
Stratégie eHealth VD

**pour la mise en œuvre dans le Canton de Vaud de
partage d'informations médicales entre
prestataires de soins avec l'accord du patient et
en conformité avec la stratégie nationale**

Département de la santé et de l'action sociale
Service de la santé publique
Cellule eHealth

Serge Bignens, Responsable eHealth VD

Pierre Valentin, Chef de projet eHealth VD

Avril 2012, Version 1.3 mise en consultation ouverte

Abréviations	
AVASAD	Association Vaudoise d'Aide et de Soins A Domicile
BRIO	Bureau Régional d'Information et d'Orientation
CMS	Centres Médico-Sociaux
COFIL	Comité de Pilotage
CORES	COordination des Réseaux de Soins vaudois
DSAS	Département de la Santé et de l'Action Sociale de l'Etat de Vaud
DMST	Document Médico-Social de Transmission
DMT	Document Médical de Transmission, synonyme de Faxmed ou avis de sortie
DPI	Dossier Patient Informatisé. C'est le dossier patient interne pour un prestataire de soins, que ce soit un hôpital ou un cabinet de médecin.
DPP	Dossier Patient Partagé. C'est le dossier patient partagé par tous les prestataires de soins autorisés et le patient et contenant des résumés de documentation des DPI
DOPHIN	Dossier Patient Hospitalier Institutionnel et Informatisé. Projet réalisé au CHUV et dans les hôpitaux de la FHV. Cet acronyme est le nom du projet, <i>Soarian</i> est le nom de la solution
EMS	Etablissement Médico-Social
FaxMed	Avis de sortie d'hôpital, à l'origine transmis exclusivement par fax d'où son nom, il est synonyme de Document médical de transmission (DMT)
FHV	Fédération des Hôpitaux Vaudois
FHVI	Service informatique des hôpitaux de la FHV
IRIS	Projet de dossier client de l'AVASAD
LDEP	Loi fédérale sur le Dossier Electronique du Patient (au stade actuel de projet)
OFAC	Coopérative professionnelle des pharmaciens suisses
PTP	Plan de Traitement médicamenteux Partagé
SI	Système d'Information
SSPSVM	Société Vaudoise de Médecine

Cadre d'intervention			
Mandant	Chef du DSAS, mesure 42 du rapport du CE sur la politique sanitaire 2008-2012		
Mandataire	Cellule eHealth du Service de la Santé Publique		
Chef de projet	Responsable de la Cellule eHealth		
Mandat	Proposer une stratégie eHealth VD pour une mise en œuvre de la stratégie eHealth nationale dans le Canton de Vaud dans le cadre de la prochaine législature		
Livrables	▪ Document final version 1.1 provisoire	18.04.2012	Transmis aux membres du COPIL eHealth
	▪ Document final version 1.2 provisoire	26.04.2012	Transmis au Chef du DSAS
	▪ Document final version 1.3 provisoire	28.04.2012	Mis en consultation ouverte
	▪ Document final version 1.4 provisoire	07.06.2012	Présenté aux membres du COPIL eHealth
	▪ Document final version 1.5 provisoire	14.06.2012	Soumis au Chef du DSAS
	▪ Document final version 2.0 finale	Fin-juin 2012	Transmis aux membres du Conseil d'Etat

Résumé

L'eHealth ou cybersanté

Un outil pour améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des prises en charge sanitaires

L'eHealth ou cybersanté, désigne l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour assurer la mise en réseau des acteurs du système de santé afin de soutenir **des processus de prises en charge médicale**

plus sûrs : meilleures décisions thérapeutiques, meilleurs contrôles des interactions médicamenteuses, implication accrue du patient,

de meilleure qualité : continuité des prises en charge assurée, meilleure prise en compte du patient et de son historique de santé, liens resserrés entre l'hôpital et les médecins traitants,

plus efficaces : transmission d'informations plus rapide et plus complètes, élimination des doubles saisies ainsi que des répétitions inutiles d'examen.

Objectif de ce document

Ce document, **présente à l'ensemble des acteurs concernés la stratégie eHealth (cybersanté) vaudoise**. Il est le résultat d'une réflexion conduite par le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) avec tous les acteurs : médecins en cabinet, hôpitaux, soins à domicile, EMS, pharmaciens, autres prestataires de soins, instituts de recherche, associations de patients, experts cybersanté de cantons voisins ainsi que le préposé cantonal à la protection des données et à l'information.

Buts de la stratégie eHealth VD

Par la stratégie eHealth VD, le Conseil d'Etat définit sa vision du rôle de la cybersanté pour le système de santé vaudois et définit les clés stratégiques et le plan de sa mise en œuvre dans le cadre de la législature 2012 – 2017.

Les défis du système de santé vaudois

Le vieillissement démographique, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des polymorbidités impliquent une **évolution des besoins de prise en charge des patients**. Ils constituent, avec la pénurie annoncée de personnel soignant, de nouveaux défis pour le système de santé vaudois. Dans ce contexte, un partage électronique et sécurisé d'informations médicales et médico-sociales entre prestataires de soins impliqués dans la prise en charge commune d'un patient, devient une composante essentielle du système sanitaire vaudois.

La stratégie nationale

La stratégie eHealth VD s'inscrit dans le cadre de la **stratégie nationale eHealth suisse**, adoptée en 2007 pour le Conseil fédéral et dont l'objectif déclaré est :

« Dans le système de santé suisse, chaque individu peut autoriser les spécialistes de son choix à accéder, à tout moment et en tout lieu, à d'importantes informations pertinentes sur sa personne et bénéficier de prestations. Il participe activement aux décisions concernant son comportement et ses problèmes liés à la santé, renforçant ainsi sa culture sanitaire. Les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de manière à assurer la mise en réseau des acteurs du système de santé et à créer des processus de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces ».

Une mise en œuvre au niveau cantonal

Le domaine de la santé étant de la responsabilité des cantons, c'est à eux qu'incombe la tâche de mise en œuvre de cette stratégie nationale.

Périmètre

Dans la suite de ce document, on retiendra pour l'eHealth, le périmètre défini dans la stratégie nationale, à savoir celui du dossier patient électronique partagé et des échanges électroniques de données médicales entre prestataires. Ce périmètre s'interface avec les systèmes d'information des prestataires, mais ne les inclut pas.

Conditions initiales

La disponibilité sous forme numérique des informations à transmettre est une **condition initiale de réalisation des échanges électroniques**. Cela évite une ressaisie des informations, source d'erreurs, de coûts et de résistances.

Pour les prestataires de soins institutionnels, le Canton de Vaud est bien avancé. Les services d'orientation des BRIOs sont informatisés (projet *Brioche*), ses hôpitaux d'intérêt public déploient actuellement un dossier patient institutionnel électronique (projet *DOPHIN*), les services d'aide et de soins à domicile également (projet *IRIS*) et une grande partie des EMS sont informatisés.

La situation est très différente pour les médecins pratiquant en cabinet où une grande majorité d'entre eux ne disposent pas encore d'un dossier patient informatisé (DPI). D'autre part, la tarification à l'acte Tarmed n'incite pas à des investissements dans des solutions informatiques et ne valorise pas un gain de temps que l'eHealth peut amener au médecin.

La participation des médecins traitants à l'eHealth est un élément critique dont la présente stratégie tient compte dans son plan de mise en œuvre. Dans un premier temps, les médecins seront destinataires d'informations avant de devenir contributeurs.

La stratégie eHealth vaudoise

construite en 6 clés ...

1. Viser les **bénéfices principaux** définis avec les partenaires de la santé.
2. Déployer en priorité sur des processus de prise en charge **collaboratifs et matures**.
3. Réaliser en **deux étapes**, tout d'abord *l'information suit le patient* puis constitution d'un **dossier patient partagé**.
4. Etablir les **interfaces avec les dossiers médicaux informatisés** des prestataires de soins.
5. Mettre en œuvre par une **succession de projets incrémentaux**.
6. Etablir des **collaborations intercantionales** afin de mutualiser les coûts, bénéficier d'autres expériences et réduire les risques.

... visant 4 bénéfices principaux ...

L'amélioration de la qualité, sécurité et efficacité des prises en charge est atteinte en visant les bénéfices principaux suivants :

Meilleure **continuité de la prise en charge** grâce à une meilleure transmission de l'information. Les documents sont créés et transmis plus rapidement et systématiquement.

Meilleure **prise en charge des patients chroniques** grâce à des tableaux de bord partagés. Le suivi des malades chroniques est amélioré par le partage d'indicateurs cliniques spécifiques.

Meilleure sécurité des patients grâce à un **plan de traitement médicamenteux partagé**. La vue consolidée de ce plan de traitement permet un meilleur contrôle des interactions.

Meilleurs traitements et **implication des patients** grâce au dossier patient partagé (DPP). Les informations accessibles au patient contribuent à son autonomisation.

... mise en œuvre en 2 étapes ...

La réalisation de l'entier de la vision eHealth nécessite des conditions cadres qui ne sont aujourd'hui pas toutes réunies. Dans ce contexte, le Canton de Vaud choisit une voie spécifique et pragmatique en deux étapes.

La **première** vise, avec les conditions cadres actuelles, la réalisation rapide de bénéfices concrets en ciblant les processus de continuité de prise en charge et en assurant que « **l'information suit le patient** ».

