

Plan d'action interfédéral « eSanté » 2026-2029

Table des matières

Glossaire	3
Définitions	4
Note de Synthèse	6
Partie I – Contexte et situation	9
1.1. Introduction.....	9
1.2. Soins intégrés et assistance.....	12
1.2.1. Plan pour l’aide et les soins intégrés.....	12
1.2.2. Programmes ASI pertinents pour le plan d'action eSanté 2026-2029.....	13
1.2.3. Population Health Management.....	14
1.3. Belgian Integrated Health Record (BIHR)	15
1.3.1. Concept BIHR.....	15
1.3.2. Épisodes de soins, CareSets et structure des hôpitaux.....	18
1.4. Espace européen des données de santé (EHDS) et Agence des données de santé.....	19
1.5. Objectifs stratégiques interfédéraux eSanté.....	20
1.6. Objectifs du plan d'action eSanté 2026-2029	22
Partie II – Gouvernance	27
2.1. Importance de la coopération interfédérale.....	27
2.2. Lien avec la gouvernance ASI pour les programmes interfédéraux.....	28
2.3. Organes de concertation interfédéraux, y compris rôles et responsabilités	30
2.3.1. Rôles et capacités nécessaires	30
2.3.2. Niveau stratégique : organes décisionnels.....	31
2.3.3. Niveau tactique/opérationnel : organes de coordination, de préparation et d'exécution	32
2.3.4. Participation des parties prenantes	33
2.3.5. Renforcement de la gouvernance et de la coordination	36
2.4. Ressources disponibles pour la réalisation du plan d'action eSanté 2026-2029	36
2.5. Feedback concernant le plan d'action eSanté 2026-2029	36
Partie III – Mise en œuvre et projets	39
3.1. Principes de fonctionnement et architecture du BIHR	39
3.2. Approche et axes de la Roadmap 2026-2029.....	50
3.2.1 Description des axes.....	51
3.2.2 Aperçu des projets.....	53

Glossaire

APD	Autorité de protection des données
BIHR	Belgian Integrated Health Record
CSI	Comité de sécurité de l'information
CSR	Centre de soins résidentiels
DPI	Dossier de patient informatisé
EHDS	Espace européen des données de santé (European Health Data Space)
ETB	Environnement de travail BIHR
FAIR	Faciles à trouver, Accessibles, Interopérables et Réutilisables
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
GDPR	General Data Protection Regulation
GTI	Groupe de travail intercabinet
HDA	Health Data Agency (Agence belge des données de santé)
HDAB	Health Data Access Body
IA	Intelligence artificielle
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICPC	International Classification of Primary Care
IPS	International Patient Summary
LLM	Large Language Models
PIA	Plateforme interadministrative
PIF	Plan interfédéral
PHM	Population Health Management
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SI	Soins intégrés
SS	Soins de santé
SSM	Soins de santé mentale
SNOMED CT	Systematized Medical Nomenclature for Medicine–Clinical Terminology
SPE	Secure Processing Environment
RWD	Real World Data

Définitions

Source authentique :

Une **source authentique** peut être définie comme une source originale et fiable qui fait autorité dans un domaine donné et dont proviennent directement les informations, sans influence ni distorsion. Le terme « authentique » implique que la source est véridique, traçable jusqu'à son origine et qu'il ne s'agit pas d'une source dérivée ou secondaire. Quelques caractéristiques essentielles d'une source authentique :

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

Dans le cadre de ce plan d'action, les « sources authentiques » concernent les données relatives à la prise en charge du bien-être et de la santé d'une personne, qui sont publiées de manière cohérente et standardisée par l'auteur/le prestataire de soins et qui sont accessibles aux prestataires de soins ayant une relation thérapeutique avec la personne, ainsi qu'à la personne elle-même.

Épisode de soins :

Un « épisode de soins » est documenté par les enregistrements (réalisés par les prestataires de soins concernés¹ et le patient, éventuellement aussi par l'aidant proche) qui se rapportent à une affection/un problème de santé spécifique, à partir du moment où le patient demande pour la première fois une aide professionnelle jusqu'au dernier contact pour cette affection/ce problème de santé.

Objectifs de vie :

Les objectifs de vie, ou objectifs personnels, des utilisateurs de soins s'inspirent de leurs valeurs et de ce qui est important pour eux. Par exemple, une activité importante pour un patient peut être de pouvoir aller chercher son petit-enfant à l'école à vélo ou à pied. La valeur sous-jacente est le désir d'être un grand-parent impliqué et/ou de rester en forme.

Objectifs de soins :

Les objectifs de soins sont donc le moyen ou la manière d'atteindre l'objectif (de vie). À ce stade, l'expertise professionnelle du prestataire de soins est cruciale, tout comme celle de la personne. Comment allons-nous faire en sorte que vous puissiez continuer à vous rendre au potager à vélo ? Selon vous, que faut-il pour y parvenir ?

¹ Par « prestataire de soins », nous entendons un professionnel des soins de santé.

Données cliniques :

Les « données cliniques » sont des données collectées pour établir un diagnostic ou un traitement. Il s'agit par exemple du diagnostic, du type de traitement, des résultats du traitement et des données des contrôles post-traitement.

Linking pathways :

Les « linking pathways » sont des processus et formats électroniques convenus qui garantissent un transfert sécurisé des documents de renvoi et de prescription ainsi que des informations correspondantes relatives à une personne, d'une part, et des rapports et comptes rendus, d'autre part, entre les professionnels de la santé qui ont une relation de soins avec cette personne et/ou qui assument une responsabilité dans le processus de soins.

BIHR :

Le BIHR décrit un environnement dans lequel une personne/un citoyen a une vue claire de ses propres données (de soins) de santé et dans lequel toutes les personnes qui s'occupent de cette personne ont accès à toutes les données importantes pour lui fournir des soins de haute qualité.

Le BIHR est un dossier de patient virtuel et distribué. Il n'existe pas sous forme d'un ensemble unique à un seul endroit, mais il a recours au maximum aux informations de santé partagées existantes et aux sources authentiques (par exemple, Recip-e, Hubs, Vaccinnet, coffres-forts, etc.). Il s'appuie donc sur tout ce qui existe déjà, mais modifie à certains égards le mode de fonctionnement et l'échange de données. Pour ce faire, il utilise souvent des procédures, des composants et des systèmes qui existent déjà, ici et là, dans le mode de fonctionnement actuel. Si vous reconnaissez des choses que vous faites déjà, vous êtes sur la bonne voie.

Note de Synthèse

Ce **plan d'action eSanté** définit les **grandes lignes** des développements en matière d'eSanté pour la **période 2026-2029**. Il soutient intégralement un écosystème durable et pérenne pour la prévention, le bien-être et les soins de santé en Belgique en fournissant les systèmes, outils et solutions eSanté nécessaires.

Ce plan d'action interfédéral eSanté est plus qu'une simple continuation, c'est une impulsion stratégique renouvelée dont l'objectif principal est d'accélérer la numérisation des soins de santé et de la traduire en résultats tangibles et mesurables pour tous, utilisateurs et prestataires de soins.

Ce plan d'action s'adresse à toutes les parties prenantes. Il donne un aperçu des objectifs, de la gouvernance et de l'approche concrète en ce qui concerne les développements en matière de partage des données. Le plan vise également à préparer pleinement l'adhésion au partage européen des données tel que prévu dans l'EHDS (2029-2031). Nous avons conscience des défis et frustrations antérieurs liés à l'impact concret des initiatives en matière de santé en ligne et nous nous fixons pour objectif, avec ce plan, de faire la différence, de manière claire et tangible, dans la pratique quotidienne des prestataires de soins et des utilisateurs de soins.

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

Grâce aux soins intégrés, le patient est abordé en fonction de ses besoins globaux en matière de soins (tant curatifs, préventifs, sociaux qu'environnementaux) et il obtient également un aperçu des informations disponibles sur les soins. En outre, les soins intégrés permettent également au professionnel des soins (de santé) de s'appuyer à chaque fois sur ce qu'un professionnel précédent a déjà enregistré (sous une forme permettant l'échange numérique). Il est donc essentiel de recenser les besoins et les contraintes sur le terrain afin de mettre en place des solutions numériques efficaces.

Les projets prévus dans le cadre de ce plan d'action visent à relever les défis qui se posent dans le paysage actuel, à contribuer au **maximum** aux **prochaines étapes qui seront franchies en Belgique en matière de soins intégrés**, et à soutenir au maximum les citoyens, les professionnels (des soins) de santé et les établissements de soins (de santé) dans le domaine de la santé en ligne, avec pour objectif final d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des soins grâce à une numérisation poussée, à l'innovation et à l'autonomisation des citoyens et des professionnels (des soins) de santé.

L'**ambition** de ce plan d'action est **claire** : **la Belgique a besoin d'une architecture eSanté** dans laquelle les centaines de composants et de plateformes informatiques existants sont partagés de manière transparente avec un grand nombre d'acteurs très divers. Ce « **moonshot** » est un **paysage eSanté intégré**, dans lequel les soins et l'information sont totalement interconnectés et se renforcent

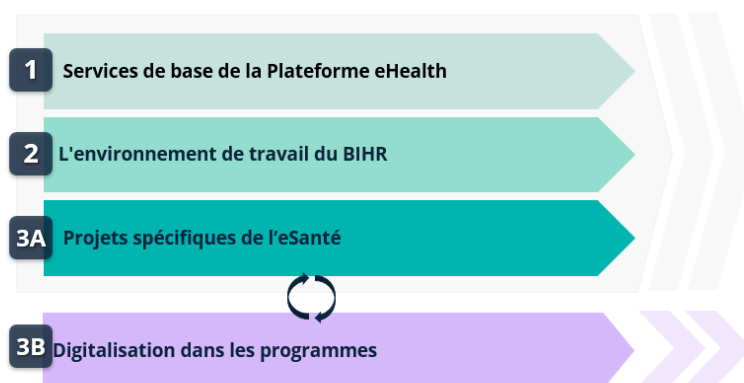
mutuellement. Une étape importante pour réaliser cette ambition est **la poursuite du développement du dossier patient intégré belge**, le **Belgian Integrated Health Record (BIHR)**, qui constitue la clé de la réalisation de ce « moonshot ».

Le paysage eSanté intégré garantit la **continuité des soins** tout au long du parcours de soins d'un patient ou d'un citoyen, du début à la fin, y compris **l'échange transfrontalier** de données de (soins de) santé au sein de l'UE. Dans ce paysage de données, les citoyens ont accès à leurs propres informations de (soins de) santé via un tableau de bord simple et convivial, ce qui leur offre **davantage de contrôle** de leurs soins et de leur santé. Dans le même temps, cet écosystème intégré favorise la **coopération** entre les professionnels de la santé en mettant à leur disposition des informations sur les soins de manière plus rapide (moins de clics, plus de connexion entre eux) et plus efficace (meilleure vue d'ensemble, meilleure interopérabilité). Il en résulte **une réduction de la charge administrative** et davantage de possibilités pour **des soins personnalisés et ciblés**.

Dans le cadre de ce plan d'action, cet **objectif ambitieux** est **divisé** en plusieurs étapes cruciales qui doivent être franchies entre 2026 et 2029. Ce plan d'action s'articule autour de trois axes parallèles :

- Poursuite du développement des **services de base de la plate-forme eHealth, de MyCarenet et des hubs/métahubs et coffres-forts de santé** (axe 1), qui servent de **base** à de nombreux projets d'eSanté dans le cadre de ce plan d'action.
- **Opérationnalisation du BIHR en tant que dossier patient virtuel partagé** (axe 2) : la poursuite de l'opérationnalisation du BIHR se concrétise dans le cadre de ce plan d'action par la création de l'« environnement de travail BIHR » (ETB). Cet environnement de travail comprend la poursuite du développement des sources de données authentiques et l'optimisation des composants nécessaires (via des interfaces logicielles) pour relier, consulter, visualiser et enregistrer les données. À cette fin, il est nécessaire de coordonner les différents projets d'eSanté en cours et de créer des liens et une cohérence afin que le fonctionnement du BIHR soit efficace et opérationnel tant pour le prestataire de soins que pour l'utilisateur de soins.
- **Alignement sur les programmes thématiques** (axe 3) : la coordination des projets eSanté doit être conforme aux programmes thématiques lancés en Belgique, notamment en matière de soins intégrés. Il est essentiel que les projets d'eSanté définissent les conditions requises pour la mise en œuvre réussie de ces programmes, tandis que les programmes, à leur tour, précisent les exigences techniques supplémentaires nécessaires à une mise en œuvre efficace.

Feuille de route des axes pertinents 2026-2029



Vision



"Moonshot"

Une architecture et un paysage de l'eSanté plus mûrs, conformes aux objectifs stratégiques et opérationnels du plan d'action 2026-2029

Les ambitions de ce plan d'action ne peuvent être réalisées que grâce à une **coopération interfédérale solide**, qui constitue la base d'une mise en œuvre conjointe des objectifs à différents niveaux. Afin de coordonner efficacement la mise en œuvre de cette Roadmap, une **gouvernance interfédérale** a été mise en place dans le cadre de ce plan d'action (cf. axes 1 et 2). Afin de garantir la coordination avec les programmes de fond relatifs aux soins intégrés (cf. axe 3), il est essentiel d'établir un lien avec la gouvernance existante des soins intégrés, sans toutefois l'intégrer complètement. Cela permet une meilleure coordination entre les projets eux-mêmes et avec les programmes aux différents niveaux (fédéral, régional et communautaire), afin que les efforts soient menés conjointement et dans la même direction.

Le plan d'action eSanté 2026-2029 **s'appuie** ainsi sur le plan d'action précédent, en mettant davantage l'accent sur la mise en œuvre opérationnelle et la promotion des synergies entre les projets eSanté en cours et les programmes thématiques. Le plan d'action eSanté 2026-2029 n'est donc pas seulement un plan stratégique, mais aussi une étape essentielle vers un **paysage eSanté** pérenne et **intégré de manière efficace pour la Belgique**.

En outre, une attention particulière sera accordée à la littératie numérique et à la littératie en santé, tant en ce qui concerne les usagers de soins que les prestataires de soins. À cette fin, un protocole d'accord interfédéral a déjà été conclu, qui prévoit une approche coordonnée des initiatives.

Partie I – Contexte et situation

1.1. Introduction

En Belgique, les compétences en matière de **prévention, de bien-être et de soins de santé** sont réparties entre les niveaux fédéral, régional et communautaire. Sur la base de ces compétences, **des projets** individuels sont lancés dans le domaine de l'eSanté² tant par les instances fédérales que régionales.

Sur le **terrain**, cependant, il s'agit toujours du même **citoyen** (usager de soins) et **du même professionnel des soins (de santé)** qui préfèrent ne pas être trop confrontés à l'organisation (complexe) de notre écosystème de prévention, de bien-être et de soins de santé. Le défi de ce plan d'action pour la période à venir consiste à relier davantage les initiatives (eSanté) actuelles et futures pour parvenir à un ensemble intégré, le cas échéant, avec le demandeur de soins comme pivot central : quels sont ses souhaits en matière de prévention, de bien-être et de santé et comment cela s'inscrit-il dans ses objectifs de vie ?

Il y a **une grande urgence** à cet égard. À partir de 2030 (et jusqu'en 2050 au moins), les transitions démographiques et épidémiologiques (augmentation du nombre de personnes très âgées, de personnes souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité, augmentation des problèmes de santé mentale, etc.) entraîneront les **besoins en soins les plus importants de notre histoire**. Cela signifie que d'ici 2030, nous aurons besoin d'un **système de données électroniques intégré et performant** dans le domaine des soins de santé, qui contribue aux objectifs d'accessibilité, de qualité, d'équité sociale, de participation et qui crée autant de « valeur » que possible avec les moyens mis en œuvre (« value-based health care »).

³ **Sur le plan politique**, des initiatives importantes ont récemment été prises à différents niveaux et par les parties prenantes concernées pour évoluer davantage vers des **soins intégrés (SI)**. L'OMS définit les soins de santé intégrés comme suit :

*« Une approche visant à renforcer les systèmes **de santé** centrés sur **la personne**^{4,5} en favorisant une prestation de services globale et de qualité tout au long de la vie, répondant aux besoins multidimensionnels de la population et des individus, et assurée par une équipe multidisciplinaire coordonnée de professionnels travaillant dans différents contextes.*

Ce **plan d'action eSanté** définit les **grandes lignes** des développements importants dans le domaine de l'eSanté pour la **période 2026-2029**. Il soutient intégralement un écosystème durable et pérenne pour la prévention, le bien-être et les soins de santé en Belgique en fournissant les systèmes, outils et solutions eSanté nécessaires.

De nouveaux développements dans le domaine de **l'eSanté** sont nécessaires. En effet, le domaine de la prévention, du bien-être et des soins de santé sera confronté à un certain nombre de défis urgents dans les années à venir, tels que le vieillissement de la population, la prévalence croissante des

² L'OMS définit la cybersanté comme « l'utilisation rentable et sécurisée des technologies de l'information et de la communication à l'appui de la santé et des domaines connexes, notamment les services de santé, la surveillance sanitaire, la documentation sur la santé, l'éducation, les connaissances et la recherche en matière de santé ». Disponible à l'adresse : <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>

³ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Modèles de soins intégrés : aperçu général (2016). Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6eb1da76-189c-4bbd-ac79-62523037ffae/content>

⁴ Placer l'être humain au centre signifie que les soins de santé contribuent à la réalisation de ses objectifs de vie.

⁵ De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011 : Multi-morbidité, soins axés sur les objectifs et équité. Br J Gen Pract 2012 ; 62 : 522-4. Disponible sur : <https://bjgp.org/content/62/600/e522>

maladies chroniques et la multimorbidité. L'évolution vers des **soins plus intégrés** est cruciale dans notre approche future en matière de soins de santé. Des mesures importantes ont déjà été prises récemment dans ce domaine, notamment par le biais du protocole d'accord concernant le plan interfédéral pour des soins intégrés et de divers programmes, tels que ceux destinés aux femmes enceintes, aux personnes vulnérables et à l'obésité chez les enfants et les jeunes, etc.

Ce plan d'action interfédéral eSanté est plus qu'une simple continuation, c'est une nouvelle impulsion stratégique dont l'objectif principal est d'accélérer la numérisation des soins de santé et de la traduire en résultats tangibles et mesurables pour tous, utilisateurs et prestataires de soins.

Ce plan d'action s'adresse à toutes les parties prenantes. Il donne un aperçu des objectifs, de la gouvernance et de l'approche concrète en ce qui concerne les développements en matière de partage des données. Le plan vise également à préparer pleinement l'adhésion au partage européen des données tel que prévu dans l'EHDS (2029-2031). Nous avons conscience des défis et frustrations antérieurs liés à l'impact concret des initiatives en matière de santé en ligne et nous nous fixons pour objectif, avec ce plan, de faire la différence, de manière claire et tangible, dans la pratique quotidienne des prestataires de soins et des utilisateurs de soins.

Les projets inclus dans ce plan d'action visent à relever les défis du paysage actuel, à contribuer au **maximum** aux **prochaines étapes qui seront franchies en Belgique en matière de soins intégrés**, et ont pour objectif de soutenir au maximum les citoyens, les professionnels (des soins) de santé et les établissements de soins (de santé) dans le domaine de la santé en ligne, avec pour objectif final d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des soins grâce à une numérisation poussée, à l'innovation et à l'autonomisation des citoyens et des professionnels (des soins) de santé.

L'**ambition** de ce plan d'action est **claire** : la **Belgique a besoin d'une architecture eSanté plus mature**, dans laquelle les centaines de composants et de plateformes informatiques existants sont partagés de manière transparente avec un grand nombre d'acteurs très divers. L'**objectif ambitieux** est de créer un **paysage eSanté intégré**, dans lequel les soins et l'information sont totalement interconnectés et se renforcent mutuellement.

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

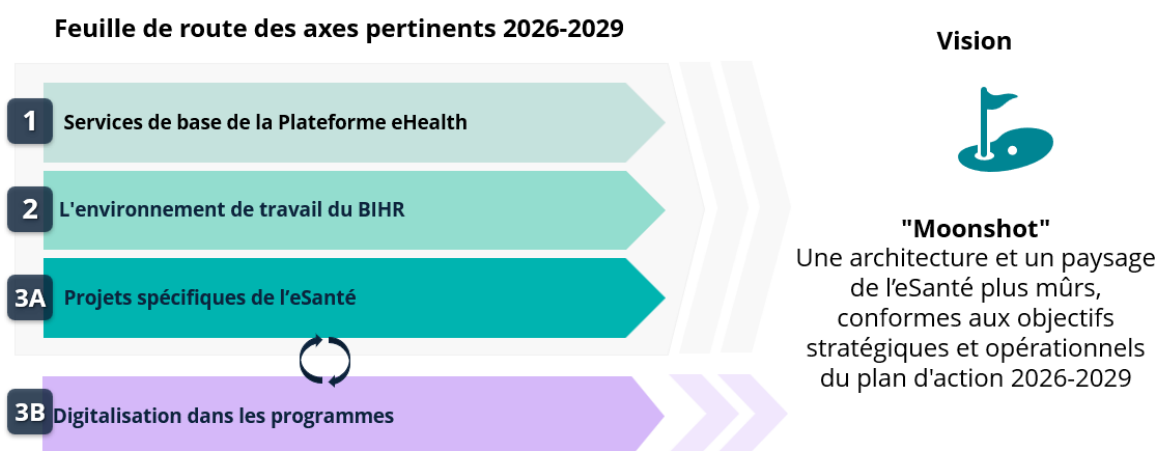
Le paysage eSanté intégré garantit la **continuité des soins** tout au long du parcours de soins d'un patient ou d'un citoyen, du début à la fin, y compris l'**échange transfrontalier** de données de (soins de) santé au sein de l'UE. Dans ce paysage de données, les citoyens ont accès à leurs propres informations de (soins de) santé via un tableau de bord simple et convivial, ce qui leur offre **davantage de contrôle** de leurs soins. La culture numérique en matière de santé est ici essentielle. Dans le même temps, cet écosystème intégré favorise la **coopération** entre les professionnels de la santé en améliorant l'**interopérabilité**. Il en résulte une **réduction de la charge administrative** et davantage de possibilités pour **des soins personnalisés et ciblés**.

