

Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)

Document history

Version	Date	Author	Description of changes / remarks
0.1	22/08/2016	SPF Santé	Version originale française

Introduction

Selon l'OMS (2012), un dossier de santé électronique (DPI) est un enregistrement continu d'informations relatives à la santé d'un patient généré par un ou plusieurs passages dans un contexte quelconque de prestation de soins.

Depuis plusieurs années déjà, le gouvernement belge a reconnu la nécessité du déploiement à grande échelle de DPI solides, conçus pour le partage d'informations avec d'autres prestataires de soins de santé et organisations de façon à contenir des informations émanant de tous les cliniciens impliqués dans les soins à un patient.

Un plan d'action belge e-Santé 2013-2018 a été publié il y a quelques années, mais pour ce qui est du déploiement des DPI dans les hôpitaux, le gouvernement s'est rendu compte en 2015 de la nécessité d'un programme accéléré, reconnaissant en même temps l'importance de l'instauration d'un programme d'incitants financiers pour réaliser son ambition.

Une situation similaire s'est présentée aux USA, où un programme fédéral d'incitants au DPI a été finalisé en juillet 2010. Il a débouché sur la publication d'exigences d'utilisation significative pour les hôpitaux.

Dans ce document, nous définissons une série de critères d'utilisation significative adaptés à la situation belge. Les critères d'utilisation significative décrits ci-dessous sont basés sur l'expérience aux USA et sur la publication d'un "Cadre pour les fonctionnalités d'un dossier patient informatisé" en 2014. Ils résultent d'une concertation avec des hôpitaux partout dans le pays, des hôpitaux de différentes tailles et ayant un degré de maturité ICT différent.

Nous remercions Zorgnet-Icuro pour le travail préparatoire.

Utilisation significative

Aux USA, l'utilisation significative s'obtient en 3 stades:

- Au stade 1, des règles de base sont définies pour la saisie électronique de données cliniques, ceci incluant la délivrance aux patients de copies électroniques des informations de santé.

- Le stade 2 voit l'extension des critères en mettant l'accent sur l'assurance que l'utilisation significative des dossiers de santé électronique rencontre les buts et priorités de la stratégie nationale de qualité. Les critères de stade 2 encouragent l'utilisation de l'informatique médicale pour une amélioration constante de la qualité sur le point de soins et l'échange d'informations dans le format le plus structuré possible.
- Les critères de stade 3 sont en cours d'élaboration par les régulateurs des "*Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*".

Pour percevoir le montant maximal de l'incitant alloué par Medicare, les hôpitaux devaient atteindre le stade 1 d'utilisation significative pour la fin 2013. Les prestataires de soins qui atteignaient le stade 1 pour la fin 2012 devaient passer au stade 2 d'utilisation significative en 2014.

A la mi-2013, presque deux tiers des hôpitaux aux USA avaient atteint le stade 1 d'utilisation significative. Un peu plus de la moitié (53%) des hôpitaux avaient réussi à atteindre le stade 1 d'utilisation significative pour 2012 (ces hôpitaux seraient les pionniers de la transition vers les stades suivants d'utilisation significative, passant au stade 2 en 2014 et au stade 3 en 2016).

Afin d'aider les éventuels hôpitaux en décrochage à rester dans le programme, CMS a ajusté les délais pour l'utilisation significative. Dans le règlement final 2014, CMS a prolongé le stade 2 jusqu'en 2016 et a reporté le lancement du stade 3 à 2017.

Une approche similaire peut être adoptée en Belgique, à condition d'adapter les critères à la situation locale et de respecter un plan de mise en œuvre réaliste.

Contexte

Les documents du gouvernement belge mentionnent souvent la nécessité de parvenir à un "DPI intégré". Ni la définition, ni l'architecture d'un tel DPI intégré ne sont connues ni n'ont fait l'objet d'un accord. Nous n'avons pas voulu nous perdre dans un débat sémantique ni imposer une architecture particulière aux hôpitaux.

Au lieu de cela, nous avons opté pour une approche purement fonctionnelle où ce sont les fonctions et leur déploiement qui sont exigés, et non une implémentation particulière. Nous croyons qu'il est possible d'atteindre les mêmes buts par différents moyens. Par exemple, l'intégration peut s'obtenir à la fois par un échange de messages entre systèmes et par l'implémentation de plusieurs fonctions dans un système holistique unique. L'intégration doit porter au minimum sur les fonctionnalités de base, et la saisie et la gestion des données doivent s'effectuer conformément au principe source initial.

Le questionnaire MADMI SSGISS est parfois proposé comme mesure de la maturité d'un DPI, mais il est voué à ne pas y parvenir.