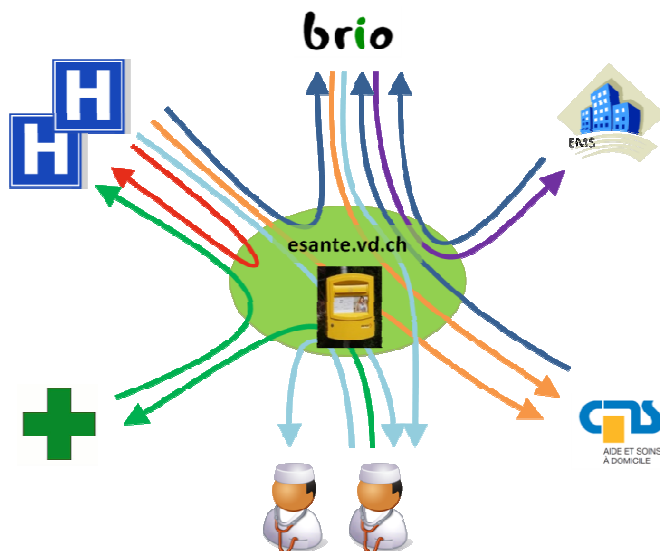
La **deuxième** complètera la réalisation de la vision eHealth en constituant un « **dossier patient partagé** ».

... avec 6 projets prioritaires

- P1 Transmission de documents d'orientation de BRIO à EMS.
- P2 Transmission de documents d'orientation d'hôpital à BRIO.
- P3 Echanges de documents médicaux entre hôpitaux.
- P4 Envois de lettre de sortie et résultats labo aux médecins traitants.
- P5 Transmission de documents médico-sociaux aux CMS.
- P6 Partage du plan de traitement médicamenteux.

Première étape :
« l'information suit le patient »

La **première étape** cible l'objectif « Meilleure continuité de la prise en charge ». Les transferts de patients d'un prestataire de soins à un autre sont critiques pour la qualité des soins et la sécurité des patients. Ces transferts sont nombreux, environ 200'000 annuellement.

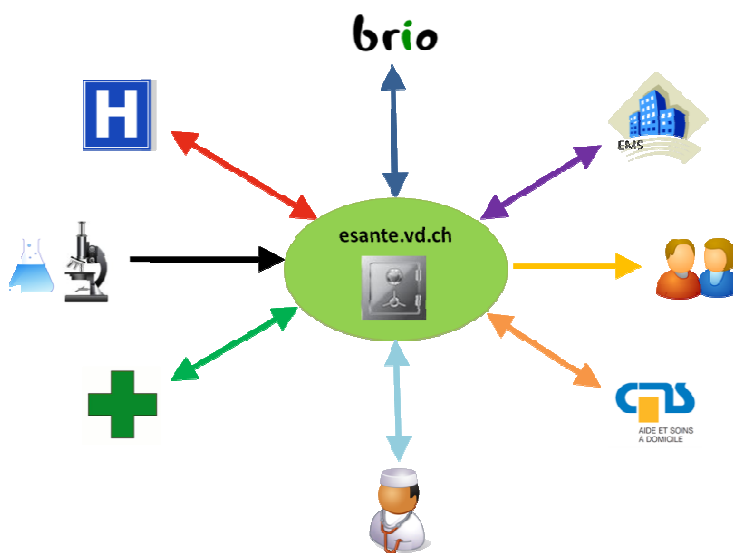


L'information va suivre le patient tout au long de la chaîne de traitement. La figure ci-dessus illustre ces flux d'informations.

Le consentement explicite du patient à cette transmission est recueilli lorsque celui-ci donne son accord au projet de transfert qui lui est proposé (par exemple : simple retour à domicile avec envoi d'une lettre de sortie à son médecin traitant ou court séjour de transition dans un EMS avec envoi d'un document médico-social de transmission au BRIO puis à l'EMS).

Deuxième étape :
« un dossier patient partagé »

La **deuxième étape** cible les objectifs « Meilleure prise en charge des patients chroniques, meilleure sécurité des patients et meilleurs traitements et implication des patients grâce à la mise à disposition d'un **dossier patient partagé** ».



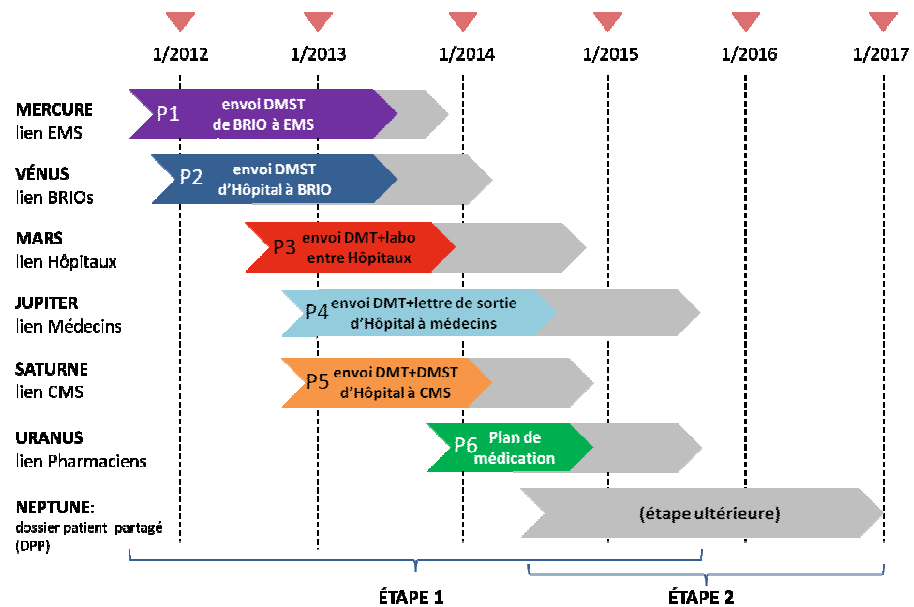
Le consentement explicite du patient est formulé lors de l'ouverture de son dossier partagé. Par la suite, c'est lui qui règle les droits d'accès. Le cadre légal de ce dossier sera réglé par la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, dont la consultation de l'avant-projet vient de se terminer et la mise en application envisagée pour 2015.

Plan de réalisation de la première étape

Le Canton de Vaud adopte ainsi une voie pragmatique en deux étapes composées chacune d'une succession de projets incrémentaux. Ces projets partagent une architecture technique commune, conforme à la stratégie nationale.

L'eHealth vaudois se constitue graduellement d'un ensemble de services utiles et utilisés systématiquement, priorités de manière à maximiser les bénéfices, en minimisant les investissements tout en couvrant les besoins spécifiques de notre canton.

La mise en œuvre progressive des échanges prévus en étape 1, débutant par l'envoi de DMST, de résultats de laboratoire puis de lettres de sortie puis de plans de médication, est illustrée dans la figure ci-dessous.



Collaboration Vaud-Genève

Le Canton de Vaud va exploiter les synergies intercantionales en réutilisant la solution élaborée par le Canton de Genève pour son projet pilote e-toile, puis en concevant en commun les évolutions futures.

Cette collaboration permet de gagner plusieurs années de développement technique et de minimiser les risques. La mise en œuvre de l'eHealth vaudois peut ainsi être financée par des contributions annuelles, proportionnelles à l'usage fait et aux bénéfices récoltés dans le système sanitaire vaudois, plutôt que de devoir procéder à un investissement initial important pour une construction propre au Canton de Vaud.

Cadre légal	Le cadre légal de ces transferts d'informations est constitué des lois actuelles sur la santé publique, la protection des données et les réseaux de santé vaudois. Ce cadre sera complété par une loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), actuellement au stade d'avant-projet.
Protection des données	La protection des données est une condition essentielle à la mise en œuvre de l'eHealth. En complément aux bases légales et aux recommandations des groupes de travail conduits par l'organe de coordination Confédération-Cantons, une série de mesures ont été prises :
<i>Une condition sine qua non</i>	Au niveau des besoins, une association de patients et le Préposé cantonal à la protection des données et à l'information ont été intégrés dans la phase d'analyse et de définition des projets.
<i>Consentement explicite du patient</i>	Au niveau des processus, il est prévu que le patient exprime son consentement explicite au partage d'informations.
<i>Sécurité informatique de haut niveau</i>	Au niveau technologique, la plateforme eHealth est exploitée dans un environnement de l'informatique sanitaire vaudoise hautement sécurisé. Les données sont stockées de manière cryptée, les droits d'accès contrôlés et les événements journalisés. Des audits de sécurité sont conduits régulièrement.
Généralisation de l'usage	Les bénéficiaires visés par l'usage de transferts électroniques d'information médicale entre prestataires de soins ne peuvent être atteints que si cet usage se généralise et devient systématique.
<i>formalisé dans les contrats de prestations</i>	La participation à ces échanges électroniques sera intégrée dans les contrats de prestations des acteurs institutionnels (hôpitaux, CTR, EMS, Services d'Aide et de Soins à domicile) où cette généralisation est particulièrement importante et où des investissements sont déjà faits pour collecter et gérer, dans le périmètre institutionnel, des informations médicales et médico-sociales.
<i>Réponse aux besoins des médecins traitants : Informations synthétiques et rapides, Interfaces simples accès sécurisés</i>	La participation des médecins traitants sera progressive et soutenue par un ensemble de mesures visant à répondre à leurs besoins : <ul style="list-style-type: none">• Recevoir du monde hospitalier plus d'informations, plus synthétiques et dans des délais plus courts.• Intégrer les médecins traitants, dans un premier temps, comme destinataires d'informations et seulement dans un deuxième temps comme contributeurs.• Mettre à leur disposition des interfaces utilisateurs simples.• Permettre un accès sécurisé aux informations échangées depuis le portail du centre de confiance de la SVM et impliquer cette dernière comme relais de mise en œuvre de l'eHealth pour les médecins.
Financement	Les coûts de mise en œuvre de l'eHealth sont progressifs et proportionnels à l'usage qui en est fait et indirectement aux bénéficiaires ciblés.
<i>Des coûts progressifs</i>	

Un financement de l'Etat en étape 1 et à définir en étape 2

L'Etat finance l'utilisation de la plateforme pour les transferts d'informations entre prestataires de soins (étape 1).