Dans le cadre de ce plan d'action, cet **objectif ambitieux** est **divisé** en plusieurs étapes cruciales qui doivent être franchies entre 2026 et 2029. Ce plan d'action s'articule autour de trois axes parallèles :

- Poursuite du développement des **services de base de la plateforme eHealth** (axe 1), qui servent de **fondement** à de nombreux projets eHealth dans le cadre de ce plan d'action.
- **Opérationnalisation du BIHR** (axe 2) : dans le cadre de ce plan d'action, la poursuite de l'opérationnalisation du BIHR se concrétise dans le « BIHR Werkomgeving » (ETB, environnement

de travail BIHR). Ce ETB comprend le développement des sources de données authentiques et l'optimisation des composants nécessaires (via des interfaces logicielles) pour relier, consulter, visualiser et enregistrer les données. Pour ce faire, il est nécessaire de coordonner les différents projets eSanté en cours et de créer des liens et des connexions afin de rendre le fonctionnement du BIHR efficace et opérationnel.

- **Alignement avec les programmes de fond (axe 3) :** la coordination des projets eSanté doit être alignée sur les programmes de fond lancés en Belgique, notamment en matière de soins intégrés. Il est essentiel que les projets eSanté définissent les conditions requises pour la mise en œuvre réussie de ces programmes, tandis que les programmes, à leur tour, précisent les exigences techniques supplémentaires nécessaires à une mise en œuvre efficace.



Les ambitions de ce plan d'action ne peuvent être réalisées que grâce à une **coopération interfédérale solide**, qui constitue la base d'une mise en œuvre conjointe des objectifs à différents niveaux. Afin de coordonner efficacement la mise en œuvre de cette Roadmap, une **gouvernance interfédérale** a été mise en place dans le cadre de ce plan d'action (cf. axes 1 et 2). Afin de garantir la coordination avec les programmes de fond relatifs aux soins intégrés (cf. axe 3), il est essentiel d'établir un lien avec la gouvernance existante des soins intégrés, sans toutefois l'intégrer complètement. Cela permet une meilleure coordination entre les projets eux-mêmes et avec les programmes aux différents niveaux (fédéral, régional et communautaire), afin que les efforts soient menés conjointement et dans la même direction.

Le plan d'action eSanté 2026-2029 **s'appuie** ainsi sur le plan d'action précédent, en mettant davantage l'accent sur la mise en œuvre opérationnelle et la promotion des synergies entre les projets eSanté en cours et les programmes thématiques. Le plan d'action eSanté 2026-2029 n'est donc pas seulement un plan stratégique, mais aussi une étape essentielle vers un **paysage eSanté pérenne et intégré de manière efficace pour la Belgique**.

Tout au long de la période couverte par ce plan d'action, c'est-à-dire de 2026 à 2029, des mesures importantes devront être prises pour soutenir l'ASI dans le domaine de la santé en ligne. C'est pourquoi il a été décidé **d'aligner étroitement ce plan d'action sur des concepts** tels que **les soins intégrés** et, en outre, d'encourager une **coopération interfédérale plus forte** autour du plan d'action eSanté. En outre, dans le domaine de la santé en ligne et des projets de santé en ligne, il faudra continuer à

construire une base numérique solide afin de contribuer à la réalisation de ces concepts. La poursuite du développement du **dossier médical intégré belge (BIHR)** est essentielle à cet égard.

1.2. Soins intégrés et assistance

1.2.1. Plan pour l'aide et les soins intégrés

Afin de relever les différents défis auxquels est confronté le système de soins et de bien-être, tels que l'évolution des demandes de soins (notamment de plus en plus chroniques et complexes), la numérisation poussée, l'émancipation et l'autonomisation de la personne, les nouvelles possibilités de traitement, la pénurie de personnel et de moyens budgétaires dans le secteur des soins, la nécessité de maîtriser le budget des soins, la fragmentation des soins, la socialisation des soins, etc., tant les entités fédérées que l'État fédéral mettent en œuvre des réformes dans le cadre de leurs compétences respectives. Ces réformes visent à **organiser une approche plus intégrée des soins et du bien-être**, pour laquelle une **bonne coopération** entre les autorités fédérales et les entités fédérées est essentielle.

Les soins intégrés constituent un mouvement durable à long terme. Récemment, une étape importante a été franchie au niveau interfédéral dans le cadre des soins intégrés. Un [protocole d'accord dans le cadre du Plan interfédéral pour l'aide et les soins intégrés \(PIF ASI\)](#) a été conclu **entre l'autorité fédérale et les entités fédérées concernées**. Ce protocole d'accord constitue un point de départ et offre un cadre commun pour une approche uniforme en matière de mise en œuvre des soins intégrés. Il jette les bases d'une coopération interfédérale structurelle.

Le plan comprend huit accords qui contribuent aux **cinq composants du Quintuple Aim** (Sextuple AIM⁶ si l'on ajoute la durabilité). Le plan vise en outre à mettre en œuvre un processus de changement qui soutient l'évolution vers une aide et des soins intégrés (ASI). Lors du lancement pratique et de la mise en œuvre du protocole d'accord PIF ASI, **trois domaines d'application** ont été initialement définis comme point de départ. Concrètement, **des programmes interfédéraux** de soins intégrés seront progressivement mis en place pour les domaines d'application suivants :

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

La coopération dans le cadre du PID ASI repose sur une interaction entre différents acteurs des soins et du bien-être, tant au niveau micro, méso que macro, combinée à des mesures de soutien cruciales en matière de financement et de numérisation. L'un des accords établit le **lien entre PIF ASI et le plan d'action eSanté** :

« Les entités fédérées et l'autorité fédérale s'engagent à mettre en place une politique de soins et de bien-être fondée sur les données afin de réaliser la coopération, la communication et le partage des données. Les interdépendances entre le PIF ASI et le plan d'action eSanté sont suivies et mises en œuvre dans le cadre de la Plateforme interadministrative pour les soins intégrés. »

⁶ Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin JP. An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A 'sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. *Int J Health Plan Manage*. 2023 Mar;38(2):289-295. doi : 10.1002/hpm.3616. Publication électronique, 3 février 2023. PMID : 36734815.

C'est ainsi que commence le mouvement à long terme en matière de soins intégrés avec l'accord protocolaire et sa traduction dans une première série de trois **programmes interfédéraux** concrets en 2024. Ces programmes peuvent servir de cas d'utilisation ou d'application pratique. Outre les programmes interfédéraux de soins intégrés, il existe **des programmes** élaborés dans le cadre d'une seule entité compétente. Ainsi, l'hospitalisation à domicile est actuellement élaborée dans le cadre de l'assurance maladie **fédérale** et dans le cadre des compétences fédérales. Les programmes susmentionnés, ainsi que les éventuels nouveaux programmes à terme, doivent pouvoir être mis en œuvre rapidement à l'aide de l'environnement de travail BIHR (cf. infra).

Dans le cadre du présent plan d'action eSanté 2026-2029, on examine plus en détail quels projets d'eSanté peuvent contribuer à l'opérationnalisation et à la réalisation de soins intégrés. Pour plus d'informations sur les projets, veuillez-vous reporter à la partie III - Mise en œuvre et projets.

1.2.2. Programmes ASI pertinents pour le plan d'action eSanté 2026-2029

La section ci-dessous présente brièvement les ambitions numériques des programmes actuellement identifiés, dans la mesure du possible, en fonction de leur maturité. Comme indiqué dans le paragraphe précédent, il n'est pas exclu que de nouveaux programmes soient identifiés à l'avenir.

Programmes du plan interfédéral de soins intégrés

Actuellement, le [programme de soins périnataux](#) est en phase de mise en œuvre sur le terrain, dans toutes les régions. Ce programme est axé sur les soins et le soutien aux femmes enceintes, aux enfants et aux familles pendant les 1 000 premiers jours (jusqu'à l'âge de trois ans), soit la période allant de la conception au troisième anniversaire de l'enfant. L'objectif est d'offrir à chaque enfant à naître et né un départ optimal en fournissant des soins intégrés à la mère, à l'enfant et à la famille pendant cette période cruciale.

Sur la base des connaissances actuellement disponibles, **l'ambition numérique** de ce programme vise à :

- soutenir de manière optimale la mise en œuvre du programme visant à identifier, atteindre, soutenir et autonomiser les femmes enceintes vulnérables, l'enfant et la famille. Ce programme bénéficie d'un soutien numérique grâce à l'outil Born in Belgium Pro, qui aide au dépistage destiné aux femmes enceintes, à établir et à mettre en œuvre le plan de soins, et qui soutient la collaboration interdisciplinaire par voie numérique.
- améliorer l'interopérabilité entre les logiciels des prestataires de soins et les sources authentiques, afin que les prestataires de soins, mais aussi les femmes enceintes et leurs familles, aient une vue précise et actualisée de leurs données de soins, ce qui se traduit par des soins plus rentables, plus transparents et plus efficaces. Pour cela, chacun doit disposer d'une interface appropriée, qui s'intègre parfaitement au DPI des prestataires de soins. La structuration des informations autour des « épisodes de soins » et l'utilisation de classifications pertinentes (CIM-11, ICPC-2/3, etc.) faciliteront cette tâche.
- La numérisation doit également soutenir l'utilisation secondaire des données aux niveaux micro, méso et macro à des fins de Population Health Management (cf. infra), d'évaluation et de suivi, d'analyse des risques, etc.

Étant donné que l'élaboration des flux de données nécessite une concertation sur le plan du contenu, de la technique et du droit, l'enregistrement et l'échange de données seront développés

progressivement, en commençant dans un premier temps par l'enregistrement du dépistage et de l'activité par les acteurs dans l'outil Born in Belgium et la facturation des activités remboursables via les plateformes mises à disposition. Afin de définir plus précisément les besoins en matière d'enregistrement, de flux et de partage des données, un **groupe de travail interfédéral juridico-technique** sera créé (voir Partie II - Gouvernance).

Le **programme pour les personnes vulnérables et le programme relatif à l'obésité chez les enfants et les jeunes** en sont toutefois encore à leurs **débuts**, à savoir à la phase conceptuelle. Le contenu spécifique et les groupes cibles doivent encore être élaborés en collaboration avec les entités fédérées et les autorités fédérales avant que les ambitions numériques puissent être définies. Dès que la situation sera plus claire, des détails supplémentaires concernant le soutien numérique de ces programmes seront ajoutés au plan d'action (ou inclus dans la prochaine version).

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (y compris les soins à domicile) nécessite une collaboration entre les différents acteurs des soins, y compris le bénéficiaire des soins et son environnement familial. Elle exige un engagement multidisciplinaire poussé, repose sur un partage intensif des données de santé et va souvent de pair avec l'utilisation d'applications de télésurveillance. La valeur ajoutée peut être importante, en termes de confort pour l'utilisateur des soins et son environnement, en évitant les hospitalisations et en permettant une intervention précoce en cas de problèmes. L'hospitalisation à domicile est par excellence une organisation des soins où l'accent sur la prestation de soins de bout en bout est crucial. Nous distinguons donc spécifiquement ce programme dans le présent plan d'action eHealth.

Autres programmes

D'autres programmes peuvent être ajoutés si cela est décidé au sein de la structure de gouvernance du présent plan d'action eHealth. Ainsi, depuis la COVID-19, le développement de la télésurveillance et un certain nombre de projets dans le cadre du processus d'innovation du SPF Santé publique, l'hospitalisation à domicile et les soins à domicile sont certainement de bons candidats. Les programmes doivent veiller à prêter attention à la gestion du changement et la littératie en santé et la littératie numérique, et doivent veiller à ce que les applications et les CareSets nécessaires soient effectivement utilisés. Il est inutile de développer des CareSets tels que allergies/intolérances ou autres sans mettre en place une approche et un accompagnement adéquats à tous les niveaux où ces CareSets seront utilisés, tant au niveau de l'encodage, de la consultation ou du partage. Les processus, les rôles et les responsabilités doivent être définis, et tous les prestataires de soins, établissements de soins et utilisateurs de soins concernés doivent s'engager à utiliser correctement les CareSets et les applications qui sont introduits. VIDIS (schéma de médication partagé) est un exemple où cela reste difficile et où les informations ne sont que partiellement disponibles, avec en outre une incertitude quant à l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de ces informations.

1.2.3. Population Health Management

Un aspect important des soins intégrés est l'approche axée sur la population. L'objectif est d'améliorer la santé d'une population donnée en tenant compte des besoins et des caractéristiques de cette population, notamment sur les plans économique, social et écologique. Le **protocole d'accord PIF ASI** a également intégré cette perspective comme un élément important :

« Il est important de pouvoir travailler de manière décentralisée et proche des citoyens dans le cadre d'une **approche axée sur la population**, ainsi que de manière transversale, tant horizontalement que verticalement. Cela nécessite un niveau méso efficace et accessible, qui facilite le niveau micro et opère sous la politique du niveau macro. »

Le Population Health Management (PHM) offre un moyen de mettre en œuvre cette approche axée sur la population. Bien qu'il existe différentes définitions de la PHM, il existe un large consensus mondial sur certains éléments fondamentaux. L'OMS⁷ résume cela dans la définition suivante : une **approche axée sur la population, fondée sur les données et proactive** pour gérer la santé et le bien-être d'une population définie, en tenant compte de la diversité au sein de cette population et de ses déterminants sociaux de la santé.

Un aspect essentiel du PHM est le monitoring récurrent des données, dans le cadre duquel **des cycles d'amélioration continue et des boucles de rétroaction** à différents niveaux contribuent à un système de (soins de) santé dynamique et réactif. En outre, le PHM peut être pertinent dans l'application de l'utilisation primaire et secondaire des données de (soins de) santé.

Le PHM peut par exemple être appliqué au **niveau micro** dans l'optimisation des soins préventifs et curatifs pour les personnes qui ont une relation thérapeutique avec des prestataires de soins dans l'établissement, tels que les cabinets de première ligne ou les hôpitaux. Ainsi, des sous-groupes spécifiques peuvent être invités pour une vaccination dans le cabinet sur la base des données du DPI. Il s'agit là d'un exemple d'**« utilisation primaire » des données**, où l'accent est mis sur l'amélioration des soins prodigués à une personne. L'utilisation des données au niveau **méso et macro**, par exemple pour l'enregistrement épidémiologique, l'analyse ou la planification des capacités, relève de l'**« utilisation secondaire » des données**. Dans ce cas, il est important d'accorder une attention particulière à la protection de la vie privée et à la protection des données, ce qui implique la pseudonymisation et l'anonymisation des données, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD).

1.3. Belgian Integrated Health Record (BIHR)

1.3.1. Concept BIHR

Dans le cadre du Plan d'action eSanté 2026-2029, le concept, les lignes directrices et la mise en œuvre du **Belgian Integrated Health Record (BIHR)** joueront un rôle central dans la transformation et la modernisation du système de santé belge. Le concept BIHR englobe une vision plus large et son objectif est simple.

Le concept BIHR⁸ vise à instaurer une collaboration plus transparente et plus efficace entre tous les acteurs concernés par les soins ambulatoires et tous les établissements (hôpitaux, maisons de repos, etc.). Des données plus pertinentes et de meilleure qualité avec moins de travail (administratif). Dans un premier temps, le concept régit l'utilisation primaire des données, pour les soins individuels, autour et avec l'utilisateur des soins. Ensuite, le BIHR vise également l'utilisation secondaire des

^{7 7} World Health Organization. (2023). Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/items/43ce3ba1-497a-478f-b312-2b1b863a236d>

⁸ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante/bihr-belgian-integrated-health-record-un-systeme-d-information-integre-pour-des-soins-de-qualite>

données, pour la politique, le suivi, la gestion de la population et la recherche, dans un cadre juridique et pratique sûr (« FAIR »).

Le BIHR décrit un **environnement** dans lequel une personne/un citoyen a une vue claire de ses propres données de (soins de) santé et dans lequel toutes les personnes qui s'occupent de cette personne ont accès à toutes les données importantes pour lui fournir des soins de haute qualité.

Le BIHR est un dossier de patient virtuel et distribué. Il n'existe pas sous forme d'un ensemble unique à un seul endroit, mais il a recours au maximum aux informations de santé partagées existantes et aux sources authentiques (par exemple, Recip-e, Hubs, Vaccinnet, coffres-forts, etc.). Il s'appuie donc sur tout ce qui existe déjà, mais modifie à certains égards le mode de fonctionnement et l'échange de données. Pour ce faire, il utilise souvent des procédures, des composants et des systèmes qui existent déjà, ici et là, dans le mode de fonctionnement actuel. Si vous reconnaissez des choses que vous faites déjà, vous êtes sur la bonne voie.

Chaque prestataire de soins ajoute les données pertinentes (à chaque contact avec un patient) dans ces sources authentiques à partir du flux dans lequel il travaille normalement sur un dossier. Chaque prestataire de soins peut également demander des informations en fonction des besoins du moment, ce qui est facilité par le logiciel qui récupère alors les informations au bon endroit.

- D'une part, le BIHR comprend **des rubriques** et la manière dont les données doivent être demandées et saisies. Il s'agit d'un processus centralisé. Dans un premier temps, l'accent est mis sur le développement des rubriques suivantes, qui sont développées en tant que « sources authentiques » cliniques. À l'heure actuelle, 15 rubriques ont été identifiées, mais ce nombre peut encore évoluer :

1. *Liste des problèmes de santé et de bien-être*
2. *Données cliniques (au format « CareSet »)⁹*
3. *Laboratoire (clinique, pathologique, génétique, etc.)*
4. *Imagerie*
5. *Aperçu de la médication*
6. *Vaccinations*
7. *Allergies*
8. *Données de télésurveillance*
9. *Facteurs sociaux*
10. *Contexte familial*
11. *Objectifs de vie*
12. *Plan de soins et équipe soignante*
13. *Évaluation BelRAI*
14. *Volonté du patient*
15. *Implants*

La liste des rubriques ci-dessus constitue un premier aperçu et est dynamique. Elle sera modifiée/élargie à l'avenir afin de garantir que toutes les rubriques médicales et sociales

⁹ Ces données sont liées à la rubrique 1 : tant à la « Liste des problèmes » qu'à l'« Épisode de soins ». Les données cliniques figurent dans le dossier du patient et sont présentées sous la forme d'un « Careset », conformément aux accords FHIR.

pertinentes soient intégrées à terme dans le BIHR. Outre le développement des rubriques ci-dessus, le présent plan d'action se penche également sur le développement d'épisodes de soins et de « linking pathways » afin de soutenir la mise en œuvre du BIHR (voir plus loin).

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

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

Le BIHR vise à permettre une **communication** souple et **harmonisée et une collaboration multidisciplinaire grâce à la co-crédation d'informations** entre les différents professionnels des soins (de santéd) et établissements de soins (de santéd), ce qui permet de garantir de manière effective la continuité des soins, de réduire les erreurs (médicales) et d'éviter les examens en double. En outre, ils seront également en mesure de fournir plus rapidement des soins appropriés et de qualité, et les prestataires de soins apprendront également les uns des autres grâce au partage des hypothèses (de traitement ou d'anamnèse) concernant l'état de santé du patient.

- Le BIHR jouera un rôle clé en améliorant fondamentalement l'**accessibilité des données** et en permettant la saisie de nouvelles données. Il garantira en permanence l'interopérabilité entre les différents systèmes de santé en adoptant des normes internationales telles que **SNOMED CT et HL7 FHIR**.
- Le BIHR soutiendra intensivement **la réutilisation des données**, notamment pour **la science, la politique et le Population Health Management**.

La base juridique nécessaire à la réalisation du BIHR est constituée par le règlement EHDS, le protocole d'accord PIF ASI, [la loi sur les droits des patients](#), [la loi sur la qualité des soins \(de santé\)](#), [la législation GDPR](#) et la proposition d'accord de coopération sur l'échange de données de santé partagées. L'accord de coopération a reçu un avis de l'APD et du Conseil d'État, une version modifiée est prête et peut être traitée en deuxième lecture et soumise aux parlements. Les services de base nécessaires à la mise en œuvre du **protocole d'accord eHealth précédent** sont en cours de réalisation grâce au financement de l'EH-RRF et du BE-HTP. En collaboration avec différentes parties prenantes, un travail de **sensibilisation** important a été accompli et une dynamique a été mise en place avec la ligne zéro, la première ligne et la deuxième ligne (Agoria, CMIO des hôpitaux, VIVEL et accord sur les épisodes de soins ou « episodes of care »¹⁰, éénlijn.be, organisations de patients, etc.).

Dans le cadre du plan d'action eSanté 2026-2029, le BIHR est appelé à jouer un **rôle stratégique** dans **la transformation du système de santé belge**. En renforçant l'intégration des systèmes, en garantissant la sécurité des données, en facilitant la personnalisation et l'intégration des soins et en soutenant une gouvernance efficace, le BIHR contribuera de manière significative à l'amélioration globale de la qualité des soins en Belgique. Sa mise en œuvre réussie sera cruciale pour atteindre les objectifs du plan d'action et garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de santé modernes, sûrs et personnalisés.

BIHR est un **projet belge**, mais il est également étroitement lié au niveau européen. En matière d'utilisation primaire des données de (soins de) santé, le European Health Data Space (EHDS) vise à

¹⁰ Vivel. *Épisodes de soins*. Disponible via : <https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2025/01/VIVEL-nota-zorgeepisodesFR-2024-1.pdf>

offrir aux individus un meilleur accès numérique et un contrôle accru de leurs données électroniques personnelles de (soins de) santé, tant au niveau national qu'europpéen. La co-création interprofessionnelle d'informations (dans le contexte des épisodes de soins) et la garantie d'un échange de données correct et fluide entre les prestataires de soins nécessitent une interopérabilité poussée entre les systèmes. Les normes internationales telles que SNOMED CT (terminologie) et HL7 FHIR (messages), ainsi que les classifications telles que CIM-11, ICPC-3¹¹ et CIF jouent un rôle clé à cet égard. En outre, il est essentiel de s'aligner sur le programme MyHealth@EU afin de faciliter le partage des données pour l'utilisation primaire des données de (soins de) santé.

