des systèmes existants et des nouveaux systèmes de partage de données dans les progiciels.

Les fournisseurs de TIC demandent un centre d'homologation national. Ce centre offre aux fournisseurs informatiques la possibilité de faire tester leurs solutions TIC (logiciels) pour s'assurer de la mise en œuvre correcte des normes (au sens large), des directives et des accords (par exemple, normes minimales).

Le fournisseur de TIC s'attend à ce que, sur la base d'un outil d'homologation, il puisse tester de manière indépendante si sa solution informatique répond aux exigences de fond des normes, directives et accords. De manière pratique, l'outil d'homologation est disponible 24h / 24 et 7j / 7 pour les fournisseurs de TIC et son utilisation est gratuite. Le fournisseur TIC peut planifier et gérer lui-même les sessions d'homologation. La qualification doit être de bas seuil et transparente. Plusieurs procédures doivent pouvoir se dérouler simultanément. Effectuer une validation / homologation / enregistrement formelle ne sera plus gratuit pour le fournisseur TIC. Avoir une évaluation / interprétation des réponses aux questions de l'outil de qualification (auto-évaluation) et les évaluer par rapport à certains référentiels sera également un service payant. Le fait d'effectuer un audit pour déterminer dans quelle mesure une auto-évaluation a été effectuée correctement appartient aux services payants.

Le centre d'homologation peut offrir des services supplémentaires:

- Orientation et soutien d'experts (rémunérés ou non);
- aperçu des messages / documents envoyés et des résultats de validation;
- La possibilité de se remettre en question et de s'envoyer des messages.

Le centre de qualification dépend d'une infrastructure technique nationale, d'un laboratoire d'interopérabilité, pour pouvoir offrir ses services. Le projet qui réalise cela est décrit dans 3.5.

Le principe de base de ce projet est que les autorités ne procéderont pas directement à des homologations, mais qu'elles se concentreront sur la création d'une plate-forme qui permettra aux prestataires de soins d'être informés de la mesure dans laquelle les logiciels de soins répondent à certains critères fixes.

Les autorités définiront les critères minimaux, surtout dans le domaine de l'interopérabilité tandis que d'autres critères tels que la convivialité seront définis et validés par les utilisateurs eux-mêmes (par exemple par l'intermédiaire de leurs organisations professionnelles).

Les fournisseurs de logiciels de santé commerciaux devront apporter eux-mêmes la preuve qu'ils satisfont aux différents critères en recourant aux services des organismes de contrôle, à leur tour contrôlés par les autorités et les utilisateurs finaux.

Objectifs

3.6.1 Offrir un outil de qualification

Afin de soutenir les fournisseurs de TIC dans le processus d'intégration et de contrôle de la qualité, un outil est nécessaire. Cet outil est un site Web qui guide pas à pas le fournisseur TIC (préparation (préparation), Design & Build et Test & Go Live) pour enfin obtenir une validation / homologation / enregistrement formelle. Nous nous basons sur ce qui existe déjà au niveau international.

3.6.2 Proposer et mettre à jour périodiquement une auto-évaluation

Nous développerons ceci en fonction des bonnes pratiques. L'objectif est d'intégrer cela dans le concept fédéral de la pyramide de validation. L'outil d'homologation prend en charge ce processus.

Le point de départ du processus d'évaluation est une auto-évaluation, qui doit être réalisée par les fournisseurs de TIC eux-mêmes.

3.6.3 Organisation du contrôle de la qualité

Cet objectif établit l'organisation et les responsabilités de chaque partie dans l'homologation des logiciels commerciaux de santé :

- quelles sont les parties concernées ?
- quel est le rôle endossé par chaque partie ?
 - o qui effectue les tests ?
 - o qui valide ?
- quels sont les flux de processus ?
- qu'est-ce que la gouvernance ?
- quel est l'impact (financier) des indicateurs de qualité ?
 - o pour le prestataire de soins ?
 - o pour le fournisseur des logiciels de santé ?
 - o pour les autorités ?
- quelle est la durée de validité ?
- qu'advient-il des qualifications existantes au moment de la sortie de nouvelles versions
 - o de logiciels de santé commerciaux ?
 - o d'un système public ?
- ...

3.6.2 Indicateurs de qualité

Cet objectif met en œuvre ce qui a été élaboré dans l'objectif précédent.

L'objectif est atteint quand au moins un logiciel de santé commercial (p. ex. un logiciel pour les médecins généralistes) a parcouru l'ensemble du processus.

3.7 Formation et éducation

Problème

Il est difficile de garder une vue d'ensemble de l'enseignement et de la formation des prestataires de soins. Les fournisseurs de TIC recherchent également des informations, des conseils et des conseils sur l'intégration et l'utilisation des services d'e-Santé.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
		X

Description

Les entités fédérées offrent une formation et un enseignement par l'intermédiaire de partenaires, de sorte que les prestataires de soins et les praticiens de la santé utilisent l'e-Santé au quotidien. Ils le font pour des projets spécifiques des entités fédérées, mais également pour des projets du gouvernement fédéral. Il n'est pas nécessaire de changer cette approche, mais il est nécessaire de garder une vue d'ensemble sur de la formation offerte.

Ce ne sont pas seulement les prestataires de soins et les travailleurs sociaux qui ont besoin d'une formation. Les entreprises actives dans le domaine de l'e-Santé recherchent également des informations et des conseils.

Objectifs

3.7.1. Soutien aux prestataires de soins de santé et aux organisations de soins de santé

e-Health Academy

En région bruxelloise, il existe l'initiative e-Health Academy (www.ehealthacademy.be). On y trouve toutes les formations pour aider les prestataires de soins de santé à mieux comprendre l'e-Santé.

eenlijn.be (VIVEL à l'avenir)

eenlijn.be est le partenaire en Flandre qui encourage et soutient les prestataires de soins de santé par le biais de sessions d'information et de formation, de webinaires, d'e-learning et d'un service d'assistance téléphonique afin de promouvoir la coopération en première ligne.

e-santewallonie.be

Il s'agit de l'initiative wallonne de formation et d'aide aux prestataires de soins de santé.

3.7.2. Soutien aux fournisseurs de TIC

En consultation avec les entités fédérées, nous étudions les possibilités de coaching et de formation en e-Santé à destination des entreprises.

Cela concerne, par exemple, l'offre de programmes d'orientation pour la transformation de solutions informatiques existantes, l'audit de solutions informatiques en termes de convivialité, de sécurité de l'information, de coaching et de conseil. Cela peut être fait par des partenaires privés déjà actifs dans le domaine du coaching et de la formation. Ils collaborent avec la plate-forme eHealth qui met à disposition des experts pour partager leurs connaissances et leurs compétences.

3.8 Réduction de la charge de travail administrative pour les fournisseurs de soins

Problème

Les prestataires de soins et les établissements de soins sont soumis à une pression croissante en matière de rapportage qui n'a pas été optimisée.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X	X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

L'acceptation des services d'e-Santé par les prestataires de soins et les établissements de soins est entravée par les exigences de rapportage accrues des administrations publiques.

Ce projet part du point de vue des utilisateurs (et en 1^{er} lieu le prestataire de soins individuel en dehors du contexte d'un établissement de soins), inventorie et optimise la pression de rapportage existante.

Le projet cherche également un moyen d'améliorer la transparence et le feed-back d'informations sur les rapports collectés, au prestataire de soins ou, en d'autres termes, la façon avec laquelle ces rapports peuvent créer une véritable valeur ajoutée.

Objectifs

3.8.1 Inventaire du rapportage

Cet objectif fournit un aperçu détaillé des rapports demandés par type de prestataire de soins et leur impact (charge de travail, conséquences financières, etc.) sur le prestataire de soins qui fournit le rapport.

3.8.2 Optimisation

Cet objectif propose des optimisations tant au niveau du rapportage que du feed-back donné aux prestataires de soins.

Cluster 4 Prestataires de soins et institutions de soins

4.1 Échanges d'informations multidisciplinaires

Problème

Un échange multidisciplinaire efficace entre les prestataires de soins et les établissements de soins n'est toujours pas opérationnel.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X			X		X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Ce projet est crucial pour la prochaine phase du plan e-santé car il doit, en effet veiller à ce que les informations sur les patients puissent être échangées par voie numérique entre les prestataires de soins, qu'ils fassent partie des mêmes groupes professionnels ou de groupes professionnels différents. Cette nécessité apparaît notamment très clairement au niveau des soins aux malades chroniques et dans le cadre des soins intégrés.

Un tel échange contribue également à éviter de multiplier les examens onéreux.

Dans le plan d'action 2013-2018, ce point était traité sous PA06.

Ce projet part de la disponibilité d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) pour tous les groupes professionnels concernés (ce qu'on appelle les prestataires de soins AR78). Un certain nombre de groupes professionnels (médecins, pharmaciens, personnel infirmier, dentistes, kinés,...) ont déjà mis en place ce système, mais certains autres doivent encore le faire. Cette définition décrira les différents blocs d'information qui doivent être inclus dans un DPI afin de pouvoir partager les données avec d'autres prestataires de soins.

L'étape suivante consiste à concevoir et à mettre en œuvre un système d'échange : quel que soit le type de données échangées entre les différents prestataires de soins, il existe un modèle et des activités fixes (entre autres, le remplissage des données, la publication des données, le stockage des données dans une structure de stockage sécurisée, la recherche des données, l'adaptation des données, les règles d'accès). Un inventaire des rôles et des responsabilités (y compris les développeurs de logiciels) est dressé pour chaque étape générique des objectifs spécifiques du projet.

Ensuite, les blocs d'information sont élaborés, ces blocs d'information sont appelés **Care-Sets**.

La manière dont les blocs d'information sont structurés sur le plan technico-informatique dépend des choix effectués dans le cadre de projet 0.5 Normes d'information et de la possibilité d'utiliser les structures existantes à l'étranger (par exemple, Clinical Building Blocks de Nictiz, FHIR de HL7 ou CDA/XDS de IHE7).

Les Care-Sets sont également mis à la disposition du patient (pour consultation uniquement) via projet 5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal.

Objectifs

4.1.1 Définition des DPI pour tous les groupes professionnels des soins de santé

Cet objectif décrit les différents blocs d'information qui doivent être inclus dans un DPI afin de pouvoir partager les données avec d'autres prestataires de soins (y compris les données administratives des patients qui sont identiques pour toutes les professions des soins).

Cet objectif dresse également l'inventaire de tous les flux d'information par profession des soins de santé qui constitue le point de départ ou le point de destination finale des informations partagées, car, en effet, pour chacun de ces flux, au moins un bloc d'information doit être disponible pour la profession des soins de santé considérée.

Exemples et références possibles :

- les processus définis par les Pays-Bas dans le cadre d'une mise en œuvre du FHIR. (https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.06_FHIR_IG#Use_cases).
- les profils IHE (p. ex. IHE Patient Care Coordination https://wiki.ihe.net/index.php/Patient_Care_Coordination).

4.1.2 Blocs d'information (Care-Sets)

Cet objectif vise le développement de blocs d'information spécifiques sur la base de la priorité approuvée dans le GTI et le modèle élaboré dans le cadre de l'objectif précédent.

Les éléments constitutifs de l'information sur les soins de santé des Pays-Bas (<https://zibs.nl/wiki/Hoofdpagina>) constituent une référence possible. Les éléments d'information sur les soins de santé servent à consigner les accords de fond (non techniques) dans le but de normaliser l'information utilisée dans le processus des soins de santé. L'objectif de la normalisation est de réutiliser ces informations du processus de soins à d'autres fins, p. ex. des enregistrements de qualité, des transferts ou des recherches liées aux patients. Un bloc d'information sur les soins de santé est un modèle d'information, dans lequel un concept de contenu sur les soins de santé est décrit en fonction des éléments de données qui le composent, des types de données de ces éléments de données, etc.