Les modalités de financement de la fonctionnalité dossiers patient partagés (étape 2), sont encore à définir. A priori, ce financement devrait être assuré par les bénéficiaires de cet outil.

Table des matières

1	INTRODUCTION	12
1.1	Définition et périmètre de l'eHealth	12
1.2	Stratégie eHealth nationale	12
1.3	Devoir des cantons	13
1.4	Evolution des besoins de prise en charge et du système de santé	13
1.5	Spécificités du système de santé vaudois	14
1.6	Feuille de route eHealth VD	15
1.7	Projets pilotes en cours	15
1.8	Démarche d'élaboration de la stratégie eHealth VD	16
1.9	Quelques données de référence	16
1.10	Lien avec la stratégie cyberadministration	16
2	VISION EHEALTH VD	18
3	STRATÉGIE EHEALTH VD	19
3.1	1 ^{ère} clé « Viser les bénéfices principaux »	20
3.2	2 ^{ème} clé « Déployer sur des processus collaboratifs et matures »	20
3.3	3 ^{ème} clé « Mettre en œuvre en 2 étapes »	21
3.4	4 ^{ème} clé « Etablir les interfaces avec les SI des prestataires »	21
3.5	5 ^{ème} clé « Réaliser une succession de projets incrémentaux »	22
3.6	6 ^{ème} clé « Etablir des collaborations intercantionales »	22
4	PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE EHEALTH VD	23
4.1	Les deux étapes de mise en œuvre	23
4.2	Plan de réalisation de la première étape	27
4.3	Transition future de l'étape 1 à l'étape 2	36
4.4	Collaboration Vaud-Genève	37
4.5	Composants techniques	38
4.6	Concept d'exploitation et support	39
5	CONDITIONS CADRES	40
5.1	Rôle de l'Etat	40
5.2	Rôle des autres acteurs	41
5.3	Gouvernance	42
5.4	Bases légales	43
5.5	Identification/authentification des patients	44
5.6	Contrat de prestations	44
5.7	Participation des médecins traitants	44
5.8	Ordre de grandeur des coûts et bénéfices	45
5.9	Plan de financement	46
5.10	Evaluation des projets et démarche d'amélioration continue	47
6	ANNEXES.....	48
	Annexe 1 Glossaires	48
	Annexe 2 Projets pilotes	49
	Annexe 3 Processus d'élaboration de la stratégie eHealth VD	50
	Annexe 4 Bénéfices visés	51
	Annexe 5 Composition des groupes de travail	59
	Annexe 6 Analyse SWOT	60
	Annexe 7 Portefeuille de projets	61
	Annexe 8 Distribution des coûts de la santé	63

1 Introduction

Ce document, qui sera soumis par le Département de la Santé et de l'Action Sociale pour approbation par le Conseil d'Etat vaudois mi-2012, présente à l'ensemble des acteurs concernés la stratégie eHealth (cybersanté) vaudoise.

Il vise à répondre entre autres aux questions suivantes :

- Qu'est-ce que le eHealth, dans quelle évolution du contexte sanitaire s'inscrit-il et quels bénéfices vise-t-on ?
- Quelle est la stratégie nationale ?
- Quelle est la stratégie vaudoise et ses prochaines étapes de la mise en œuvre ?

1.1 Définition et périmètre de l'eHealth

Définition de l'eHealth

Dans sa définition au sens large, le eHealth ou cybersanté est « *l'utilisation intégrée des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'organisation, le soutien et la mise en réseau de tous les processus et acteurs du système de santé* ». Cela comprend d'une part les systèmes d'information déployés par chaque prestataire de soins et, d'autre part, les partages et échanges d'informations entre ces systèmes institutionnels.

Parmi les systèmes d'information propres à chaque prestataire, figurent les dossiers patients informatisés institutionnels tels que le projet *DOPHIN* du CHUV et celui des hôpitaux de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV), le futur dossier client *IRIS* des soins à domicile, les logiciels de cabinets médicaux, le logiciel d'orientation *Brioche* des BRIOs, les dossiers patients de médicaments des pharmaciens, les dossiers résidents des EMS, etc.

Périmètre

Échanges de données et Dossier Patient Partagé (DPP)

Dans la suite de ce document, on retiendra pour l'eHealth ou cybersanté le périmètre défini dans la stratégie nationale, à savoir celui du **dossier patient électronique partagé** et des **échanges électroniques** de données médicales entre prestataires. Ce périmètre s'interface avec les systèmes d'information des prestataires, mais ne les inclut pas.

1.2 Stratégie eHealth nationale

Stratégie eHealth nationale

Adoptée en 2007 par la Confédération, la *Stratégie eHealth Suisse*¹ comprend la vision suivante :

« *Le patient est au centre* »

L'eHealth met en réseau les acteurs

« *Dans le système de santé suisse, chaque individu peut autoriser les spécialistes de son choix à accéder, à tout moment et en tout lieu, à d'importantes informations pertinentes sur sa personne et bénéficier de prestations. Il participe activement aux décisions concernant son comportement et ses problèmes liés à la santé, renforçant ainsi sa culture sanitaire. Les technologies de l'information et de la communication sont utilisées de manière à assurer la mise en réseau des acteurs du système de santé et à créer des processus de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces* ».

¹ Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse, Office fédéral de la santé publique OFSP, 27.06.2007

Cette stratégie nationale définit pour la période 2007 à 2015 trois axes de développement :

- Dossier patient partagé et échanges électroniques de données médicales
- Portail Internet et services en ligne
- Mesures d'accompagnement de la mise en œuvre

ainsi que l'objectif suivant :

L'objectif de la stratégie nationale centré sur un dossier patient partagé

« Toutes les personnes en Suisse peuvent, indépendamment du temps et du lieu, donner aux prestataires de leur choix l'accès électronique aux informations nécessaires à leur traitement (dossier patient partagé) ».

Organe de coordination Confédération-cantons

Un organe de coordination Confédération-cantons *ehealthsuisse* a été créé en 2008. Depuis, quatre groupes de travail sont actifs : « Normes et architectures », « Evaluations des essais pilotes », « Formation » et « Services en ligne ».

Récemment, le Département fédéral de l'intérieur a mis en consultation un avant-projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) comprenant les bases légales nécessaires à l'introduction d'un dossier patient électronique partagé.

1.3 Devoir des cantons

Devoir des cantons

Mise en œuvre de la stratégie eHealth nationale

Le domaine de la santé étant de la responsabilité des cantons, c'est à eux qu'il incombe de mettre en œuvre la stratégie eHealth nationale. Il s'agit donc d'en décliner la stratégie eHealth vaudoise en tenant compte des spécificités du canton.

Dans ce but et avec le soutien des différents acteurs concernés, le Service de la santé publique a élaboré un plan de réalisation orienté bénéfiques, conduit dans un cadre de gouvernance incluant les parties prenantes et tirant parti des synergies intercantionales.

1.4 Evolution des besoins de prise en charge et du système de santé

Nouveaux défis pour le système de santé

Prise en charge des malades chroniques

Le vieillissement démographique, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des polymorbidités impliquent une évolution des besoins de prise en charge des patients^{2,3}. Ils constituent, avec la pénurie annoncée de personnel soignant, de nouveaux défis pour le système de santé vaudois.

La politique sanitaire vaudoise 2008-2012⁴ cible : notamment une adaptation du système sanitaire aux caractéristiques des affections chroniques ainsi qu'un système d'information orienté patient.

² Selon des études faites aux Etats-Unis, les patients chroniques occasionnent 84% des dépenses de santé et dans la population des plus de 65 ans, 96% des patients diabétiques souffrent de deux ou plusieurs maladies chroniques.

³ Rapport de politique cantonale vieillissement et santé, janvier 2012, Etat de Vaud

⁴ Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008 – 2012, Etat de Vaud

Des programmes cantonaux adressent l'orientation des patients en perte d'autonomie et le développement de filières par pathologie. De plus, deux réseaux de soins vaudois élaborent des plans pour la mise en place de systèmes de soins intégrés (projet OSRIC dans le Nord vaudois et groupe de travail Haut-Léman à l'est du canton).

Continuité des prises en charge

Ces objectifs et actions impliquent tous une intensification de la coordination des soins, notamment entre les prises en charge pour des soins aigus et une première ligne de soins renforcée. Une amélioration dans la continuité des prises en charge est également nécessaire pour des soins de qualité, sûrs et économiques.

L'eHealth essentiel pour le système sanitaire vaudois

Dans ce contexte, un partage électronique et sécurisé d'informations médicales et médico-sociales entre prestataires de soins impliqués dans la prise en charge commune d'un patient devient une composante essentielle du système sanitaire vaudois.