En ce qui concerne l'utilisation secondaire des données (de soins) de santé, l'EHDS et la plateforme HealthData@EU offrent un cadre fiable et efficace pour la réutilisation des données de (soins de) santé dans la recherche, l'innovation, l'élaboration des politiques et les activités réglementaires.

Le BIHR soutient également la numérisation dans le cadre **de l'aide et des soins intégrés (ASI)** à différents niveaux (micro, méso et macro) en appliquant le principe de la mise à disposition de données pertinentes, actualisées et précises, ce qui contribue à une meilleure coordination, à une meilleure prise de décision et, en fin de compte, à une meilleure qualité des soins. Le BIHR soutient ainsi à la fois les soins de santé, le bien-être et la prévention dans le domaine de la santé mentale et somatique. Une attention particulière doit être accordée à l'opérationnalisation et à l'utilisation réelle sur le terrain ainsi qu'à l'intégration de bout en bout de tous les moyens numériques. En d'autres termes, les systèmes numériques doivent être intégrés dans la collaboration entre l'utilisateur des soins, le professionnel des soins (de santé) et l'établissement de soins (de santé) et doivent permettre **une prestation de soins de bout en bout**.

La poursuite de la mise en œuvre opérationnelle du concept BIHR est rendue possible par le **programme « « environnement de travail BIHR »**. Vous trouverez plus de détails à ce sujet dans la « Partie III. Mise en œuvre ».

1.3.2. Épisodes de soins, CareSets et structure des hôpitaux

Les épisodes de soins constituent un concept important dans le cadre du concept BIHR. Les épisodes de soins favorisent l'enregistrement structuré des informations relatives aux personnes concernées, qui sont regroupées de manière synthétique. Chaque problème doit faire l'objet d'un enregistrement et la liste des « titres » de tous les épisodes de soins est regroupée dans la liste des problèmes. L'idée est que grâce à l'enregistrement par différentes disciplines, les **informations sont partagées** et il **n'est plus nécessaire d'échanger des informations entre elles**, et que les informations sont **optimisées par la co-création**. Les informations essentielles d'un épisode de soins sont représentées sous une forme compatible FHIR en tant que « **données** » dans un « **CareSet** » et publiées en tant que « source authentique ».

L'épisode de soins optimise la prestation des soins, **tant au niveau individuel qu'au niveau de la population**, et soutient la politique. L'épisode de soins a également son importance dans la **collaboration** avec le bénéficiaire des soins et son contexte (la ligne zéro) et les **hôpitaux ou autres établissements de soins (de santé)** (la deuxième ligne). Une bonne interaction est nécessaire à cet égard entre la manière de structurer utilisée dans les hôpitaux, qui est davantage axée sur les soins spécialisés, et l'épisode de soins, qui est davantage axé sur les soins généraux et le suivi des soins. Il

¹¹ Les informations relatives à la dernière version de l'ICPC (International Classification of Primary Care) sont disponibles sur : <https://www.icpc-3.info/>

est donc nécessaire de conclure de bons accords, y compris sur la manière de travailler et de collaborer de tous les acteurs concernés. À cet effet, on peut recourir à la création de « **linking pathways** », qui peuvent favoriser la communication, dans le respect de la stratégie d'enregistrement de chacun. La condition préalable est que les informations relatives au patient puissent être reconnues de la même manière et donc également via le même questionnaire (en rubriques). La consultation transmurale des informations de santé doit se dérouler aussi facilement que la consultation d'informations au sein de la première ou de la deuxième ligne.

1.4. Espace européen des données de santé (EHDS) et Agence des données de santé

L'UE vise une transformation numérique des soins de santé, de la prévention, de la santé et du maintien en bonne santé. C'est pourquoi l'UE souhaite, entre autres, que la grande majorité des citoyens européens aient accès à des dossiers de santé électroniques d'ici 2030 et qu'ils aient les compétences nécessaires pour les utiliser ou puissent faire appel à d'autres personnes pour exploiter ces ressources numériques. Les **principes de l'EHDS** jouent **un rôle crucial** dans la réalisation de cet objectif.

La réalisation des objectifs de l'UE en matière de numérisation des soins de santé et d'échange de données, tels que définis dans l'EHDS, repose sur les principes/objectifs suivants, à savoir **l'utilisation primaire et secondaire des données de (soins de) santé**, ensuite la promotion de la création d'un **marché unique** pour les dossiers de patients informatisés, des dispositifs médicaux pertinents et des systèmes d'IA à haut risque.

En ce qui concerne **l'utilisation primaire des données de (soins de) santé**, l'EHDS vise à offrir aux individus un meilleur accès numérique et un contrôle accru de leurs données électroniques personnelles de (soins de) santé, tant au niveau national qu'europpéen. Cela nécessite une interopérabilité, dans laquelle des normes internationales telles que **SNOMED CT** et **HL7 FHIR** peuvent jouer un rôle clé pour garantir un échange de données fluide entre les systèmes. En outre, il est essentiel de s'aligner sur le **programme MyHealth@EU** afin de faciliter le partage des données pour l'utilisation primaire des données de (soins de) santé.

En ce qui concerne l'utilisation secondaire des données de (soins de) santé, l'EHDS et la plateforme HealthData@EU offrent un cadre fiable et efficace pour la réutilisation des données de (soins de) santé dans la recherche, l'innovation, l'élaboration des politiques et les activités réglementaires. Pour la mise en œuvre de l'EHDS en matière d'utilisation secondaire des données de (soins de) santé, une collaboration avec la Health Data Agency (HDA) est envisagée. Bien que l'utilisation secondaire des données de (soins de) santé implique de nombreuses parties, la HDA servira de point de contact central pour les demandes de données et les applications d'accès aux données. À cette fin, la HDA assumera plusieurs rôles :

- La HDA en tant **qu'organisme de coordination de l'accès aux données de santé** (« Health Data Access Body » - HDAB) et « point de contact national » pour l'Europe en ce qui concerne l'utilisation secondaire des données en Belgique, où elle est responsable pour :
 - Le traitement et la gestion des demandes de données ;
 - Rendre les données FAIR et mettre à disposition les données de santé dans un catalogue ;
 - L'aide aux détenteurs de données pour rendre leurs données conformes au principe FAIR et les rendre disponibles dans le catalogue ;

- La délivrance de permis (y compris les frais) en collaboration avec le Comité de sécurité de l'information (CSI) (à discuter), mais traitement conjoint des demandes (point de contact unique) ;
- HDA fournit un environnement d'analyse centralisé et sécurisé pour les analyses fédérales ou les analyses avec des données liées ;
- HDA est responsable et point de contact national pour les échanges transfrontaliers avec les services européens (demandes de données, catalogue de métadonnées et liaison Secure Processing Environment (SPE)).
- La HDA en tant que **coordinatrice** de la mise en œuvre de l'EHDS en ce qui concerne l'utilisation secondaire en Belgique. Cela comprend, entre autres, l'élaboration d'un plan de mise en œuvre reposant sur cinq grands piliers :
 1. **Coordination de l'EHDS** : la HDA coordonne la mise en œuvre de l'utilisation secondaire de l'EHDS en Belgique, met en place une structure de gouvernance soutenue et communique à toutes les parties prenantes sur l'avancement de celle-ci.
 2. **Centre de connaissances EHDS** : la HDA devient le centre de connaissances pour l'EHDS (utilisation secondaire) en Belgique et communique et informe régulièrement les parties prenantes.
 3. **Implications juridiques de l'EHDS en Belgique** : la HDA coordonne les implications juridiques de l'EHDS en Belgique en dressant un aperçu de la législation nationale concernée et en initiant les propositions législatives nécessaires (notamment opt-out, comité d'éthique, etc.) La HDA recense tous les acteurs concernés et prend la décision d'attribuer à chacun un rôle conforme à l'EHDS (détenteur de données, HDAB, tiers de confiance, entité d'intermédiation, etc.).
 4. **Implications techniques** : la HDA coordonne, recense les implications techniques et initie les décisions nécessaires.
 5. **Déploiement organisationnel** : le déploiement organisationnel est coordonné par la HDA, qui facilite les décisions relatives à la répartition des tâches organisationnelles en Belgique.

Le plan de mise en œuvre et le suivi sont supervisés et dirigés par la Commission européenne. Le plan de mise en œuvre complet sera élaboré au cours du quatrième trimestre 2025 et ajouté à ce plan d'action.

Les principes de l'EHDS sont également importants dans le cadre des soins intégrés, car ils contribuent à offrir des soins (de santé) continus et une coopération transfrontalière, ainsi que dans le cadre du BIHR, qui permet aux professionnels des soins (de santé) d'accéder, au-delà des frontières nationales, à un aperçu intégré des données nécessaires concernant une personne. L'EHDS nécessitera **une approche interfédérale coordonnée** au cours des prochaines années afin de pouvoir répondre à toutes les exigences, ce qui implique une coopération étroite entre l'utilisation primaire et secondaire. Le plan d'action eSanté a donc le potentiel de soutenir la mise en œuvre de l'EHDS, à condition de réfléchir aux ressources nécessaires pour réaliser des missions et des projets supplémentaires dans le cadre de l'EHDS.

1.5. Objectifs stratégiques interfédéraux eSanté

En amont de ce cinquième plan d'action eSanté, une note de réflexion stratégique a été élaborée sous la direction du ministre fédéral de la Santé publique, des fonctionnaires dirigeants de l'INAMI, du SPF Santé publique et de la Plate-forme eHealth, en vue de définir les objectifs politiques communs. Cette note a été présentée en juillet 2025 à la Conférence interministérielle Santé publique et à la Plateforme administrative interfédérale comme cadre directeur pour l'élaboration du plan d'action actuel et a été définitivement acceptée en octobre 2025.

Ces orientations stratégiques mettent l'accent sur une réorientation fondamentale de l'approche de la numérisation dans les soins de santé. Quatre points ont été retenus comme prioritaires :

- Il est nécessaire d'adopter une approche stratégique présentant une valeur ajoutée sociale claire pour les citoyens, les usagers de soins et les prestataires de soins, qui doit redevenir le moteur de la politique en matière de santé en ligne, au lieu d'une approche purement technologique ou programmatique.
- La gouvernance et la coordination interfédérale entre les niveaux administratifs et avec le terrain doivent être réexaminées, actualisées et reconfirmées. La mise en œuvre s'inscrit dans le cadre de la répartition actuelle des compétences, mais nécessite un engagement actif et coordonné de toutes les autorités.
- L'ambition politique est concrétisée au mieux dans une série d'étapes claires et soutenues pour la durée du plan d'action, tant au niveau micro (par exemple, dossier de patient informatisé obligatoire pour les prestataires de soins actifs) qu'au niveau macro (par exemple, nouvelle politique fédérale en matière de registres avec transition vers un modèle « pull », plan de mise en œuvre pour l'EHDS), dont les points clés sont repris dans le plan d'action eSanté.
- Le plan d'action eSanté ancre le cadre politique et le traduit en ressources et budgets qui doivent être prévus au niveau interfédéral, en une planification et une gouvernance de haut niveau. Il appartient ensuite à la direction des administrations publiques compétentes de mettre en œuvre ce plan et d'en rendre compte.

Enfin, la note stratégique formule et adopte également la proposition de nommer un coordinateur interfédéral qui, au-delà de la structure de gestion du programme, supervise la mise en œuvre, la cohérence politique et la communication de la politique en matière d'eSanté, en concertation avec tous les niveaux administratifs. Ce rôle a été attribué à l'adjoint de l'administrateur général de la BCSS/Plate-forme eHealth.

Les orientations stratégiques constituent ainsi le fondement sur lequel repose ce plan d'action et servent de référence pour le suivi de la politique interfédérale en matière d'eSanté.

La note stratégique définit six étapes essentielles. Conjointement avec les objectifs en matière de soins de santé¹², qui placent la numérisation et l'amélioration de la collecte et de l'utilisation des données de santé aux niveaux macro et micro au premier rang des objectifs en matière de soins de santé, ces étapes servent de boussole et de points de référence pour tous les projets menés pendant la durée du plan d'action.

Étapes importantes au niveau micro :

¹² <https://www.inami.fgov.be/fr/presse/l-avis-sur-les-objectifs-en-matiere-de-soins-de-sante-sur-la-table-du-conseil-general-de-l-inami>

1. D'ici 2029, chaque prestataire de soins actif (dans un premier temps, les professionnels LEPS) disposera d'un dossier patient informatisé (DPI) standardisé selon le concept BIHR. Ceci sera inscrit dans la loi ;
2. Un système d'incitations uniforme sera mis en place, accordant davantage d'attention à la gestion qualitative et au partage et à l'utilisation effectifs des données, en principe principalement pour les prestataires de soins conventionnés. En ce qui concerne les incitations financières à la numérisation dans les hôpitaux, le financement actuel sera également revu et intégré, en accordant davantage d'attention à la gestion qualitative et au partage et à l'utilisation effectifs des données.
3. Chaque citoyen a accès à ses données de santé via le portail interfédéral intégré « Masanté.be », avec la possibilité d'y apporter ses propres contributions ;

Étapes importantes au niveau méso/macro :

4. Reprise d'une concertation structurelle avec les fournisseurs de logiciels afin de garantir le programme politique et le planning des normes (par exemple, la terminologie) et les implémentations requises ;
5. Garantir la pleine coopération des coffres-forts de santé existants et des services de base eHealth, dans le cadre d'une gouvernance axée sur la coopération, dans la mise en œuvre de la politique du gouvernement fédéral et des entités fédérées. Une politique d'accès asymétrique et une politique en matière de composition de l'équipe de soins sont possibles ;
6. Élaboration de la nouvelle politique en matière de registres, conformément à la mise en œuvre de l'EHDS pour l'utilisation secondaire, si possible sur la base des données disponibles dans le DPI (« only once »). Prévoir des plans de mise en œuvre pour l'EHDS (utilisation primaire et secondaire) d'ici la fin 2025, conformément aux normes de l'UE.

Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs actions sont proposées dans la partie III – Mise en œuvre et projets concernant :

- Garantir une adhésion interfédérale et une bonne gouvernance sur la base d'une politique stratégique alignée au niveau interfédéral ;
- Clarifier le rôle des coffres-forts de santé et des hubs ;
- Mettre en œuvre l'EHDS pour l'utilisation primaire et secondaire des données de santé ;
- Renouveler l'engagement en ce qui concerne la coopération avec les producteurs de logiciels ;
- Renforcer l'autonomie des professionnels de la santé, mais aussi clarifier les attentes en matière de qualité des données par le biais d'incitations, de primes et de législation ;
- Clarifier le rôle et l'importance des OA ;
- De même, bien définir le rôle et l'importance du citoyen/usager de soins.

1.6. Objectifs du plan d'action eSanté 2026-2029

Dans le cadre du précédent plan d'action, les projets d'eSanté ont été répartis en différents clusters, comme le montre la figure ci-dessous.



Ces clusters et leur contenu restent pertinents, mais il est nécessaire de mettre en place un « **moonshot** » global en matière de numérisation et d’eSanté. **Une numérisation ciblée et poussée** dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé est nécessaire pour initier, poursuivre, accélérer ou soutenir les changements pour **les usagers de soins, les professionnels des soins (de santé)** et les établissements de soins (de santé). En parlant explicitement d'un « moonshot », ce plan d'action vise à souligner la **nécessité d'une ambition révolutionnaire** en matière de numérisation et à reconnaître pleinement l'urgence décrite ci-dessus.

Afin de concrétiser l'ambition stratégique de ce plan d'action, les objectifs décrits ci-dessous seront traduits en un nombre limité, mais soigneusement sélectionné, de « jalons significatifs ». Ces jalons se caractériseront par leur clarté, leur mesurabilité et leur pertinence directe pour la pratique quotidienne des patients et des prestataires de soins. Ils constituent l'épine dorsale de nos progrès et détermineront l'orientation de tous nos efforts, plutôt qu'un large éventail de projets disparates.

Le Belgian Integrated Health Record (BIHR) est considéré dans ce plan d'action comme **un élément central** pour renforcer l'efficacité et l'efficience des soins, améliorer l'expérience des patients et garantir une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé. Au sens strict, le BIHR représente un **cadre cohérent**¹³ qui définit la manière dont chaque type de dossier patient peut enregistrer, consulter et présenter des données intégrées et auquel les sources d'information existantes (et nouvelles) peuvent se connecter.

Mais le BIHR va plus loin : il s'agit d'une **ambition révolutionnaire en matière de numérisation** et, dans le cadre de ce plan d'action, il est considéré comme un **moyen central** permettant aux pouvoirs publics et à leurs institutions, aux citoyens, aux professionnels et à l'industrie de poursuivre l'objectif **ambitieux** de la numérisation des soins de santé. Il s'agit d'un effort visant à intégrer davantage les initiatives numériques dans le fonctionnement quotidien des utilisateurs de soins, des professionnels des soins (de santé) et des établissements de soins (de santé).

En continuant à œuvrer à la réalisation du BIHR à travers les projets inclus dans ce plan d'action, le plan d'action eSanté vise en outre à contribuer de manière importante à la réalisation de **6 objectifs stratégiques (OS)** tant au niveau fédéral qu'au niveau régional et communautaire :

- OS1 : Tout d'abord, ce plan d'action **souscrit intégralement** aux **objectifs** communs sous-jacents **dans le cadre des soins intégrés et de la littératie numérique**, tels que convenus dans le protocole

¹³ Le BIHR n'a pas l'intention de commercialiser un nouveau dossier patient intégré.

d'accord du 8/11/2023 relatif au plan interfédéral de soins intégrés¹⁴ et du 21/5/2025 relatif à la littératie numérique, avec le **Quintuple AIM** comme boussole importante. Récemment, il est même question du **Sextuple AIM**¹⁵, qui intègre l'importance de la protection de la planète.

- OS2 : Deuxièmement, ce plan d'action a été élaboré en mettant l'accent sur **la prestation de soins de bout en bout**. Le terme « de bout en bout » doit ici être interprété de plusieurs façons. D'une part, **tout au long de la vie** d'un usager de soins, il y a généralement plusieurs épisodes de soins qui, le cas échéant, doivent s'enchaîner de manière cohérente, en fonction des objectifs de vie. D'autre part, **chaque épisode de soins** doit également viser à fournir des soins (de santé) continus et cohérents tout au long du parcours d'une personne, avec des objectifs de soins clairs. Cette approche s'inscrit dans la vision des soins intégrés, où la collaboration et la coordination entre les prestataires et les services de soins (de santé) sont essentielles pour soutenir la personne de manière optimale, tant **tout au long de l'épisode de soins concerné** que **tout au long des multiples épisodes de soins** traversés au cours de la vie ;
- OS3 : Troisièmement, ce plan d'action vise à contribuer à **alléger la charge de travail élevée des professionnels des soins (de santé)**. Dans ce contexte, il est essentiel de **simplifier** autant que possible **les processus administratifs, de réduire la charge de travail et d'enregistrement et de les rendre plus pertinents**, afin que les professionnels des soins (de santé) aient plus de temps et d'espace pour se concentrer sur la prestation de soins et le soutien dans le cadre du système actuel. À cet égard, le principe « Only Once » doit être strictement appliqué lors de l'enregistrement et de la réutilisation des données. La charge administrative doit également être réduite au minimum pour l'usager de soins.
- OS4 : Quatrièmement, ce plan vise à contribuer à la réalisation de **l'objectif de l'UE** en matière de numérisation des soins de santé et d'échange de données, tel que défini dans le règlement relatif à **l'espace européen des données de santé (EHDS)**, y compris la facilitation de la recherche, de l'innovation, du développement de produits et du soutien aux politiques ;
- OS5 : Cinquièmement, ce plan souligne la nécessité de **prendre de nouvelles mesures en vue de sa mise en œuvre**. Le plan d'action eSanté vise à **réaliser et à mettre en œuvre** des projets qui permettent de progresser autant que possible vers la vision future de la Belgique en matière de prévention, de bien-être et de soins de santé. Le plan et la gouvernance qui l'accompagne sont concrets et axés sur l'action, et facilitent à la fois les projets et les collaborations nécessaires à cette mise en œuvre. Dans cette perspective, le plan vise également à responsabiliser les parties prenantes concernées pour la réalisation des objectifs.
- OS 6 : Sixièmement, et conformément aux objectifs en matière de soins de santé, les décisions doivent être prises sur la base du **Value-Based Healthcare (VBHC)** afin d'utiliser de manière optimale les ressources existantes. Cela suppose l'enregistrement systématique tant des traitements que des résultats en matière de santé (et de soins). Cela suppose également le renforcement de la collaboration entre les professionnels (des soins) de santé et les autres parties prenantes.

¹⁴ Le protocole d'accord relatif au plan interfédéral de soins intégrés peut être consulté à l'adresse suivante : [08/11/2023 – Protocole d'accord Plan interfédéral de soins intégrés | SPF Santé publique](#)

¹⁵ Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin JP. An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A 'sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. *Int J Health Plan Manage*. 2023 Mar;38(2):289-295. doi : 10.1002/hpm.3616. Epub 3 février 2023. PMID : 36734815.