Les éléments constitutifs de l'information sur les soins de santé sont des modèles d'information sur des concepts cliniques minimaux, contenant chacun des données multiples avec un contenu, une structure et une relation mutuelle convenus. Nous nous efforçons de réutiliser ces éléments constitutifs de l'information sur les soins. Cela simplifie la transition vers les normes internationales de données et le partage international des données.

4.1.3 Intégration dans le 5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal

Cet objectif rend les blocs d'information (Care-Sets) en cours d'utilisation accessibles au patient/citoyen via le portail personnel de santé (projet 5.1)

Les informations contenues dans les blocs peuvent au moins être consultées par le patient. Quel que soit l'endroit où l'information est stockée, elle sera accessible via les fonctionnalités des hubs et des coffres-forts. Ainsi, les sites Web, portails ou applications existants pourront visualiser les données via les interfaces existantes.

4.1.4 Échange opérationnel

Cet objectif utilise les Care-Sets développés pour mettre en œuvre des cas d'utilisation et des flux opérationnels spécifiques.

Un exemple de ceci est l'échange de données sur la naissance et les 2 premiers mois de vie (période périnatale) entre l'hôpital de naissance, Kind&Gezin/ONE, la sage-femme indépendante et éventuellement les autres prestataires de soins.

Cet objectif permet donc de réaliser des implémentations et des utilisations concrètes.

4.2 Fonctionnalités pluridisciplinaires

Problème

Des fonctionnalités supplémentaires sont nécessaires pour un fonctionnement multidisciplinaire et transmurale efficace de tous les prestataires de soins impliqués dans une approche de soins multidisciplinaire autour d'un patient.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X	X	X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Outre l'échange d'informations pluridisciplinaire (projet 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*), il est nécessaire de disposer de fonctionnalités permettant un fonctionnement multidisciplinaire et transmurale efficace de tous les prestataires de soins concernés, y compris le patient et le soignant informel.

Cette nécessité apparaît notamment très clairement au niveau des soins aux malades chroniques et dans le cadre des soins intégrés.

Dans un premier temps, les différentes catégories de prestataires de soins (pas non plus les prestataires de soins et assistants de l'AR78) doivent disposer des fonctionnalités suivantes dans un délai relativement court :

- **Journal** : Un journal est un document de communication contenant des informations pertinentes sur le patient, disponible pour tous les membres de l'équipe multidisciplinaire de soins et nécessaire et/ou utile dans le contexte du suivi des soins.

Le journal est structuré chronologiquement et se compose d'un ensemble de notes contenant des informations sur un patient. Le journal ne contient donc aucun document médical ou administratif (factures, lettre de sortie d'hôpital, etc.) qui doivent être conservés ailleurs, par exemple dans le dossier du patient.

- **Objectifs de soins et de vie** : Des soins ciblés/axés sur le patient ne sont pas fondés sur l'état ou les limitations du patient, mais sur les besoins et les objectifs du patient. Qu'est-ce qui est important pour le patient ?

Afin que chaque membre de l'équipe des soins soit en mesure de fournir des soins fondés sur ces objectifs et les besoins du patient, il est nécessaire que ces objectifs de vie puissent être identifiés, enregistrés et partagés avec tous les membres de l'équipe de soins. L'équipe soignante (avec le patient et son entourage) peut fixer les objectifs de soins en fonction des objectifs de vie.

- **Plan de soins** : Un plan de soins est un plan d'action multidisciplinaire concret basé sur les objectifs de soins et de vie d'un patient.

Afin de pouvoir proposer des soins intégrés à un patient, il est nécessaire que l'équipe soignante soit en mesure de travailler sur la base d'un plan de soins.

L'élaboration d'un plan de soins multidisciplinaire est un processus itératif :

- une évaluation globale, nécessaire pour cartographier la situation d'un patient (bilan biopsychosocial),
- la formulation d'objectifs de vie et de soins
- la conclusion de conventions de soins pour poursuivre ces objectifs.

Ce processus devrait être revu lorsqu'un changement survient dans la situation d'un patient.

- **Agenda** : Aujourd'hui (presque) chaque soignant a un agenda électronique qui contient son propre planning. L'agenda a donc été établi du point de vue du secteur de la santé.

Dans le contexte d'une approche axée sur le patient, dans laquelle l'autonomisation du patient est importante, il est nécessaire d'établir un programme du point de vue du patient.

Cet ordre du jour comprendra, entre autres, les points suivants

- les consultations avec les différents prestataires de soins,
- les modalités relatives aux différents examens médicaux (prises de sang, radiographies, etc.),
- les visites prévues par les prestataires de soins ou les travailleurs sociaux à domicile
- les périodes pendant lesquelles le(s) soignant(s) est(ont) avec le patient.
- ...

Ainsi, l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, y compris le patient et les soignants informels, peuvent disposer d'un aperçu de la planification d'un patient et cette planification peut être optimisée.

- **Équipe de soins multidisciplinaire** : Une équipe de soins multidisciplinaire est une équipe formée autour d'un patient et composée du patient lui-même, des prestataires de soins qui ont une relation thérapeutique ou de soins avec le patient, des personnes-ressources du patient, de la personne de confiance du patient et du ou des soignants informels du patient.

La composition minimale d'une équipe de soins multidisciplinaire comprend le patient lui-même et un prestataire de soins ayant une relation thérapeutique avec lui.

Ce projet a des points communs avec le projet 4.12 "Communication et planification des soins". Nous examinerons comment une coordination entre les deux projets peut être obtenue.

Objectifs

4.2.1 Journal

Cet objectif examine les solutions possibles pour la fonctionnalité de l'agenda et implémente, éventuellement par étapes (à une échelle limitée et progressivement étendue), la fonctionnalité de l'agenda: cela inclut les flux de processus pour remplir, consulter, modifier, ajouter et supprimer le journal. Le contenu et la structure de l'information sont définis par le projet 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*.

Les règles d'accès sont également fixées et développées.

Les ajouts au journal d'un patient peuvent être faits manuellement (par une personne spécifique de l'équipe soignante ou le patient lui-même) ou via des systèmes automatisés (par exemple, une application mobile qui enregistre le moment de la prise du médicament).

Une attention particulière est nécessaire pour s'assurer qu'aucune donnée médicale confidentielle ne soit stockée dans le journal.

4.2.2 Agenda

Cet objectif investigate les solutions possibles pour la fonctionnalité d'agenda et le met en œuvre, éventuellement par étapes (en commençant par une échelle limitée et progressivement étendue): cela inclut les flux de processus pour remplir, consulter, modifier, ajouter et supprimer l'agenda. Le contenu et la structure de l'information sont définis par le projet 4.1 *Multidisciplinaire informatie-uitwisseling*.

En outre, les règles d'accès sont également fixées et développées.

Les ajouts à l'agenda d'un patient peuvent être faits manuellement (par une personne spécifique de l'équipe soignante ou le patient lui-même) ou via des systèmes automatisés (p. ex. système de rendez-vous de l'hôpital, médecin généraliste, dentiste ou autres fournisseurs de soins).

4.2.3 Objectifs de soins et de vie et plan de soins

Cet objectif met en œuvre le processus itératif pour arriver à un plan de soins pour un patient. Le résultat est un plan de soins documenté qui est accessible à tous les membres de l'équipe soignante, y compris au patient. Un projet développé en Flandre (projet 4.12 communication sur et planification des soins) constitue une source d'inspiration et un projet pilote très utile.

4.3 Prescription électronique

Problème

Afin de garantir l'utilisation généralisée de la prescription électronique, des aspects supplémentaires tels que la dématérialisation et l'intégration dans le Personal Health Viewer doivent être élaborés. D'autres types de prescriptions (autres que les médicaments) peuvent être élaborés de la même manière.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X					

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

La prescription électronique des médicaments sera obligatoire à partir du 1 janvier 2020 et, au sens strict du terme, ce projet du plan d'action 2013-2018 a été largement réalisé, à l'exception de la dématérialisation de la prescription électronique.

La dématérialisation peut être réalisée de différentes manières et notamment

- en recourant aux possibilités qu'offre mHealth (l'industrie a déjà pris des initiatives intéressantes en la matière).
- Grâce au Personal Health Viewer (voir section 5.1 *Persoonlijk gezondheidsportaal*) il sera aussi possible d'indiquer chez quel pharmacien le patient pourra aller chercher ses médicaments (ou peut-être même se les faire livrer).

Le Plan d'action 2019-2021 ajoute un objectif supplémentaire, à savoir celui de l'élargissement du système aux prescriptions non médicales (p. ex. kinésithérapie, logopédie, etc.).

Étant donné sa dimension supplémentaire, c'est-à-dire la disponibilité et l'harmonisation de la planification, ce type de prescription aura un autre flux processus que les prescriptions traditionnelles. Dans ce cadre, le lien avec ce qu'on appelle la « plate-forme de référence » (voir 5.2 *Digitale Verwijsplatform*) sera inévitablement établi.

Objectifs

4.3.1. Implémentation du trajet de dématérialisation

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- À partir de mi-2019, il sera possible d'aller chercher ses médicaments dans toutes les pharmacies sans avoir besoin d'une preuve papier de sa prescription électronique. À compter de ce moment, le patient pourra consulter par voie électronique ses prescriptions encore en suspens en utilisant une application ou directement à la pharmacie. Le pharmacien disposera d'un accès convivial aux prescriptions en suspens sur la base du numéro d'identification de la sécurité sociale d'un patient (NISS) et pourra exécuter les prescriptions indiquées par le patient. L'accès aux prescriptions en suspens d'un patient sera consigné dans un registre. Les modalités concrètes de ce processus seront déterminées en concertation avec toutes les parties concernées.
- Utilisation des prescriptions électroniques dans le cadre des visites à domicile.
- Adaptations réglementaires nécessaires

4.3.2. Prescriptions non médicamenteuses

Cet objectif garantit que toutes les prescriptions de traitement sont créées, transmises et récupérées par voie électronique.

Il ne s'agit pas de références mais de prescriptions de traitement, de prescriptions extra-muros ou intra-muros (c'est-à-dire destinées aux prestataires de soins de 1^{re} ligne : kinésithérapie, soins infirmiers ambulatoires, diététiciens, logopèdes, podologues, matériel médical...), demandées par des médecins généralistes ou des médecins spécialistes dans le cadre de leur pratique privée ou d'une consultation à l'hôpital.

Une 2^e catégorie de prescriptions/ordonnances est celle des ordonnances destinées aux laboratoires et aux services d'imagerie médicale extra-muros.

Brusafe+ représente une référence possible qui peut supporter le profil IHE XDW. Le profil XDW, Cross-Enterprise Document Workflow est un profil IHE. C'est l'équivalent de la eHealthBox, mais avec la possibilité de gérer une catégorie d'adresses (« I à n » au lieu de « I à I »). Par exemple, un médecin généraliste peut envoyer un message aux « infirmières » au lieu de l'envoyer à une seule infirmière. Et la première infirmière disponible peut, par exemple, répondre à la demande.

(https://wiki.ihe.net/index.php/Cross_Enterprise_Workflow).

Le profil XDW peut être utilisé pour :

- les flux de travail eReferral (références électroniques),
- une solution flexible pour les flux de travail dynamiques et adaptables (équipes tumorales, soins à domicile, etc.)
- L'impact clinique, économique, social et organisationnel (les statistiques sur l'XDW peuvent donner un aperçu de la manière dont les soins sont dispensés « dans le monde réel »).

Une autre référence possible ici, est Recip-e avec une extension des fonctionnalités existantes.

4.4 VIDIS - Evolution de la prescription électronique

Problème

Un partage efficace et efficient des données et de l'information sur tous les aspects du traitement de la médicamenteux, entre les acteurs des soins ambulatoires, entre le secteur ambulatoire et l'environnement hospitalier, et avec et par le patient et son entourage, doit être réalisé en intégrant les données disponibles dans les systèmes existants et en orchestrant mieux les processus pharmacologiques.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X		X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Le projet VIDIS (*Virtual Integrated Drug Information System*) vise à organiser et à stimuler le partage de données et d'informations.