Le MADMI a certainement des mérites par l'identification des niveaux de capacités d'un dossier médical informatisé (DMI), depuis les systèmes limités de service ancillaire jusqu'à un environnement DMI sans papier. Néanmoins, le questionnaire actuellement utilisé n'est pas adapté à des initiatives officielles en politique des soins de santé. Le questionnaire MADMI émane de l'association des fournisseurs de SIS et cela se reflète dans son approche. Il s'agit davantage d'un questionnaire d'opportunités de marché qui donne aux fournisseurs un aperçu de la situation du marché dans un pays donné. Beaucoup de questions ont trait à la présence de sous-systèmes cliniques, à l'âge de ces systèmes, à la planification de mises à niveau majeures ou d'un remplacement du système, etc. Peu d'attention est accordée à l'ampleur réelle du déploiement et de l'intégration des sous-systèmes.

Même aux USA, où le système MADMI est né, il n'est pas utilisé à des fins de mesure officielle d'implémentation. En lieu et place, des critères "d'utilisation significative" évoqués ci-dessus ont été définis et sont appliqués.

Adaptation des critères aux nécessités belges

L'objectif était de disposer de critères ambitieux, mais réalistes. Même si cela exige toujours des efforts financiers et d'implémentation considérables, nous croyons que ces objectifs peuvent être atteints par la majorité des hôpitaux.

Les critères se subdivisent en critères de base (obligatoires) et en options parmi lesquelles les hôpitaux peuvent opérer un choix.

- Les critères de base sont essentiels parce qu'ils constituent l'assise sur laquelle les autres éléments viennent s'emboîter. Les voici:
 1. Identification et description uniques du patient
 2. Liste des problèmes (diagnostics actuels et antérieurs)
 3. Liste des allergies
 4. Prescription électronique des médicaments
 5. Interactions médicamenteuses
 6. Administration électronique des médicaments (liée à l'e-prescription)
 7. Module de planification des soins/nursing
 8. Gestion des rendez-vous
 9. Saisie des demandes (RX/labo/consultation/...)
 10. Lettre de sortie
 11. Paramètres vitaux
 12. Enregistrement du consentement éclairé
 13. Code de limite thérapeutique
 14. Serveur de résultats médicaux/Éléments objectifs du dossier
 15. Communication automatisée avec les hubs et interaction avec e-Health

- Un certain nombre (qu'il reste à définir) d'options peuvent être sélectionnées par l'hôpital dans le but de se préparer à une implémentation complète du DPI dans le futur. Certaines de ces options peuvent devenir obligatoires à un stade ultérieur, et donc devenir essentielles à partir de ce stade.

Les options suivantes peuvent être envisagées:

- Planification BO
- Module soins intensifs
- Module SGDP
- Module SU (soins d'urgence)
- SADC
- Contrôle avancé d'interactions (médicament-allergie, médicament-maladie, médicament-grossesse)
- Prescription de chimiothérapie
- Localisation fonctionnelle du patient

- Enregistrement structurel (essentiel en stade 3)
- Données génétiques
- Santé mobile (intégration de données pertinentes de télésurveillance)
- Administration des médicaments en circuit fermé
- ...

Là où un pourcentage doit être atteint, nous suggérons un numérateur et un dénominateur pouvant être calculés sans trop d'efforts.

Tableau des critères de base

La non-obtention des critères d'une fonctionnalité pour laquelle un pourcentage inférieur à 50% est demandé peut être compensée par l'obtention des critères du stade 2 d'une autre fonctionnalité (sauf pour les fonctionnalités 1, 10, 11 et 15).

Fonctionnalité	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
1. Identification et description uniques du patient	80%	90%	98%	98%
2. Liste des problèmes (diagnostics actuels et antérieurs)	20%	50%	80%	98%
3. Liste des allergies	30%	60%	90%	98%
4. Prescription électronique des médicaments	30%	60%	90%	98%
5. Interactions médicamenteuses	Oui	Oui	Oui	Oui
6. Administration électronique des médicaments (liée à l'e-prescription)	30%	60%	90%	98%
7. Module de planification des soins/nursing	0%	30%	60%	90%
8. Saisie des demandes (RX/labo/consultation/...)	1 sur 3 (50%)	2 sur 3 (50%)	3 sur 3 (50%)	3 sur 3 (98%) + séries d'ordonnances (critères combinés 4 & 7 & 8)
9. Gestion des rendez-vous	= critère 8 (sauf labo)	= critère 8 (sauf labo)	= critère 8 (sauf labo) + consultation multiple	= critère 8 (sauf labo) + consultation multiple
10. Lettre de sortie électronique	80%	90%	95%	98%
11. Paramètres vitaux	50%	65%	80%	98%

12. Enregistrement du consentement éclairé	10%	50%	80%	98%
13. Code de limite thérapeutique	10%	50%	80%	98%
14. Serveur de résultats médicaux / Eléments objectifs du dossier	80%	90%	95%	98%
15. Communication automatisée avec les hubs et interaction avec e-Health	80%	90%	95%	98%

Les objectifs relatifs au stade 4 seront réévalués en 2018.

En 2018, il y aura une réévaluation des critères optionnels. Une analyse approfondie déterminera les critères optionnels qu'il convient d'ajouter et ceux qui peuvent devenir essentiels aux stades ultérieurs.