Ce partage impliquera les médecins traitants, les hôpitaux, les soins à domicile, les EMS, les pharmaciens, les laboratoires d'analyses, les réseaux de soins, les autres professionnels de santé et le patient lui-même.

1.5 Spécificités du système de santé vaudois

Spécificités vaudoises

Le canton comporte les spécificités suivantes relevantes pour l'eHealth :

Offre de soins développée et très diversifiée

- une taille importante d'environ un dixième de la Suisse et des régions de densité de **population** très inégales,
- une **offre de soins** très diversifiée et développée, composée de médecins généralistes et spécialistes et de pharmacies répartis géographiquement de manières diverses, d'un hôpital universitaire (pratiquant une médecine de pointe, officiant également comme hôpital de la région lausannoise et avec des activités d'enseignement et de recherche) complété par un réseau d'hôpitaux régionaux reconnus d'intérêt public et de plusieurs cliniques privées installées dans l'arc lémanique, des établissements médico-sociaux, des centres d'aide et de soins à domicile disposant d'une offre parmi les plus développées en Suisse ainsi que des centres de réadaptation, d'accueil et de soins palliatifs et divers professionnels de la santé,

Une politique sanitaire ambitieuse

- une **politique sanitaire** 2008-2012 s'articulant autour des lignes directrices suivantes : « *adaptation aux affections chroniques, dispositif de coordination, gériatrie, personnels de santé, promotion de la santé, réorganisation hospitalière, pilotage du système, système d'information orienté patient, collaborations intercantionales; mise en œuvre de programmes sanitaires cantonaux tels que diabète, soins palliatifs, vieillissement et santé, ainsi qu'orientation des patients en perte d'autonomie* » ,

Des réseaux de soins

- des **réseaux de soins vaudois**, regroupant les prestataires de soins régionaux et coordonnant la mise en œuvre des programmes sanitaires.

1.6 Feuille de route eHealth VD

Une démarche globale

La *Feuille de route eHealth VD* publiée en septembre 2011⁵ définit la démarche globale suivante :

Les premiers pas par des projets pilotes

2009 à mi-2012 :

Réalisation, déploiement, puis bilan des **projets pilotes** d'échange de données médico-sociales entre institutions subventionnées et de dossiers de transfert entre le CHUV et les hôpitaux régionaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV).

La stratégie et le plan de réalisation

2011 à mi-2012 :

Elaboration de la **stratégie eHealth VD**, présent document, qui comprend les bénéfices visés, les conditions de réalisation ainsi qu'un plan de mise en œuvre.

La mise en œuvre

2012 à 2017 :

Déploiement par étapes d'échanges électroniques de données médicales entre tous les prestataires de soins puis constitution du dossier patient partagé.

1.7 Projets pilotes en cours

Des projets pilotes

La réalisation de projets pilotes a accompagné l'élaboration de cette stratégie eHealth VD et a visé plusieurs objectifs :

- l'atteinte à court terme de premiers résultats illustratifs (des « *quick wins* »),
- la mise en place des premiers éléments du « socle technique » découlant des recommandations d'architecture des groupes de travail nationaux et invariants par rapport aux futurs services en ligne et applicatifs eHealth,
- l'implication progressive de toute la communauté, technique et métier, dans un processus d'apprentissage permettant de monter dans les niveaux de maturité,
- la vérification d'hypothèses de base, par ex. gestion du consentement du patient, standardisation de l'information, adhésion des partenaires, en vue de l'élaboration de la stratégie vaudoise et de ses prochaines étapes de réalisation,

le choix des premiers projets pilotes s'est naturellement porté dans le domaine de la transmission d'informations médicales et médico-sociales lors de transfert de patients. L'organisation des réseaux de soins vaudois, les processus de travail des infirmières de liaison ainsi que le déploiement du projet de dossier patient hospitalier informatique institutionnel (*DOPHIN*) dans les hôpitaux d'intérêt public du canton constituant des conditions initiales favorables.

Trois projets pilotes en cours

Actuellement, trois projets pilotes ont été lancés :

- Projet **Mercure** : transmission électronique sécurisée de

⁵ Feuille de route eHealth VD, Département de la santé et de l'action sociale, Service de la santé publique, Septembre 2011, Version 0.8

documents médico-sociaux de transmission (DMST) des bureaux régionaux d'orientation (BRIOs) aux établissements médico-sociaux offrant des courts séjours à des patients en perte d'autonomie sortant de l'hôpital. Projet réalisé en partenariat avec les réseaux de soins vaudois.

- Projet **Venus** : en amont du processus du projet Mercure, réception par les BRIOs des DMSTs envoyés électroniquement par les hôpitaux ayant déployé le projet *DOPHIN*. Projet réalisé en partenariat avec les réseaux de soins vaudois.
- Projet **Mars** : transmission électronique de dossier de transfert entre hôpitaux.

Ces projets pilotes sont décrits plus en détails dans l'annexe 2.

1.8 Démarche d'élaboration de la stratégie eHealth VD

Une démarche participative impliquant tous les acteurs

En complément aux projets pilotes, la démarche eHealth VD comprend une réflexion ayant pour but la définition de la présente stratégie eHealth VD pour la période 2012-2017. Cette réflexion a été conduite par le Département de la santé et de l'action sociale et a impliqué tous les acteurs : médecins en cabinets, hôpitaux, soins à domicile, EMS, pharmaciens, autres prestataires de soins, instituts de recherche, associations de patients, experts cybersanté de cantons voisins ainsi que le préposé cantonal à la protection des données et à l'information.

Cette démarche participative a été consultative et orientée bénéfices attendus.

Elle a compris les étapes suivantes :

- analyse des besoins et bénéfices,
- analyse des bases légales,
- définition de la vision cantonale,
- définition des clés stratégiques, des objectifs fonctionnels, des conditions cadre pour les atteindre et des indicateurs associés,
- définition d'un plan d'implémentation.

1.9 Quelques données de référence

Canton de Vaud 700'000 habitants

La population du Canton de Vaud représente environ 10% de la population suisse soit environ 700'000 habitants

Coût de la santé 6 milliards CHF

Les coûts annuels de la santé s'élèvent pour le canton à près de 6 milliards de francs suisses.

80% des coûts sont engendrés par 20% de la population (la loi de Pareto s'applique).

1.10 Lien avec la stratégie cyberadministration

Cybersanté et Cyber-administration 2 Stratégies car

L'Etat est également en cours d'établissement de sa « Stratégie cyberadministration eVD ». Les spécificités du domaine de la santé telles que la gestion de données médicales très sensibles, l'impact sur la sécurité vitale des patients, un fonctionnement 7jours*24heures ont

*des besoins
spécifiques à
chaque domaine*

*Des liens établis
pour les domaines
communs*

conduit très tôt à la conclusion du besoin de traiter la cybersanté et la cyberadministration de manière différenciée. Toutefois des liens sont établis, la Direction de l'informatique de l'Etat de Vaud est intégrée dans le comité de pilotage eHealth et le Service de la santé publique est consulté sur la stratégie cyberadministration. Il y a des points communs tels que les registres de citoyens/patients qui vont être étudiés en tenant compte des contraintes de protection des données..

2 Vision eHealth VD

La vision eHealth vaudoise s'inscrit dans celle de la stratégie nationale rappelée au chapitre 1.2 ci-dessus.

La Vision

De meilleures prises en charge (sécurité, qualité, efficience) grâce à un meilleur accès à l'information dans le respect de la protection des données du patient, offert par des transferts d'informations et un dossier patient partagé, alimentés par les systèmes d'information des prestataires de soins.

Meilleures prises en charge

La finalité de l'eHealth est essentiellement de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients.

En termes de sécurité : meilleures décisions thérapeutiques, meilleurs contrôles des interactions médicamenteuses, meilleure implication du patient.

En termes de qualité : meilleure continuité des prises en charge, meilleure prise en compte du patient et de son historique de santé, meilleurs liens entre l'hôpital et les médecins traitants.

En termes d'efficience : transmission d'informations plus rapide et plus complètes, élimination des doubles voire triples saisies ainsi que des répétitions inutiles d'examens à quoi s'ajoutent les gains indirects provenant de l'amélioration de la sécurité et de la qualité.

Grâce à l'information

Dans le contexte de vieillissement de la population, de patients souffrant de plusieurs maladies chroniques et polymédicamentés, de prises en charge médicales de plus en plus personnalisées ou complexes, l'accès à la bonne information, au bon moment au bon endroit, est un facteur critique. Inversement, le manque d'informations ou des informations incomplètes ou tardives sont la cause principale des erreurs médicales (référence « to err is human »).

Respect de la protection des données

Les données médicales sont des plus sensibles, leur protection est une condition sine qua non de l'acceptation de l'eHealth par les patients et les professionnels de la santé.

Un dossier patient partagé

« Le patient est au centre ». Les informations utiles et nécessaires à sa prise en charge doivent, avec son accord, être partagées entre les différents intervenants.

Transferts depuis les SI des prestataires

Un pré requis au déploiement de l'eHealth est que les informations à partager soient déjà disponibles sous forme électronique et en partie sous forme structurée et codifiée.

Condition de succès

Une mise en œuvre orientée bénéfiques

Pour assurer le succès de la mise en œuvre vaudoise de l'eHealth, cette dernière doit viser la réalisation de bénéfices concrets pour les patients et pour les professionnels de santé.