- entre les acteurs des soins ambulatoires
- entre le secteur ambulatoire et le milieu hospitalier
- avec et par le patient et son entourage

sur tous les aspects du traitement médicamenteux en intégrant les données disponibles dans les systèmes de partage de données existants et en orchestrant mieux les processus relatifs aux médicaments

Les objectifs du projet VIDIS sont :

- L'organisation des processus liés aux médicaments [les processus classiques comme la prescription et la délivrance des médicaments, ainsi que les processus de qualité des soins comme la 'medication review'.
- Améliorer l'interopérabilité entre les systèmes de partage des données
- Optimiser la qualité des données (par l'utilisation de normes, de sources authentiques)

au moyen de

- L'évolution des systèmes de partage des données existants afin de les rendre plus « compatibles » et plus harmonisés
- Règles commerciales pour les fournisseurs de logiciels et les utilisateurs finaux
- Méthodologie de test et de validation des progiciels

En d'autres termes, fournir des outils personnalisés et optimisés que nous pouvons proposer aux utilisateurs finaux en vue de soutenir de manière optimale les processus relatifs au partage des données et des informations.

Le projet vise la réalisation d'une vision à long terme et a été divisé en 3 phases.

Le plan d'action 2013-2018 comprenait le déploiement des systèmes de partage de données existants (schéma de médication, GFD, etc.) et a développé de nouvelles fonctionnalités (par exemple, des notes de journal). Les instructions et recommandations d'implémentation de la phase 1 du projet VIDIS (le « dossier de médication » consolidé virtuellement, une nouvelle fonctionnalité dans le logiciel des acteurs des soins et une nouvelle view pour le patient via le PHV) sont disponibles. Dans le plan d'action 2019-2021, ce projet se concentre sur la phase 2 et la phase 3.

Avant fin 2018, l'architecture nécessaire pour optimiser l'orchestration des processus relatifs aux médicaments sera définie, les adaptations nécessaires des systèmes existants pour accroître l'interopérabilité seront identifiés (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre) et un plan de projet sera élaboré. Ce plan de projet tiendra également compte des adaptations dans le cadre de l'utilisation des données SAML2.0.

La phase 2 se concentre sur l'utilisation du « dossier de médication » et du schéma de médication multidisciplinaire partagé dans le contexte des processus classiques de prescription, de délivrance et d'administration des médicaments. La phase 3 met l'accent sur son utilisation dans le contexte des processus de la qualité des soins (p. ex. la medication review et la discussion de cas interdisciplinaires) et sur l'établissement et la consultation de l'historique des traitements médicamenteux.

En plus de l'utilisation unique des données de SAML 2.0, il est également souhaitable que dans le cadre de la prescription d'un (nouveau) traitement, le prescripteur soit aidé par un système d'aide à la décision (Decision Support System) (semblable à iRadiology pour les prescriptions radiologiques). Voir aussi le chapitre 4.4.

Objectifs

4.2.1. Implémentation de la phase 2 du projet VIDIS

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Réalisation des adaptations des systèmes de partage de données existants conformément au plan de projet convenu pour la phase 2 du projet VIDIS.
- Réalisation des adaptations des progiciels conformément au plan de projet convenu pour la phase 2 du projet VIDIS.
- Organisation d'un pilote
- Adaptations réglementaires nécessaires
- GO LIVE

4.2.2. Analyse et planification de la phase 3 du projet VIDIS

Cet objectif comporte 2 aspects :

- Inventaire des adaptations nécessaires des systèmes existants (impact, charge de travail, délai de réalisation, budget, main-d'œuvre)
- Élaboration d'un plan de projet « VIDIS phase 3 »

4.2.1. Implémentation de la phase 3 du projet VIDIS

Cet objectif englobe plusieurs aspects :

- Réalisation des adaptations des systèmes de partage de données existants conformément au plan de projet convenu pour la phase 3 du projet VIDIS.
- Réalisation des adaptations des progiciels conformément au plan de projet convenu pour la phase 3 du projet VIDIS.
- Organisation d'un pilote
- Adaptations réglementaires nécessaires
- GO LIVE

4.5 Plate-forme d'aide à la décision

Problème

L'amélioration de la qualité par l'utilisation de systèmes d'aide à la décision peut être organisée de manière très efficace par le biais d'une plate-forme centrale.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X	X	X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Récemment, des applications d'aide à la décision, par exemple iRadiology, Theramid-i, ont été développées pour faciliter les références plus ciblées.

L'introduction d'une telle couche de services, sous la forme d'une couche de qualité mise à disposition à l'échelle nationale permet de réaliser diverses choses :

- Les diverses organisations de soins ne sont PAS tenues, d'acheter elles-mêmes une licence pour les solutions pertinentes ou de s'occuper de la maintenance du contenu (économie de coûts).
- Les diverses organisations de santé ne doivent pas, elles-mêmes insister auprès de leurs fournisseurs de logiciels pour obtenir une connexion à tels systèmes de qualité (simplification de la gestion des projets/produits).
- Les autorités fédérales fournissent au marché une couche de qualité et peuvent ainsi plus facilement réaliser des intégrations obligatoires et tout le monde utilise les mêmes paramètres et les mêmes processus (plus de comparaisons entre des pommes et des poires).
- Les autorités fédérales se présentent comme un partenaire fiable et de qualité
- Garder le contrôle sur la gestion de ces parties permet d'éviter les écarts commerciaux
- Une fertilisation croisée qualitative avec les véhicules de partage de données existants (par exemple Sumehr, VIDIS, ...) est possible.

La gestion de ces couches de qualité doit se faire dans le respect d'une gouvernance sérieuse. Les partenaires (hôpitaux, etc.) seront étroitement associés à ce processus.

Objectifs

4.5.1. iRadiology

À un « niveau très élevé », iRadiology veillera à ce qu'une certaine demande d'imagerie médicale soit éventuellement annulée ou convertie en une demande d'un autre examen plus adapté. iRadiology se sert pour cela d'une part des paramètres de la demande (spécifiques au patient) et d'autre part des règles des « bonnes pratiques ».

Le fait d'intégrer cette opération dans une couche de qualité fédérale permet d'utiliser d'autres données centralisées, par exemple,

- Sumehr indique si un pacemaker ou des broches en métal sont présents ;
- Schéma de médication (pas de contraste possible parce que le patient prend le médicament X), ...)

Cela permet au prestataire de soins demandeur d'éviter d'avoir à fournir ces données en tant que paramètres à prendre en compte (ce qui influence favorablement l'effort demandé pour introduire la demande (temps).

4.5.2 iMedication

Il est bien entendu très important de prescrire et d'utiliser les bons médicaments.

Étant donné qu'il existe tellement de médicaments (et qu'il en existe de plus en plus) ainsi que de plus en plus de substances chimiques, il est quasi impossible pour un médecin prescripteur ou un pharmacien de retenir tous les détails.

Afin de soutenir ces parties prenantes, il est nécessaire d'utiliser des systèmes d'aide à la décision aussi à cette fin.

Un tel DSS doit être capable de traiter correctement les interactions, notamment :

- les interactions médicamenteuses
- les interactions entre les médicaments et les allergies
- Les interactions entre les médicaments et la maladie

Au moment de la prescription, juste avant que celle-ci ne soit envoyée dans Recip-e, la couche DSS sera activée de façon à ce que le prescripteur reçoive un feed-back si des « situations » sont détectées (la même approche qu'avec iRadiology).

Avec cette méthode, il n'est pas nécessaire de demander à chaque fournisseur de logiciels de réaliser lui-même une intégration DSS.

Comme pour iRadiology, la licence nationale pour un tel DSS sera également beaucoup moins chère que si chaque environnement (hôpital, partenaire logiciel, prescripteurs, etc.) devait l'acheter.

4.5.3 Enregistrement des effets secondaires des médicaments

Aujourd'hui, divers systèmes ont été mis en place pour signaler et traiter les effets secondaires des médicaments :

- Un patient peut signaler un effet indésirable sur le site Web de l'AFMPS.
- Un médecin généraliste peut-il rapporter des effets secondaires dans le cadre des systèmes utilisés dans les pratiques de médecine générale ?
- certains systèmes informatiques hospitaliers permettent d'enregistrer les effets secondaires des médicaments
- ...

Au final, toutes ces informations sont réunies au niveau de l'AFMPS, qui analyse ces informations et qui, le cas échéant, les transmet au fournisseur du médicament.

Pour l'instant, cela concerne de nombreux processus autonomes qu'il est préférable d'aborder de manière holistique. Sur la base du plan d'action 2019-2021, divers leviers sont disponibles pour soutenir l'input de ces divers reportages :

- Le Personal Health Viewer (*5.1 Persoonlijk gezondheidsportaal*) peut très facilement lancer le formulaire de rapport existant de l'AFMPS (ou la future fonction de rapport de l'AFMPS) et le remplir en grande partie.
On pourrait, par exemple, veiller à ce que le rapport d'effets indésirables de médicaments qui ne sont pas repris dans le schéma de médication VIDIS du patient soit traité de manière « différente » (par exemple, qu'une alerte soit envoyée au médecin généraliste ou au pharmacien de famille).
- L'homologation/accréditation des systèmes utilisés dans les pratiques examine aussi s'ils comprennent une fonction de rapport des effets secondaires.

4.6 BelRAI

Problème

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action eHealth 2015-2018, l'application web BelRAI 2.0 a été mise à la disposition de tous les prestataires de soins. Son objectif était de « fournir un outil uniforme d'évaluation des personnes vulnérables » qui pourrait être largement utilisé dans le secteur de la santé.

Le 26 mars 2018, un protocole BelRAI a également été signé au sein de la CIM qui décrit la stratégie commune pour faciliter l'implémentation du BelRAI. Ce protocole contient plusieurs chapitres, dont les suivants

- le contenu de l'instrument BelRAI et ses éventuelles futures extensions
- les modalités et les conditions d'utilisation de l'instrument BelRAI par les prestataires de soins dans un contexte de soins
- les modalités et les conditions d'utilisation des données nominatives du BelRAI en dehors d'un contexte d'urgence ou de soins
- un programme spécifique de formation, de recyclage et de formation continue pour les utilisateurs
- l'architecture de BelRAI, qui repose sur une base de données centrale et une application web, une extension mobile pour le « screener » BelRAI, des services web pour des tiers (pour les logiciels proposés par des tiers, pour les administrations ou autres personnes autorisées qui ont besoin de certaines informations du BelRAI et pour l'accès du patient à ses propres données) et un data warehouse
- la collaboration avec les fournisseurs de logiciels et avec InterRAI™
- l'élaboration d'une charte de communication pour toutes les autorités en matière de communication
- les modalités de cofinancement entre les différentes autorités
- des engagements spécifiques des autorités fédérales et des entités fédérées de promouvoir et d'utiliser le BelRAI dans le cadre de leurs compétences propres.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X				X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

À partir de 2019, des initiatives devront être prises pour mettre pleinement en œuvre le protocole du 26 mars 2018 en ce qui concerne :

- les principes de base de la politique d'e-Santé
- les pouvoirs et l'autonomie des différentes autorités
- les besoins de soutien des prestataires de soins

Les différentes initiatives et leur répartition dans le temps doivent être enregistrées dans la limite du budget annuel de 1 379 035 euros prévu dans le protocole.

Objectifs

4.6.1 Développement de la cellule opérationnelle BelRAI

Les missions de cette cellule sont décrites dans le protocole comme suit :

- secrétariat du groupe de pilotage
- SPOC / gestionnaire du helpdesk et de la boîte aux lettres BelRAI, auprès des utilisateurs, des organismes de formation et des producteurs de logiciels
- gestion du site web BelRAI
- coordinateur des programmes de formation BelRAI (niveau expert) et de certification
- responsable de la maintenance et de la coordination de la base de données, de l'application, de l'entrepôt de données, du site wiki
- gestion de la relation contractuelle et opérationnelle avec les partenaires d'hébergement et les développeurs de logiciels
- la gestion des demandes d'autorisation au comité sectoriel
- gestion des versions, système de gestion du contenu et gestion des versions
- responsable de l'adaptation et de la production de nouveaux modules et de l'organisation des traductions
- gestion et suivi des dépenses et du budget
- responsable de la gestion des licences et des contacts avec InterRAI
- responsable de l'élaboration d'un rapport annuel d'activité

La cellule BelRAI est composée de collaborateurs du SPF Santé publique et doit disposer des moyens nécessaires (collaborateurs, budget, outils logiciels) pour mener à bien sa mission ; L'équipe permanente compte 3 collaborateurs à temps plein qui peuvent faire appel, pour certains aspects spécifiques, à d'autres services du SPF (p. ex. ce qui concerne la communication) ainsi qu'à des collaborateurs externes ponctuels (p. ex. en ce qui concerne les études) pour des aspects spécifiques.