Les fonctionnalités de base existantes ne seront pas rediscutées.

Description des critères de base

1. Identification et description uniques du patient

Les données démographiques suivantes doivent être enregistrées de façon structurée: nom complet, date de naissance, genre, nationalité, numéro national (dans le cas d'un ressortissant belge), adresse, numéro de téléphone, langue de prédilection, informations relatives à l'assurance, nom du généraliste traitant, photo (d'identité) si possible. Il doit être possible d'enregistrer les informations de la personne de contact: nom, relation avec le patient et numéro de téléphone. Ces informations doivent être actualisées régulièrement, lors de chaque visite du patient à l'hôpital. Ces informations relatives au patient sont accessibles en ligne partout dans l'institution.

Il faut utiliser un numéro unique de patient dans tous les systèmes électroniques qui enregistrent des données liées au patient. Si un patient possède deux numéros, ces numéros doivent être couplés de manière telle que les utilisateurs du système puissent accéder à toutes les informations au moyen d'un seul numéro de patient. Des processus de dépistage régulier des doubles numéros de patient doivent être mis en place.

Lorsque l'identité du patient ne peut pas être établie au moment de l'enregistrement, il doit être possible de créer un numéro de patient unique temporaire, de façon à pouvoir enregistrer des données pour ce patient. Lorsque, plus tard, l'identité du patient est établie et que son numéro unique de patient est créé ou déterminé, les enregistrements liés au numéro temporaire de patient doivent être transférés au numéro de patient effectif, ou couplés à celui-ci.

Mesure :

- Numérateur: le nombre de patients uniques au dénominateur pour lesquels les informations démographiques énumérées sont disponibles, plus le nombre de patients uniques pour lesquels un identifiant temporaire de patient a été créé et aucune certitude d'identité n'a été disponible au cours de la période de rapportage DPI du dénominateur.
- Dénominateur: le nombre de patients **uniques** en situation d'hospitalisation ou soignés en hôpital de jour ou soignés aux urgences au cours d'une période de rapportage DPI (à définir).

2. Liste des problèmes (diagnostics actuels et antérieurs)

Une liste permanente et gérée, codée au moyen de la SNOMED CT belge, de diagnostics ou de problèmes identifiés, ou d'interventions réalisées antérieurement, susceptibles d'influencer la prise de décision clinique et la dispensation de soins. Les listes de problèmes sont gérées au fil du temps, fournissant ainsi un historique de l'état de santé du patient, et peuvent inclure:

- Symptômes, diagnostics, dispositifs implantés
- Informations familiales et génétiques
- Problèmes sociaux, incidents
- Problèmes et risques de nursing
- Aptitudes (ou handicaps) fonctionnels
- Traitement et régimes
- Interventions (réalisées & planifiées), procédures diagnostiques (réalisées & planifiées)
- Vaccinations (réalisées & planifiées)

La source (p. ex. le prestataire, l'identifiant système ou le patient, le lieu, la date et heure) ou les mises à jour doivent toujours être documentées pour chaque élément et chaque version (identifiant d'enregistrement unique avec tampon dateur).

Les dates d'apparition et de fin, si elles sont connues, doivent être documentées pour chaque élément. La liste des problèmes peut être présentée sous forme d'historique (en fonction du statut temporel de chaque élément) ou/et sous forme de liste des problèmes "actifs".

Mesure :

Au stade 1, le pourcentage indiqué du total des patients uniques hospitalisés au cours de la période de référence (dénominateur) possèdent au moins une entrée codée SNOMED CT ou une indication qu'aucun problème enregistré en tant que donnée structurée n'est connu pour le patient (numérateur).

Remarque importante: la date butoir pour la réalisation de cet objectif dépend de la disponibilité de la traduction en néerlandais/en français des principaux codes de diagnostic SNOMED CT. La durée d'implémentation doit être de deux ans au moins (un an pour le développement technique et un an pour l'implémentation) une année après la mise à disposition finale des codes traduits.

3. Liste des allergies

Gestion des allergies du patient incluant la réaction à tout allergène, l'intolérance et les listes de réactions négatives (à des médicaments, à des aliments). La liste d'allergies est utilisée lorsque des situations allergéniques sont rencontrées dans d'autres modules du DPI (prescription de médicaments, ...).

Stade 1: l'enregistrement de 2 types d'allergies (médicaments, aliments, ...) et la production de la liste d'allergies existantes p. ex. au moment de la prescription suffiront (vu le manque d'ensembles de données structurés).

Stade 2: déclenchement automatique d'alertes lorsque des situations allergéniques sont rencontrées (à définir plus en détail).

Mesure :

- Numérateur: le nombre de patients uniques au dénominateur possédant au moins une entrée dans leur liste d'allergies (ou une indication d'absence d'allergies connues). Une reconfirmation de l'entrée "pas d'allergies connues" est nécessaire lors de chaque nouveau contact éligible.
- Dénominateur: le nombre de patients uniques en situation d'hospitalisation, soignés en hôpital de jour ou soignés aux urgences au cours d'une période de rapportage DPI (à définir).