Afin de réaliser les objectifs stratégiques et opérationnels, le concept BIHR est le fil conducteur de ce plan d'action. À cette fin, le plan d'action et les projets qui y sont inclus poursuivent également 6 **objectifs opérationnels (OO) de l' :**

- **OO1 : Faciliter l'intégration et l'interopérabilité.** Le BIHR vise à améliorer fondamentalement l'accessibilité des données et à permettre l'imputation de nouvelles données. Il garantira toujours l'interopérabilité entre les différents systèmes de santé en adoptant des normes internationales telles que HL7 et FHIR (pour CareSets), des terminologies telles que SNOMED CT et des classifications telles que CIM-11, ICPC-3¹⁶ et ICF, et en développant l'utilisation des « épisodes de soins » et de la « liste de problèmes » comme concept interprofessionnel pour la co-crédation d'informations. Le BIHR vise à permettre une communication fluide et harmonisée entre les différents professionnels et établissements de soins (de santé) et les citoyens, garantissant ainsi efficacement la continuité des soins et favorisant des soins sûrs et de qualité.
- **OO2 : Enregistrement « Only Once ».** Le BIHR s'efforce de réduire la charge administrative pour les professionnels des soins (de santé) en simplifiant les processus d'enregistrement et de traitement des données des patients et en apportant son soutien dans les processus administratifs et de soins. Selon le principe « Only Once », les données ne sont saisies qu'une seule fois afin de pouvoir être réutilisées à toutes autres fins (rapports, remboursements, administration et diverses autres fins secondaires). En outre, après chaque contact, chaque professionnel des soins (de santé) doit ajouter les nouvelles informations pertinentes au dossier intégré, dans la mesure où celles-ci sont utiles pour lui-même, pour le patient et pour d'autres professionnels des soins (de santé) (cf. principe de co-crédation interprofessionnelle). Grâce à ces optimisations, les données peuvent être consultées et enregistrées plus rapidement et de manière plus claire, tout en restant facilement accessibles. Ce processus simplifié permet aux professionnels des soins (de santé) de consacrer plus de temps aux soins proprement dits, plutôt qu'à des tâches administratives lourdes.
- **OO3 : Mieux classer les données et les ajouter et les consulter de manière plus claire.** Selon le concept BIHR, les informations sont classées par épisodes de soins d'une part et stockées par rubrique (dans des « sources authentiques ») d'autre part. Cela permet un enregistrement plus fluide, une meilleure vue d'ensemble et un accès plus aisé. Le BIHR s'appuie sur les sources authentiques et services existants. Mais dans un souci de gain d'efficacité, il adapte si nécessaire les méthodes de travail et la répartition des tâches entre les utilisateurs, les fournisseurs de logiciels et les autorités publiques. L'intégration d'une utilisation responsable de l'IA soutiendra et favorisera la performance du traitement et de la gestion des informations.
- **OO4 : Attention constante à la sécurité et à la confidentialité des données.** La protection des données de santé des citoyens est une priorité absolue dans le plan d'action eSanté 2026-2029. Le concept BIHR contribuera à cet objectif en offrant un écosystème sécurisé qui répond aux normes les plus strictes en matière de protection des données, telles que le RGPD, et sera également aligné sur les dispositions du règlement EHDS. Le BIHR veillera à ce que les informations sensibles des citoyens soient protégées contre toute forme de menace ou d'accès non autorisé.
- **OO5 : Personnalisation des soins et autonomisation des usagers de soins et des professionnels des soins (de santé).** Le plan d'action eSanté met l'accent sur la personnalisation des soins et la participation active des usagers de soins à la gestion de leur santé. Le BIHR jouera un rôle déterminant en offrant aux citoyens un accès direct à leurs données de santé via une « vue »

¹⁶ Des informations sur la dernière version de la CIM-PC (Classification internationale des soins de santé primaires) sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.icpc-3.info/>

personnelle, claire et intuitive (par exemple, un tableau de bord, une explication dans la langue de l'utilisateur de soins, un lien vers des sources pouvant fournir plus d'informations, etc.) et en les aidant à acquérir les compétences nécessaires en matière de santé pour exploiter ces données. Les usagers de soins peuvent ajouter eux-mêmes des données personnelles et exprimer leurs objectifs de vie. Cela leur permet de mieux comprendre leur état de santé, de participer activement à la prise de décision concernant leurs soins et de prendre davantage en main la gestion de leurs soins. En outre, les professionnels des soins (de santé) peuvent utiliser des données agrégées pour élaborer des plans de soins personnalisés, adaptés aux besoins spécifiques de chaque utilisateur. Le BIHR comprend également un plan de soins personnalisé pour la personne concernée et pour tous les membres de l'équipe de soins, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble partagée et cohérente. Tout cela ne peut réussir que si une grande attention est accordée à la littératie numérique tant des usagers de soins que des prestataires de soins.

- **OO6 : Soutenir la gouvernance et la qualité des soins grâce au suivi des données.** Le BIHR sera un outil essentiel pour améliorer la gouvernance du système de santé belge. Il fournira aux autorités des outils de reporting et d'audit, permettant un meilleur suivi de l'utilisation des données de santé et garantissant le respect de la réglementation en vigueur. En centralisant et en normalisant les données, le BIHR contribuera également à améliorer la qualité des soins en facilitant l'évaluation des pratiques cliniques conformément au RGPD et en soutenant la recherche médicale. Le BIHR vise à mieux relier les données sur l'utilisation des soins et leurs résultats, ce qui renforcera la capacité à mesurer et à améliorer l'efficacité des soins de santé en Belgique.

Le présent plan d'action eSanté 2026-2029 vise à poursuivre et à atteindre les objectifs susmentionnés dans un contexte interfédéral commun (fédéral, régional et communautaire) par la mise en œuvre de projets et de programmes d'eSanté (cf. Partie III – Mise en œuvre et projets). Le plan d'action propose en outre une gouvernance (cf. Partie II – Gouvernance) axée sur la **coordination entre les projets eSanté, mais ne vise pas à transférer des responsabilités. Ce plan a toutefois pour ambition de faciliter les efforts de coordination afin de garantir une meilleure harmonisation des initiatives aux différents niveaux fédéral et fédéré et d'orienter les efforts dans la même direction, en vue d'une collaboration transversale dans le domaine des soins, y compris avec l'utilisateur des soins et son environnement.**

Partie II – Gouvernance

2.1. Importance de la coopération interfédérale

Bien que l'importance de la coopération interfédérale dans la transformation numérique des soins de santé soit incontestable, des problèmes ont été rencontrés dans le passé quant à l'efficacité de certaines plateformes de coordination, en partie en raison de l'évolution des priorités et de la gestion. Le présent plan d'action s'appuie sur ces expériences et introduit un cadre de gouvernance renforcé visant à optimiser les processus décisionnels et à garantir une mise en œuvre sans heurts.

Le « moonshot », c'est-à-dire un paysage d'eSanté fortement développé et intégré dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé, implique la nécessité d'**une coordination et d'une coopération interfédérales** afin d'éviter la fragmentation et de maximiser les synergies. En outre, cette coopération dans le domaine des données (de soins) de santé est essentielle pour les raisons suivantes :

- **Approche axée sur la personne** : les soins de santé, le bien-être et la prévention concernent la même personne. Il est donc indiqué que ces domaines politiques partent du principe que la personne se trouve au premier plan et elle bénéficie d'une offre cohérente et dûment intégrée. Ces domaines ont également un impact important les uns sur les autres et sur d'autres secteurs tels que l'économie, les infrastructures, l'éducation, etc. (« La santé dans toutes les politiques ») ;
- **Mobilité** : la mobilité des citoyens et des acteurs des soins, qui peuvent se trouver et s'établir n'importe où dans le pays, exige que les services et les données nécessaires soient disponibles au-delà des frontières régionales et s'intègrent de manière transparente (sur le plan conceptuel, linguistique, visuel, éducatif, etc.) ;
- **Efficacité et efficience** : les moyens sont limités, tant sur le plan financier qu'en termes de ressources. La collaboration et la coordination des politiques et des moyens seront donc bénéfiques et profiteront aux citoyens. De plus, une collaboration fondée sur les objectifs de vie de la personne permet de développer des projets et des outils qui répondent aux besoins réels des usagers de soins, des professionnels des soins (de santé) et des établissements de soins (de santé), ce qui favorise leur adoption.
- **Coordination entre la stratégie et la législation** : il convient de coordonner la stratégie et la législation afin d'éviter les initiatives et les dynamiques contradictoires ;
- **Disponibilité des données** : un exercice de vision commune montre qu'une coopération étroite est nécessaire entre le niveau fédéral, les communautés et les régions afin de garantir la disponibilité des données (de soins) de santé, tant pour une utilisation fédérale, interfédérale qu'européenne.
- **Gouvernance cohérente** : la cohérence dans la gestion des différents partenaires et parties prenantes, afin que les initiatives et les priorités soient coordonnées, doit favoriser le résultat ;

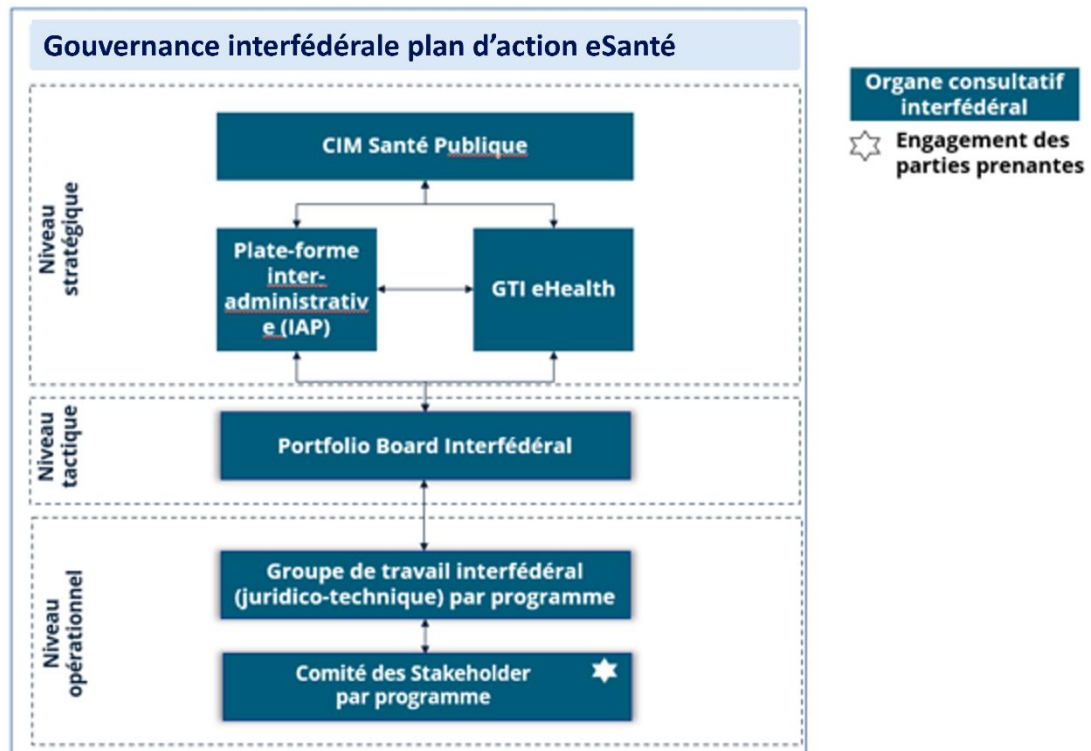
La coopération interfédérale ne peut être couronnée de succès que si elle repose sur le respect mutuel des responsabilités de chacun et la possibilité de développer sa propre politique. Afin de permettre la coopération interfédérale, une gouvernance possible pour le plan d'action eSanté est présentée ci-dessous, avec une attention particulière pour les organes de gouvernance interfédérale qui se situent aux niveaux suivants :

- (1) **Le niveau stratégique (politique/administratif)** – organes décisionnels

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

Comme décrit précédemment dans [les « Programmes pertinents pour le plan d'action eSanté 2026-2029 »](#), ce plan d'action portera dans un premier temps principalement sur les programmes suivants :

- Programme interfédéral de soins périnataux
- Programme interfédéral pour les personnes vulnérables
- Programme interfédéral relatif à l'obésité chez les enfants et les jeunes
- Programme d'hospitalisation à domicile



Les responsabilités des organes interfédéraux dans le cadre du plan d'action eSanté sont précisées au point [2.3. Organes de concertation interfédéraux, y compris rôles et responsabilités](#). La composition effective doit toutefois encore faire l'objet d'un accord mutuel à partir de 2025. La manière dont chaque entité s'organise en interne n'est pas reprise dans le schéma, étant donné que chaque entité est libre de régler son organisation interne en ce qui concerne le plan d'action eSanté comme elle l'entend¹⁷.

2.2. Lien avec la gouvernance ASI pour les programmes interfédéraux

Le **plan d'action eSanté joue un rôle de coordination** pour les projets numériques dans le paysage plus large de la santé (et des soins de santé). Cela signifie que les projets conservent leur propre identité, mais s'alignent sur les principes du plan d'action eSanté afin d'éviter la fragmentation et d'identifier les synergies, telles que les priorités, les plannings, les dépendances, les objectifs communs, la concertation coordonnée avec les parties prenantes et l'accent sur l'opérationnalisation. Le plan d'action ne reprend pas la gouvernance de ces projets (la gouvernance des projets individuels ne relève

¹⁷ En outre, outre cette structure de gouvernance interfédérale formelle (demandée par l'UE), il peut être utile d'envisager la création de groupes de travail plus flexibles en fonction des besoins spécifiques. Toutefois, ce point ne sera pas abordé plus en détail dans la suite du présent plan d'action.

pas du champ d'application de la présente note), mais propose une gouvernance globale qui veille au respect des objectifs du présent plan d'action tels que décrits ci-dessus.

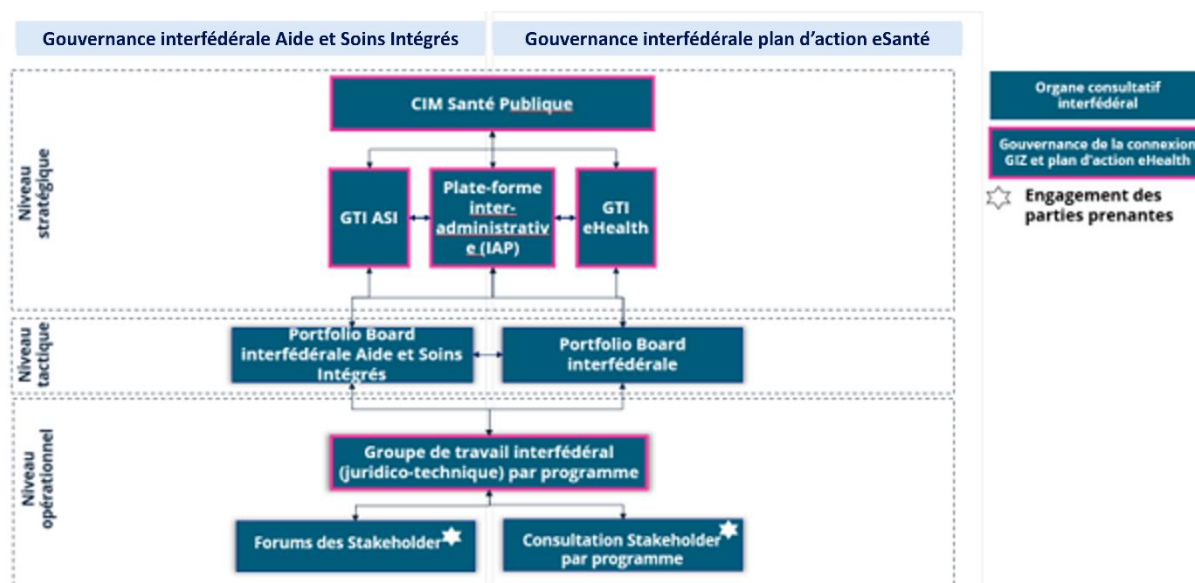
Comme décrit dans la partie I du plan d'action, il existe un lien entre le plan d'action eSanté et les soins intégrés. La numérisation est une condition essentielle à la réussite de la mise en place de soins intégrés. Cela signifie qu'une coordination est nécessaire avec les projets en cours du plan d'action eSanté 2026-2029 afin que la valeur ajoutée potentielle de ceux-ci puisse être exploitée de manière optimale dans les programmes.

Il est donc important **d'établir un lien entre la gouvernance des deux domaines, sans toutefois les intégrer complètement**. Cela permet de laisser suffisamment de place pour une coordination distincte au sein de la gouvernance du plan d'action eSanté pour des sujets spécifiques qui ne sont pas liés aux soins intégrés, et vice versa. Le plan d'action eSanté est axé sur la personne et comprend également des projets qui ne sont pas directement prévus dans un programme ASI.

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

- CIM Santé publique en collaboration avec la « préparatoire »
- GTI ASI et GTI eHealth – Il convient d'examiner s'il est souhaitable, dans certains cas, de combiner ces GTI. Cela dépend de la diversité des participants et des points à l'ordre du jour. Il reste toutefois important de conserver les GTI distincts afin que les programmes et projets spécifiques puissent encore être discutés séparément. Le GTI combiné sera organisé de manière ad hoc.
- La plateforme interadministrative (PIA)
- Groupe de travail interfédéral (juridico-technique) par programme.

La figure ci-dessous illustre le lien avec la gouvernance ASI existante.



Outre la structure de concertation décrite ci-dessus, il existe également des organes légalement établis ayant une mission bien définie qui prennent des décisions sur des aspects spécifiques. Bien qu'ils ne

soient pas inclus dans la visualisation pour des raisons de simplicité, ils ne peuvent pas être négligés. Il s'agit par exemple des organes au sein des institutions publiques, du comité de gestion de la plateforme eHealth, de la HDA, du comité de concertation Vitalink, etc.

2.3. Organes de concertation interfédéraux, y compris rôles et responsabilités

2.3.1. Rôles et capacités nécessaires

Ce plan d'action comprend, d'une part, des programmes (axés principalement sur les programmes interfédéraux ASI) qui, outre leur contenu, comportent également un volet numérisation auquel ce plan d'action entend contribuer. D'autre part, le plan d'action comprend divers projets d'eSanté qui peuvent également contribuer à la réalisation de ces programmes (mais qui peuvent également en être indépendants).

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

- **Coordinateur du plan d'action eSanté**
 - La coordination du plan d'action eSanté est assurée par l'administratrice générale adjointe de la BCSS/Plate-forme eHealth, qui contribue à la diffusion, à l'alignement, à l'opérationnalisation et au suivi de la stratégie eSanté, et qui est dirigée au niveau interfédéral en ce qui concerne le plan d'action eSanté.
 - Définir, mettre en œuvre, coordonner et suivre des programmes et projets complexes qui soutiennent la stratégie en matière d'eSanté, en concertation avec toutes les organisations publiques de tous les niveaux fédéraux et fédérés et les représentants des professionnels des soins de santé et autres parties prenantes de ces secteurs, dans la mesure du possible sur la base de connaissances scientifiques, afin d'optimiser les services aux citoyens (y compris en tant qu'usagers de soins), aux entreprises, aux organisations sociales et aux professionnels des soins de santé, avec un minimum de formalités administratives.
 - Assure, dans le cadre du plan d'action eSanté, un rôle de trait d'union et de gestionnaire de réseau avec l'ensemble des parties prenantes au sein et en dehors des pouvoirs publics, dans les limites des cadres stratégiques et de la gouvernance définis dans le plan d'action eSanté, et accorde à cet égard une grande importance à l'accessibilité et à la valeur ajoutée en termes de contenu.
- **Chefs de projet** : tant au niveau fédéral qu'au sein de chaque entité fédérée, un chef de projet est désigné pour diriger un projet eSanté :
 - Suivre l'avancement des projets de numérisation en cours relevant de leur compétence et identifier et suivre les coordinations/synergies avec d'autres projets.
 - Rendre compte de l'impact sur les soins de santé et le bien-être, non pas par le biais des projets eux-mêmes, mais par le biais des effets positifs réels de la numérisation dans ces domaines.
 - Faire la distinction entre les outils réutilisables/communs et élaborer des politiques avec des accents propres sur la base de ces outils.

→ Les personnes qui assument ce rôle doivent être présentes sur invitation au sein du Portfolio Board interfédéral.

- **SPOC(s) du programme** : un point de contact unique (SPOC) est désigné pour chaque programme. Il convient de déterminer s'il est souhaitable de désigner un SPOC par région ou un seul SPOC tous niveaux de pouvoir confondus. Cela dépend du contexte dans lequel le programme est développé (interfédéral ou par une seule entité compétente). Ce ou ces SPOC sont au minimum responsables de :
 - Suivre l'état d'avancement des programmes et participer aux groupes de travail interfédéraux par programme.
 - Garantir une vision, une stratégie et une approche (tactique) communes.
 - Mobiliser toutes les parties prenantes concernées (autorités publiques, professionnels des soins (de santé), établissements de soins (de santé), organismes assureurs, caisses d'assurance maladie, universités, industrie, citoyens) et des experts techniques en TIC des administrations, le cas échéant.
- Les personnes qui assument ce rôle doivent au minimum être présentes au sein du Portfolio Board interfédéral, des groupes de travail interfédéraux spécifiques (juridiques, techniques, etc.) par programme et de la concertation entre les parties prenantes par programme.
- Outre les rôles susmentionnés, la mise en œuvre du plan d'action eSanté nécessite des efforts/capacités supplémentaires. Les capacités concrètes nécessaires varient selon les régions (fédéral, régions et communautés) et selon les actions découlant des concertations menées dans le cadre du plan d'action eSanté. En effet, chaque région a des besoins et des circonstances spécifiques qui influent sur les capacités nécessaires.

2.3.2. Niveau stratégique : organes décisionnels

Le niveau stratégique politique

Ce niveau est constitué du CIM Santé publique et des GTI dans lesquels les 7 ministres sont présents ou représentés au niveau du cabinet. C'est à ce niveau que sont en particulier examinés et préparés la stratégie à suivre, les résultats attendus du protocole d'accord et de l'accord de coopération, ainsi que les programmes-cadres (par exemple, le protocole d'accord sur l'accès des citoyens à leurs propres données de santé, le protocole d'accord eHealth, l'accord de coopération eHealth-BelRAI, le protocole d'accord Soins intégrés et les programmes Soins intégrés).