Il s'agit de démontrer des résultats intermédiaires visibles et d'intégrer progressivement les partenaires. Cela permettra la maîtrise des dépenses et des risques.

3 Stratégie eHealth VD

Six clés stratégiques

La stratégie eHealth VD comprend **six clés stratégiques** figurant dans l'encadré ci-dessous et détaillées aux chapitres suivants.

Orientation bénéfiques

1. Viser les **bénéfices principaux** définis avec les partenaires de la santé.

Priorité aux processus matures

2. Déployer en priorité sur des processus de prise en charge **collaboratifs et matures**

Réalisation en deux étapes

3. Réaliser en **deux étapes**, tout d'abord *l'information suit le patient* puis constitution d'un *dossier patient partagé*.

Pas de double saisie

4. Etablir les **interfaces avec les dossiers médicaux informatisés** des prestataires de soins.

Projets incrémentaux

5. Mettre en œuvre par une **succession de projets incrémentaux**.

Collaborations intercantionales

6. Etablir des **collaborations intercantionales** afin de mutualiser les coûts, bénéficier d'autres expériences et réduire les risques.

Ces clés résultent d'une analyse approfondie du potentiel et des risques liés à la mise en œuvre de l'eHealth au vu des projets nationaux et internationaux ainsi que des propriétés du système sanitaire vaudois. Ces éléments sont documentés sous forme synthétique d'un tableau forces-faiblesses-menaces-opportunités⁶ dans l'annexe 6.





⁶ Type de tableau connu sous l'acronyme anglais SWOT strengths weaknesses opportunities threats

3.1 1^{ère} clé « Viser les bénéfices principaux »

Orientation bénéfices

*Bénéfices définis
et analysés par les
acteurs de la santé*

La conduite en automne 2011 de six ateliers impliquant en tout une quarantaine d'acteurs de la santé a permis d'identifier quatre bénéfices principaux visés, voir tableau ci-dessous. Ils ont été analysés sous les angles des processus concernés, des rôles et responsabilités des acteurs, des indicateurs, des conditions cadres, des initiatives eHealth correspondantes et du phasage du déploiement. Les résultats détaillés, validés par ce groupe d'experts, figurent à l'annexe 4 et sont résumés ci-dessous:

<p>Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient ISP).</p> <p>Les documents sont créés et transmis plus rapidement et systématiquement.</p> <p>Diminution des doublons d'examens/analyses.</p>	
<p>Meilleure prise en charge des patients chroniques grâce à des tableaux de bord partagés.</p> <p>Le suivi des malades chroniques est amélioré par le partage d'informations spécifiques.</p> <p>Des hospitalisations dues à des épisodes aigus évitables de malades chroniques sont diminuées.</p>	
<p>Meilleure sécurité des patients grâce à un plan de traitement médicamenteux partagé.</p> <p>La vue d'ensemble et consolidée du plan de traitement médicamenteux et sur l'automédication permet un meilleur contrôle (manuel ou automatisé) des interactions médicamenteuses et ceci particulièrement pour les patients polymédicamentés.</p>	
<p>Meilleurs traitements et implication des patients grâce au dossier patient partagé</p> <p>L'accès à des informations partagées par les différents intervenants améliore les prises en charge.</p> <p>Les informations accessibles au patient contribuent à son autonomisation (<i>empowerment</i>).</p>	

3.2 2^{ème} clé « Déployer sur des processus collaboratifs et matures »

Viser en priorité des processus déjà bien rodés

L'eHealth a pour objectif de soutenir les processus de collaboration entre prestataires de soins, ainsi qu'entre ces derniers et le patient en favorisant la transmission et le partage d'informations. Pour la stratégie vaudoise, l'eHealth ne doit pas se substituer à ces processus, ni les créer de toutes pièces. Au contraire, son déploiement ne doit se faire que là où ces processus sont définis et déjà matures.

*Facteur de succès
confirmé par les
projets pilotes
vaudois*

Le succès des premiers projets pilotes (décrits en annexe 2) est en grande partie dû à des processus collaboratifs bien rodés et illustre ainsi la visée de cette clé stratégique.

3.3 3^{ème} clé « Mettre en œuvre en 2 étapes »

Une démarche pragmatique en deux étapes

La réalisation de l'entier de la vision eHealth nécessite des conditions cadres qui ne sont aujourd'hui pas toutes réunies. Les bases légales fédérales sont en cours d'élaboration, des moyens simples d'identifier et authentifier les patients manquent, les standards sémantiques sont lacunaires.

Dans ce contexte, le Canton de Vaud choisit une voie spécifique et pragmatique en deux étapes.

Etape 1 « l'information suit le patient »

La première vise, avec les conditions cadres actuelles, la réalisation rapide de bénéfices concrets en ciblant les processus de continuité de prise en charge pour assurer que « l'information suit le patient ».

Etape 2 « le dossier patient partagé »

La seconde complètera la réalisation de la vision eHealth en constituant un « dossier patient partagé ».

Cette démarche permet la réalisation des bénéfices attendus, la démonstration de résultats intermédiaires visibles, l'intégration progressive des partenaires, la maîtrise des dépenses et des risques et la pérennisation des investissements.

Le contenu de ces deux étapes est décrit dans le plan de mise en œuvre au chapitre 4.1.

3.4 4^{ème} clé « Etablir les interfaces avec les SI des prestataires »

Liens avec les prestataires de soins

Une des conditions de réalisation des échanges électroniques est que les informations à transmettre soient disponibles sous forme électronique et ne nécessitent pas une nouvelle saisie informatique.

Exploiter les informations qui sont déjà sous forme électronique

Le Canton de Vaud est dans ce domaine bien avancé puisque ses hôpitaux d'intérêt public déploient actuellement un dossier patient institutionnel électronique (projet *DOPHIN*), les services d'aide et de soins à domicile également (projet *IRIS*), les laboratoires externes et les pharmacies sont informatisés.

Le taux d'informatisation des dossiers médicaux des médecins en cabinet est par contre actuellement encore faible⁷, raison pour laquelle dans cette première étape de la mise en œuvre de l'eHealth, ils seront tout d'abord récepteurs d'informations, puis progressivement émetteurs.

Le Canton de Vaud bien avancé dans ce domaine avec les projets *DOPHIN*, *IRIS* et *Brioche*

La cybersanté vaudoise va ainsi se construire tout d'abord autour des BRIOs (Bureau régionaux d'Orientation et d'Information), des EMS, des hôpitaux, puis intégrer les Services d'aide et de soins à domicile, puis des médecins en cabinet (voir également le chapitre 4.2 décrivant le plan de mise en œuvre).

⁷ Un taux national de 15% de cabinets de médecins équipés d'un dossier patient informatisé a été confirmé pour le Canton de Vaud par un récent sondage, réalisé en partenariat par la Société Vaudoise de Médecine SVM et le Service de la Santé Publique de l'Etat de Vaud, auquel un quart des médecins vaudois ont répondu.

3.5 5^{ème} clé « Réaliser une succession de projets incrémentaux »

Une succession de petits projets incrémentaux

Architecture commune

Projets priorités pour maximiser les bénéfices en minimisant les investissements

Dans chacune des deux étapes décrites dans la 2^{ème} clé stratégique, la mise en œuvre se fait par une succession de projets incrémentaux, priorités selon le rapport bénéfice/coût. Afin d'assurer cohérence et pérennité, ces projets partagent une architecture technique commune et des principes de protection des données (rôles et droits d'accès) communs selon les recommandations de la stratégie nationale.

L'eHealth vaudois se constitue ainsi graduellement d'un ensemble de services utiles et utilisés systématiquement, priorités de manière à maximiser les bénéfices en minimisant les investissements tout en couvrant les besoins spécifiques de notre canton.

La mise en œuvre de l'eHealth initiée par les projets pilotes se poursuit ainsi par le déploiement en cascade de projets incrémentaux amenant chacun un bénéfice supplémentaire.

Les premiers projets incrémentaux de l'étape 1 sont décrits dans le plan de mise en œuvre au chapitre 4.2.

3.6 6^{ème} clé « Etablir des collaborations intercantionales »

Le Canton de Vaud collabore avec le Canton de Genève

*Gain de temps de plusieurs années.
Gain d'expérience.
Risques minimisés*

Financement à l'usage plutôt que par un investissement

Le fédéralisme helvétique, la répartition des compétences ainsi qu'une certaine frilosité de la Confédération dans le domaine imposent une mise en œuvre cantonale de l'eHealth. Toutefois, les prises en charge intercantionales, la mobilité des citoyens et une taille critique minimale du marché ne permettent pas d'envisager raisonnablement 26 solutions eHealth différentes en Suisse.

Le Canton de Vaud a décidé d'exploiter les synergies intercantionales en **réutilisant la solution e-toile élaborée par le Canton de Genève** et d'en concevoir en commun les évolutions futures. Cette collaboration permet de gagner plusieurs années de conception et de développements techniques et de minimiser les risques. La mise en œuvre de l'eHealth vaudois peut ainsi être financée par des contributions annuelles, proportionnelles à l'usage fait et aux bénéfices récoltés dans le système sanitaire vaudois, plutôt que de devoir procéder à un investissement initial important pour une construction propre au canton de Vaud.

4 Plan de mise en œuvre de la stratégie eHealth VD

Ce plan décrit pour la période 2012-2017 la mise en œuvre de l'eHealth dans le Canton de Vaud selon les six clés stratégiques développées au chapitre 3.