4. e-Prescription (prescription informatisée de médicaments par le prestataire)

Les avantages d'une prescription informatisée de **médicaments** par le prestataire (PMI - prescription médicale informatisée) sont bien connus. Les preuves scientifiques concernent majoritairement la prescription de médicaments avec peu, voire aucune aide à la décision. Une PMI intégrée au dossier patient informatisé est encore plus bénéfique car l'information issue du reste du dossier patient est mise à disposition du professionnel des soins lors du processus de prescription (p. ex. résultats d'analyses en laboratoire...) Néanmoins, le plus grand bénéfice est à observer lorsque le système de PMI est utilisé en combinaison avec un système d'aide à la décision bien conçu et bien implémenté.

Les effets bénéfiques comprennent un usage accru du formulaire des médicaments, la disparition des ambiguïtés dues à une écriture illisible, l'utilisation de cadres de prescription contenant les prescriptions liées à des fins spécifiques, l'utilisation de modèles favorisant la standardisation des soins, l'utilisation de dosages recommandés et une plus grande efficacité de la prestation de soins.

L'utilisation d'une PMI, cependant, comporte un potentiel non négligeable de dommages et de conséquences non souhaitées: encodage de prescriptions en double, surdosage non signalé, problèmes de workflow défavorable, persistance des prescriptions papier. Bon nombre de ces inconvénients peuvent être évités par la mise en place d'une PMI bien conçue et l'ajout d'un système d'aide à la décision à la PMI.

Exigences système pour une PMI de prescription de médicaments:

- Les médicaments prescrits dans la PMI sont repris dans une base de données centrale des médicaments à l'échelle de l'hôpital gérée par le département de pharmacie.
- La pharmacie peut définir un sous-ensemble de cette base de données qui constitue le formulaire. Le système oriente le prescripteur vers l'utilisation des médicaments du formulaire.

- Le système permet la prescription de médicaments génériques et la prescription de médicaments par nom de marque.
- Les prescriptions de médicaments sont introduites en format structuré (p. ex. nom du médicament, dose, forme de dosage, début/fin de la prescription, unité, fréquence, voie d'administration, indications cliniques pour une prescription "pro re nata" ...). Chaque prescription de médicaments est établie avec tous les éléments nécessaires pour garantir la conformité avec la législation belge relative aux prescriptions de médicaments.
- Toutes les actions sur les prescriptions de médicaments (début, arrêt, modification, suppression) sont enregistrées dans un journal dans le système et un audit de traçage complet peut être accompli pour chaque prescription individuelle de médicaments.
- Le système permet un workflow où le pharmacien a la possibilité de valider une prescription de médicaments. Cette validation, toutefois, ne peut pas empêcher l'exécution de la prescription de médicaments. Ce processus de validation peut néanmoins être obligatoire pour certaines prescriptions de médicaments.
- Le système permet un workflow où le pharmacien a la possibilité de remplacer un médicament par un médicament alternatif (formulaire).
- Seuls les professionnels des soins de santé habilités à exercer sont autorisés à introduire des prescriptions de médicaments. Les droits pour l'introduction de prescriptions de médicaments sont configurables.
- Le système permet un workflow pour les prescriptions verbales. Ce workflow permet l'administration d'un médicament à un patient avec une approbation obligatoire a posteriori par un professionnel des soins de santé habilité.
- Lors du processus de prescription, le prescripteur a accès à des informations pertinentes (p. ex. informations cliniques, résultats de labo, autres...).
- Lors du processus de prescription, l'utilisateur a accès à des informations pertinentes sur le médicament (p. ex. les références du médicament).
- Le système permet la délivrance d'un panorama complet de toutes les prescriptions de médicaments en cours. Le système permet également d'afficher un récapitulatif des prescriptions de médicaments au cours d'un certain laps de temps. Ces récapitulatifs de prescriptions de médicaments sont disponibles pour tous les utilisateurs pertinents, y compris le pharmacien. De la sorte, le système permet la mise en œuvre de la pharmacie clinique dans le flux de prescription et des médicaments dans les hôpitaux.

Mesure :

- Numérateur: Nombre de lits de l'hôpital pour lesquels tous les médicaments sont prescrits par voie électronique.
- Dénominateur: Nombre total de lits de l'hôpital.

5. Interactions médicamenteuses

Les utilisateurs légalement habilités à évaluer les interactions médicamenteuses et les contre-indications sont alertés par le système le plus tôt possible au cours du processus de distribution du médicament. (Pour un médecin, p. ex., cela signifie avant de compléter l'e-prescription. Pour le pharmacien, avant de préparer ou de délivrer le médicament.)

Ces alertes peuvent être profilées en fonction de spécialités médicales spécifiques. En outre, l'utilisateur doit avoir la possibilité de passer outre à ces avertissements en précisant la raison de cette transgression.