4.6.2 Création d'un référentiel BelRAI au niveau méta-HUB

Ce répertoire sera consultable par les prestataires de soins traités via leur propre logiciel afin qu'ils puissent être informés de l'existence d'une évaluation de leur patient dans la base de données BelRAI.

La mise en production de cette fonctionnalité doit encore être inscrite au calendrier de lancement.

4.6.3 Notification envoyée par l'application BelRAI au médecin généraliste

Quand de nouveaux éléments concernant son patient sont chargés dans la base de données centrale BelRAI, le médecin traitant d'un patient recevra un message via sa eHealthBox.

La mise en production de cette fonctionnalité doit encore être inscrite au calendrier de lancement.

4.6.4 Accès du patient à ses propres données BelRAI

L'accès du patient à ses données se fera via le portail 'Masanté.be'.

Cela suppose :

- l'identification des informations utiles au patient (en collaboration avec les associations de patients)
- une formulation adaptée (dans les 3 langues nationales) des éléments retenus par BelRAI afin que l'information fournie puisse endosser un rôle de soutien dans le processus d'autonomisation du patient
- de compléter le système de gestion de contenu sur cette base
- de mettre à disposition un service web pour masante.be

4.6.5 Accès au BelRAI via des progiciels externes

La disponibilité d'un service web pour utiliser BelRAI à travers un progiciel externe est prête et la description et la documentation de l'architecture de données et du modèle de données sont mises à disposition dans un système de gestion de contenu. Le service web sera ouvert au marché à partir de février 2019. Cela doit se faire dans un environnement sûr :

- qui respecte les lois sur la protection de la vie privée et les principes de proportionnalité
- qui respecte les principes de base de la politique d'e-Santé
- qui respecte la cohérence interne de la base de données BelRAI (e-consent, relations thérapeutiques et de soin, matrice d'accès, etc.)

Pour ce faire, il faut des procédures claires pour reconnaître/homologuer les progiciels, concrétiser les conditions d'utilisation des fournisseurs de logiciels et être en mesure d'évaluer la fiabilité des utilisateurs finaux (COT).

Tant la reconnaissance des progiciels que les critères et la procédure pour considérer les utilisateurs comme « COT » seront élaborés en étroite collaboration avec les autres partenaires du monde de l'e-santé.

Cet objectif prend en compte les projets du cluster 0, en particulier le projet relatif à l'évolution des soins de mémoire et de la relation thérapeutique.

4.6.6 Programme de formation des utilisateurs

Afin d'assurer une utilisation optimale de l'application BelRAI et la cohérence de la base de données centrale, un programme commun de formation à l'utilisation de l'outil BelRAI, composé de différents modules de formation, devrait être élaboré dans les trois langues nationales. Le matériel de support sera destiné tant aux professionnels de la santé qu'aux étudiants ou aux chercheurs et devrait couvrir différents aspects : les différents outils InterRAI développés dans le cadre de l'application BelRAI, leur contexte d'utilisation et leur contribution dans le cadre des soins multidisciplinaires, mais aussi les obligations liées à leur utilisation, leur intégration dans des logiciels de gestion ou leur réutilisation à des fins administratives ou scientifiques, en matière de sécurité des informations, contrôle des accès, réutilisation des données, etc.

Les formateurs pourront donner une formation BelRAI après avoir été formés et certifiés par les experts BelRAI eux-mêmes et leur certificat sera lié à des conditions de formation continue, de feed-back régulier à la cellule centrale de BelRAI, ...

En se basant sur les commentaires du terrain, la cellule BelRAI complétera la section 'FAQ' du site web.

4.6.7 L'entrepôt de données en tant qu'instrument d'appui politique

Les données de la base de données centrale BelRAI seront mises à disposition de manière cryptée dans un entrepôt de données qui constituera un instrument de support au niveau de la qualité des soins, de la politique des soins et de la recherche scientifique et épidémiologique.

Des analyses de base génériques épidémiologiques et politiques seront identifiées et déboucheront sur des rapports normalisés. Les modalités de rapportage sont définies en concertation en tenant compte des besoins et souhaits des différentes entités fédérées. Une procédure distincte sera décrite pour les questions supplémentaires à analyser (questions ad hoc des autorités, des chercheurs,...).

La réalisation prend en compte les besoins des entités fédérées

4.6.8 Utilisation des données BelRAI au niveau méso

La cellule BelRAI étudiera, en concertation avec les entités fédérées, la valeur ajoutée potentielle de l'utilisation des RUG et des indicateurs de qualité dans le contexte belge, notamment au niveau des groupes de patients (ou au niveau de différents contextes de soins comme par exemple les maisons de repos et de soins ou les soins à domicile) pour lesquels les RUG peuvent être appliqués.

4.6.9 Une charte de communication sur BelRAI

Dans le cadre du GTI 'soins chroniques', une charte de communication sera préparée et présentée lors de la CIM pour approbation.

4.6.10 Implémentation du BelRAI dans des secteurs spécifiques

La possibilité d'introduire le BelRAI dans le secteur des soins à domicile, des soins résidentiels pour personnes âgées, dans le secteur des maisons médicales, dans le cadre du projet Parkinson, dans le cadre de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, dans le cadre de l'allocation d'intégration des personnes handicapées, de l'utilisation des budgets de soins en Flandre, notamment, est à l'étude avec les administrations et prestataires de soins concernés.

La cellule BelRAI sera chargée de prendre les contacts nécessaires pour que la question puisse être traitée dans ces différents contextes.

La Flandre souhaite, à terme, utiliser BelRAI comme instrument unique d'évaluation dans tous les secteurs de la Protection Sociale flamande. Le screener du BelRAI sera tout d'abord implémenté dans les secteurs couverts par le Décret sur les soins et le logement (plus précisément les soins à domicile et les soins résidentiels pour personnes âgées) et pour l'octroi du budget de soins flamand pour les personnes fortement dépendantes. Une série de projets-pilotes ont déjà démarré au titre de préparation. Le screener de BelRAI est maintenant opérationnel au sein d'une région-pilote de Flandre en ce qui concerne le secteur des soins familiaux et du budget de soins pour personnes fortement dépendantes des soins. L'objectif est donc à la fois l'octroi de droits et l'identification des besoins en soins afin de déterminer les objectifs de soins.

Concrètement, BelRAI est actuellement déjà déployé ou, le sera à court terme (2019) et des projets-pilotes sont prévus : soins à domiciles 'services d'aide aux familles et complémentaires, services de travail social, CPAS), soins résidentiels aux personnes âgées (maisons de repos et de soins, centres de soins de jour et centres de court séjour) et soins de santé mentale.

BelRAI sera aussi utilisé, dans ces mêmes secteurs, par les caisses d'assurance comme instrument d'évaluation dans le cadre de l'octroi des budgets de soins au sein de la protection sociale flamande, en premier lieu pour le budget de soins destiné aux personnes lourdement dépendantes (l'ancienne assurance-soins), ensuite pour le budget de soins destiné aux personnes âgées en besoin de soins (l'ancienne allocation d'aide aux personnes âgées).

Concernant l'utilisation de BelRAI dans d'autres secteurs, des études sont encore en cours, tant pour évaluer les actuels instruments qui peuvent être utilisés en Flandre que pour le développement d'instruments additionnels spécifiques.

A la demande du gouvernement flamand, le centre de bien-être, de santé publique et de soutien à la famille (KUL) a été chargé de développer et/ou évaluer certains instruments complémentaires afin que, à plus long terme, BelRAI puisse être implémenté dans d'autres secteurs :

- Développement d'un screener BelRAI pour les enfants
- Développement d'un module social à ajouter au screener BelRAI et à l'instrument BelRAI Home Care
- BelRAI dans le secteur de la santé mentale : évaluation des instruments InterRAI destinés à ce secteur en vue d'une implémentation en Flandre
- L'évaluation des besoins en soins des justiciables, dans le secteur de soins de santé mentale : utilisation possible du module supplémentaire d'InterRAI pour la psychiatrie médico-légale et comparaison avec d'autres instruments d'évaluations applicables à ce secteur
- BelRAI LTCF : évaluation de l'instrument LTCF de InterRAI pour une application en Flandre
- BelRAI revalidation : évaluation de l'instrument revalidation d'InterRAI pour une application dans le secteur de la revalidation en Flandre
- Développement d'un 'cut-off' applicable au screener BelRAI dans le cadre du budget de soins destiné aux personnes âgées en besoin de soins (allocation d'aide aux personnes âgées)

La Communauté germanophone a pris aussi certaines initiatives :

- Utilisation de BelRAI pour la classification des bénéficiaires dans le cadre des soins à domiciles.
- Utilisation de BelRAI dans le cadre des maisons de repos et de soins (projets)
- Utilisation du screener BelRAI pour définir des catégories de soins dans le cadre du financement des maisons de repos et de soins.
- Un test régional a également été identifié en Communauté germanophone pour le module social à introduire dans le screener BelRAI et l'instrument BelRAI Home care
- Utilisation du screener BelRAI pour l'allocation d'aide aux personnes âgées, dans le futur
- Implémentation de modules de formation

4.7 Incapacité de travail (Mult-eMediatt)

Problème

Il existe aujourd'hui des certificats d'incapacité de travail avec des contenus différents selon le destinataire (avec ou sans diagnostic). Selon le modèle, le certificat doit être envoyé vers l'employeur, vers une société externe chargée de la gestion des certificats, vers le service médical de son employeur, ou vers les mutualités.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X					

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

À l'issue de la consultation médicale, l'objectif est d'envoyer un maximum de documents au destinataire de façon électronique. Le projet Mult-eMediatt s'inscrit dans cette perspective de sortir « paperless » de chez le médecin.

Il existe aujourd'hui des certificats d'incapacité de travail avec des contenus différents selon le destinataire (avec ou sans diagnostic). Selon le modèle, le certificat doit être envoyé vers l'employeur, vers une société externe chargée de la gestion des certificats, vers le service médical de son employeur, ou vers les mutualités.

Lors de la Roadmap 2.0, un travail de standardisation des différents modèles a été réalisé et validé par un comité de pilotage composé de médecins, d'instances « réceptionnaires » des certificats, des syndicats, des représentants des employeurs et des travailleurs.

Une architecture technique et extensible à d'autres types de certificats a été développée à cet effet.

Dans un premier temps, si des instances ont été identifiées pour recevoir le certificat électroniquement et avec l'accord du patient, Mult-eMediatt permettra l'envoi électronique à partir du software du médecin généraliste d'un certificat d'incapacité totale de travail standardisé vis-à-vis d'un groupe pilote de destinataires.

Objectifs

4.7.1 Go-Live

Mettre le projet Mult-eMediatt en production pour les groupes pilotes si les prérequis sont remplis (participation des softproviders avec implémentation du service, et mise à disposition de tables de diagnostics codés).

4.7.2 Évaluation

Réaliser une évaluation du projet auprès des utilisateurs du groupe pilote (03/2020), tout en continuant à promouvoir ce projet vers d'autres groupes d'utilisateurs (employeurs du secteur privé,...)