4.1 Les deux étapes de mise en œuvre

Réalisation en deux étapes

Pour les raisons de pragmatisme décrites au chapitre 3.3, la mise en œuvre de l'eHealth va être conduite en deux étapes.

Première étape : « l'information suit le patient »

L'information est transmise rapidement via des canaux électroniques

Une fonction de « boîte aux lettres »

La **première étape** va cibler essentiellement le premier bénéficiaire visé à savoir « Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information, *l'information suit le patient* ».

Elle va consister à **relier les prestataires de soins par des canaux informatiques** afin de systématiser la transmission rapide, synthétique et complète des informations nécessaires lors du transfert d'un patient d'un prestataire de soins (émetteur des documents) à un autre prestataire de soins (destinataire des documents) le long de la chaîne de traitement.

L'information suit ainsi le patient et les documents de transfert nécessaires et utiles sont transmis d'un prestataire à l'autre.

Dans cette étape, il n'y a pas encore de constitution d'un dossier patient partagé permanent. Les documents de transfert transitent par une fonction « boîte aux lettres ».

Les documents sont déposés par le prestataire émetteur dans la « boîte aux lettres », à l'attention du prestataire destinataire. Les documents sont réceptionnés par le destinataire puis effacés.

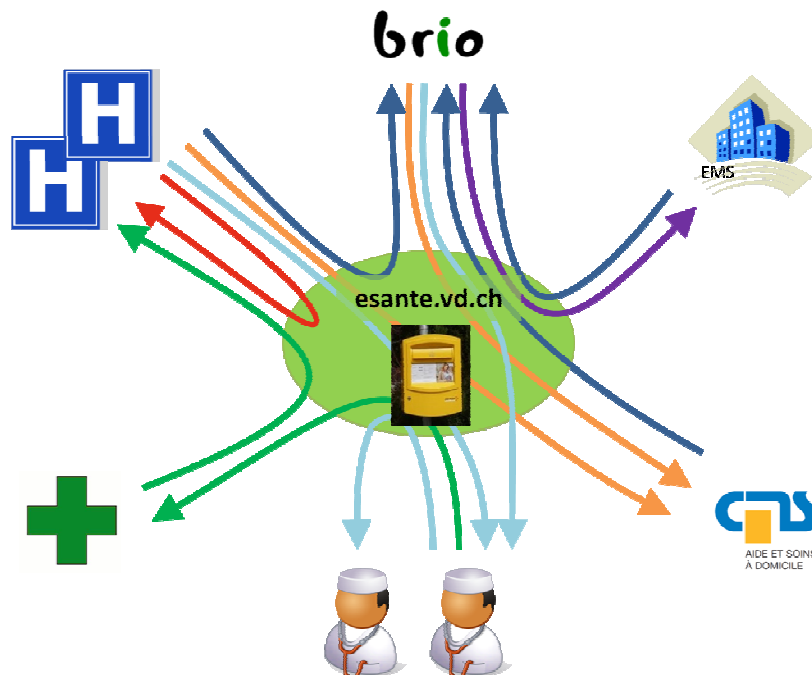


Figure 1 : Première étape : l'information suit le patient

Réalisable dans le cadre légal actuel

Le cadre légal de ces transferts d'informations est constitué des lois actuelles sur la santé publique, la protection des données et les réseaux de santé vaudois.

Consentement explicite du patient

Le consentement du patient à cette transmission est recueilli explicitement lorsqu'il consent au projet de transfert qui lui est proposé (simple retour à domicile avec envoi d'une lettre de sortie à son médecin traitant, ou prise en charge par les soins à domicile avec envoi d'un document médico-social de transmission DMST, ou court séjour de transition dans un EMS avec envoi d'un DMST, ou transfert dans un autre hôpital pour suite du traitement avec envoi d'un document médical de transmission).

Bénéfices rapides pour chacun des acteurs grâce à des échanges systématiques

Cette première étape permet d'amener des bénéfices concrets et rapides à chacun des acteurs participants et de construire progressivement les processus, la confiance et les interfaces informatiques nécessaires à la deuxième étape. Le bénéfice de cette étape tient dans la **systématisation** des échanges pour tous les patients qui sont actuellement pris en charge par le système de santé.

Deuxième étape :
« le dossier patient partagé »

La **deuxième étape** permet de réaliser les bénéfices « Meilleure prise en charge des patients chroniques, meilleure sécurité des patients et meilleurs traitements et implication des patients » grâce à la constitution, au niveau cantonal, d'un **dossier patient partagé**.

Ciblé pour des patients spécifiques

Cette deuxième étape vise les patients ayant des trajectoires plus complexes, faisant appel à plusieurs prestataires de soins et où les besoins de partage d'informations vont au-delà des transferts d'informations couverts par la première étape.

Pour une plus grande valeur ajoutée...

Ces patients sont soit déjà des grands « consommateurs de soins », soit dans des situations fragiles pouvant basculer vers des épisodes aigus de maladie. Un dossier patient partagé accessible, avec l'accord du patient, par les prestataires de soins impliqués dans sa prise en charge est un outil à haute valeur ajoutée. Il soutient et complète les tâches essentielles de coordination.

pour le patient,

Cette plus-value est importante pour le patient qui peut, sur base volontaire, bénéficier de cette coordination, améliorée par le partage systématique d'informations. Le patient peut devenir « acteur de sa prise en charge », ceci est particulièrement vrai pour les malades chroniques. L'objectif n'est pas que tous les vaudois disposent d'un dossier patient partagé, mais que ceux pour lesquels c'est le plus bénéfique, puissent librement et prioritairement en disposer.

pour le prestataire de soins,

Les prestataires de soins impliqués autour de ce patient ont ainsi des informations plus complètes qui leur permettent de prendre de meilleures décisions.

et pour le système de santé.

Le système de santé bénéficie de gains d'efficacité directs : pas d'examen à double, pas de saisie à double, transferts plus rapides et des gains d'efficacité indirects. Une meilleure qualité des prises en charge et de la sécurité du patient ont des impacts indirects mais bénéfiques sur les coûts.

Des résumés de documentation clinique

Lors de cette deuxième étape, un résumé de la documentation clinique de chaque prise en charge est déposé dans le dossier du patient partagé par tous les prestataires de soins auxquels le patient a donné les droits d'accès.

Une fonction de « coffre-fort »

Les documents administratifs, sociaux et médicaux composant le dossier du patient sont stockés sur la plateforme eHealth qui offre une fonction de « coffre-fort ».

Le dossier patient partagé comprend notamment des informations administratives, des données médicales d'urgence, l'existence d'allergies, un carnet de vaccination, des résultats de laboratoire, de radiologie, le résumé des séjours hospitaliers, les évaluations faites par les services d'aide et de soins à domicile, des rapports de médecins traitants, le plan de traitement médicamenteux actualisé, des informations de suivi particulier pour les malades chroniques, ainsi que des informations sur des directives anticipées, un représentant thérapeutique ou un consentement pour un don d'organe.

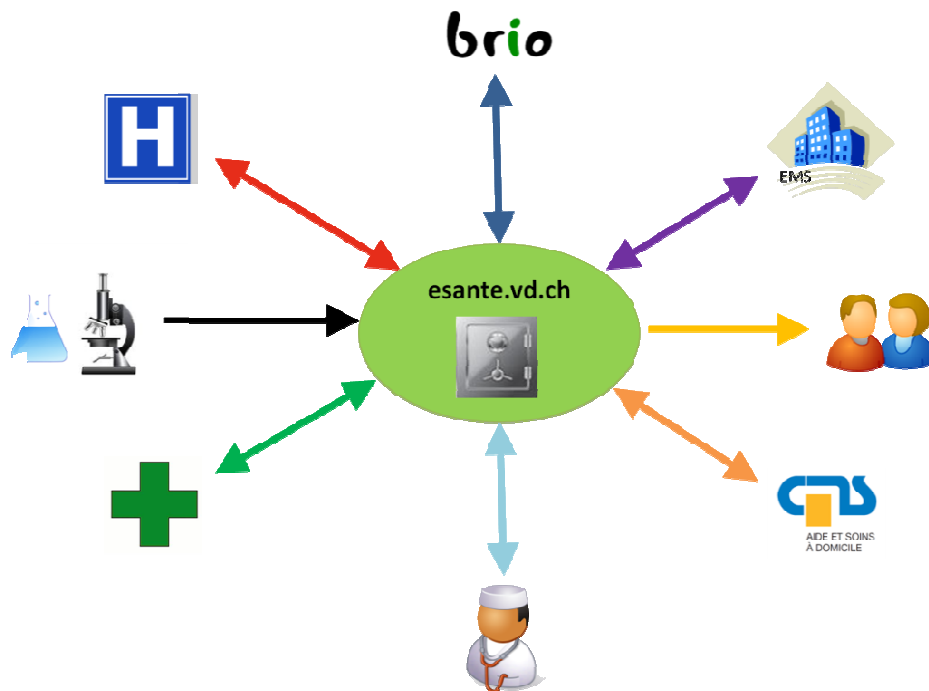


Figure 2 : Deuxième étape un dossier patient partagé

Consentement explicite du patient

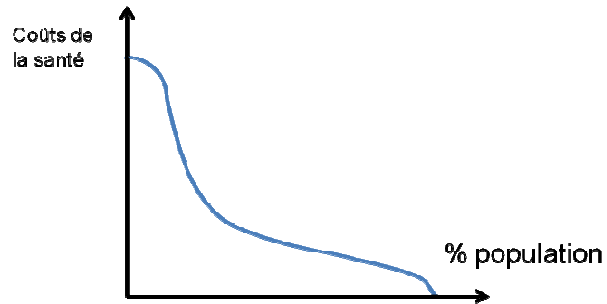
Le consentement du patient est explicite et est formulé lors de l'ouverture de son dossier partagé. Par la suite, c'est le patient qui règle les droits d'accès. Le cadre légal de ce dossier sera défini par la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, dont la consultation de l'avant-projet vient de se terminer et dont la mise en application est envisagée vers 2015.