Stade 1. Le contrôle d'interaction comprend:

- "Déduplication" ou élimination des doublons thérapeutiques: ce sont des médicaments qui font double emploi sur le plan thérapeutique avec une nouvelle prescription ou une prescription active; il peut s'agir du même médicament, ou d'un médicament de la même catégorie, ou de composantes de produits combinés.
- Plages de dose minimale-maximale: médicament dont la dose spécifiée dépasse les plages de dose recommandées ou qui entraînera une dose cumulée dépassant les plages recommandées

Aux stades ultérieurs, ce contrôle doit être étendu à un contrôle d'interactions plus complexes avec des données non médicamenteuses (p. ex. allergies, grossesse, diagnostics, résultats de labo, ...).

Les bases de données / formulaires de médicaments locaux doivent être annotés avec SNOMED CT afin d'être compatibles entre institutions et entre professionnels. L'utilisation de sous-ensembles des bases de données médicamenteuses de référence nationales garantira l'interopérabilité. Pour assurer une uniformité dans la mise en œuvre (et donc une uniformité des soins aux patients), des bases de données nationales pour chaque type d'interactions doivent être mises à disposition.

Bien que la task force ait ajouté ceci aux critères de stade 1, le calendrier pour atteindre cet objectif dépend de la disponibilité des bases de données offrant cette fonctionnalité. Nous suggérons deux ans au moins (un an pour le développement technique et un an pour l'implémentation) entre la délivrance finale de la base de données et l'exigence d'implémenter l'interaction correspondante (à supposer que la configuration et les spécificités de la base de données aient été fournies à l'avance). Ceci n'implique pas seulement la disponibilité de la base de données SAM (source structurée authentique des médicaments) (ou d'une alternative) mais aussi des interactions définies à l'aide des clés utilisées dans cette base de données.

Mesure :

Ce critère est rencontré lorsque l'hôpital a implémenté le contrôle dans son système de prescription de médicaments et utilise la base de données des interactions fournie par les autorités.

6. Administration des médicaments (liée à l'e-prescription (PMI))

Le dossier électronique d'administration des médicaments (eDAM) permet la gestion des médicaments dans le dossier médical informatisé. Même si la littérature publiée sur l'eDAM est moins abondante, l'utilisation de l'eDAM a le potentiel de réduire l'incidence des erreurs médicamenteuses. Les bénéfices sont manifestes pour les systèmes eDAM seuls et combinés à une PMI. L'utilisation de l'eDAM en conjonction avec une technologie de scanning des codes-barres peut encore augmenter la sécurité des patients.

Exigences minimales du système:

- Le système exige une connexion à titre personnel avant de pouvoir documenter toute administration de médicaments.
- Le système tient un journal du processus d'administration des médicaments. Un audit de traçage complet de toute administration de médicaments est possible.
- L'eDAM fournit un récapitulatif de toutes les administrations de médicaments en ordre chronologique. Celui-ci inclut toutes les administrations de médicaments dans le passé et dans le futur ainsi que les prescriptions de médicaments inexécutées (retards/omissions).
- Le système favorise une documentation immédiate de l'exécution de la prescription, à savoir l'administration du médicament (contrairement à une documentation a posteriori).
- L'utilisateur a la possibilité de documenter toute information (de préférence de façon structurée) au cours de l'exécution (ou de l'inexécution) d'une prescription.
- Toute administration de médicament sur prescription verbale génère une demande d'approbation a posteriori adressée au médecin prescripteur.
- Le système affiche toujours le nom du médicament tel que mentionné dans la prescription. En cas de substitution d'un médicament par le pharmacien, les noms des deux médicaments sont affichés/accessibles afin d'éviter tout malentendu.
- Lors du processus d'administration de médicaments, l'utilisateur a accès à des informations pertinentes sur le médicament (p. ex. les références du médicament).

Mesure :

- Numérateur: Nombre de lits de l'hôpital pour lesquels un dossier électronique d'administration des médicaments a été implémenté.
- Dénominateur: nombre total de lits de l'hôpital.

7. Module de planification des soins/nursing

Pendant le séjour du patient, le module de nursing est l'un des outils essentiels de support du processus de soins. Ce module est censé faciliter la communication entre prestataires de soins au sein de l'organisation qui accueille le patient. L'axe majeur de ce module doit être le partage d'informations concernant le statut du patient.

Ceci inclut:

- Enregistrement et revue de l'historique;
- Possibilité d'accéder et de consulter la liste des problèmes (médicaux);
- Évaluation et enregistrement des problèmes et risques au niveau du nursing;
- Support des outils et échelles d'évaluation (p. ex. AVQ (Katz), dénutrition, décubitus,...);
- Support de l'enregistrement des facteurs de soins. Cette liste de tâches est disponible en affichage "un patient" et "plusieurs patients".
- Lien vers les plans de soins. Ces plans de soins sont pluridisciplinaires par défaut et peuvent faire partie d'un trajet de soins.
- Une liste des patients sous forme de tableau ou de graphique fournissant une vue générale des patients présents dans le service avec leur statut.
- Possibilité d'introduire et de visualiser les paramètres vitaux;
- Lien vers le dossier d'administration des médicaments (eDAM);
- Support du processus de briefing:
 - Possibilité d'introduire des notes;
 - Possibilité de créer un aperçu de plusieurs données en support à un briefing et une communication efficaces (p. ex. SAER (Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation));
- Support de l'enregistrement des DI-RHM.