4.7.3 Modifications législatives

En fonction des résultats de l'évaluation du projet, adapter la réglementation en vue de l'envoi par défaut de façon électronique du certificat d'incapacité de travail pour tous les secteurs

4.7.4 Élargissement à d'autres flux de formulaires

Réaliser, en parallèle, une sensibilisation pour que d'autres types de formulaires (comme par exemple les certificats médicaux pour les élèves) peut s'inscrire dans la même logique d'échange maximalelement électronique.

4.8 MEDEX dans l'e-Santé

Problème

MEDEX n'utilise pas les systèmes d'e-santé disponibles et risque ainsi de développer des besoins qui se chevauchent.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X				

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

La DG Expertise médicale (MEDEX) fait partie du SPF et son principal groupe cible est constitué des fonctionnaires des autorités fédérales et non fédérales.

En ce qui concerne les données et les processus, il y a des chevauchements et des ajouts évidents par rapport au dossier médical électronique de chaque citoyen.

Jusqu'à présent, MEDEX n'a jamais participé au Plan d'action e-santé alors qu'on note entre les deux de nombreux domaines connexes et qui se chevauchent.

Objectifs

4.8.1 Identification des opportunités d'intégration

L'opportunité de considérer Medex comme un « chapitre » du DPI ?

L'opportunité d'effectuer les transactions financières via My Carenet ?

L'opportunité d'atteindre un niveau de service plus élevé pour les fonctionnaires (Only Once) ?

L'opportunité de rendre les examens médicaux plus efficaces ?

L'opportunité de mettre les données MEDEX à la disposition du fonctionnaire via le PHV ?

4.9 DPI dans tous les hôpitaux

Problème

Le déploiement et l'utilisation d'un DPI dans tous les hôpitaux ne sont pas encore terminés.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X					

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

En 2016, un programme 'accélérateur' a été mis en place qui avait pour objectif que tous les hôpitaux mettent en production un DPI intégré et l'utilisent effectivement.

Il n'existe pas de définition généralement acceptée de ce que doit contenir un DPI.

Pour ne pas s'engager dans des discussions sémantiques interminables sur ce qui devrait et ne devrait pas être inclus dans le DPI, on a élaboré des Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC). Les BMUC sont une approche purement fonctionnelle qui exige des fonctionnalités et leur implémentation. Les moyens fournis par les autorités dans ce contexte aideront l'hôpital à soutenir la réalisation du programme accélérateur.

L'objectif important est de partager l'information relative à un patient entre toutes les parties concernées au moyen d'applications hautement intégrées et d'un portail unique.

Un autre objectif important est celui de la mise en place de ce qu'on appelle le Clinical Decision Support, ce qui implique que la structuration et la codification systématiques des données soient prises en compte dès le départ.

La création d'une valeur clinique ajoutée est également un must. Le DPI doit également être rattaché à la plateforme eHealth et soutenir la collaboration extra-muros. Car, en effet, le DPI intégré se situe dans un contexte qui permet un échange d'informations de santé à l'échelle du système et en toute sécurité.

Un DPI intégré constitue, qui plus est, une base et un facilitateur pour une planification efficace des ressources (machines, matériels et personnes) au sein d'un établissement de santé.

Le modèle des BMUC a le mérite de créer un cadre de référence clair pour les hôpitaux au niveau des informations qui doivent être collectées, enregistrées et partagées au sein des hôpitaux. Il s'agit là de la première étape du partage des informations de santé.

Le programme accélérateur a eu pour effet que les hôpitaux ont de plus en plus reconnu l'importance du DPI intégré dans le cadre de leurs efforts pour proposer des soins de bonne qualité.

En raison de la complexité et de la participation de nombreuses parties prenantes, il est préférable que l'implémentation d'un DPI intégré se fasse par phase et de manière méthodique. Afin d'optimiser les efforts et les ressources, un plan pluriannuel échelonné a été demandé aux hôpitaux pour leur permettre ainsi qu'aux autorités d'avoir une vision claire des objectifs visés à long terme.

Il est souhaitable que l'utilisation effective du DPI intégré soit davantage objectivée au moyen d'indicateurs. Des objectifs concrets seront également définis pour un certain nombre d'indicateurs et il sera prévu que les résultats de ces indicateurs seront mis à la disposition des parties prenantes.

L'implémentation d'un nouveau DPI entraîne des changements à la fois dans la structure organisationnelle et dans les processus au sein de l'hôpital. Outre les outils permettant d'évaluer la maturité de l'implémentation d'un DPI, il convient également de s'arrêter sur les facteurs organisationnels ou humains qui peuvent ralentir ou entraver le processus d'implémentation. En collaboration avec un groupe composé de diverses parties prenantes, des stratégies seront identifiées pour promouvoir l'utilisation efficace d'un DPI intégré. A cet effet, dans un premier temps, l'échange de connaissances fondées sur l'expérience pratique sera facilité.

Objectifs

4.9.1 Outils d'évaluation

Cet objectif développe et optimise la manière dont les autorités peuvent suivre les progrès des implémentations du DPI dans les établissements de soins.

- Élaboration d'une enquête pour évaluer la mise en œuvre des critères des BMUC
- Réception du BMUC Data Collection Tool
- Organisation d'un audit dans les hôpitaux Early Adopter

4.9.2 Évaluation et ajustement de l'état d'avancement de l'implémentation du DPI

Cet objectif évalue les progrès réalisés dans l'implémentation du DPI dans les établissements de soins et développe des mesures de soutien pour garantir et, le cas échéant, accélérer les progrès.

- Préparation des mesures de soutien en consultation avec le Comité d'orientation du BMUC
- Organisation d'ateliers avec hôpitaux Early Adopters dans le secteur hospitalier afin de faciliter le réseautage et le partage des connaissances.
- Suivi des progrès de l'implémentation du DPI dans les hôpitaux et rapport au comité d'accompagnement BMUC

4.9.3 Stimulants financiers et autres

Cet objectif a pour but de développer un modèle destiné à encourager les établissements de soins à implémenter et/ou accélérer l'implémentation du DPI, financièrement et/ou par d'autres moyens (par exemple en proposant une expertise ou en partageant les bonnes pratiques).

Cet objectif définit aussi les valeurs spécifiques que doivent permettre de réaliser les BMUC afin de pouvoir bénéficier des incitants prévus.

- Finaliser les modalités de financement et la méthode de calcul des critères BMUC
- Publication de la modification de l'« Arrêté royal relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux » décrivant les modalités de financement du DPI.

4.10 Publication d'informations structurées

Problème

La publication par les établissements de soins, les organisations spécialisées et les prestataires de soins d'informations relatives aux patients sous une forme structurée n'a pas encore été suffisamment élaborée et utilisée.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X	X					

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Dans le plan d'action 2013-2018, les projets PA05 et PA07 se sont concentrés sur le développement d'une infrastructure essentiellement technique (y compris Hub/Metahub) qui permet aux établissements de soins (hôpitaux, laboratoires, établissements pour personnes âgées (MRPA, MRS, CSJ), etc.), hôpitaux psychiatriques, etc. de publier et d'échanger des informations médicales sur des patients.

Les objectifs de ces projets ont été précisés dans le Plan d'action 2013-2018, y compris ceux relatifs aux mesures des résultats et aux objectifs qualitatifs (par exemple, au moins 50% des rapports de consultation, des lettres de sortie, des rapports chirurgicaux et des protocoles RX devaient être accessibles au 01/01/2017). L'objectif de normalisation (par exemple, la présence de métadonnées sur les documents publiés, le codage des données) a été partiellement réalisé, mais de manière limitée.

Des progrès ont clairement été réalisés, mais le calendrier initial (ambitieux) s'est avéré irréalisable. Il est donc nécessaire de poursuivre ces projets.

Qui plus est, l'utilisation des données publiées est également encouragée.

Les anciens projets PA05 et PA07 sont fusionnés en un projet modifié 4.10 *Publication d'informations structurées*.

Ce projet prend en compte l'objectif des projets 0.5 Normes techniques et 0.6 Terminologie du cluster 0 avec les fondements.

Objectifs

4.10.1 Publication générale des données médicales des patients

Tous les hôpitaux publient les données médicales des patients (rapports de consultation, lettres de sortie, rapports chirurgicaux, protocoles RX, etc. via le système Hub/Metahub.

4.10.2 Les laboratoires intra-muros et extra-muros publient les résultats des laboratoires hospitaliers et extra-muros via le système Hub/Metahub

La publication se fait au format spécifié (fixé dans *0.5 Normes d'information* et *0.6 Terminologie*)

4.10.4 Publication par les radiologues privés

Les radiologues privés publient leurs rapports diagnostiques ('protocoles RX') via le système des hubs ou des coffres-forts.

4.10.5 Publication par d'autres établissements et organisations

Au fur et à mesure que de plus en plus d'établissements publient des données médicales sur les patients et que ces données sont de plus en plus utilisées, tant par le patient (via Personal Health Viewer/Personal Health Portal) que par les prestataires de soins et les établissements de soins, d'autres organisations et institutions se montrent aussi intéressées par la publication de leurs données. p. ex., la Rode Kruis Vlaanderen au niveau des informations sur les groupes sanguins de leurs donateurs.

Cet objectif aide ces organisations à obtenir l'autorisation de publier et à réellement publier leurs données.

4.11 Registres

Problème

On ne sait pas suffisamment si les données recueillies dans les divers registres ont un effet d'amélioration de la qualité.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X		X		X	

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

La collecte des données de santé a été rationalisée dans le plan d'action précédent (PA18). Le nouveau plan d'action va plus loin à ce niveau : il part du principe que les données qui sont (ou doivent être) fournies doivent, en principe, servir un intérêt public, c'est-à-dire qu'il doit s'agir de données ouvertes qui permettent d'acquérir de nouvelles connaissances utiles pour améliorer différents aspects des soins de santé (cf. Data4beterHealth).

Bien sûr, la notion d'intérêt public ne se limite pas au « fait de devenir des données ouvertes » et l'utilité au niveau de l'intérêt public doit être prouvée.

Tout comme les autorités exigent de l'industrie des preuves scientifiques concernant la commercialisation d'un médicament, d'un équipement médical, de dispositifs médicaux et d'applications médicales (mHealth), il est évident que les « produits et processus » organisés (et imposés) par les autorités, dans le cas présent, les registres, sont également soumis à une évaluation.

La collecte de toutes les données nécessite un énorme effort, à la fois au niveau du développement de logiciels et (certainement en fonction de la maturité d'automatisation de certaines institutions) et un énorme investissement en temps de la part du personnel des établissements qui fournissent l'input.

Grâce à l'action PA18 du plan d'action précédent, tous les registres ont été décrits de manière très détaillée.

Ce plan d'action met en œuvre un projet visant à examiner et à formuler des recommandations sur les questions suivantes :

- Pourquoi le registre a-t-il été créé ? Quelle en est la finalité ? Qui y apporte sa contribution ?
- Comment les données sont-elles fournies ? De manière synchrone, asynchrone ?
- Des interfaces Machine2Machine sont-elles disponibles pour fournir les données ?
- À combien s'est élevé l'investissement initial nécessité pour mettre en place cette connexion et à combien s'élèvent les coûts annuels de sa maintenance ?

- Quel est l'effort à fournir, aussi bien en cas d'utilisation de processus semi-automatisés que d'utilisation de processus automatisés ?
- Des engagements de compensation ont-ils été pris pour la fourniture des données ?
- Combien ces engagements d'indemnisation ont-ils déjà coûté (out-of-pocket money) ?
- Les fournisseurs reçoivent-ils des données de référence ?
- Quelles analyses des informations stratégiques ont été effectuées sur la base des données fournies ?
- Quelles décisions politiques ont été prises sur la base de ces études ?
- Quels ont été les effets de ces décisions politiques ? (sur le plan de l'économie des soins et /ou des effets d'amélioration des soins)

En outre, le nouveau point de départ doit être : tous les nouveaux registres, mais aussi les registres existants (survivants), doivent être dotés de connexions system2system de pointe, de sorte que les données générées au niveau des différentes composantes du SIH puissent être utilisées (dédoublées ; éventuellement enrichies par des fonctionnalités supplémentaires) pour être transmises aux registres via une connexion system2system dynamique.