CIM Santé publique :

- **Instance d'escalade supérieure** pour les questions interfédérales
- **Ratification des protocoles d'accord, des accords de coopération, du plan d'approche** pour les programmes, par exemple dans le cadre de l'eSanté : ratification du plan d'approche (tant pour la numérisation que pour l'utilisation primaire et secondaire des données) avec un engagement de coopération fort, une mission précise de la CIM Santé publique à ce niveau et avec des directives claires concernant le mode de coopération.

GTI eHealth :

- Coordination et validation stratégiques de **projets de numérisation spécifiques** dans le cadre du plan d'action eSanté au niveau politico-administratif.
- Assure principalement le **lien avec la politique** et rend compte périodiquement à la CIM lorsque cela s'avère nécessaire (par exemple dans le cadre de la ratification de livrables formels tels que des protocoles d'accord ou des accords de coopération).

GTI Soins intégrés

- Coordination et validation stratégiques des **Soins intégrés et des programmes y associés** au niveau politico-administratif, ce qui requiert des accords politiques principalement axés sur les aspects métier et non de nature juridique ou technique.
- Assure principalement le **lien avec la politique** et rend compte périodiquement à la CIM lorsque cela s'avère nécessaire (par exemple dans le cadre de la ratification de livrables formels tels que des protocoles d'accord ou des accords de coopération).

GTI eHealth et GTI Soins intégrés (combiné):

- **Accords politiques** dans le cadre de **questions techniques liées aux TIC** concernant les programmes de soins intégrés, tels que le RGPD, afin de permettre un partage rapide et précis des données entre les entités fédérées, les pouvoirs fédéraux et d'autres organisations (par exemple, l'Agence intermutualiste) dans le cadre des soins intégrés.

Le niveau stratégique administratif

Comme prévu dans l'un des accords du plan interfédéral pour des soins intégrés, les dépendances entre le Plan interfédéral pour des soins intégrés et le plan d'action eSanté seront suivies et mises en œuvre dans le cadre de la **Plateforme interadministrative**.

Plateforme interadministrative (PIA)

- Facilite et optimise la **communication** entre les administrations concernant des initiatives connexes.
- Assure le **pilotage stratégique** interfédéral, avec suivi et remontée pour les problèmes ne nécessitant pas d'intervention politique.
- Au sein de la PIA, le **parrainage** des différents programmes et projets de ce plan d'action est de préférence inclus et le parrain du projet assure le suivi des chefs de projet.
- Stimule l'impact sur les administrations et favorise la **coopération avec la CIM Santé publique** (représentée par le GTI Soins intégrés et/ou eHealth).
- **Couple des initiatives et des informations** pertinentes pour les Soins intégrés et/ou le plan d'action eSanté à des actions concrètes, telles que des projets d'autres GTI, de ses propres administrations et les retours d'information des plateformes de concertation et des parties prenantes.
- Évalue l'**impact** des activités d'eSanté sur les administrations respectives et corrige ou donne des instructions si nécessaire.

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

Le niveau tactique

Le Portfolio Board interfédéral :

Le Portfolio Board est délégué au départ de la PIA et se compose de représentants des instances concernées, par exemple les gestionnaires de projet et les SPOC du programme (comme décrit ci-dessus) :

- **Garantir la cohérence et l'alignement** entre les différents programmes et projets en cours (tant régionaux que fédéraux) tels que repris dans le plan d'action eSanté ;
- Mettre en place un **cadre pour le développement du BIHR** ;
- Évaluer et coordonner **les progrès, les priorités et les performances** des différents projets ou programmes au sein d'un portfolio.
- Évaluer **les progrès et l'impact de ce plan d'action**, par exemple en formulant des KPI (au minimum) sur la base des objectifs du plan d'action eSanté 2026-2029 et en les évaluant régulièrement.
- Examiner les **résultats attendus et préparer leur remontée/le rapportage** à des niveaux supérieurs (GTI, PIA).
- Nous assurons une évaluation claire de l'avancement de tous les projets grâce à des rapports transparents accessibles à tous les membres de cet organe.

Au niveau opérationnel

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

- Recenser les besoins en matière **d'enregistrement, de flux et de partage de données** ;
- Identifier les éventuels **obstacles juridiques** et assurer leur suivi;
- Élaboration d'une proposition relative à **l'organisation optimale des flux de données** de sorte que toutes les données pertinentes puissent être collectées et traitées dans les différentes applications pour les besoins des personnes concernées par le thème, des prestataires de soins, des acteurs du bien-être, des structures méso, de la politique ou d'autres instances dans la mesure où ils doivent légitimement avoir recours à ces données, et ce en vue de l'exécution, du financement, du suivi et de l'évaluation du thème ;
- Examiner comment les **différents outils et plateformes** peuvent être utilisés ;
- Examiner si la personne et/ou l'aidant proche a **accès** aux données et dans quelle mesure lorsqu'il (elle) assume le rôle de coordinateur des soins et du bien-être;
- Sur la base de ces examens, sont proposées **d'autres adaptations juridiques et techniques** susceptibles de favoriser la mise en œuvre.

2.3.4. Participation des parties prenantes

La participation des parties prenantes occupe, par ailleurs, une place centrale dans ce plan d'action. Les parties prenantes susceptibles d'offrir un input pertinent au niveau stratégique et du contenu (relatif au métier) à un programme tel que le programme de soins périnataux seront impliquées plus tôt dans la gouvernance des Soins intégrés via les forums des parties prenantes. Les parties prenantes concernées par les procédures techniques liées aux TIC et leurs enjeux, telles que l'industrie et les Digital Health Officers (DHO) (voir ci-dessous), seront impliquées via la gouvernance du plan d'action eSanté. Divers acteurs ont, par ailleurs, exprimé leurs attentes concernant l'organisation et la coopération avec d'autres acteurs dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé.

L'input des parties prenantes ne se limite pas, de surcroît, à des contributions opérationnelles ; des contributions et des retours d'information stratégiquement pertinents sont également sollicités et transmis aux organes décisionnels, pour mieux faire correspondre la gouvernance aux attentes et aux

besoins exprimés par les acteurs actifs dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé.

Concertation avec les parties prenantes par programme

Concertation entre les parties concernées, telles que les pouvoirs publics (fédéraux, régionaux et communautaires), les professionnels des soins (de santé) et les établissements de soins (de santé), l'industrie (fournisseurs de logiciels, sciences de la vie) et les associations de patients et/ou les organismes assureurs. La concertation porte sur la communication, le l'établissement de comptes rendus et la formulation de recommandations concernant un thème spécifique et les projets de numérisation associés. La concertation TRIO en est un exemple. Elle permet de créer une plateforme où ces parties collaborent afin de rationaliser et de d'harmoniser la mise en œuvre des projets de numérisation dans le cadre du programme concerné, en tenant compte des intérêts de toutes les parties prenantes.

- **Rôle des pouvoirs publics** : organiser et faciliter la concertation ; coordonner la coopération entre les différentes parties prenantes ; communiquer et faire rapport aux autres parties sur l'état d'avancement des projets qui contribuent aux programmes pertinents ; demander l'input des parties prenantes concernées concernant des points spécifiques pour lesquels leur contribution s'avère nécessaire ; ...
- **Rôle de l'industrie** : fournir l'input et l'expertise, notamment les logiciels, les plateformes et l'interopérabilité entre les systèmes ; fournir un feedback concernant l'état d'avancement et les défis techniques des projets, ainsi qu'offrir des solutions pour les obstacles éventuels ; participer à l'intégration des outils numériques. Il est opportun de disposer d'une ligne directe entre l'industrie logicielle et le coordinateur du plan d'action eSanté afin de pouvoir transmettre à des moments suffisamment réguliers (au moins 5 fois par an) du feedback au Portfolio Board interfédéral.
- **Rôle des parties prenantes, entre autres** :
 - **Associations de patients, usagers de soins, professionnels des soins (de santé) / établissements de soins (de santé), etc.** : participer à la définition de la portée des projets dans le cadre des programmes, pour qu'ils répondent aux besoins et aux attentes de toutes les parties concernées ; veiller aux intérêts des usagers de soins, en vérifiant que les projets contribuent réellement à leur bien-être et à la facilité d'emploi ; contribuer à la généralisation et à la sensibilisation, en diffusant des informations sur les nouvelles technologies et les nouveaux systèmes et en sensibilisant le public à ce sujet ; fournir leur input aux expériences opérationnelles, notamment en proposant des bonnes pratiques et en signalant les défis auxquels sont confrontés les professionnels des soins (de santé) lors de l'utilisation des systèmes numériques, par exemple en ce qui concerne les charges administratives ; partager les besoins et les expériences pratiques, en contribuant aux besoins des professionnels des soins (de santé) et des établissements des soins (de santé) et au fonctionnement des systèmes dans la pratique quotidienne.
 - **Organismes assureurs** : les organismes assureurs jouent un rôle important dans le paysage de l'eSanté et sont impliqués dans divers projets et processus. Lorsqu'il s'agit d'intégrer des données administratives dans des processus financiers, des mécanismes de contrôle et des systèmes de reporting, ils constituent les parties prenantes importantes dont il faut tenir compte.

Les mutualités participeront à des comités de parties prenantes et à des groupes de travail de programmes, dans lesquels leur expertise sur le plan du soutien financier et au niveau administratif pourra être exploitée de manière optimale.

Cette participation peut avoir lieu de manière ponctuelle, par exemple par le biais d'accords ciblés, ou via une plateforme de concertation telle que le groupe de travail interfédéral (juridico-technique), de sorte que leur expertise puisse être mise à profit de manière efficace.

- **Monde académique (universités, hautes écoles et établissements scientifiques) :** Le monde académique peut apporter une valeur ajoutée importante au plan d'action eSanté en mettant ses connaissances et ses recherches au service de la transformation numérique des soins de santé. Grâce à leur expertise dans des domaines spécifiques (par exemple, conseils relatifs aux standards, aux indicateurs d'évaluation, à l'interopérabilité, aux architectures de données, etc.), ils peuvent fournir des informations précieuses par thème et/ou dans le cadre de projets et stimuler l'innovation. En outre, il peut contribuer au développement (souvent dans le cadre de projets menés en collaboration avec l'industrie), aux tests (notamment l'étude de mise en œuvre), à la formation des professionnels des soins (de santé) actuels et futurs.
- **ASBL Recip-e :** Il est important de prendre en compte la voix des professionnels des soins (de santé) (leurs besoins, les difficultés rencontrées sur le terrain et leurs propositions de solutions) dans la vision et l'examen de la vision, tous programmes confondus, et dans sa mise en œuvre. Grâce à son nouveau rôle, l'ASBL Recip-e est bien placée pour donner une vue d'ensemble de la situation grâce à sa vision transversale des besoins et des difficultés rencontrées sur le terrain, qui sont intégrés dans les différents programmes sous forme de solutions numériques. Son rôle de liaison-traducteur des besoins et des difficultés vers le portail d'accès technique pour le développement des solutions numériques permettra de mieux adapter la solution finale aux besoins et aux difficultés rencontrés sur le terrain.

Ambassadeurs

De manière générale, nous comptons également sur les parties prenantes (personnes, groupes ou organisations spécifiques) pour nous aider à réaliser ce plan d'action et à intervenir comme ambassadeurs, notamment:

- Transposer et tester les concepts et l'« approche » que nous avons développés dans le contexte général du BIHR.
- Prendre connaissance des projets existants et planifiés (notamment dans le cadre du présent plan d'action) et fournir un feedback concernant leur impact dans la pratique (S'agit-il bien de ce que nous avons besoin dans la pratique ? Le cas échéant, nuancer ou proposer des ajustements... ?).
- Être les « ambassadeurs » du BIHR auprès de leur groupe cible/professionnel, en « traduisant » les concepts dans le quotidien des usagers et des prestataires de soins qui les utilisent.
- Participer aux processus de définition, de développement et de maintenance des standards, codages, processus informatiques utilisés, etc., tant au niveau fédéral, régional que local (y compris le logiciel utilisé).

Digital Health Officer (responsable de la santé numérique)

Il doit y avoir une réelle valeur ajoutée dans le travail quotidien du professionnel des soins (de santé), notamment en ce qui concerne les charges administratives et l'évitement des tâches en double. Il peut être utile que les organisations désignent un « **responsable de la santé numérique** » qui sera chargé de définir et de suivre le plan d'action eSanté spécifiquement pour cette organisation.

Ils constituent un groupe professionnel important pour l'utilisation primaire et secondaire des données de santé. Ces prestataires de soins (souvent des médecins, des pharmaciens, etc.) travaillent dans la pratique quotidienne des soins et voient des patients, mais dans le même temps ils sont dispensés de participer au développement des TIC. Leur tâche principale est d'établir le lien entre ce dont les prestataires de soins ont besoin dans la pratique en matière de TIC (= interface et données : consultation, enregistrement, traitement...) et le développement des TIC (= par les analystes et les programmeurs). Ils n'ont pas toujours suivi une formation complémentaire en TIC, mais en participant à la définition et au développement d'applications TIC, ils acquièrent suffisamment de connaissances et de compréhension techniques pour pouvoir collaborer étroitement avec les techniciens qui développent les applications.

De manière spécifique pour les hôpitaux, une initiative est en cours, par laquelle les « **Chief Medical Information Officers** » (**CMIO**) qui travaillent déjà dans plusieurs hôpitaux s'associent.

2.3.5. Renforcement de la gouvernance et de la coordination

La mise en œuvre de ce plan d'action nécessite un renforcement du leadership administratif au sein de la gouvernance interfédérale existante, associé à une responsabilité politique claire :

- La Conférence interministérielle Santé publique (CISP) statue sur les difficultés stratégiques et apporte les ajustements nécessaires ;
- La coordination du plan d'action eSanté est assurée par l'administratrice générale adjointe de la BCSS/plate-forme eHealth. Cette dernière aide à diffuser, à harmoniser, à mettre en œuvre et à assurer le suivi de la stratégie en matière d'eSanté et est, en ce qui concerne le plan d'action eSanté, placé sous la tutelle interfédérale.
- Chaque administration est responsable de la mise en œuvre dans le cadre du mandat convenu, avec un cycle de rapportage structurel.

2.4. Ressources disponibles pour la réalisation du plan d'action eSanté 2026-2029

Dans le cadre du plan d'action eSanté 2022-2024, un budget a été alloué à différentes entités pour promouvoir l'eSanté ; ce budget a été mis à la disposition par la Facilité pour la reprise et la résilience de l'UE (FRR) et le Plan de relance et de transition de la Belgique (HTP) . Ce budget a été investi dans des projets pertinents dans les domaines de la prévention, du bien-être et des soins de santé.

Des ressources sont également mises à disposition pour le plan d'action eSanté 2026-2029 afin de réaliser les objectifs de ce plan d'action.

2.5. Feedback concernant le plan d'action eSanté 2026-2029

Dans leurs commentaires sur ce plan d'action, plusieurs parties prenantes ont exprimé leurs préoccupations et leurs attentes concernant la clarté du **planning de la roadmap et des priorités, ainsi**

que les ressources disponibles. Plusieurs parties prenantes soulignent l'importance d'une bonne collaboration avec les fournisseurs de logiciels, qui est essentielle à la réussite du déploiement. Une attention particulière sera accordée à cet aspect, qui constituera une tâche importante pour le nouveau coordinateur eHealth qui sera recruté (recrutement en cours, rôle pour l'administratrice générale adjointe de la BCSS/de la Plate-forme eHealth).

Les entités fédérées et les fournisseurs de logiciels comptent sur une **bonne gestion des CareSets**, car leur mise en œuvre a un impact important sur les coffres-forts de santé et les systèmes du DPI. Le déploiement des CareSets doit se faire selon un planning réaliste qui tienne également compte de l'utilisation actuelle par les prestataires de soins.

L'utilisation des CareSets doit également être bien encadrée dans le cadre des activités des prestataires de soins. C'est pourquoi ces derniers demandent qu'une attention suffisante soit accordée à la **gestion du changement** (par exemple, pour l'introduction de standards de codage tels que Snomed CT). Cela doit faire partie de la littératie numérique qui est également prévue pour les prestataires de soins et les établissements de soins. En outre, il est demandé que le **déploiement se fasse simultanément dans les soins de la première et de la deuxième ligne** et que des applications telles que Mult-eMediatt soient également disponibles dans les hôpitaux.

Une attention particulière est également demandée pour mettre en place des **incitations** à l'enregistrement, au partage et à la consultation de données de santé de qualité, comme le prévoit la note interfédérale sur la stratégie eHealth. Un DPI de qualité pour chaque prestataire de soins est essentiel à cet égard. Presque toutes les parties prenantes soulignent l'importance d'un **schéma de médication transmurale (VIDIS) de qualité**, à jour et regroupant toutes les sources, et, dans un sens plus large, que les dossiers soient continuellement mis à jour et que les informations pertinentes soient partagées. À cette fin, il est également urgent de définir les règles métier selon lesquelles les prescripteurs doivent et peuvent collaborer sur le schéma de médication partagé.

En outre, les entités fédérées espèrent qu'une priorité suffisante sera accordée à la **numérisation des Centres de soins résidentiels/maisons de repos**) et que celles-ci feront partie intégrante de l'écosystème eHealth et seront donc équipées d'un DPI conforme au BIHR. Il convient également de veiller à ce que le soutien des **Soins intégrés** soit l'un des objectifs fondamentaux de ce plan d'action. Une attention suffisante doit également être accordée à la prévention et aux soins proactifs, ainsi qu'à l'accompagnement des patients à risque.

Certains **nouveaux concepts doivent encore être validés**, notamment l'utilisation des épisodes de soins et des « linking pathways » (liés aux métadonnées des CareSets) et l'utilisation interfédérale d'Alivia. Le concept du Digital Health Officer (rôle du CMIO au sein des hôpitaux) et celui des Ambassadeurs d'eHealth doivent également être accompagnés et mis en relation avec, par exemple, les Ambassadeurs prévus dans le cadre de l'approche coordonnée de la littératie numérique en santé. L'architecture doit également être définie en bonne collaboration et faire l'objet d'une concertation approfondie afin d'être soutenue par toutes les parties prenantes. À cet égard, l'inclusion de **coffres-forts personnels** (coffres-forts de santé) en tant que sources d'informations de santé partagées est également demandée.

Toutes les parties prenantes (y compris les entités fédérées) s'attendent à pouvoir participer, si cela s'avère nécessaire et utile, à la concertation sur des projets et programmes spécifiques, mieux connue sous le **nom de concertation TRIO** entre les pouvoirs publics/sponsors, les fournisseurs de logiciels et les utilisateurs (usagers de soins, prestataires de soins et établissements de soins).

Tous les projets et applications doivent **respecter** les **droits civils** (droit à une bonne santé, mais aussi droit à la vie privée et à un accès sécurisé aux données de santé partagées). Il convient, par ailleurs, de veiller à la **convivialité des interfaces** et à l'accès à ces données de santé par les usagers de soins et les prestataires de soins. **La littératie numérique en santé** joue ici aussi un rôle important, mais certainement aussi le respect de certains standards de bon usage. Il est à cet égard souvent renvoyé au modèle des 8 A d'accessibilité (accessible, abordable, adapté, assimilable, assuré, annoncé, accueillant, accessible immédiatement.).

La télésurveillance dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et des soins à domicile est considérée par divers acteurs comme essentielle pour l'innovation dans les soins et le soutien. Cela est également lié aux **évolutions** nécessaires **dans le financement** des soins et du soutien, où le lien est établi avec la VBHC et la nécessité d'une plus grande flexibilité dans l'utilisation des applications de télésurveillance dans les soins de santé (y compris le bien-être et la prévention).

Partie III – Mise en œuvre et projets

Pour faciliter la lecture, nous commencerons par décrire le fonctionnement du concept BIHR. Cela permettra de mieux comprendre comment il oriente le plan d'action eHealth. L'objectif est, en effet, que toutes les actions s'inscrivent clairement dans le concept BIHR, ce qui renforcera la cohésion du plan d'action.

3.1. Principes de fonctionnement et architecture du BIHR

Cette partie s'inscrit dans le cadre général du BIHR décrit aux points 1.3.1. et 1.3.2.

Le BIHR s'appuie sur ce qui existe déjà

Le BIHR utilise au maximum les données existantes et les sources authentiques. Il part donc de tout ce qui existe déjà, mais modifie sur certains points le mode de fonctionnement et l'échange de données en vue d'une plus grande intégration tant au sein de la première ligne (intégration horizontale) qu'avec les deuxième et troisième lignes (intégration verticale), sans oublier l'usager de soins. Pour ce faire, il utilise souvent des procédures, des composants et des systèmes qui existent déjà – ici et là – dans le mode de fonctionnement actuel. Ceux qui reconnaissent des concepts déjà utilisés aujourd'hui sont donc sur la bonne voie.

Le paysage actuel de l'eSanté a déjà fait d'énormes progrès, mais présente encore un certain nombre de faiblesses. Le BIHR souhaite s'attaquer à celles-ci.