Mesure :

- Numérateur: nombre de lits de l'hôpital pour lesquels le module de planification des soins/nursing est implémenté.
- Dénominateur: nombre total de lits de l'hôpital.

8. Saisie des demandes (RX/labo/consultation/...)

Les demandes doivent être introduites soit par le médecin demandeur, soit au minimum validées par le médecin demandeur avant exécution.

Les demandes validées électroniquement sont à considérer comme équivalentes à des demandes signées sur papier. La task force propose également que la législation permette les ordres permanents pour tout type de demande. Une possibilité serait de disposer d'ordres permanents liés à des plans de soins et devant être approuvés par l'équipe médicale. Lorsqu'un patient est enregistré comme bénéficiaire d'un plan de soins, le personnel infirmier doit être en mesure d'exécuter l'ordre permanent lié au plan de soins avec validation par le médecin par la suite. Un système de ce genre ne reflétera pas seulement la pratique courante mais permettra aussi la conformité avec les

recommandations de meilleures pratiques et facilitera grandement l'adoption par le médecin de la demande électronique. Une adaptation de la législation est nécessaire pour permettre ceci.

Demandes de procédures (médicales):

Gestion des demandes de procédures de diagnostic et de traitement. Fonctionnalités: introduction de demandes, traçage, interruption et renouvellement de demandes.

Les procédures réalisées sont liées au DPI.

Chaque demande sera complétée avec les informations voulues et appropriées concernant le patient (telles que des instructions et des informations cliniques sur le patient, de préférence dérivées de manière automatisée du DPI ou du synthèse du patient) nécessaires pour réaliser la procédure.

Demandes d'analyses de labo:

Gestion des demandes d'analyses de chimie (immunologie), microbiologie, hématologie, DRI... (Fonctionnalités: introduction, traçage, interruption et renouvellement). Chaque demande comprend la documentation détaillée de support appropriée (comme des instructions et des informations cliniques sur le patient, de préférence dérivées du DPI ou synthèse du patient) nécessaire pour réaliser l'analyse et communiquée au prestataire de services pour l'accomplissement du(des) test(s) diagnostique(s).

Demandes de radiographies

Gestion des demandes de radiographie classique, de CT-scan, d'IRM, d'angiographie... (Fonctionnalités: introduction, traçage, interruption et renouvellement). Chaque demande comprend la documentation détaillée de support appropriée (comme des instructions et des informations cliniques sur le patient, de préférence dérivées du dossier de patient ou synthèse du patient) nécessaire pour réaliser l'analyse et communiquée au prestataire de services pour l'accomplissement du(des) test(s) diagnostique(s).

Séries d'ordonnances

La pleine valeur ajoutée des demandes électroniques et leur adoption par les praticiens cliniciens ne s'obtiendront que par l'utilisation de séries d'ordonnances (groupes prédéfinis de demandes à exécuter de façon linéaire ou en fonction de conditions) reposant sur des critères tels que:

- Pathologie;
- État de santé du patient;
- Planification d'une intervention chirurgicale;
- Médecine factuelle;
- Optimisation des coûts;

Même si l'utilisation de séries d'ordonnances ne fait pas partie des critères de stade 1, la solution DPI doit inclure cette fonctionnalité. Les séries d'ordonnances étant importantes pour mettre en œuvre les recommandations de bonne pratique et la médecine factuelle, la task force propose de prendre des mesures législatives afin de permettre l'utilisation de ces séries de demandes.

Au stade 4, les séries d'ordonnances doivent être combinées à l'e-prescription (critère 4), à la planification des soins (critère 7) et aux demandes électroniques (critère 8).

Mesure :

- Numérateur: Nombre de demandes introduites par voie électronique. Cette mesure pourrait s'effectuer par l'adaptation du protocole actuel d'apposition d'un Datation électronique de façon à permettre une datation par type de document. Le comptage de ces datations par type de document permettrait un suivi semi-automatisé de ce critère.
- Dénominateur: Le nombre de procédures réalisées dans le domaine (radiologie, labo, consultations...) peut être estimé sur la base du nombre de procédures facturées.

9. Gestion des rendez-vous

Rendez-vous simples:

Les rendez-vous du patient sont gérés électroniquement dans un système de planning intégré au BO en liaison avec le DMI/ Système d'information sur la Santé (SIS). Les données du patient doivent être extraites du SIS afin d'assurer une identification correcte du patient.