Cela permettra de garantir que le principe « only once » applicable à la source soit respecté.

Objectifs

4.11.1 Évaluation et recommandations

L'objectif fournit un rapport détaillé

- sur les registres existants qui contiennent les questions décrites plus haut
- avec des recommandations de mises à jour/d'adaptation des registres existants et du flux de données pour compléter ces registres et exploiter les données.

4.11.2. Lignes directrices et liste de contrôle pour les nouveaux registres

Cet objectif établit une liste de contrôle pour s'assurer que les registres sont complétés et exploités de la manière la plus efficace possible.

4.12 Communication sur et planification des soins

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X	X	X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

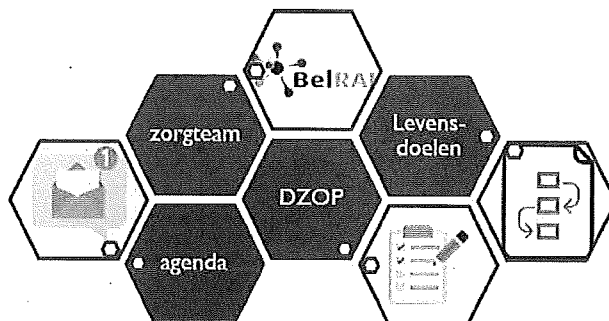
Description

Le gouvernement flamand a pour objectif de proposer un plan de soins et de soutien numérique partagé pour soutenir la collaboration multidisciplinaire et le partage de données dans le contexte des soins et du bien-être. Le but est de fournir des soins intégrés dans lesquels les besoins et les objectifs de la personne en matière de soins sont pris comme point de départ.

Le gouvernement flamand tiendra les autres entités fédérées et le gouvernement fédéral informés et, le cas échéant, assurera la coordination avec d'autres projets ou recherchera des synergies.

Le **digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP)** est avant tout un **outil de communication et de planification** pour soutenir les soins aux patients qui en ont besoin. Toutes les données pertinentes disponibles sur/de la personne nécessitant des soins sont à la disposition de tous les prestataires de soins concernés ainsi que de la personne et de son environnement.

Le plan de soins et de soutien numérique peut être divisé en plusieurs éléments :



Ce projet a des points communs avec le projet 4.2 "Fonctionnalités pluridisciplinaires". Nous examinerons comment une coordination entre les deux projets peut être obtenue

Objectifs

Un plan de soins et de soutien numérique a pour but de faciliter et de permettre l'autogestion, la coordination des soins et la gestion de cas. La numérisation de ces processus est nécessaire pour garantir la continuité des soins, pour faciliter la coordination des soins mais aussi autonomiser la personne (ou ses aidants informels) au niveau de ses propres soins.

Le plan de soins et de soutien numérique est **un outil numérique** qui peut être utilisé par et pour chaque citoyen, patient ou aidant informel et fournisseur de soins dans le soutien des soins de santé. Idéalement, certaines fonctionnalités de l'outil sont déjà utilisées à un stade précoce de la dépendance aux soins pour faciliter l'autogestion, de sorte que l'outil soit bien établi avant que le besoin de soins et la dépendance à l'égard de la planification des soins ne soient plus grands et que le patient ait déjà été en mesure de réfléchir à certaines questions, comme il / elle est avec des questions. Cela signifie qu'un patient peut déjà avoir une équipe de soins (basée sur des relations thérapeutiques, des mandats et des soins) avant de prendre des soins, peut réfléchir à des objectifs de vie et éventuellement à un agenda avec la planification de soins informels et / ou préventifs. D'autres aspects, tels que BelRAI, Zorgplanning, Workflow, ne seront inclus que lorsque plusieurs formes de soins sont nécessaires autour du patient.

Par ailleurs, le concept de planification des soins et du soutien est une **méthode de travail** nécessaire lorsque la situation des soins devient complexe et que de nombreux prestataires de soins sont impliqués dans les soins d'un patient. Ensuite, il est nécessaire de coordonner les soins en fonction d'un calendrier convenu et à l'aide d'outils de communication.

4.12.1 Réalisation et mise en place d'un plan de soins et de soutien numérique

Le gouvernement flamand fournit lui-même, par le biais d'un partenariat public-privé et après une procédure d'appel d'offres innovante, un logiciel qui est mis à la disposition de chaque citoyen et prestataire de soins.

4.12.2 Intégration d'un plan de soins et d'accompagnement numérique dans les DPI des prestataires de soins.

L'outil sera utilisé dans une architecture d'applications existantes dans les soins de santé. Les points de départ suivants sont proposés:

- l'utilisateur individuel peut s'identifier dans l'outil via Single-Sign-On à partir de son propre DPI OU, s'il ne dispose pas d'un DPI personnel, pourra s'identifier directement dans l'outil DZOP. L'outil DZOP ne remplacera pas le dossier patient informatisé (DPI) proprement dit.
- Les organisations de soins qui disposeraient déjà de certaines fonctionnalités dans leur propre logiciel pourront appeler ces fonctionnalités à partir de leur propre outil via des webservices ou API's.
- Vitalink Gateway sera la porte d'entrée pour l'enregistrement des données et donnera accès à des données de soins et de soutien du DZOP qui seront disponibles sur Vitalink, dans la base de données DZOP (elles seront souvent chez le fournisseur de logiciel) ou sur d'autres serveurs.

4.13 Projet Européen Connecting Europe Facility (CEF), partie « Patient Summary »

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X					X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Il s'agit d'un projet réalisé par Abrumet, financé par la Commission européenne en cofinancement avec la Région bruxelloise.

Afin d'expliquer les différentes façons d'utiliser l'eHealth Patient Summary, deux cas d'utilisation représentatifs sont présentés ci-dessous. Les acteurs humains (individus) impliqués sont les suivants :

Le Patient : individu d'un pays (« pays d'origine » - pays A) qui demande des soins de santé dans un autre pays (« pays de traitement » - pays B).

Le professionnel de la santé : la personne qualifiée/certifiée qui fournit des soins de santé. Le professionnel de la santé doit être enregistré auprès d'au moins un organisme professionnel de santé ou une autorité sanitaire appartenant au pays de traitement.

Objectifs

Pour qu'un pays puisse procéder à un échange transfrontalier d'un Patient Summary, des informations structurées et codées doivent être disponibles dans les sections du Patient Summary échangé.

Pour qu'un Patient Summary soit valide, un minimum de renseignements doit être fourni dans un format structuré et codé. Outre l'ensemble minimum d'informations, il existe également des informations facultatives, ce qui signifie que le Patient Summary peut être échangé sans que ces données soient complétées.

L'ensemble minimum d'informations a été décidé en fonction de sa pertinence du point de vue clinique et du niveau de préparation déclaré au cours du projet epSOS.

4.13.1 Réalisation

L'architecture du serveur NCP du projet CEF utilise les mêmes profils IHE que Brusafe+.

Le projet CEF doit être opérationnel avant le quatrième trimestre de 2021 et doit être utilisable à l'échelle nationale.

Nous déterminerons alors si le serveur NCP restera connecté à Brusafe+ ou s'il ne serait plus opportun de le connecter au MetaHub.

4.13.2 Élargissement à l'ensemble de la Belgique

L'objectif de ce projet est qu'il soit utilisable sur l'ensemble du territoire belge. La raison pour laquelle le serveur NCP belge est lié à Abrumet Brusafe+ dans son architecture actuelle est que cette plate-forme est actuellement le seul système belge qui suit tous les profils du serveur européen (XCA, XDS, XUA, etc.).

Tel qu'il est mis en place actuellement, à la fin de ce projet, tous les médecins belges pourront utiliser le serveur belge du PCN pour lire les Patient Summaries de citoyens européens. Inversement, grâce au projet en cours, tous les médecins européens (si leur système national le permet) auront également accès à tous les SUMEHRs belges (convertis au format CDA Patient Summary) par Abrumet.

4.14 Modulation accès patient par les prestataires de soins

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
			X			X

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
	X	

Description

Les règles d'accessibilité pour le patient d'un document publié sur un hub ou sur un coffre-fort ont fortement évolué pendant la roadmap 2015-1018. Les logiciels des prestataires ne permettent pas toujours de gérer ces fonctionnalités.

Objectifs

Les logiciels des prestataires devraient pouvoir permettre de visualiser le statut d'accessibilité pour le patient d'un document publié sur un hub ou sur un coffre-fort. Ils devraient également permettre de gérer ce statut en accord avec les règles du hub/coffre-fort (si le hub/coffre-fort offre cette fonctionnalité).

4.14.1 Réalisation

Action sur les accréditations et/ou les incitants financiers pour les DMI et DPI.

Cluster 5 Le patient en qualité de copilote

5.1 Portail personnel de santé

Problème

Les fonctionnalités et les informations disponibles pour le citoyen/patient sont encore trop limitées.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
	X					

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Ce projet s'inscrit dans le prolongement et constitue une extension du projet PA10 Personal Health Viewer du plan d'action 2013-2018.

Nos soins de santé concernent le patient et il est donc évident que le patient est à la barre, aux côtés des prestataires de soins de santé et leur expertise médicale. Afin de bien remplir ce rôle actif, il est important que les citoyens soient informés. Et c'est ce que nous visons avec Masanté : à travers ce portail de santé, nous voulons donner aux citoyens un accès rapide et facile aux données sur leur santé qui sont disponibles sous forme numérique, afin qu'ils puissent faire des choix conscients.

Les premières expériences avec la plate-forme sont positives. Les citoyens sont très satisfaits de pouvoir désormais consulter rapidement et facilement leurs données médicales sous forme numérique, comme en témoignent les retours d'information et les mesures que nous prenons. Certaines personnes voient actuellement moins d'informations que d'autres, par exemple parce que le réseau numérique auquel appartient leur hôpital n'est pas encore prêt à partager des données ou parce que leurs prestataires de soins ne tiennent pas de dossier électronique. Quiconque peut déjà voir beaucoup de données médicales aujourd'hui devrait avoir la possibilité de le faire. En attendant, c'est à chacun sur le terrain de rendre cela possible pour tous les citoyens.

Nous voulons continuellement améliorer et voir ce portail de santé (PHV) comme la plateforme de référence idéale sur laquelle les citoyens et/ou les patients peuvent accéder à leurs informations de santé, qui sont maintenant réparties sur différentes sources et plateformes.

Nous nous appuyons sur une architecture qui prend en charge le concept de « lien croisé » et de « onglets configurables », ce qui signifie qu'un onglet fera appel à une source externe (sous-région, soins de santé,

hôpital, etc.) vers la même source et poursuivra visuellement la même expérience utilisateur. C'est dans l'intérêt du citoyen et/ou du patient, l'accessibilité à ses informations de santé, où il se trouve.

Outre l'élargissement des fonctionnalités disponibles, il accorde également un rôle plus actif au citoyen/patient, entre autres au niveau de la déclaration de données erronées et manquantes (le patient ne peut pas modifier lui-même les données mais seulement signaler le problème, ce qui confirme le rôle décisionnel du médecin) ou encore au niveau du choix du médecin/spécialiste/prestataire de soins en cas de référence ou du choix de la pharmacie de délivrance des médicaments.

Les citoyens et les patients ne veulent plus subir, ils veulent aussi avoir leur mot à dire.

Le portail Masanté doit devenir la porte d'entrée vers leurs données médicales. Le portail en ligne fournira une vue d'ensemble sur toutes les données de santé - tant médicales qu'administratives - disponibles électroniquement pour les citoyens. En rendant ces informations plus accessibles, notre objectif est d'aider les citoyens à prendre leur santé en main.

Diverses plates-formes mettent aujourd'hui des données à la disposition des patients sous forme numérique : par exemple, des données médicales, des données médico-administratives, des informations sur les déclarations anticipées de volonté ... Cependant, beaucoup de personnes n'ont pas conscience de cette possibilité ou n'arrivent pas à trouver la bonne plate-forme. Et nous voulons changer cela grâce à un portail fédéral dédié à la santé.