La protection des données est assurée

Ces données sont protégées selon différents degrés de confidentialité, dont la définition proposée par un des groupes de travail de l'organe de coordination national cybersanté est actuellement en cours de consultation. Ce dossier permettra ainsi à tout prestataire de soins inclus dans le système de partage et ayant reçu l'accord du patient, d'accéder aux informations utiles et nécessaires à une prise en charge coordonnée avec les autres prestataires de soins.

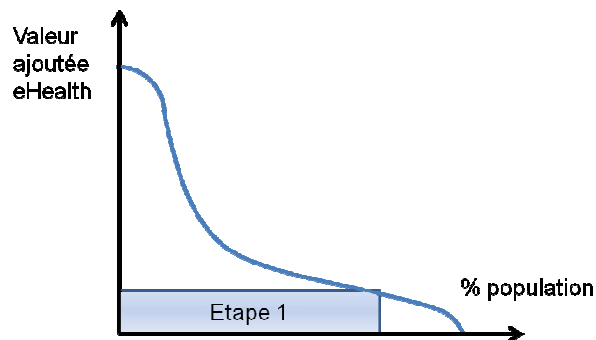
20% des patients consomment 80% des soins

La distribution de la consommation de soins sur une population suit le *principe de Pareto*, moins de 20% de la population consomme plus de 80% des soins. Elle correspond à une courbe du type de celle ci-dessous (voir annexe 8 pour un exemple réel basé sur les données américaines source MEPS).



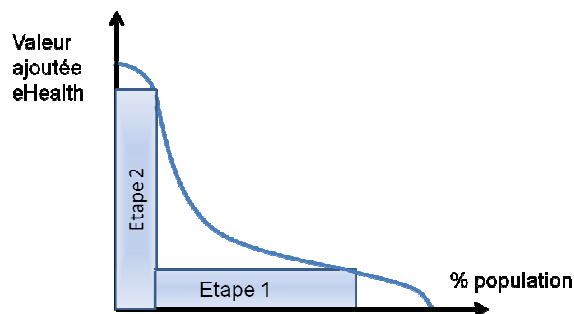
La première étape ne peut pas encore cibler des processus à haute valeur ajoutée pour des patients grands consommateurs (ce sera un des objectifs de l'étape 2). Le bénéfice visé par l'étape 1 est atteint par une **mise en œuvre généralisée sur tous les transferts dans le canton**. On peut représenter cet objectif de couverture par une valeur ajoutée initiale pour toutes les prises en charge, ce qui correspond à un rectangle horizontal.

Bénéfices de l'étape 1 en systématisant les transferts d'informations



La deuxième étape cible des **processus à haute valeur ajoutée pour des patients et des prises en charge spécifiques**, mais sans viser prioritairement une couverture de la majorité de la population du canton. On peut de manière similaire représenter cet objectif par un rectangle vertical.

Bénéfices de l'étape 2 en ciblant les prises en charges complexe



La complémentarité des deux étapes permet, sans se disperser, de travailler une fois sur la généralisation des transferts puis en complément sur les cas complexes.

4.2 Plan de réalisation de la première étape

Première étape

Assurer la continuité de la chaîne de traitement

Annuellement, près de 200'000 transferts de patients

La première étape se concentre donc, comme évoqué au chapitre précédent, sur la transmission d'informations qui « suivent le patient » le long de la chaîne de traitement.

Les transferts de patients d'un prestataire de soins à un autre sont critiques pour la qualité des soins et la sécurité des patients. Ces transferts sont très nombreux. Ils sont représentés ci-dessous de manière graphique avec des largeurs de flèches proportionnelles au volume des transferts annuels et de manière chiffrée dans le tableau qui suit. Cela correspond en tout à près de 200'000 transferts annuels.

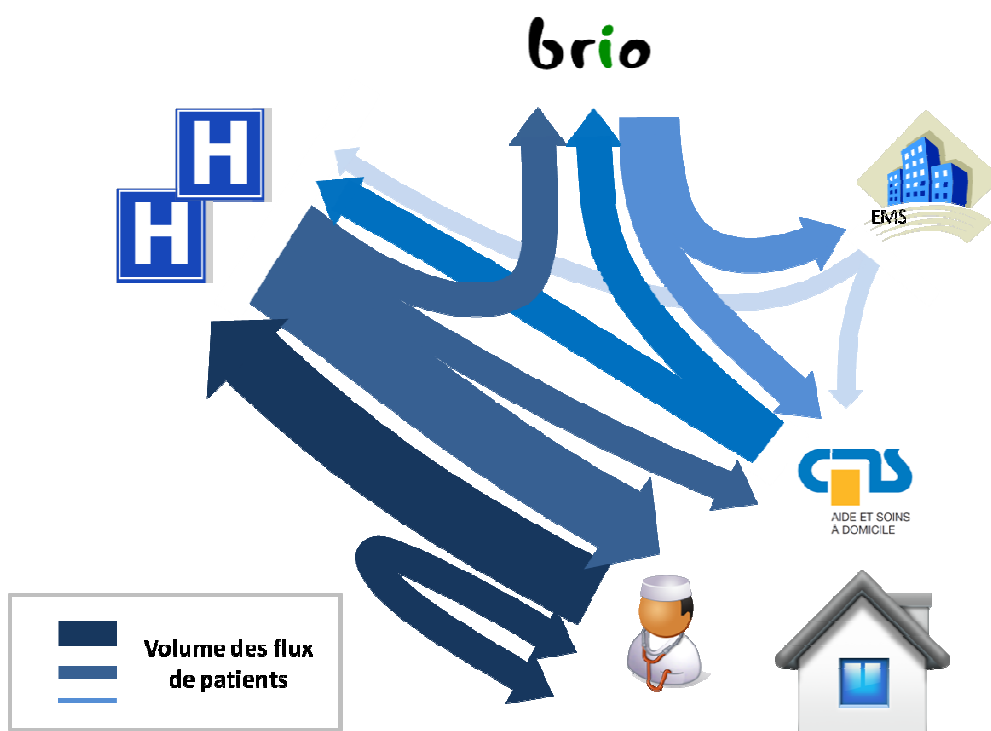


Figure 3 : Flux de patients et donc d'informations

Note de rédaction : dans cette version 1.3 du 28 avril, le tableau ci-dessous n'a pas encore été validé par différentes sources de données, les chiffres seront mis à jour ultérieurement, les ordres de grandeur sont par contre corrects pour supporter la démarche.

de:	\	à:	hôpital	Médecin	CMS (copie méd.)	BRIO (copie méd.)	EMS	total
Hôpital			3000	40000	10000	14000	0	67000
Médecin			20000	??	0	1000	0	21000
CMS			10000	0	--	2000	0	12000
BRIO			50	20	1200		3800	5070
EMS			460	0	1000	300	--	1760
Total			33510	40020	12200	17300	3800	106830

Flux importants sortie de l'hôpital, entre BRIOS, CMS et EMS et vers médecins traitants

L'étape 1 réalise une succession d'échanges d'information bilatéraux.

Les flux sont importants à la sortie de l'hôpital, entre BRIOS, CMS et EMS ainsi qu'à destination des médecins traitants.

Les clés stratégiques :

- « Etablir les interfaces avec les systèmes d'information des prestataires » décrites au chapitre 3.4 et
- « Réaliser une succession de projets incrémentaux » décrite au chapitre 3.5

guident le plan de réalisation de la première étape.

Les transferts électroniques d'informations seront ainsi établis successivement en reliant à chaque projet incrémental deux types de prestataires, par exemple les BRIOS avec les EMS.

Ces projets sont identifiés et listés de manière détaillée dans le portefeuille de projet de l'annexe 7. Dans ce portefeuille, les projets sont regroupés par famille selon le destinataire du flux d'informations, EMS, BRIOS, hôpitaux, médecins, CMS, pharmaciens ou patients (les familles de projets ont été identifiées avec les noms des planètes du système solaire).