Remarque importante:

Le système doit permettre un moyen d'identifier les patients ambulatoires qui n'ont jamais été enregistrés dans le SIS (premier contact). Ces patients "temporaires" peuvent être créés manuellement dans le système de gestion des rendez-vous, mais doivent être identifiés s'ils sont enregistrés auprès de l'hôpital. Le système doit comporter un mécanisme de vérification permettant de relier les données patient "temporaires" aux données patient réelles.

Rendez-vous multiples:

Ce critère est rencontré lorsque le DPI permet la prise de rendez-vous combinés. Ces rendez-vous combinés peuvent consister en plusieurs rendez-vous pour différents prestataires/ différentes disciplines de soins de santé.

Exemple: prise de rendez-vous pour un patient diabétique. Lors de la prise de rendez-vous d'un certain type (en l'occurrence, suivi du diabète), un rendez-vous est pris avec une infirmière (qui se charge de l'intake et du premier contrôle du statut du patient) et un rendez-vous est pris avec un endocrinologue.

Mesure:

- **Numérateur:** nombre de patients ambulatoires pour lesquels les rendez-vous sont gérés par voie électronique.
- **Dénominateur:** nombre total de patients ambulatoires.

10. Lettre de sortie

Préparée au moment de la sortie, documentée dans le dossier patient et contenant au minimum les éléments requis en vertu de l'[arrêté royal du 3 mai 1999, article 3 §3](#).

L'historique de chaque lettre est aisément disponible (date/heure de création, validation, y compris un récapitulatif des personnes à qui elle a été envoyée et par quels moyens).

La lettre de sortie validée est disponible par voie électronique.

Au stade 4, la lettre de sortie électronique doit contenir des données structurées.

Mesure:

- **Numérateur:** nombre de lettres de sortie disponibles par voie électronique.
- **Dénominateur:** nombre de patients sortis (à l'exclusion des patients souffrant d'une pathologie spécifique nécessitant un traitement récurrent).

11. Paramètres vitaux

Saisie structurée des paramètres vitaux de base. Ceux-ci comprennent, entre autres:

- Température
- Tension artérielle
- Pulsations
- Fréquence respiratoire
- Taille (* mesure quotidienne pas nécessaire)
- Poids (* mesure quotidienne pas nécessaire)
- IMC (indice de masse corporelle, calculé en fonction du poids et de la taille)
- Douleur
- ...

La possibilité d'enregistrer ces paramètres vitaux est impérative. La fréquence d'enregistrement des paramètres vitaux doit être adaptée à la pathologie du patient. La possibilité existe d'un enregistrement manuel ou d'un enregistrement automatique par couplage à des appareils. En cas d'enregistrement automatique, il faut une possibilité de valider les données, afin d'éliminer les enregistrements erronés. L'enregistrement des données doit être structuré afin de permettre des calculs, des graphiques, des analyses...

Mesure:

- **Numérateur:** Nombre de lits de l'hôpital pour lesquels l'enregistrement électronique d'au moins un paramètre vital a lieu au cours du séjour du patient à l'hôpital conformément à la politique de l'hôpital.
- **Dénominateur:** Nombre total de lits de l'hôpital auxquels cette politique est applicable.

12. Enregistrement du consentement éclairé

Le DPI permet l'enregistrement d'une liste d'une liste de procédures et de traitements pour lesquels un consentement est nécessaire, ceci incluant la personne qui doit obtenir le consentement et la manière dont celui-ci a été obtenu (verbalement, par la signature d'un formulaire de consentement ou par d'autres moyens).

Les patients collaborent au processus de soins par la prise de décisions concernant les soins et traitements proposés et par l'acceptation ou le refus de procédures et de traitements diagnostiques. Le patient est en mesure de donner un consentement éclairé lorsqu'il a été correctement informé. Le consentement éclairé peut être obtenu et enregistré en plusieurs points dans le processus de soins: p. ex. consentement général au traitement pour un patient hospitalisé, chirurgie, anesthésie, utilisation de sang et de produits sanguins, dialyse, chimiothérapie, sédation lors d'une procédure, avortement, autres traitements et procédures à haut risque,... Le DPI permet l'enregistrement du consentement éclairé (ou de son refus).

Spécifiquement pour la situation belge, le DPI permet l'enregistrement du consentement du patient à la collecte, à l'utilisation et à la diffusion d'informations de santé pour les prestataires donnant lieu à la relation thérapeutique (patient - prestataire) dans le contexte de la plateforme e-Health (voir aussi le projet Health - MetaHub et Hub).

Mesure:

- **Numérateur:** nombre de consentements obtenus enregistrés électroniquement.

- **Dénominateur:** nombre de traitements nécessitant un consentement éclairé, conformément à la politique de l'hôpital.