Entre autres choses, les patients ne sont pas automatiquement informés lorsque de nouvelles données médicales sur leur santé sont publiées par les prestataires de soins de santé, les établissements de santé et les organisations spécialisées. Pour cette raison, un objectif d'utilisation de l'eBox comme moyen de notification a été fixé.

Objectifs

5.1.1. Nouvelle architecture d'onglets flexible et configurable

Dans l'application Masanté, il sera possible de configurer la visualisation des liens. Offrir au citoyen et/ou au patient la meilleure expérience utilisateur est notre ambition commune avec nos partenaires et cela, dans un souci d'uniformité. Nous utilisons un nouveau protocole pour intégrer des applications web les unes aux autres via des liens dynamiques (profonds). L'objet du présent protocole est double :

- Demander un (des) lien(s) à partir de l'application Masanté :
 - o Les applications peuvent utiliser ce protocole pour demander un lien vers l'application Masanté (deeplinking). Lorsque vous cliquez sur ce lien, vous pouvez être redirigé vers une page spécifique de l'application Masanté.
- Orientation vers d'autres services à partir de l'application Masanté :
 - o Les services implémentant ce protocole peuvent être mis à disposition dans l'application Masanté/via la configuration. Plus précisément, l'application Masanté pourra demander un lien à ces services via le protocole de liaison. Le lien récupéré peut alors être visualisé sous la forme d'un onglet sur la page principale de l'application Masanté.

5.1.2. Versions trimestrielles (par saison)

Le but recherché est de sortir régulièrement de nouvelles versions élargies.

Respecter ce rythme exige de disposer d'un processus rationalisé de délimitation du champ d'application, d'analyse et de développement, de test, de mise en production et de communication.

En fournissant un point d'accès unique, les citoyens n'ont plus besoin de savoir par eux-mêmes où sont stockées les informations.

Grâce à l'accès numérique, ils peuvent accéder à leurs données médicales beaucoup plus facilement et rapidement. Cela donne aux citoyens davantage d'occasions de jouer un rôle actif dans les soins, par exemple en améliorant l'observance thérapeutique, en faisant des choix de santé plus éclairés et en engageant un dialogue avec les prestataires de soins sur leur santé et les traitements possibles.

Respecter ce rythme exige de disposer d'un processus rationalisé de délimitation du champ d'application, d'analyse et de développement, de test, de mise en production et de communication.

5.1.2.3. Version 1.3 - Édition hiver 2019

Dans la version suivante, nous prévoyons un lien direct via le Federal Authentication Service (FAS) SSO entre l'une des mutualités et notre portail de santé (PHV), les citoyens et/ou patients affiliés au Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen peuvent s'inscrire à notre portail santé et à leur propre dossier de mutualité. Nous comptons sur ces 5 mutualités (une fédération nationale) pour accueillir un peu plus de 2 millions de Belges.

De plus, vous pourrez désormais signaler les effets secondaires de votre médicament (notifications de vigilance en ligne). Une extension supplémentaire à la prescription du médicament et à la notice sera aussi disponible.

En outre, nous voudrions mentionner la nouvelle initiative « myTV » du WGK, où la collecte et le partage d'informations dans le domaine des soins à domicile sont proposés sous la forme d'une plate-forme, et pour laquelle nous fournissons un nouvel onglet

5.1.2.4. Version 1.4 - Édition printemps 2019

Au printemps, nous prévoyons d'établir un lien direct entre toutes les mutualités belges et notre portail santé (PHV) via le Federal Authentication Service (FAS) SSO. Désormais, tous les citoyens et/ou patients pourront consulter leur propre dossier à la mutualité via le portail santé.

Dans cette version, nous souhaitons rendre accessible l'application don d'organes et déclarations anticipées de volonté : désormais, chaque citoyen et/ou patient pourra consulter et adapter ces données numériquement, sans avoir à se rendre à l'administration communale.

Le contrôle d'accès est également étendu aux personnes de confiance. Cela signifie aujourd'hui qu'un patient qui est en mesure de faire un choix peut être assisté par une personne de confiance dans l'exercice de ses droits en tant que patient. Les droits de cette personne de confiance doivent toujours correspondre au consentement donné par le patient (CI).

L'une des 3 nouvelles fonctionnalités ou onglets que nous ajoutons au portail santé est celle des volontaires sains qui participeront aux études cliniques, c'est pourquoi une application est en cours de développement pour permettre aux volontaires sains d'études cliniques de s'enregistrer via le portail santé. De cette façon, il sera possible de surveiller (en espérant l'éviter) si un volontaire participe à plus d'une étude.

Enfin, dans cette version, nous fournissons une traduction en FR de l'information fiable sur la santé « Gezondheid & Wetenschap », à laquelle tous les Belges francophones auront désormais également accès.

5.1.2.5. Version 1.5 - Édition été 2019

La pierre angulaire de cette dernière version sera l'intégration du dossier de médication (version I) et la façon dont nous le rendrons disponible sur le portail santé. À partir de la prescription électronique des médicaments, en tant que citoyen et/ou patient, nous aimerions désigner la pharmacie où les récupérer.

Nous proposons 5 nouvelles fonctionnalités et onglets pour s'assurer que les citoyens et/ou les patients en tant que copilotes obtiennent une vue complète de leur dossier de santé.

5.1.2.6. Version 1.6 - Édition hiver 2019

D'ici la fin 2019, nous voulons rendre le portail national de la santé (PHV) disponible en anglais pour tous les citoyens de l'UE et les citoyens non européens vivant et travaillant dans notre pays. Cela permet aux non-Belges d'accéder à des applications sécurisées et à notre portail santé.

De plus, nous proposons environ 5 nouvelles fonctionnalités et onglets, ce qui peut s'appliquer, par exemple, aux volontaires qui veulent régulièrement donner du sang ou du plasma. D'autres nouvelles applications aussi,

telles que les services de notification (eBOX) peuvent également entrer en ligne de compte. Les citoyens et/ou les patients veulent être informés quand les rapports et les résultats sont disponibles à l'hôpital ou quand le médecin généraliste a complété le résumé de santé.

5.1.3. Cadre de référence 4.0

Ce cadre de référence 4.0 est la version actuelle et a été validé par tous les partenaires qui ont participé au Portail Santé (PHV). Il s'agit d'une pierre angulaire de l'extension du projet PA10 Personal Health Viewer du plan d'action 2013-2018 et de sa suite.

Le cadre de référence 4.0 vise à fournir à chaque citoyen et/ou à son représentant (parent, tuteur, personne de confiance, représentant) un accès direct, simple, sécurisé et sans ambiguïté aux données de santé et de bien-être qui le concernent. Dans le cadre du principe d'égalité, cet accès doit être le même pour tous les patients, quels que soient le lieu de traitement, la langue (utilisée dans l'hôpital concerné dans l'entité fédérée) ou le lieu de résidence.

Le cadre de référence définit :

- Le contexte (pris en compte, c'est-à-dire le droit, le programme eHealth, etc. ;
- L'accès du patient aux données de santé et de bien-être (opting in, accès direct en ligne, etc.) ;
- L'identification des parents/tuteurs des patients mineurs, des représentants et des personnes de confiance ;
- Sécurisation ;
- Actions sur l'autonomisation des patients ;

Suivi des initiatives et des accords par le cadre de référence de la structure de gouvernance (les acteurs s'engagent à suivre les initiatives de la structure de gouvernance et à respecter les accords conclus, si les accords ne sont pas respectés, une place sur le portail fédéral est exclue) ;

Aujourd'hui, le cadre de référence de ce portail santé (PHV) est mis en œuvre par le comité de pilotage précité, en tant que comité d'accompagnement chargé de la définition et du suivi de la définition et de l'élaboration d'une feuille de route, à savoir comment atteindre les objectifs (avec de nouvelles fonctionnalités) et définir et décrire les bonnes pratiques concernant les aspects juridiques importants (également dans une perspective de sécurisation/security). Ceci en tenant compte des bonnes priorités pour le citoyen et/ou le patient, afin d'assurer la transparence et l'accès à son dossier médical.

5.1.3. Rapport Namahn

Au cours du plan d'action précédent, une étude et un rapport détaillés ont été réalisés en collaboration avec les représentants des patients et une société externe (Namahn) sur la convivialité et les fonctionnalités souhaitées du portail personnel de santé.

Le but de cet objectif est de transposer les recommandations de ce rapport en éléments concrets (quoi et quand) dans une des versions du portail personnel de santé.

5.2 Plate-forme de référence numérique

Problème

La participation du patient aux références d'un prestataire de soins à un autre est pratiquement inexistante.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X		X		

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
X		

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

Aujourd'hui (en 2018), il est déjà possible de référer un patient à partir d'une pratique de médecine générale en utilisant un logiciel qui propose un nombre (encore limité) de types de référence. La référence à un spécialiste (p. ex. à un rhumatologue) peut se faire en quelques clics ; un formulaire eForm peut être généré qui contient toutes les rubriques importantes.

Cet eForm peut être envoyé immédiatement à l'eHealthbox du spécialiste destinataire (p. ex. le rhumatologue X). Il faudra considérablement augmenter le nombre des applications eForm.

Toutefois, dans ce processus de référence, le patient doit se voir attribuer un rôle plus actif et plus déterminant, par exemple, en lui permettant de choisir lui-même un spécialiste. L'implication du patient dans le processus ouvre de nouvelles perspectives pour l'avenir !

La référence électronique DOIT être consultable dans le Personal Health Viewer (PHV).

La référence doit prévoir la possibilité pour le référent d'inclure un texte qui ne peut pas être lu par le patient mais uniquement par le destinataire.

Lors de la rédaction de la lettre de référence, le médecin généraliste peut bien entendu suggérer un rhumatologue (dont le nom peut également être conservé dans la référence).

Le patient a la possibilité de modifier ou pas la suggestion faite par son médecin généraliste dans le PHV. Le patient choisit et procède à l'envoi final de la référence vers l'eHealthBox du rhumatologue (et d'une confirmation vers l'eHealthBox du médecin généraliste !).

La lettre de référence électronique doit toujours être déposée dans l'eBox du patient (du moins s'il en a une) !

Ce projet vise à développer un système de référence général qui accorde une place centrale à la possibilité de choix du patient.

Cette possibilité de choix sera soutenue, à l'avenir, par des critères (de qualité) qui seront proposés au patient :

- Spécialiste à proximité de chez moi
- Le curriculum du spécialiste est visible, ce qui permet d'également voir ses sous-spécialités spécifiques.

- Le spécialiste utilise un système de prise de rendez-vous électronique et autorise la conversion de la référence (avec ses détails médicaux) en un rendez-vous planifié directement par le patient. Le patient voit des créneaux disponibles qui correspondent aux règles pour le renvoi soumis. Le patient voit s'afficher les créneaux disponibles qui correspondent à la référence envoyée.

Objectifs

Cette plate-forme de référence est destinée à faciliter les références dans tous les sens entre la 1^{re} ligne à la 2^e ligne et peut aussi éventuellement être utilisée depuis un poste de garde, une MRS et des environnements de revalidation jusqu'à la 2^e ligne.

Grâce à cette méthode de référence, il sera également possible de lier un identifiant unique (« GUID ») à la référence avec laquelle le résultat/le feed-back sur le rapport de la 2^e ligne pourra être lié instantanément et sans équivoque à l'enregistrement de la plainte/consultation à l'origine de la référence.

Il sera également possible d'enregistrer des prescriptions non médicales (kinésithérapie, logopédie, dispositifs médicaux, etc.) dans la plate-forme de référence ce qui permettra au patient de décider lui-même du prestataire de soins chez lequel il souhaite que sa prescription soit envoyée. (voir aussi la section 4.5.3 : Prescription électronique.

De plus, cette plate-forme de référence centrale offre aussi la possibilité de n'accepter (et de ne pouvoir stocker) que des références/prescriptions de qualité. Le pont sera ensuite construit avec le projet 4.5 «Plateforme d'aide à la décision».