Pièges des systèmes actuels	Approche du BIHR
Interopérabilité des données ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : chaque application a son propre mode de fonctionnement. Il est difficile, voire impossible, d'obtenir un aperçu intégratif. Informatique : différents standards pour le même type de données	Interopérabilité syntaxique Souhait des prestataires de soins sur le terrain : pouvoir consulter rapidement toutes les informations de la même manière, de préférence de manière claire afin de pouvoir consulter rapidement un aperçu de l'état de santé du patient. Les nouvelles informations peuvent ensuite être ajoutées à la situation existante et un plan de soins nouveau ou adapté peut être établi efficacement. Résultat : le patient est aidé de manière efficace (et rentable). Informatique : l'utilisation de standards internationaux tels que le FHIR et les CareSets (ensembles de données prioritaires selon l'EHDS) déterminent la structure et le format des données et des messages.
Codage ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : trop de codage en texte libre et non conforme aux conventions nationales de terminologie	Interopérabilité sémantique Souhait des prestataires de soins sur le terrain : procéder à l'enregistrement de la même manière (avec formation) et de manière à permettre des recherches efficaces

Informatique : Beaucoup (trop) de « texte », trop peu de « codage », ce qui empêche toute recherche	Informatique : utilisation de terminologies et de classifications pertinentes telles que SNOMED CT, LOINC, CIM-11, ICPC-3, CIF, etc. en tant que standard. Utilisation de métadonnées.
Variabilité des logiciels ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : le dossier du patient est rempli différemment selon le logiciel utilisé, ce qui ne correspond pas toujours à la finalité métier de l'application. Informatique : les « cookbooks » sont interprétés différemment par les fournisseurs de logiciels	« Rubriques » Souhait des prestataires de soins sur le terrain : identifier les cas d'utilisation métier de chaque application connectée et de chaque rubrique du BIHR et expliquer comment ceux-ci doivent être enregistrés. Informatique : les données provenant de sources authentiques spécifiques sont traitées « techniquement » par type de données, en tenant compte des besoins des prestataires de soins qui utilisent ces données.
Orchestration des processus ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : différents processus nécessitent des accès distincts IT : le logiciel doit trouver lui-même son chemin (Heureusement, MetaHub aide !)	Orchestration des processus et réutilisation Souhait des prestataires de soins sur le terrain : pouvoir passer efficacement d'un résultat/d'une information de santé à un autre en un clic pour obtenir rapidement une vue d'ensemble. Garantir des méthodes de travail reconnaissables (homologues entre les différentes applications). Ne devoir enregistrer les informations qu'une seule fois. IT : les connecteurs (modules brokers) prennent en charge la complexité. Ils sont développés (et maintenus) une seule fois dans le cadre de sous-projets spécifiques, puis « branchés » tels quels dans le logiciel utilisateur.
Charge administrative ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : trop de travail (inutile et « non rémunéré ») (beaucoup de « clics »). IT : aucun lien entre le développement informatique et les besoins métier	Automatisation et aide à la décision Souhait des prestataires de soins sur le terrain : deux processus de base : « Rapport de contact » et « aperçus automatiques » (directement basés sur des données provenant de sources authentiques). Utilisation d'une aide à la décision clinique interactive intégrée basée sur l'EBM. IT : ces processus de base sont prévus dans le logiciel.
Consulter les données ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : données « en morceaux »	Tableaux de bord Souhait des prestataires de soins sur le terrain : logiciel adapté à l'utilisateur (personnalisé)

IT : impossibilité d'orchestrer les informations provenant de différentes applications en un seul résultat	Informatique : reçoit des ressources FHIR standardisées (données) et peut les classer selon les besoins de l'utilisateur et les visualiser dans des tableaux de bord.
Échange complet des données ? Problème rencontré par les prestataires de soins sur le terrain : manque de « confiance » dans les données et de connaissance de celles-ci, et restrictions imposées par la matrice d'accès Informatique : selon l'établissement (régional), plus ou moins de données sont mises à la disposition des prestataires de soins	Culture d'échange de données Souhait des prestataires de soins sur le terrain : comme base pour la co-crédation interprofessionnelle, nous créons un système d'incitation pour l'enregistrement, le partage et la consultation de données de santé de qualité : <i>« Vous pouvez consulter les données fiables nécessaires grâce à votre contribution et à celle de vos collègues à l'écosystème qui place le patient au centre afin que son état de santé puisse être entièrement cartographié, car vous y contribuez vous-même en fournissant toutes les données utiles. »</i> Si tout un chacun (prestataire de soins) apporte sa contribution à l'écosystème de données, les données seront fiables et complètes, ce qui permettra de mieux comprendre l'état de santé du patient et donc d'améliorer les soins, ce qui, à terme, entraînera également une réduction des coûts. Il s'agit en l'espèce également de données utilisateur. Informatique : mise à disposition des informations au sein de l'écosystème

Les deux processus de base du BIHR sur le terrain : enregistrement et visualisation

Dans le cadre de l'utilisation primaire (relatif au patient individuel) du dossier patient intégré virtuel (BIHR), deux étapes sont toujours prévues :

- La visualisation de toutes les données pertinentes provenant de différentes rubriques, lorsque des soins sont dispensés à un patient.
- L'ajout au dossier intégré de nouvelles données par les prestataires de soins dans le cadre de l'épisode de soins concerné, en principe lors d'un contact avec le patient ou après concertation au sein de l'équipe soignante, sous quelque forme que ce soit (consultation, visite à domicile, consultation vidéo, consultation téléphonique, concertation multidisciplinaire, etc.).

Chaque prestataire de soins ajoute ses données pertinentes (à chaque contact avec le patient et lors de toute concertation) et le logiciel d'un utilisateur extrait dans le BIHR toutes les données dont il a besoin. L'enregistrement et la visualisation constituent donc les deux étapes essentielles de l'utilisation du BIHR qui doit surtout être soutenu par le logiciel utilisateur.

La visualisation dans le logiciel utilisateur doit donner lieu à **des tableaux de bord** adaptés à chaque type d'utilisateur, tel le prestataire de soins et l'utilisateur de soins, dans lesquels les données les plus pertinentes sont collectées et affichées de manière claire (le cas échéant après filtrage et classement).

Dans ce type de tableau de bord, l'utilisateur peut toujours consulter les données d'une manière plus approfondie et plus détaillée.

Données standardisées et codées dans des rubriques homogènes, stockées dans des sources authentiques.

Le BIHR est un dossier patient distribué virtuel. Il n'existe pas dans son intégralité à un seul endroit. Il s'agit d'une collection de toutes les données de santé partagées relatives à un usager de soins, classées en rubriques, les données étant réparties dans les sources authentiques concernées (par exemple, Recip-e, Hubs, Vaccinnet, coffres-forts, etc.).¹⁸

Le BIHR a actuellement identifié **15 rubriques** (voir 1.3.1.), basées sur les différents types de données contenues dans le dossier du patient. (Si nécessaire, des rubriques supplémentaires peuvent être ajoutées).

Chaque rubrique correspond à une ou plusieurs sources authentiques.

***Définition :** une source authentique contient des données relatives aux soins prodigués pour le bien-être et la santé d'une personne, qui sont publiées de manière cohérente et standardisée par le prestataire de soins et qui sont accessibles aux prestataires de soins ayant une relation thérapeutique avec la personne, ainsi qu'à la personne elle-même.*

Toutes les disciplines enregistrent leurs données pertinentes « par type » dans ces rubriques. L'objectif final est que toutes les informations – par type – soient regroupées dans les rubriques et **qu'il ne soit plus nécessaire d'échanger des informations** entre les prestataires de soins (et le patient). En outre, les informations sont **optimisées grâce à la co-création** : toute l'équipe soignante rassemble ses données dans un même dossier virtuel, classées dans des rubriques qui sont consultées et utilisées conjointement.

Un ou plusieurs **CareSets** sont définis pour chaque rubrique. Ceux-ci décrivent, champ par champ, les données enregistrées dans cette rubrique. Cela constitue une première base pour l'interopérabilité grâce à l'organisation, la standardisation et le codage uniformes (sur la base de « value sets ») de toutes les données pertinentes.

Pour chaque CareSet, plusieurs **ressources FHIR** sont définies. Il s'agit de standards de messagerie, basés sur les données définies dans le CareSet, qui garantissent l'interopérabilité de l'échange de données, notamment le chargement des données après leur enregistrement et leur téléchargement en vue de leur visualisation.

Chaque ressource FHIR / ligne de données historique / nouvelle donnée est conservée telle quelle dans le BIHR. Les corrections, ajouts ou nouvelles versions sont enregistrés en tant que nouvelles lignes, le cas échéant avec référence à la ligne d'origine.

Voici les 15 rubriques actuellement retenues :

1. Liste des problèmes	« Problème » (= titre de l'« épisode de soins » , éventuellement complété par la « raison de la consultation » / « raison de la visite »). Dans cette rubrique, chaque utilisateur obtient immédiatement un aperçu des problèmes de santé et de bien-être. En « taguant » (métadonnées) autant que possible les données dans toutes les rubriques avec le code correspondant, le dossier peut toujours être filtré « par problème ».
2. Données cliniques	Dans cette rubrique, toutes les données cliniques (par épisode de soins) sont enregistrées conformément au standard FHIR, selon les accords

¹⁸ Les données issues de cette collecte sont utilisées de manière opérationnelle dans l'environnement de travail BIHR (voir infra).

	CareSet, à l'exception des données qui trouvent spécifiquement leur place dans l'une des rubriques suivantes.
3. Laboratoire	Toutes les données issues des examens effectués en laboratoire clinique (intramural et extramural).
4. Imagerie	Cette rubrique contient principalement les liens vers les images proprement dites et les rapports correspondants (qui sont à leur tour conservés dans divers PAC, hubs, etc.).
5. Aperçu des médicaments	Cette rubrique est remplie par l'application VIDIS, qui rassemble toutes les sources de données relatives aux médicaments (ordonnances électroniques, dates de délivrance, aperçu des médicaments, données d'assurabilité concernant les médicaments telles que les certificats, etc.).
6. Vaccinations	Aperçu (historique) de toutes les vaccinations.
7. Allergies	Aperçu (historique) des allergies et avertissements pertinents.
8. Données de télésurveillance	Cette section contient les données enregistrées par les professionnels de santé et celles générées par le patient lui-même.
9. Facteurs sociaux	Données relatives au bien-être et à divers facteurs sociaux pertinents pour les soins médicaux.
10. Contexte familial	Données pertinentes et liens familiaux.
11. Objectifs de vie	Il s'agit d'une rubrique que le patient (ou sa personne de confiance) remplit dans ses propres mots. Nous veillons ainsi à ce que l'équipe soignante se concentre sur ce qui compte vraiment pour le patient, à savoir ses objectifs de vie.
12. Objectifs de soins, plan de soins et équipe soignante	En principe, chaque soin devrait avoir des objectifs et un plan de soins. Dans un premier temps, les objectifs et les plans de soins qui existent déjà pour certains patients sont enregistrés et utilisés en l'espèce. Étant donné que le plan de soins répond à la question « qui fait quoi, quand et dans quel but ? », il en résulte également un aperçu des prestataires de soins qui assument la prise en charge médicale du patient.
13. Évaluation BelRAI	Dans le cadre des accords interfédéraux en la matière (voir W-SWA), elle comprend notamment une évaluation du fonctionnement autonome d'une personne.
14. « Patient Will »	Déclarations de volonté, accords NPR, etc. d'un usager de soins.
15. Implants	Enregistrement uniforme et standardisé des implants au niveau international.

Lors de l'enregistrement, il existe un certain nombre de rubriques dans lesquelles les données sont principalement conservées sous la forme d'une liste historique de ressources FHIR. Chaque nouvelle donnée est donc ajoutée sous la forme d'une **« ligne historique »**, accompagnée des métadonnées nécessaires (notamment la date, le responsable de l'enregistrement, le problème pour lequel le

patient est traité au moment de l'enregistrement, etc.). Cela vaut en particulier pour (une grande partie des) rubriques « Laboratoire », « Imagerie », « Médicaments », « Vaccination » et « Allergie ».

Épisodes de soins¹⁹

Le recours aux « épisodes de soins » garantit une approche plus structurée des soins, chaque prestataire de soins travaillant sur un ou plusieurs « problèmes » pour lesquels l'utilisateur de soins consulte des professionnels des soins (de santé). En enregistrant les données dans le dossier dans le contexte du « problème » traité, les prestataires de soins peuvent mieux extraire les données relatives à ce problème de l'ensemble du dossier intégré.

Définition

Une « période de soins » est documentée par des enregistrements dans les dossiers (par les prestataires de soins concernés et l'utilisateur de soins, éventuellement aussi par l'aidant proche) qui se rapportent à une affection/un problème de santé/un problème de bien-être spécifique, à partir du moment où le patient demande pour la première fois une aide professionnelle jusqu'au dernier contact pour cette affection/ce problème de santé/ce problème de bien-être.

Dans un premier temps, les « épisodes de soins » seront utilisés pour structurer les enregistrements des contacts par les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les kinésithérapeutes et éventuellement aussi les travailleurs sociaux. Ces 5 disciplines représentent la grande majorité (± 80 %) des interactions entre les prestataires de soins et les citoyens de la première ligne. L'objectif est que toutes les disciplines et tous les prestataires qui le souhaitent puissent s'y associer dès que possible. Les épisodes de soins sont créés grâce à **la co-crédation de ces prestataires de soins**. De cette manière, le partage d'informations entre ces disciplines sera optimal et il en résultera une « pression/soutien par les pairs » conduisant à une meilleure qualité des informations et donc des soins. Les prestataires de soins travaillant dans des organisations qui fonctionnent selon le principe du CoT (« Circle of Trust ») peuvent également être intégrés dans ce groupe.

²⁰La structure de l'enregistrement dans l'épisode de soins est décrite dans la rubrique 2.

Dans la rubrique 2 « Données cliniques », l'enregistrement des contacts se fait en cinq étapes :

- **Raison de la consultation (RFE)** : « Pourquoi ce patient consulte-t-il le prestataire de soins aujourd'hui ?
Texte libre, codage ICPC-3 avec SNOMED CT comme terminologie ;
- **Interview (anamnèse)** : texte libre, codage des symptômes ICPC-3 ;
- **Examination (examen clinique)** : enregistrement structuré des résultats cliniques, autant que possible dans des champs définis, avec rapport standardisé des résultats, complété par du texte libre (pression artérielle, auscultation pulmonaire, résultats d'examens dans les différents systèmes, etc.). Sont aussi ajoutés les résultats d'examens complémentaires effectués par le prestataire de soins (POCT, ECG, spirométrie, MMSE, photo de l'état d'une plaie prise par l'infirmier, résultats de l'examen du système locomoteur par le kinésithérapeute...) et les résultats des enregistrements effectués par le patient (éventuellement à l'aide des données provenant de la « source authentique » rubrique 8 : données de télésurveillance). De plus, les informations provenant des rubriques « sources authentiques » 2, 3, 4, 5, 6, 7 et, à l'avenir, 9 à 11 sont également intégrées ici.

¹⁹ En octobre 2024, l'Institut flamand pour les soins de première ligne (VIVEL) a approuvé une note sur les épisodes de soins, un concept important dans le débat sur le BIHR.

²⁰ Pour plus d'informations sur cette section, veuillez consulter : <https://famenet.nl/>

- **Diagnostic / Hypothèse** : ICPC-3, CIM-11... (intégré automatiquement dans la « source authentique », n° 1 : Liste des problèmes), avec mappage (alignement sémantique) avec SNOMED-CT ;
- **Planification** (y compris prescriptions et renvois) : sont repris ici les médicaments (« source authentique », rubrique 5), les autres thérapies (voir ICHI), les interventions, la thérapie par la parole, les conseils de santé... ainsi que les prescriptions (kinésithérapie, soins infirmiers...) et les renvois (hôpital, spécialiste, imagerie, laboratoire...). Dans le cadre de la co-crédation, les prescriptions et les renvois comprendront principalement des missions et des questions prccises : les informations contenues dans l'pisode de soins sont mises à la disposition des prestataires de soins concernés. Pour les prescriptions et les renvois vers des prestataires de soins autres que ceux impliqués dans la co-crédation, les « Linking Pathways » seront utilisés (voir l'explication correspondante plus loin dans le texte) ;

Lors de l'enregistrement des informations, la terminologie SNOMED-CT est toujours utilisée, tandis que des classifications internationales spécifiques sont aussi ajoutées : ICPC-3, CIM-11, CIF, ICHI, LOINC, ... si cela s'avère pertinent. Il est important de noter que l'on travaille actuellement à un « mappage » de SNOMED-CT avec ICPC-3, CIF, ICHI, ...

Tant lors du codage que de la mise à jour du CareSet pertinent pour cet épisode de soins (« source authentique », rubrique 2), on utilise l'IA, par exemple les LLM. Les développements actuels²¹ en la matière offrent de nombreuses possibilités et permettent d'obtenir des informations compatibles avec FHIR.

L'ETB (Environnement de travail BIHR)

Le BIHR est un concept qui doit être traduit en des processus, en une architecture, en un environnement de travail sur la base duquel le dossier de santé intégré fonctionne dans la pratique. Cet environnement de travail est appelé « **ETB** » (Environnement de travail **BIHR**).

En fait, l'ETB se composera de quatre grands blocs :

- A. Les (15) rubriques, avec les sources authentiques contenant les données.
- B. Le ou les connecteurs, qui assurent l'orchestration et les liens techniques entre les composants.
- C. Le (nouveau) module pour la co-crédation d'isodes de soins.
- D. L'interface utilisateur, qui assure la visualisation et l'enregistrement par les utilisateurs.

Les blocs A et B seront idéalement développés sous la direction des pouvoirs publics, car ils seront utilisés par tous les utilisateurs, de manière aussi uniforme que possible. Le bloc C est développé pour les citoyens/usagers de soins et contient également des modules ou des composants qui sont disponibles (sous forme de plug-in) pour d'autres utilisateurs.

Le développement du bloc D vise notamment à créer un environnement de travail pour la visualisation et l'enregistrement par les prestataires de soins et dans les établissements. La possibilité de visualiser les données dans des DPI personnalisés par patient et d'enregistrer les données est notamment possible grâce aux fournisseurs de logiciels.

L'objectif est de créer une valeur ajoutée pour les prestataires de soins et les usagers de soins. Les fournisseurs de logiciels jouent à cet égard un rôle de facilitateur, mais ce sont les prestataires de soins qui apportent l'intelligence médicale au dossier virtuel, ce qui constitue en fin de compte la base d'une bonne prise en charge de l'usager de soins. La création finale du dossier de patient personnalisé constitue donc le résultat d'une combinaison d'informations intellectuelles relatives aux soins et de la manière dont ces informations sont structurées et personnalisées en fonction du patient spécifique,

²¹ voir notamment Peter Lee, Carey Goldberg, Isaac Kohane « *The AI Revolution in Medicine* », pp. 195-199

ce qui est possible grâce au logiciel utilisé par le prestataire de soins (et, en arrière-plan, grâce à l'architecture mise en avant par le plan d'action eSanté).

Afin de réaliser une cohésion et une performance maximales, il est préférable de proposer un développement intégré qui fournit aux fournisseurs de logiciels des « modules plug-in », qu'ils peuvent intégrer dans leur logiciel, en veillant à rendre l'environnement de travail électronique du prestataire de soins/usager de soins aussi qualitatif et convivial que possible. Lorsque les développeurs de logiciels réalisent eux-mêmes les développements nécessaires, l'interopérabilité de ces applications devra être strictement contrôlée.

En outre, l'objectif est que les logiciels monodisciplinaires actuels des médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens évoluent vers des progiciels interprofessionnels performants (ce qui peut être encouragé par des incitants, par exemple), afin qu'ils puissent travailler « en co-création » avec le BIHR le plus rapidement possible.

Convivialité, qualité et automatisation

Dans la rubrique 2 en particulier, l'ETB doit assurer *un soutien décentralisé des processus décisionnels* : aide à la décision diagnostique et thérapeutique (via des algorithmes et l'IA), avertissements (« vous ne pouvez pas prescrire cet antibiotique à ce patient présentant cette fonction rénale »), interactions potentiellement pertinentes (entre médicaments, entre médicaments et allergies, par exemple), proposition de directives EBP pertinentes (cf. DUODECIM à l'époque), couplage des données dans le BIHR à des outils d'aide à la décision, par exemple dans le cadre de l'imagerie médicale, ...

Le BIHR vise également la forme la plus poussée d'automatisation de ces processus :

- Lors de l'enregistrement – autant que possible pendant le contact avec le patient – saisie des données par lecture (par exemple, lecture de la carte d'identité électronique) ou des codes-barres.
- Les logiciels utilisateurs doivent compléter les données et métadonnées (fournies dans le CareSet), dans la mesure du possible de manière automatique, en fonction du contexte dans lequel se trouvent le patient et le prestataire de soins (lieu, heure, traitement, etc.).
- Lors de l'enregistrement et de la visualisation, utiliser au maximum des outils d'IA (simples). Quelques exemples :
 - Utilisation de l'enregistrement vocal (le médecin dicte la conclusion d'une consultation → l'IA complète au maximum les ressources FHIR). (En principe, la rubrique « Problème » sera déjà remplie au début de la consultation. Mais dans ce cas, l'IA peut très probablement formuler une proposition sur la base des données).
 - Filtrage et classement des données les plus pertinentes en vue de leur visualisation dans le tableau de bord au début d'un contact avec le patient, en fonction du prestataire de soins et de la pathologie du patient (par exemple, pour un patient souffrant d'insuffisance cardiaque, les données relatives à cette pathologie apparaissent chez le cardiologue en haut de la liste : laboratoire, imagerie, médicaments, etc.).
 - Les schémas de médication sont établis automatiquement sur la base des ressources FHIR en provenance de Recip-e (prescriptions) et du GFD/DPP (délivrances), regroupés par groupe VMP (description de base d'un traitement médicamenteux : molécule + dose + voie d'administration). Chaque ligne de médicaments VMP est associée à l'historique complet des prescriptions et des délivrances dans ce groupe VMP.

- Dans ce contexte, nous proposons de développer un « journal déroulant » ou une « note de suivi » qui analyse automatiquement les informations pertinentes pendant le contact avec le patient et les présente de manière interactive ²². Une liste claire des tâches à accomplir dans la marge d'un tableau de bord permet de prendre en compte chaque élément au moment opportun (ce qui fonctionne mieux que les pop-ups et les avertissements pendant le processus de travail).
- Nous abandonnons le terme « SumEHR » et utilisons le terme européen « International Patient Summary » (IPS).

L'objectif est d'accélérer la génération automatique de ce résumé sur la base des données disponibles les plus pertinentes (sélection).

Étant donné que bon nombre de ces (nouveaux ?) processus peuvent être largement utilisés, il convient d'examiner quels « **modules d'automatisation** » peuvent être mis à disposition conjointement ou par les pouvoirs publics (financés), en collaboration avec CeBaM, EBPracticenet, Worel, le KCE, ...