13. Enregistrement du Code de limitation de la thérapie ou planification préalable des soins

L'autonomie du patient est respectée. Le patient a le droit de refuser ou de choisir son traitement. Les recommandations du patient (directives préalables) et les instructions de limitation de la thérapie pour le prestataire ou planification préalable des soins ou DNR (*Do Not Resuscitate* - Ne pas réanimer) sont enregistrées avec les données correspondantes nécessaires, comme la date et l'heure, l'acteur des soins de santé qui a enregistré la directive et les éventuelles références à des documents rédigés sur papier.

Mesure:

- **Numérateur:** Nombre de codes de limite thérapeutique enregistrés.
- **Dénominateur:** Nombre de codes de limite thérapeutique qui doivent être enregistrés conformément à la politique de l'hôpital.

14. Serveur de résultats médicaux/Eléments objectifs du dossier

Les résultats d'examens physiques (paramètres vitaux), d'imagerie, de tests fonctionnels (p. ex. équilibre des fluides), d'analyses de laboratoire, d'échelles d'évaluation, les rapports de diagnostic et de traitement, les lettres de sortie, ... doivent être présentés, avec possibilité de personnalisation, de la façon la plus appropriée pour l'utilisateur qui les consulte.

Cette fonctionnalité doit être indépendante du type de contact et disponible en continu.

Critères d'évaluation (pour un OUI):

Stades 1 - 3:

- Lettre de sortie (patients hospitalisés)
- Lettre de consultation (patients ambulatoires)
- Rapport de chirurgie (pour tous les patients chirurgicaux)
- Rapport d'anesthésie
- Rapports diagnostiques et fonctionnels
- Résultats de labo en CDA
- Images de radiologie

Stade 4

- Autres images

15. Communication automatisée avec les hubs et interaction avec e-Health

Les hôpitaux doivent impérativement utiliser les services e-Health suivants:

- e-Health Box;
- Consultation des dossiers de santé (autres institutions, SUMEHR, plan de médication) par le biais des hubs et les coffres forts par les prestataires de soins de l'institution;
- Partage des dossiers de santé électroniques des patients avec d'autres prestataires de soins;
- Utilisation de healthdata.be pour la participation à des registres;
- Statut du consentement éclairé dans le logiciel d'administration des patients aux comptoirs d'enregistrement de l'hôpital et des services de consultation (si le patient ne doit pas procéder à un enregistrement central); ce statut doit être obtenu en ligne depuis un hub ou la base de données nationale.
- Intégration des services du NIHII, NIC/CIN, registre national dans les processus de l'institution (chapitre IV, assurabilité, e-Birth, Mediprima).

Mesure:

- **Numérateur:** le nombre de patients uniques au dénominateur pour lesquels les informations / éléments enregistrés précités sont disponibles dans les services e-Health au cours de la période de rapportage DPI du dénominateur.
- **Dénominateur:** le nombre de patients uniques en situation d'hospitalisation ou soignés en hôpital de jour ou soignés aux urgences au cours d'une période de rapportage DPI (à définir).

Remarque importante: la date butoir pour la réalisation de cet objectif dépend de la disponibilité de la publication de la description technique d'un nouvel élément ou d'un nouveau registre. On prend en compte un an pour le développement et la mise en production.

Une task force décidera des modalités pour procéder à la mesure de chaque élément.

LISTE D'ABRÉVIATIONS

- CDA: Clinical Data Architecture
= ADC: Architecture des Données Cliniques (proposition de traduction)
- CDSS: Clinical Decision Support System
= SADC: Système d'Aide à la Décision Clinique (proposition de traduction)
- CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services (pas de traduction – organe existant aux USA)
- CPOE: Computerized Physician Order Entry
= PMI: Prescription Médicale Informatisée (proposition de traduction)
- EC: Emergency Care
= SU: Soins d'Urgence
- EHR: Electronic Health Record

= EGD: Elektronisch Gezondheidsdossier

= DPI: Dossier Santé Électronique
- EMR: Electronic Medical Record
= EMD: Elektronisch Medisch Dossier
= DMI: Dossier Médical Informatisé
- EPR: Electronic Patient Record
= EPD: Elektronisch Patiënten Dossier
= DPI: Dossier Patient Informatisé
- eMAR: Electronic Medication Administration Record
= eDAM: Dossier Électronique d'Administration des Médicaments (proposition de traduction)
- EMRAM: Electronic Medical Record Adoption Model
MADMI: Modèle d'Adoption du Dossier Médical Informatisé (proposition de traduction)
- HIMSS: Healthcare Information and Management Systems Society
= SSGISS: Société de Systèmes de Gestion et d'Information des Soins de Santé (proposition de traduction)
- HIS: Healthcare Information System
= SIS: Système d'Informations de Santé (proposition de traduction)

OR: Operation Room
= BO: Bloc Opérateur
= OK: Operatiekwartier

PDMS: Patient Data Management System
= SGDP: Système de Gestion des Données Patient (proposition de traduction)

SAM: Authentic Source of Medicines
= SAM= Source Authentique des Médicaments (proposition de traduction)

WHO : World Health Organisation
= OMS: Organisation Mondiale de la Santé
= WGO: Wereldgezondheidsorganisatie