5.2.1. Définition & implémentation d'une plate-forme de référence

Cet objectif vise le développement d'une plate-forme mise à la disposition d'autres projets pour gérer les références.

Une piste possible peut être d'utiliser le serveur IHE existant (qui est utilisé pour Brusafe +). Ce serveur peut prendre en charge le profil IHE XDW. Un profil XDW permet d'échanger un document entre plusieurs organisations, de gérer les tâches du projet et d'être axé sur le patient. Le profil XDW n'est pas un contrôleur central ni un planificateur central, mais les décisions sont prises par les autorités périphériques (prestataires de soins de santé, médecins, infirmières, etc.). XDW coordonne toutes ces activités dans un flux bien structuré.

5.3 Orgadon

Problème

Il n'existe pas de moyen facilement accessible et intégré pour les patients de gérer leurs « dons ».

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
		X				

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
	X	

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

Description

La gestion et l'enregistrement des déclarations anticipées de volonté concernant le don d'organes (SPF), de tissus et de cellules (AFMPS). L'application actuelle est désuète et n'est pas accessible en ligne pour le citoyen et la plupart des professionnels de la santé.

Les citoyens pourront gérer leurs déclarations anticipées de volonté via différents canaux (via le logiciel du médecin généraliste, via la municipalité, via une application disponible via le portail eHealth).

Objectifs

5.3.1 Développer une nouvelle application back-office

Cet objectif consiste à mettre en place un nouveau système.

5.3.2 Accès des professionnels de santé aux données d'Orgadon

Cet objectif consiste à développer différents canaux d'accès afin que les professionnels de santé puissent saisir, modifier et récupérer des données.

Les règles générales d'accès et de relation (thérapeutique) doivent être respectées.

5.3.3 Gestion des informations de l'Orgadon par le citoyen

Cet objectif garantit un accès (sécurisé) à l'application afin que les citoyens puissent gérer eux-mêmes leurs déclarations anticipées de volonté.

Cluster 6 e-Santé et Mutualités

La plate-forme MyCareNet offre aux prestataires de soins

- des services de consultation des données medico-administratives des patients pour lesquelles les Organismes Assureurs sont Source Authentique (entre autre l'assurabilité),
- des services de tarification et de facturation des prestations en mode tiers-payant et le service de transmission des attestations de soins digitalisées
- des services de demandes et de consultation des accords médicaux (par exemple chapitre IV)
- des services de gestion et de consultation des DMG

Les évolutions de la plate-forme se font suivant deux axes : mise en production de nouveaux services et extensions fonctionnelles des services existant d'une part, mise à disposition des services existants pour de nouveaux secteurs, d'autre part.

Les évolutions proposées par le CIN pour la période 2019-2021 concernent la mise à disposition des services existants pour les secteurs des dentistes, spécialistes, kinés, logopèdes et maisons médicales.

Les flux étant développés d'une manière standardisée (eFac/eAttest – demande/consultation d'accords), leur mise à disposition pour un nouveau secteur (kinés, logopèdes) sera planifiée comme la mise à disposition d'un « package » de service pour le secteur concerné.

Accents

Élargissement des concepts existants	Poursuite du projet en cours	Nouvelles normes	Encadrement	Innovation	Excellence opérationnelle	Europe & International
X	X					

Type de projet

Concept	Implémentation niveau business	Implémentation IT
		X

Catégorie de projet

Fédéral	Interfédéral	Entités fédérées
X		

6.1 e-Attest pour les dentistes, les spécialistes, les kinés et les logopèdes

Description

Le service eAttest offre la possibilité de transmettre des attestations de soins électroniques via la plate-forme MyCareNet à l'organisme assureur (OA) du patient. L'eAttest n'intervient que dans le cadre du paiement comptant.

Le service a été mis en production en 2018 pour les Médecins Généralistes.

Objectifs

L'objectif est de mettre le service à disposition des autres secteurs tout en tenant compte d'une part des spécificités de ces secteurs (le service lui-même est générique, mais certains contrôles sont spécifiques) et de la disponibilité des logiciels pour ces secteurs.

Dès 2019, le service sera étendu aux fonctionnalités suivantes :

- Possibilité d'annuler une eASD via MyCareNet
- Possibilité d'envoyer le justificatif via eBox citoyen
- Envoi des informations relatives au remboursement eAttest via un flux global vers l'INAMI (à destination du fisc)

6.1.1 Extension du service eAttest

Avant la fin du premier semestre 2019, le service générique eAttest permettra l'annulation d'une eASD (en remplacement de la solution temporaire).

Avant la fin 2018, la digitalisation du justificatif patient à travers l'envoi dans l'eBox citoyen sera possible. Un planning de mise à disposition par les logiciels des prestataires n'est pas encore disponible.

6.1.2 eAttest pour les dentistes

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des dentistes pour la fin du premier semestre 2019

6.1.3 eAttest pour les médecins spécialistes

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des spécialistes pour 2019 ou 2020 (au plus tôt un an après la réalisation des prérequis cités plus haut)

6.1.4 eAttest pour les kinés

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des kinés deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.

6.1.5 eAttest pour les logopèdes

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des logopèdes un an après le secteur des kinés, c'est-à-dire au plus tôt en 2021.

6.2 Facturation tiers-payant pour les Maisons Médicales, les kinés et les logopèdes

Description

Le service facturation permet à toute institution ou prestataire de soins autorisé de transmettre aux organismes assureurs, de manière électronique, via réseau, le fichier de facturation créé dans le cadre du tiers payant.

Ce service est disponible pour les secteurs suivants : hôpitaux, labos, MRS, Infirmiers, Médecins Généralistes et Spécialistes, Postes de garde, Dentistes. Il est déjà prévu de le mettre à disposition des sages-femmes en 2018.

Objectifs

L'objectif est de mettre le service à disposition des Maisons Médicales, des kinés et des logopèdes.

6.2.1 Facturation tiers-payant pour les Maisons Médicales

Il est prévu de mettre le service en production pour le secteur des Maisons Médicales en 2019

6.2.2 eFac pour les Kinés

Il est prévu de mettre le service eFac en production pour le secteur des Kinés deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.

6.2.3 eFac pour les Logopèdes

Il est prévu de mettre le service eFac en production pour le secteur des Logopèdes un an après le secteur des kinés, c'est-à-dire au plus tôt en 2021.

6.2.4 Facturation électronique pour les OT et les pharmaciens

Pour des raisons historiques, les pharmaciens utilisent le circuit de facturation Pharmanet et facturent via des CD. Les représentants du secteur et l'INAMI ont demandé d'analyser la faisabilité de la migration vers MyCareNet. Sur la base des résultats de cette analyse, un planning va être proposé.

6.3 Consultation des Données du membre

Description

Le service « Données du membre » est un service de consultation qui permet à toute institution ou prestataire de soins autorisé de consulter les informations (assurabilité et droits dérivés) du bénéficiaire de soins nécessaires pour effectuer une facturation correcte dans le cadre du tiers payant.

Le service est un nouveau service de consultation qui remplace et complète le service de consultation de l'assurabilité.

En plus de l'assurabilité, ce nouveau service permet de consulter les informations suivantes : existence d'un trajet de soins (diabète ou insuffisance rénale), statut affection chronique, pharmacien de référence, etc.

Objectifs

En 2018, ce service est mis à la disposition des Hôpitaux, des Offices de Tarification et des Maisons médicales via leur software et via le portail MyCareNet pour les Pharmaciens, les Médecins Généralistes et Spécialistes et les Postes de garde

En 2019, les secteurs des Pharmaciens, Médecins Généralistes et Spécialistes et Postes de garde auront accès via leur software.

Enfin, toujours en 2019 :

- les autres secteurs qui ont accès à l'assurabilité pourront accéder au nouveau service via le portail.
- la consultation de l'abonnement en Maisons Médicales sera implémentée.

Des extensions à la consultation d'autres données pertinentes sont envisageables (exemple : inscription en maison médicale), mais non planifiées à l'heure actuelle.

En particulier, le statut « invalide » doit pouvoir être consulté. Une analyse préliminaire doit valider les secteurs concernés :

- les prestataires via une évolution du flux Données du Membre
- les institutions (par exemple pour les droits dérivés) soit via une mise à disposition du flux Données du Membre, soit via une évolution du flux existant Attribute Authority.

6.3.1 Consultation DMG pour les hôpitaux

Il est prévu d'offrir ce service de consultation DMG existant.

6.4 Digitalisation des conventions de revalidation

Description

En cas de revalidation fonctionnelle d'un patient, l'hôpital compétent doit introduire une (des) demande(s) d'accord auprès du Médecin Conseil de l'OA. Aujourd'hui, ces demandes d'accord se font via papier dans le respect des conventions en vigueur. En 2016/2017, les OA ont réalisé une étude d'opportunité permettant d'envisager la digitalisation d'une partie de ces demandes.

Objectifs

Les services de demande et de consultation des accords pour les revalidations fonctionnelles (diabète, revalidation cardiaque,...) seront ouverts aux médecins des hôpitaux pour leur permettre de digitaliser leurs demandes dans le respect des conventions en vigueur.

Une première étape va se focaliser sur une sélection des accords présentant le plus gros volume, ceci afin de prioriser les travaux de développement des différents intervenants (OA; hôpitaux). Il existe 5 conventions de réadaptation dans le cas du diabète (TOP5).

6.4.1 Demande d'accord de revalidation fonctionnelle

Le service de demande d'accord de revalidation fonctionnelle sera disponible pour les accords du TOP 5.

6.4.2 Consultation des accords de revalidation fonctionnelle

Le service de consultation d'accord de revalidation fonctionnelle sera ouvert pour les accords du TOP 5.

6.5 Digitalisation des accords Chapitre IV

Description

Le service de demande et de consultation des accords pour les médicaments du chapitre IV est disponible d'une part pour les Médecins Généralistes et Spécialistes (demandes et consultation) et d'autre part pour les pharmaciens et le secteur des hôpitaux (consultation).

Objectifs

Le service de demande d'accord sera mis à disposition des hôpitaux mi-2018 (sur la base de l'interface actuelle).

Il est également prévu d'adapter le service de demande d'accords aux spécificités de la DB SAM V2 (projet INAMI).

6.5.1 Adaptation du service de demande d'accords Chapitre 4 à la SAM V2

Les adaptations du service de demande d'accords chapitre IV sont une conséquence de la réalisation de la DB SAM V2. Le planning de mise en production est couplé avec celui de la SAM V2.

Il est prévu une coexistence des services V1 et V2

6.6 Abonnements en Maisons Médicales

Description

Le contrat d'inscription (ou de désinscription) d'un patient à une maison médicale est actuellement un processus papier.

Objectifs

Il s'agit de mettre à disposition du secteur des Maisons Médicales un service électronique permettant d'inscrire ou de désinscrire un patient à une Maison Médicales.

La consultation de l'inscription à une maison médicale doit être réalisée via le nouveau service de consultation des données du membre (voir plus haut)

6.6.1 Inscription et Désinscription en Maisons Médicales

La mise à disposition du service est planifiée pour la fin 2019.

6.7 Digitalisation des accords kinés

Description

La digitalisation du secteur kinés nécessite également la digitalisation des notifications et des demandes d'accords. Une première étape déjà demandée par l'INAMI consiste en l'enregistrement (codifié) des pathologies. La structuration de cet AP en projets est sujette à adaptations en fonction des analyses des conclusions de la Task Force Kinés.

Objectifs

Il s'agit de mettre à disposition du secteur des Kinés des services électroniques permettant la communication des notifications et des demandes d'accords.

6.7.1 Enregistrement des pathologies

La mise à disposition du service est en cours d'analyse (2019 encore à confirmer).

6.7.2 Digitalisation des notifications

La mise à disposition du service est planifiée deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.

6.7.3 Digitalisation des demandes d'accord kinés

La mise à disposition du service est planifiée deux ans après la consolidation des accords de la Task Force et la validation des prérequis (voir plus haut), c'est-à-dire au plus tôt en 2020.