L'utilisateur de soins

Le BIHR considère l'utilisateur de soins comme un « producteur » et un « utilisateur » de ses données personnelles. Cela signifie aussi que l'utilisateur de soins a la possibilité d'ajouter des données à son dossier conformément à l'EHDS (cf. les rubriques Télésurveillance, Volonté du patient et Objectifs de vie). Dans d'autres rubriques, le patient pourra également noter des remarques ou des commentaires, qui pourront être visualisés en tant que tels par l'équipe soignante).

Le logiciel utilisateur pour le patient est fourni par les pouvoirs publics. Le portail intégré interfédéral **MaSanté.be** a déjà posé des bases solides à cet effet, sur lesquelles le concept BIHR peut être développé au profit du patient.

Le connecteur et les hubs

Tant lors de l'enregistrement que la visualisation, le logiciel utilisateur sera connecté à toute une série de sources authentiques. C'est pourquoi le BIHR prévoit de faire appel à des « connecteurs » ou « courtiers en données », qui orchestreront le trafic de données, d'une manière efficace, entre le logiciel utilisateur d'une part (établissements et pratiques ambulatoires) et les différentes sources authentiques d'autre part (par exemple Recip-e, FarmaFlux, MyCarenet ; coffres-forts de santé ; hubs ; sources authentiques de toutes les rubriques...). ²³

L'objectif est que le logiciel utilisateur puisse, via un seul point de contact, appeler toutes les ressources FHIR provenant des différentes sources et y charger de nouvelles données. Bien entendu, les connecteurs eHealth existants et le Metahub joueront un rôle à cet égard. Les connecteurs prennent en charge autant que possible la complexité technique pour les développeurs de logiciels, garantissent l'interopérabilité des systèmes et des données grâce à leur architecture et à leur approche, et allègent la charge de travail liée à la visualisation et à l'enregistrement pour l'utilisateur.

Le(s) connecteur(s) constitue(nt) le lien technique entre les rubriques/sources authentiques et les entrées/sorties de données des logiciels utilisateurs (pour les usagers de soins, les soins de la première,

²² Par exemple : un appel non suivi pour un dépistage du cancer du sein ou du côlon ; un patient diabétique qui doit subir un examen du fond de l'œil ou des pieds ; une prescription d'antibiotiques incompatible avec la fonction rénale du patient ; une interaction avec un médicament actif figurant dans le schéma de médication actuel ; « le nouveau médicament prescrit avait déjà été prescrit auparavant, mais n'a pas été retiré à la pharmacie » ; « la dernière mesure de l'HbA1C remonte à plus de 6 mois » ; « vaccination contre la grippe pas encore administrée » ; ...)

²³ Il convient encore de vérifier s'il est approprié ou non d'utiliser différents connecteurs pour une utilisation primaire (patient individuel) et pour la gestion de la santé de la population.

la deuxième et la troisième ligne, les institutions, etc.). Ce composant crucial doit donc être développé en étroite concertation avec les sources authentiques, les utilisateurs et leurs développeurs de logiciels. L'objectif du connecteur est d'assurer l'interopérabilité et l'homogénéité du téléchargement et du chargement des ressources FHIR, afin d'accroître systématiquement la confiance dans les données.

Pour les institutions connectées aux hubs, ces derniers assumeront probablement eux-mêmes la fonction de connecteur/courtier, avec ou sans l'aide de modules développés en commun pour certaines rubriques.

Le rôle des éditeurs de logiciels

Cette approche vise à réduire considérablement le temps consacré à toutes ces connexions lors du développement de logiciels pour les utilisateurs finaux (dans les établissements et les pratiques ambulatoires), ce qui permettra de mettre davantage l'accent sur le développement et l'optimisation des interfaces utilisateurs finaux de visualisation et d'enregistrement de nouvelles données.

Si les logiciels utilisateurs n'ont qu'un seul point de contact et fonctionnent de manière standard avec des CareSets et des ressources FHIR, la plupart des adaptations au niveau de la plate-forme eHealth et des sources authentiques (y compris une série de composants de soutien) peuvent être prises en charge dans le connecteur. En outre, les adaptations qui ont néanmoins un impact sur les logiciels destinés aux utilisateurs finaux peuvent être mieux coordonnées et préparées, ce qui peut réduire considérablement les délais de mise en œuvre des innovations et des adaptations sur le terrain (et alléger le travail sur le terrain).²⁴

Les utilisateurs et les développeurs de logiciels continueront bien sûr à être impliqués dans la préparation et la planification des développements de la plateforme et des sources, comme prévu dans la gouvernance (dans le présent plan d'action).

NB : lorsque l'on consulte aujourd'hui des « résultats » dans CoZo, on voit en haut de la page plusieurs numérateurs qui visualisent les sources d'où proviennent les données et leur quantité. La différence est que le BIHR n'affiche pas de liste de « PDF », mais que le tableau de bord visualise des données filtrées et classées à partir des ressources FHIR. Celles-ci peuvent être immédiatement utilisées dans le dossier du prestataire de soins.

Gestion du changement : le BIHR est construit en mode projet sur la base des rubriques

La gestion du changement constitue un défi de taille, surtout compte tenu de l'ampleur du « moonshot » que nous souhaitons réaliser. Un dossier de santé intégré contenant toutes les informations utiles semble être un projet extrêmement ambitieux, mais en scindant le développement et l'utilisation en rubriques en fonction du type de données et de composants basés sur les fonctions les plus importantes, le BIHR peut être construit étape par étape, « par composant » et « par rubrique » :

- Dans le cadre du projet VIDIS, un connecteur est développé pour les médicaments. Celui-ci collectera, téléchargera et chargera les ressources FHIR depuis et vers les sources authentiques concernées. Ce processus est très similaire à ce qui se passe dans plusieurs rubriques déjà mentionnées, à savoir « Laboratoire », « Imagerie », « Médicaments », « Vaccination » et « Allergie ». Nous pensons que ces cinq rubriques pourraient/devraient devenir le fer de lance du développement du BIHR.
- Rubrique 1 « Liste des problèmes » : les titres de l'épisode de soins (le « diagnostic/hypothèse » actuel) sont publiés dans une source authentique. Cela permet d'obtenir une liste claire des

²⁴ Pendant la crise du coronavirus, une telle approche a permis, pour certains nouveaux services, d'aboutir à des développements en quelques jours ou semaines, plutôt qu'en plusieurs mois ou années.

problèmes (qui sera également très importante à l'avenir pour l'IPS, l'International Patient Summary).

- La rubrique 2 « Données cliniques » nécessite une attention particulière car elle modifie – en tout cas, pour plusieurs prestataires de soins – le mode de travail actuel par l'utilisation d'épisodes de soins, le codage des diagnostics et des traitements, etc. La charge de travail liée à l'enregistrement doit être réduite de manière consciente et ne peut en aucun cas augmenter. L'avantage est que les rapports des spécialistes peuvent à ce moment simplement renvoyer aux antécédents au lieu de les énumérer à nouveau.
- Plusieurs rubriques sont développées sur la base d'ALIVIA (une collaboration est recherchée entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles) : « Facteurs sociaux », « Facteurs familiaux », « Objectifs de vie », « Plan de soins » et « Équipe de soins », etc.

Une approche par rubrique rend le développement du « moonshot » plus réaliste et plus clair. Mais chacun doit savoir à tout moment où son projet s'inscrit dans l'ensemble. Une communication régulière et ouverte / l'implication des parties prenantes sont donc cruciales et doivent permettre à chacun de continuer à comprendre l'objectif et le chemin à parcourir pour y parvenir²⁵.

Co-crédation et Linking Pathways

Les prestataires de soins pourront a priori collaborer de deux manières dans le cadre du BIHR :

- **La « co-crédation »** devrait devenir la norme, les membres de l'équipe soignante issus de différentes disciplines devraient pouvoir consulter et compléter les données des différentes disciplines dans le même dossier virtuel, comme décrit ci-dessus. Cela permettra d'enrichir les données relatives à la santé du patient par des informations de qualité. Pour ce faire, nous ambitionnons le développement progressif de progiciels interprofessionnels performants.
- **« Linking Pathways »** : cette approche est en principe destinée aux établissements (hôpitaux, centres de soins résidentiels/maisons de repos, etc.) et aux professions de santé qui ne fonctionnent pas selon le principe de la « co-crédation ».

Il s'agit, par exemple, d'hôpitaux ou d'établissements qui avaient déjà mis en place des systèmes basés sur d'autres structures ou architectures – souvent avec leur propre approche du soutien au processus de soins,... – mais aussi de professions de soins qui ne disposent pas encore d'une interface de soins étendue dans leur logiciel (sages-femmes, logopèdes, ergothérapeutes, psychologues, podologues, dentistes, diététiciens, travailleurs sociaux...) et/ou dont le logiciel ne prend pas (encore) en charge l'intégration poussée nécessaire à la « co-crédation ».

Dans ce cas, un utilisateur BIHR/prestataire de soins qui sollicite leur coopération (par exemple lors d'un renvoi...) enverra, dans la demande, soit un extrait utile de données, soit plusieurs liens permettant de consulter/visualiser les données nécessaires.

En fonction du logiciel dont il dispose, l'utilisateur de « Linking Pathways » peut soit lui-même ajouter de nouvelles données, soit transmettre les nouvelles données pertinentes au demandeur, qui les ajoute dans le BIHR, en mentionnant la source.

Trois « moteurs » du changement

Trois « moteurs » sont essentiels au développement rapide du BIHR :

²⁵ C'est précisément grâce à une interaction et à des discussions constantes avec toutes sortes de parties prenantes que le concept initial du BIHR a évolué pour devenir le plan cohérent qui nous est présenté aujourd'hui !

- La Belgique est en tête du classement européen en matière d'« accès aux données pour le patient », notamment grâce à tous les développements relatifs au **portail interfédéral pour les patients** « masante.belgique.be ».

Il est évident que ce portail, sous l'impulsion des autorités, jouera un rôle moteur, les composants BIHR et les logiciels utilisateurs nécessaires **pour les patients** pouvant servir de modèle d'apprentissage pour le développement de logiciels destinés à **tous les utilisateurs**.

- La Belgique souhaite respecter les deux dates fixes prévues par **l'European Health Data Space (EHDS)** pour le lancement des échanges de données entre les États membres :
 - À partir du 26/3/29 « Prescriptions et délivrances électroniques + résumé du patient ».
 - À partir du 26/3/31 « Images médicales, résultats d'exams médicaux + rapports de sortie ».

Les différents projets concernés devront donc être achevés à temps pour respecter ces échéances.

- Il est essentiel et nécessaire que les projets visant à la réalisation des **projets ETB (BIHR Environnement de travail Projets)** soient clairement identifiés dans ce plan d'action :
 - Projets qui contribuent à la réalisation des **sources authentiques** et qui intègrent tous les projets concernés sous une gouvernance performante ;
 - Projet visant à développer **des connecteurs** qui relient les « sources authentiques » à l'environnement de travail interprofessionnel BIHR, permettant ainsi de les utiliser pleinement comme « des plug-ins » dans les logiciels utilisateurs et les sources authentiques.
 - Projets visant à développer un prototype de **l'environnement de travail de l'utilisateur final**, également avec possibilité de plug-in. (Celui-ci est de toute façon nécessaire comme interface dans le portail interfédéral MaSante.be, pour les besoins du patient).

3.2. Approche et axes de la Roadmap 2026-2029

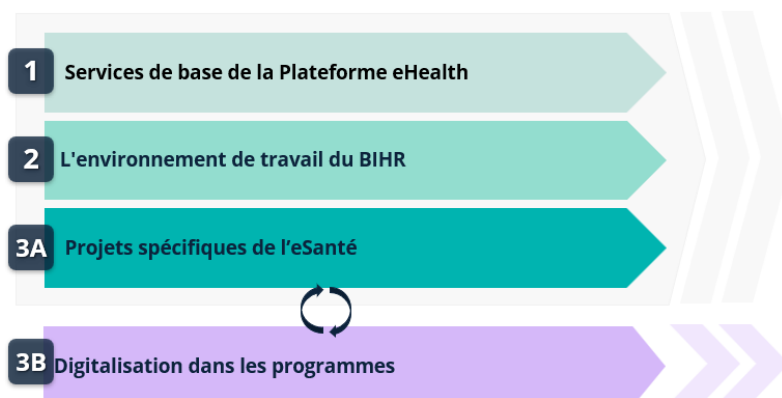
La réalisation des objectifs (stratégiques) de ce plan d'action et l'objectif final d'une architecture eSanté plus mature au service des soins intégrés en Belgique constituent un véritable « moonshot ». Dans cette partie, nous décrivons les étapes cruciales à franchir pour y parvenir.

Ce « moonshot » repose sur la réalisation concrète du concept BIHR décrit au point 3.1. au cours de la période 2026-2029, en assemblant progressivement (mais avec un objectif final clair en tête) un puzzle complexe dans lequel s'imbriquent des centaines de composants et de sous-projets de santé électronique, répartis entre des dizaines de professions et d'établissements de soins (de santé) et des acteurs très divers.

Cela se fera par le biais de plusieurs livraisons intermédiaires, où chaque élément a son importance, mais n'est en même temps « qu'une » partie d'un plus grand tout. Il est donc essentiel de se concerter régulièrement, de s'aligner et de garder une vue d'ensemble, ce qui souligne l'importance de la gouvernance décrite dans **la partie II**.

Quatre axes stratégiques sont définis dans le présent plan d'action, comme le montre la figure ci-dessous, les deux axes supérieurs étant essentiels pour réaliser le BIHR dans le délai prévu par ce plan d'action.

Feuille de route des axes pertinents 2026-2029



Vision



"Moonshot"

Une architecture et un paysage de l'eSanté plus mûrs, conformes aux objectifs stratégiques et opérationnels du plan d'action 2026-2029

Ces axes **parallèles** sont réalisés **simultanément** dans le plan d'action, donc avec l'alignement, l'attention et l'action simultanées nécessaires.

Le « dossier de santé intégré belge » est scindé dans ce plan d'action en éléments concrets et tangibles, qui sont à la fois « **orientés BIHR** » et « **conformes BIHR** » dans leur utilisation et sur le plan technique. Pour chaque projet, cela implique notamment les questions suivantes :

- Déterminer à quelle rubrique du BIHR le projet appartient (éventuellement) ?
- Quelles sources authentiques sont utilisées ?
- Un CareSet a-t-il été défini et des ressources FHIR sont-elles prévues ?
- Quel lien avec le(s) connecteur(s) métier est prévu ?
- Quels sont les éléments ETB prévus (voir projets ETB) ?
 - À développer ensemble ou séparément, le cas échéant ?
 - Pour la visualisation et l'enregistrement
 - Dans tous les cas, pour les besoins du citoyen) ?
- Analyse de l'utilisation secondaire des données (F.A.I.R.) ?
- Tout cela au-delà des frontières entre la ligne zéro, la première ligne et la deuxième ligne.

Cette analyse devra être effectuée pour chaque projet du plan d'action par le responsable du projet, en collaboration avec le coordinateur BIHR / l'administratrice générale adjointe de la plate-forme eHealth.

3.2.1 Description des axes

1. **Services de base** : le premier axe comprend les services de base de la plate-forme eHealth, MyCaren et les hubs & coffres-forts de santé, y compris les services de base tels que la gestion des équipes de soins, éventuellement à développer par les régions. Il s'agit d'éléments importants sur lesquels le BIHR se construit.

Cet axe se concentre sur le développement de services tels *qu'une gestion d'accès renouvelée, une interopérabilité intégrée à l'architecture, un enregistrement plus fluide et une sécurité des données renforcée*. Ceux-ci constituent, en effet, le fondement technique de la numérisation approfondie prévue du BIHR.

2. **Environnement de travail BIHR (ETB)** : le deuxième axe définit les principaux composants de l'environnement de travail BIHR (ETB).

Outre plusieurs nouveaux développements, nous prévoyons ici principalement de rassembler et d'intégrer les pièces du puzzle et les sources authentiques existantes, qui permettent de renforcer l'utilisation intégrée des données et des systèmes de santé électronique dans le processus (des soins) de santé, pour les besoins des citoyens, des professionnels (des soins) de santé et des établissements (des soins) de santé.

2A. Projet ETB A :

Le développement de 15 rubriques telles que décrites au point 3.1. en tant que sources authentiques constitue une première étape importante vers la réalisation du BIHR.

La réalisation de ces rubriques se fera souvent dans le cadre de projets eSanté en cours (qui soutiennent souvent une ou plusieurs rubriques spécifiques). Chaque rubrique sera systématiquement « orientée et rendue conforme au BIHR ».

2B. Projet ETB B :

Le développement de connecteurs (métier) qui relient les « sources authentiques » à l'environnement de travail BIHR des utilisateurs, comme décrit au point 3.1.

Le connecteur VIDIS, déjà prévu pour la rubrique 5 Médicaments, en sera sans doute le précurseur, sur lequel le concept sera ensuite développé pour les autres rubriques et utilisateurs.

2C. Projet ETB C :

Développement d'une interface utilisateur complète pour le BIHR, sur la base des composants énumérés ci-dessus, dans laquelle toutes les rubriques peuvent être visualisées (« tableaux de bord ») et l'utilisateur peut ajouter de nouvelles données utiles.

Le projet C aboutit, d'une part, à la mise en place d'une interface BIHR opérationnelle pour le citoyen / l'usager de soins (via la plateforme interfédérale MaSanté.be) et peut, d'autre part, être utilisé par divers prestataires de soins, soit comme prototype pour les développeurs de logiciels, soit à des fins opérationnelles pour les professions de soins qui ne disposent pas d'un logiciel à part entière propre.

Bien qu'ils soient développés séparément, les projets A, B et C forment ensemble le « dossier de santé intégré ». Il existe donc une grande cohérence et une grande cohésion entre eux. Cela suppose une coordination nécessaire entre les différents projets.

Ces interdépendances sont expliquées plus en détail dans les fiches de projet. Si des rubriques doivent être ajoutées, cela sera discuté dans le cadre de la structure de gouvernance établie.

3. **Projets spécifiques en matière d'eSanté:** Le troisième axe (composé des axes 3A et 3B) comprend plusieurs programmes supplémentaires et complémentaires auxquels sont associés des projets au sein de l'écosystème de l'eSanté.

Axe 3A Comprend plusieurs programmes existants et complémentaires. Lorsque ceux-ci ont des liens avec le BIHR, ils sont systématiquement « orientés et rendus conformes au BIHR ».

Axe 3B L'axe 3B est repris séparément afin d'assurer l'interaction nécessaire entre l'eSanté et les programmes de fond (soins intégrés) (par exemple, périnatal). Ce plan d'action doit permettre de concrétiser le volet numérique des programmes (soins intégrés), y compris les éventuelles exigences supplémentaires qui pourraient apparaître. Ces

programmes doivent s'intégrer de manière transparente dans l'écosystème eSanté (et le BIHR).

Cela implique une interaction importante :

- Quels sont les composants et programmes existants qui soutiennent les programmes soins intégrés ?
- Quels sont les besoins supplémentaires en matière d'eSanté qui sont essentiels à la réussite du déploiement d'un programme soins intégrés ? La gouvernance proposée doit faciliter cette interaction à l'avenir.

Outre ces axes principaux, il faudra également prêter attention à la réalisation des attentes du règlement EHDS en matière d'utilisation primaire et secondaire des données de santé, ainsi qu'aux actions visant à mettre en œuvre des objectifs stratégiques interfédéraux spécifiques en matière d'eSanté.

Ensemble, ces axes constituent les principaux domaines d'attention sur le plan de l'eSanté pour les trois prochaines années. Chaque axe est complété par plusieurs projets concrets dans le domaine de l'eSanté. Ces axes constituent donc la structure de la Roadmap pour l'eSanté.

Dans les parties suivantes, un aperçu plus détaillé du contenu des **différents projets d'eSanté** qui seront mis en œuvre au niveau (inter)fédéral et par les régions au cours de la période à venir dans le cadre de ce plan d'action est présenté, axe par axe, à l'aide de **fiches de projet**. Il ne s'agit bien sûr pas toujours de nouveaux projets.

Plusieurs projets existants seront adaptés afin d'être « **orientés et rendus conformes au BIHR** ».

3.2.2 Aperçu des projets

Le premier axe comprend les projets liés aux services de base de la plate-forme eHealth qui seront développés au cours de la période 2026-2029 et qui sont répartis dans les catégories suivantes : gestion des accès, interopérabilité et enregistrement.

SPONSOR			PROJET	RUBRIQUE / Programme	DESCRIPTION
1/ Services de base de la Plate-forme eHealth, MyCarennet et les hubs et coffres-forts de santé					
eHP	VG	RW	Évolutions dans la gestion des accès		1. Exclusions 2. Opt-out référencement + opt-out utilisation secondaire 3. Relations de soins (de santé) + équipe de soins + orchestration 4. Matrice des accès configurable 5. Relation parent-enfant 6. Mandats / Délégation 7. Break the glass 8. Journalisation + plaintes 9. Extension CoT, CoT light
eHP			COBRHA+		Création d'un registre centralisé des acteurs du secteur des soins de santé (prestataires de soins, établissements de soins, etc.) afin de garantir un accès uniforme et sans ambiguïté à ces données et de permettre l'établissement de statistiques.
eHP			Service de pseudonymisation aveugle		Extension du service de pseudonymisation de niveau 1 de l'eHP qui offre la possibilité d'adapter les pseudonymes en fonction de la partie qui traite les données, sans les dé-pseudonymiser, afin que l'identité de la personne concernée reste protégée.
INAMI	eHP	SPF Santé publique	BIHR / Architecture de l'écosystème eHealth		Architecture du concept BIHR, coffres-forts de santé, hubs/métahubs, communication inter-coffres-forts, services de base, sources authentiques, etc.
eHP	INAMI		KMEHR->FHIR		Transition de KMEHR vers des CareSets basés sur FHIR pour toutes les sources et tous les utilisateurs pertinents.

VG			Vitalink		Toutes les évolutions de ce coffre-fort de santé, intégration des services de base, communication inter-coffres-forts, intégration des CareSets (entre autres Vaccination, VIDIS), sécurité, contrôle d'accès, intégration dans le portail usager de soins et le portail prestataire de soins, ...
RW			Intermed + RSW		Toutes les évolutions de ce coffre-fort de santé, intégration des services de base, communication inter-coffres-forts, intégration des CareSets (notamment Vaccination, VIDIS), sécurité, contrôle d'accès, intégration dans le portail usager de soins et le portail prestataire de soins, etc.
COCOM			BruSafe+ + RSB		Toutes les évolutions de ce coffre-fort de santé, intégration des services de base, communication inter-coffres-forts, intégration des CareSets (notamment Vaccination, VIDIS), sécurité, contrôle d'accès, intégration dans le portail usager de soins et le portail prestataire de soins, etc.
VG	RW	BRU	Interkluizen		Clarification du rôle des coffres-forts médicaux et de la coopération entre eux. Mise en œuvre des principes « no wrong door » (pas de mauvaise porte) et « one place » (un seul endroit).
SPF Santé publique	INAMI		ProSanté		ProSanté est un portail destiné aux acteurs du secteur des soins de santé et sert à échanger des données avec différentes institutions publiques fédérales. Le portail offre la possibilité de gérer des données administratives et de donner accès à différentes applications.
Intermut			Mult-eMediatt		Certificats d'incapacité de travail électroniques, extension à d'autres employeurs et autres certificats.
Intermut			eFac	MyCarenet	Facturation électronique - extension à d'autres professions des soins et à un public cible plus large.

Intermut			eAttest	MyCarenet	Attestation électronique de remboursement - extension à d'autres professions des soins et à un public cible plus large.
Intermut	INAMI		eAgreement	MyCarenet	Soutenir l'échange de données entre les prestataires de soins et les mutualités dans le cadre des demandes d'approbation de remboursement.
Intermut			Plateforme IM		Plateforme permettant d'effectuer des tâches et/ou d'enregistrer/facturer des prestations dans la Plateforme centrale de soins intégrés (ci-après PCSI).
Intermut			MHV -> PHV		Intégration de MyHealthViewer (MHV) et de MaSante.be (PHV).
RW			WallCareNet		
2/ Environnement de travail BIHR (CareSets, projets/applications associés destinés à la gestion tels que VIDIS y compris projets interfédéraux tels que VacciCard ou e-Vax ou Vaccinnet 2.0)					
INAMI	SPF Santé publique	eHP	BeSafeShare (CareSet + FHIR)		Définition et évolution de divers CareSets (tels qu'énumérés), suivi de l'intégration dans les coffres-forts de santé (9 mois) et de l'intégration dans le DPI (après 3 mois), garantie de l'intégration dans le fonctionnement des établissements de soins et des prestataires de soins.
SPF Santé publique			Terminologie		Introduction d'un codage standardisé des termes médicaux (Snomed CT), des résultats de laboratoire (LOINC) et autres. Assurer les traductions belges pertinentes, définition des « value sets » (Patient, Medication Line, etc.), mise en place de l'infrastructure (serveur maître, serveurs esclaves), assistance au déploiement sur le terrain.

Sciensano	INAMI	SPF Santé publique	Charge administrative liée à l'enregistrement		Groupe de travail chargé d'évaluer la charge administrative des prestataires de soins et de formuler des propositions visant à la réduire.
eHP			ZASassistent		Couche d'intelligence clinique = spécifications de l'interface BIHR pour les prestataires de soins (tant intramuros que première ligne).
eHP			Critères d'enregistrement DPI HCP		DPI pour chaque prestataire de soins (médecin généraliste, psychologue, dentiste, kinésithérapeute, infirmier, diététicien, ...).
eHP	SPF Santé publique	INAMI	Critères d'enregistrement DPI HCl/Spécialistes		DPI pour les établissements de soins et les spécialistes (pédiatre, endocrinologue, chirurgien, gynécologue, sage-femme, etc.).
VG	RW		DPI pour centres de soins résidentiels/MRS		Définition, mise en œuvre et intégration dans l'écosystème eHealth/BIHR du DPI pour les centres de soins résidentiels/MRS.
SPF Santé publique	RW		DPI pour les soins de santé mentale		Dossier médical informatisé pour les soins de santé mentale, tels que les psychologues, ...
eHP			MaSante.be		Portail intégré interfédéral (ou Personal Health Viewer) soutenu et développé en collaboration entre le niveau fédéral et les entités fédérées.
RW			Carnet de vie		L'objectif est de numériser de manière complète et structurée les dossiers de santé des citoyens wallons. Cette intégration englobe toutes les dimensions de la santé (physique, mentale et sociale), toutes les actions (dépistage, prévention, traitement, soins palliatifs, recherche et politique), tous les acteurs concernés (patients et leurs familles, professionnels de santé, formateurs, travailleurs sociaux, aides à domicile, gestionnaires de cas, chercheurs et administrateurs de systèmes) et tous les secteurs résidentiels (hôpitaux, maisons de repos, etc.) et ambulatoires (réseaux de santé locaux, centres médicaux, cabinets privés, etc.), de la naissance au

					décès. Le couplage aux les dossiers de santé des enfants (notamment le projet Zephyr de l'ONE) sera renforcé.
eHP			MAGS		Application mobile pour MaSante.be.
INAMI			Épisode de soins CareSet		Une « période de soins » est documentée par des enregistrements dans les dossiers (par les prestataires de soins concernés et l'utilisateur de soins, éventuellement aussi l'aidant proche, et ce en co-création) qui se rapportent à une affection/un problème de santé/un problème de bien-être spécifique, à partir du moment où le patient demande pour la première fois une aide professionnelle jusqu'au dernier contact pour cette affection/ce problème de santé/ce problème de bien-être. Il s'agit en premier lieu du médecin, du pharmacien, de l'infirmier et du kinésithérapeute.
SPF Santé publique			Métadonnées		Métadonnées pour les informations de santé partagées. Voir également la liste des problèmes.
INAMI			Linking Pathways		Impliquer les établissements de soins et les prestataires de soins qui ne travaillent pas encore (ou ne peuvent pas travailler) dans le cadre d'une co-création, souvent organisée par le biais d'un réorientation ou d'un renvoi. Il s'agit par exemple des sages-femmes, des ergothérapeutes, des psychologues, etc. Avec l'introduction d'un BIHR

					pour tout le monde, cette pratique devrait progressivement disparaître.
INAMI			Prescription numérique		Introduction progressive de la prescription numérique de renvoi pour les soins infirmiers, la kinésithérapie, la radiologie, les laboratoires cliniques, etc.
INAMI			CareSet Patient	Patient	Informations non médicales (administratives, facturation, etc.).
INAMI			Journal	Patient	Journal tenu par l'usager des soins.
SPF Santé publique			Parcours du patient	Patient	Histoires, « parcours » d'un usager de soins.
INAMI			CareSet Liste des problèmes	Liste des problèmes	« Problème » (= titre de l'« épisode de soins », éventuellement complété par « raison de la consultation » / « raison de la visite »). Dans cette rubrique, chaque utilisateur obtient immédiatement un aperçu des problèmes de santé et de bien-être. En « taguant » (métadonnées) autant que possible les données dans toutes les rubriques avec le code correspondant, le dossier peut toujours être filtré « par problème ». Une prise en charge liée au concept d'observation.
?			CareSet Données cliniques	Données cliniques	Cette rubrique permet d'enregistrer toutes les données cliniques (par épisode de soins), à l'exception des données qui sont spécifiquement reprises dans l'une des rubriques suivantes.
INAMI			CareSet Labo (Clinique, Pathologie, Génétique)	Labo	Toutes les données issues des analyses effectuées dans les laboratoires cliniques (intramurales et extramurales), à compléter par des analyses anatomopathologiques et génétiques.
eHP			Laboratoire clinique	Labo	Intégration des résultats de laboratoire dans l'écosystème hub/metahub.

INAMI			PSS Laboratoire clinique	Labo	Prescription numérique de renvoi pour le laboratoire, y compris aide à la décision pour le laboratoire clinique.
INAMI			CareSet Imagerie	Imagerie	Contient principalement les liens vers les images proprement dites et les rapports correspondants (qui sont à leur tour conservés dans divers PAC, Hubs, etc.).
INAMI			PSS Imagerie médicale	Imagerie	Prescription numérique de renvoi pour la radiologie, y compris l'aide à la décision pour la radiologie.
INAMI			CareSet Aperçu des médicaments	Aperçu des médicaments	MedicationLine, prescription et délivrance.
INAMI			VIDIS	Aperçu des médicaments	Intégration de toutes les informations disponibles relatives aux médicaments (schéma de médication, prescription, délivrance) provenant de tous les prescripteurs possibles.
INAMI			Prescription numérique de médicaments	Aperçu des médicaments	Adaptation de la prescription de médicaments (ex Recip-e) à la nouvelle législation.
INAMI			PSS Antimicrobien	Aperçu des médicaments	Prescription numérique de médicaments, y compris aide à la décision pour la prescription d'antibiotiques.
INAMI	AFMPS		SAM v2	Aperçu des médicaments	Évolution de la source authentique des médicaments.
INAMI	AFMPS		Numérateur	Aperçu des médicaments	Numérateur pour l'utilisation individuelle de médicaments délivrés par les officines.
AFMPS			TPE Tarif par unité	Aperçu des médicaments	
FAGG			PharmaInfo	Aperçu des médicaments	PharmaInfo est un portail web destiné aux citoyens et aux patients qui fournit des informations compréhensibles et fiables sur les médicaments et les produits de santé.

FAGG			PharmaStatut = outil de suivi des stocks ?	Aperçu des médicaments	PharmaStatut est une application en ligne qui recueille des informations sur la disponibilité des médicaments enregistrés en Belgique. L'application indique quand les médicaments sont disponibles ou temporairement indisponibles, quand leur vente est définitivement arrêtée ou quand ils sont à nouveau disponibles.
AFMPS			VONS	Aperçu des médicaments	Signaler un effet indésirable en tant que patient ou prestataire de soins. Signaler un incident lié à un dispositif médical (DM) ou à un dispositif médical de diagnostic in vitro (IVD).
INAMI			CareSet Vaccination	Vaccinations	CareSet avec vaccinations.
VG			Vaccinnet 2.0	Vaccinations	Enregistrement des vaccinations, commande et distribution des vaccins.
RW	DG	BRU	VacciCard	Vaccinations	Enregistrement des vaccinations, commande et distribution des vaccins.
FWB			e-Vax	Vaccinations	Enregistrement des vaccinations, commande et distribution des vaccins.
INAMI			CareSet Allergie/intolérance	Allergie	CareSet des allergies et intolérances.
INAMI			CareSet Données de télésurveillance	Télésurveillance	CareSet relatifs aux résultats de mesure issus des dispositifs de télésurveillance à échanger
SPF Santé publique			TMP	Télésurveillance	Plateforme de télésurveillance (prescription et échange de données).
INAMI	SPF Santé publique		Prescription de renvoi pour la télésurveillance	Télésurveillance	Prescription de renvoi pour un dispositif de télésurveillance
SPF Santé publique	INAMI		DHTIL	Télésurveillance	Interface de données pour les dispositifs de télésurveillance via le système hub/metahub.
?			CareSet Facteurs sociaux	Facteurs sociaux	CareSet facteurs sociaux.
?			CareSet Contexte familial	Contexte familial	CareSet contexte familial.

VG	INAMI		CareSet Objectifs de vie	Objectifs de vie	CareSet objectifs de vie.
VG			Alivia	Objectifs de vie	Gestion de l'équipe soignante, des objectifs de soins, du plan de soins, assurer la communication entre les prestataires de soins concernés.
VG	INAMI		CareSet objectif de soins, plan de soins et équipe de soins	ZZZ	CareSet objectif de soins, plan de soins et équipe de soins.
VG			Équipe de soins	ZZZ	Gestion de l'équipe de soins par l'usager des soins et son représentant légal.
VG			Alivia	ZZZ	Gestion de l'équipe soignante, des objectifs de soins, du plan de soins, assurer la communication entre les prestataires de soins concernés.
Tout			Alivia-like	ZZZ	Étude de la faisabilité d'un déploiement plus large d'Alivia.
INAMI	SPF Santé publique		CareSet Évaluation BelRAI	BelRAI	CareSet Évaluation BelRAI.
SPF Santé publique			BelRAI Interfédéral	BelRAI	Réaliser une évaluation nationale de l'état actuel de la mise en œuvre du BIHR, élaborer une stratégie nationale de mise en œuvre du BIHR, établir un cadre national de gouvernance du BIHR, développer et déployer l'infrastructure technique du BIHR, former les professionnels de soins et le personnel informatique à l'utilisation du BIHR, suivre et évaluer les progrès de la mise en œuvre du BIHR, Examiner les exigences de conformité de l'EHDS (European Health Data Space, espace européen des données de santé), aligner les systèmes et processus BIHR sur les normes EHDS, réaliser une évaluation de l'état de préparation à l'EHDS, collaborer avec les autorités EHDS pour la certification et le retour d'information.
VG			BelRAI VL	BelRAI	Le résultat du score inclus ?

INAMI	SPF Santé publique		CareSet 'Patient Will'	Patient Will	Volonté du patient en rapport avec les enregistrements et les sources uniques pour le don d'organes, l'euthanasie, le DNR, le don à la science, les dispositions funéraires, etc. Disponibilité via MaSante.be.
SPF Santé publique			Visualisation dans masanté.be	Patient Will	Visualisation du CareSet « Patient Will » dans Masanté.be.
AFMPS	INAMI		CareSet Implants	Implants	CareSet pour les dispositifs médicaux (implants, technologies de santé, etc.).
FAGG			RCT Registre central de traçabilité	Implants	Le RCT est un système centralisant les notifications de pose et de retrait d'implants. Il a été développé dans le cadre du programme « traçabilité des dispositifs médicaux implantables ».
3/ Projets de soins intégrés et projets spécifiques d'eSanté (fédéraux/interfédéraux)					
SPF Santé publique			PHM		La gestion de la santé de la population est définie en l'espèce comme une approche centrée sur les personnes, fondée sur les données et proactive, visant à gérer la santé et le bien-être d'une population donnée, en tenant compte des différences au sein de cette population et de leurs déterminants sociaux de la santé.
SPF Santé publique			Be.Well.Pro		Be.well.pro a pour objectif de surveiller de manière proactive le bien-être mental lié au travail des professionnels de la santé et des services sociaux dans le secteur des soins et du bien-être à l'aide d'une enquête nationale structurelle et récurrente (bisannuelle) intitulée « le baromètre du bien-être ». Cela permet également de suivre l'évolution du bien-être au fil du temps.

SPF Santé publique	INAMI	Sciensano	PROM-PREM		Afin de promouvoir la capacité d'autogestion et la participation du citoyen dans son processus de soins et la prise de décision partagée, il est nécessaire de fournir des outils tels que les PROM et les PREM. Objectif : proposer une application d'aide facilement accessible qui permette au patient de donner systématiquement son avis sur les résultats et son expérience en matière de soins à l'aide d'instruments de mesure rapportés par le patient (PROM et PREM). Les résultats des PROM et PREM doivent avant tout être utiles dans la pratique clinique quotidienne (utilisation à un microniveau).
RW			Suisse		
SPF Santé publique			Soins intégrés périnataux		
SPF Santé publique	INAMI		BiB	Soins intégrés Périnataux	
BOSA	eHP		eBirth	Soins intégrés Périnataux	
SPF Santé publique			Soins intégrés Personnes âgées vulnérables	Soins intégrés Personnes vulnérables	
SPF Santé publique			Soins intégrés Obésité	Soins intégrés Obésité	
SPF Santé publique	INAMI		Soins à domicile/Hospitalisation à domicile		
INAMI	OA		TRIO		Collaboration entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil dans l'accompagnement de la personne en incapacité de travail vers la réintégration.

INAMI	OA		TNW		Retour au travail - accompagnement par l'OA de la personne en incapacité de travail vers le travail.
INAMI	OA		GAO/CIT		Base de données contenant les certificats d'incapacité de travail pour le suivi de la certification par les prescripteurs.
4/ Mise en œuvre de l'Espace européen des données de santé (EHDS), en mettant l'accent sur l'utilisation secondaire en Belgique (aperçu sommaire, un plan d'action distinct en matière de Health Data est prévu)					
eHP			Point de contact national EHDS		Assurer ces services et l'interopérabilité pour l'échange transfrontalier de données de santé à des fins d'utilisation primaire. Contribuer aux initiatives de l'UE concernant la mise en œuvre de l'EHDS (législation, infrastructure, services, etc.). Assurer un échange au niveau de l'UE.
eHP	INAMI		Prescription électronique, délivrance électronique, résumé du patient		Assurer l'échange transfrontalier des premiers Priority Data Sets (= CareSets).
HDA			Point de contact national		Assurer ces services et l'interopérabilité pour l'échange transfrontalier de données de santé à des fins d'utilisation secondaire. Contribuer aux initiatives de l'UE concernant la mise en œuvre de l'EHDS (législation, infrastructure, services, etc.). Développer l'écosystème pour les données de santé, y compris l'organisation (HDAB, entité d'intermédiation), la gouvernance, les processus et procédures, etc.
RW			IME INAH		Mise en place de l'entité d'intermédiation (pour les hôpitaux) en RW, DG et BRU.

VL			IME FIHN Levilo UZB		Mise en place de l'entité d'intermédiation (pour les hôpitaux) dans la VG et la BRU.
VL			Espace flamand de données de santé		L'objectif de ce projet est d'obtenir des composants techniques pour l'espace de données de santé qui peuvent être utilisés pour le partage de données, à des fins secondaires, dans le paysage des soins de santé flamand.
AIM	INAMI		Dataflow 2.0		Mise en place de l'entité d'intermédiation pour les organismes assureurs.
HDA			Politique des registres		Mise en œuvre de la nouvelle politique en matière de registres sur la base de l'écosystème EHDS, communication de HealthData.be.
HDA			Législation, SPE, Catalogue, Processus, Base de connaissances, Label de qualité, FAIRification, ...		Différents projets pour la mise en œuvre de l'utilisation secondaire de l'EHDS. Voir également le plan d'action Health Data.
SPF Santé publique	Sciensano		EHeDERA		Health Data Enabled for Re-use Across Belgium Le projet vise à accroître la capacité de l'Agence des données de santé, à assurer sa connexion, son alignement et son interopérabilité technique avec l'European Health Data Space et d'autres développements européens, et à l'intégrer dans l'infrastructure peer-to-peer sécurisée européenne afin de promouvoir la réutilisation des données de santé.
HDA			Quick Wins Data ...		Soutenir autant que possible les gains rapides avec les données disponibles.
SPF Santé publique	Tout		Littératie numérique en santé		Le projet « Digital Health Literacy » repose sur deux volets : Le premier consiste à fournir et à diffuser des outils visant à améliorer la littératie en santé et à renforcer la position des patients et des citoyens, ainsi qu'à sensibiliser davantage les professionnels de la santé.

					Le second consiste à élaborer un plan d'action pour l'inclusion numérique dans les soins de santé.
5/ Actions résultant de la note sur les orientations stratégiques eHealth (également non-techniques, p.ex. législation, réformes du système de primes, ...)					
SPF Santé publique			BMUC	Budget	Les Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) visent à accélérer la transformation numérique des hôpitaux. Un budget est prévu pour encourager l'utilisation des fonctionnalités BMUC dans les hôpitaux. Ces fonctionnalités BMUC concernent à la fois des modules internes et des modules externes qui doivent être intégrés au DPI intégré des hôpitaux pour que le principe « only once » soit respecté tout au long du parcours du patient.
SPF Santé publique			Projets d'innovation	Budget	Ces projets visent à introduire de nouveaux services de santé numériques, à déployer à grande échelle et à étendre certains projets à d'autres hôpitaux après évaluation. Actuellement, 26 projets sont menés par et dans des hôpitaux et financés par le SPF Santé publique.
SPF Santé publique			Capacités de données	Budget	Ce programme vise à réutiliser les données de santé dans le cadre de projets qui ont pour ambition de dépasser le contexte hospitalier.
SPF Santé publique			Cybersécurité	Budget	Le programme de cybersécurité a été élaboré en vue de la mise en œuvre de mesures de cybersécurité et de l'application des normes NIS 2 dans les hôpitaux.
Tout			Stratégie et gouvernance	Stratégie	Mise en œuvre du modèle de gouvernance, y compris l'implication de toutes les parties prenantes.
Tout			Partage interfédéral des données de santé	Stratégie	Clarifier le rôle des coffres-forts et des hubs de santé.

eHP	HDA		Mise en œuvre de l'EHDS	Stratégie	Mise en œuvre de l'EHDS pour l'utilisation primaire et secondaire des données de santé. Plan EHDS / Données de santé (HDA, fin 2025) Plan EHDS pour les hôpitaux (mi- 2026) Plan EHDS pour les soins primaires (fin 2026)
eHP			Collaboration fournisseurs de logiciels	Stratégie	Engagement renouvelé dans la collaboration avec les fournisseurs de logiciels.
INAMI	SPF Santé publique	eHP	Autonomisation des professionnels de santé + qualité des enregistrements	Stratégie	Autonomisation des professionnels de santé (charge administrative liée à l'enregistrement), mais aussi clarification des attentes en matière de qualité des données grâce à des incitations, des primes et la législation. Proposition de primes (INAMI, mars 2026) Proposition BMUC (SPF Santé publique, mais 2026)
VI			Clarifier le rôle et l'importance des OA	Stratégie	Littératie, services numériques, etc.
Tout			Autonomisation des usagers de soins/citoyens	Stratégie	Bien définir le rôle et l'importance du citoyen/usager de soins. Y compris la littératie numérique.