L'ordre de réalisation met la priorité là où des **bénéfices** rapides peuvent être atteints, où le **volume** de transferts est important et où l'information est disponible à la source déjà sous **forme électronique**. Il en résulte le macro-planning suivant :

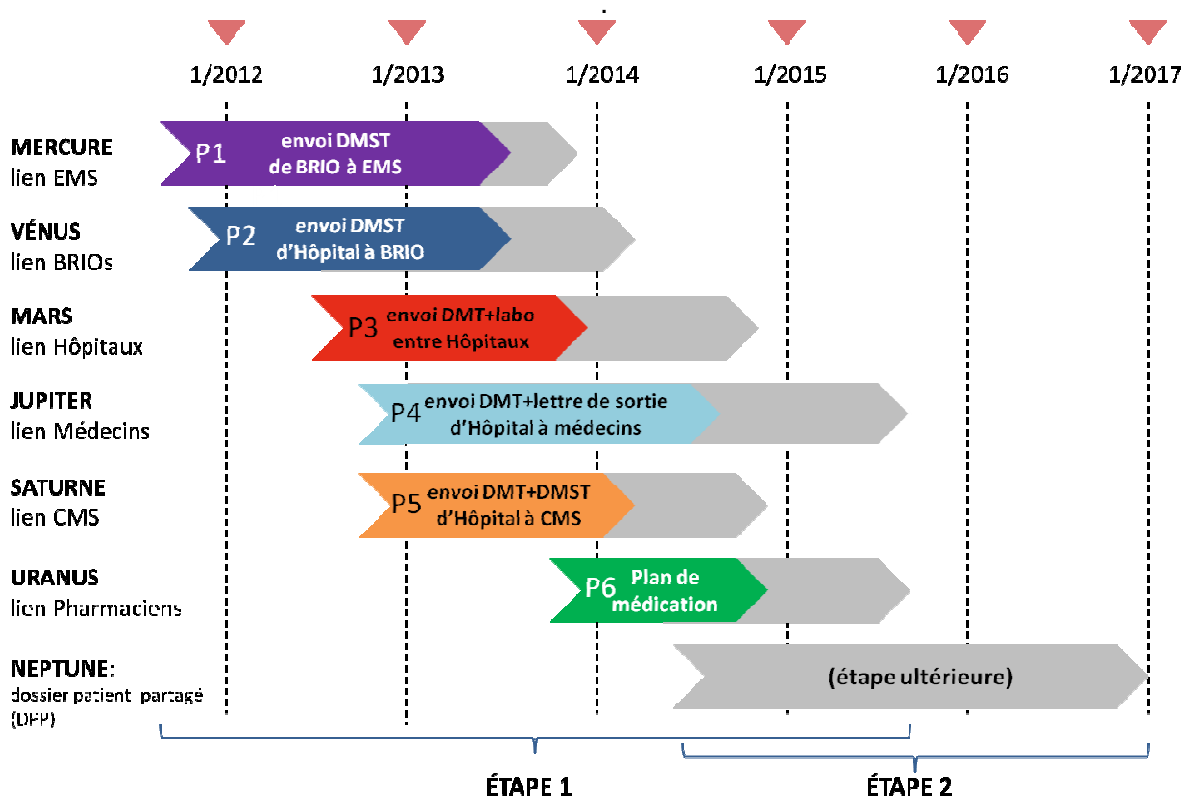


Figure 4 : Macro planning eHealth VD

Les patients seront intégrés avec la fonctionnalité du dossier patient partagé (DPP), réalisée dans l'étape 2)

Six projets prioritaires

Pour la première étape, un projet prioritaire est identifié dans chacune des six familles de projets, il s'agit des projets :

P1 Envoi de DMSTs du Brio à l'EMS,

prochains pas : migration technique sur la plateforme eHealth et déploiement à tous les EMS.

P2 Envoi de DMSTs de l'hôpital au BRIO,

prochains pas : migration technique sur la plateforme eHealth et déploiement à tous les hôpitaux.

P3 Envoi de DMTs (faxmed) et résultats de laboratoire entre hôpitaux,

prochain pas : déploiement à tous les hôpitaux.

P4 Envoi de DMTs et lettres de sortie au médecin traitant,

prochains pas : envoi par email sécurisé puis mise à disposition sur un portail.

P5 Envoi de DMT et DMST de l'hôpital au CMS,

prochains pas : mise à disposition sur un portail puis intégration avec le SI des CMS.

P6 Partage du plan de traitement médicamenteux,

prochains pas : envoi des données de dispensation de la centrale des pharmacies à l'hôpital.

La figure ci-dessous, reprise de la description de l'étape 1 du chapitre 4.1, positionne ces six projets prioritaires.

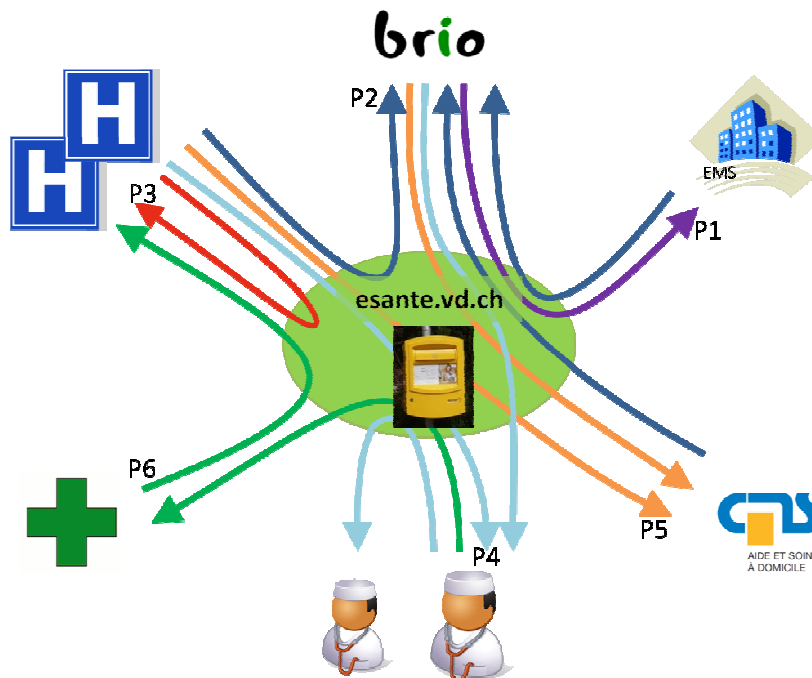


Figure 5 : Projets prioritaires et flux d'information

L'analyse orientée bénéfices, conduite avec le groupe d'experts, a permis de définir pour chaque projet : son périmètre, les bénéfices visés, les indicateurs associés et les éléments de conduite et d'accompagnement du changement. Ces informations sont synthétisées dans les pages suivantes sous la forme de six fiches de projet.

Projet P1	Mercure Migration sur esante.vd.ch	
Flux de transferts	Orientation par BRIO en court ou long séjour en EMS 4'000 transferts de patients par an, 4 BRIOs, 200 EMS, > 300 utilisateurs.	
Bénéfices visés	Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient). Les documents sont créés et transmis plus rapidement. Les documents sont transmis systématiquement. Les informations transmises sont de meilleure qualité (exhaustivité, lisibilité).	
Processus	Transmission électronique depuis le BRIO du DMST et annexes vers l'EMS prenant en charge l'orientation du patient.	
Rôles	BRIO : mettre à jour les documents puis les transmettre systématiquement. EMS : réception des documents. CORES : maîtrise d'ouvrage.	
Indicateurs	Délais d'envoi. Nb et taux de documents échangés électroniquement par BRIO et par EMS. Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés). Enquête de satisfaction prestataires. Etude d'impact sur l'efficacité des processus.	
Conditions cadres	Consentement explicite du patient récolté en amont du processus d'orientation. DMST reçu en amont (depuis l'hôpital ou le CMS) électroniquement par le BRIO. Droits d'extension de la plateforme esante.vd.ch .	
Risques	Gestion de flux mixte papier et électronique.	
Solution technique	Migration sur la plateforme esante.vd.ch . Nouvelle Interface pour l'envoi de <i>Brioche</i> . Notification de réception pour les EMS. Interface de réception pour les EMS portail ou interface technique. Solution d'authentification forte des EMS.	
Jalons	Spécification détaillée des nouvelles interfaces techniques	Q4 2012
	Test 1 BRIO -> 1 EMS via portail et 1 EMS via interface technique	Q1 2013
	Déploiement à tous les BRIOs	Q2 2013
	Déploiement à tous les EMS	Q2 2013
Pilotage	Comité de maintenance <i>Brioche</i> et Info au COPIL eHealth Engagements BRIOs inclus dans contrats de prestations du réseau Relais des faïtières pour les EMS.	
Accompagnement du changement	La maîtrise d'ouvrage prépare la documentation, le plan de déploiement. ARCOS est mandaté par le SSP pour déployer la solution EMS par EMS. Les indicateurs d'utilisation seront communiqués.	

Projet P2	Vénus Migration sur esante.vd.ch
Flux de transferts	Sortie d'hôpital et orientation par BRIO 14'000 transferts de patients par an, 14 Hôpitaux, 4 BRIOs, >300 utilisateurs.
Bénéfices visés	Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient). Les documents sont créés et transmis plus rapidement. Les documents sont transmis systématiquement. Les informations transmises sont de meilleure qualité (exhaustivité, lisibilité).
Processus	Transmission électronique depuis l'hôpital des DMST et DMT vers le BRIO prenant en charge l'orientation du patient.
Rôles	Hôpital : produire les documents et les transmettre systématiquement. BRIO : réception des documents. CORES : maîtrise d'ouvrage.
Indicateurs	Délais d'envoi. Nb et taux de documents envoyés électroniquement par service d'hôpital. Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés). Enquête de satisfaction prestataires. Etude d'impact sur l'efficacité des processus.
Conditions cadres	Consentement explicite du patient récolté par l'hôpital émetteur. Service de l'hôpital déployé avec <i>DOPHIN</i> . Réconciliation semi-automatique des identités patient. Droits d'extension de la plateforme esante.vd.ch .
Risques	Réconciliation des identités patient. Gestion de flux mixte papier et électronique.
Solution technique	Migration sur la plateforme esante.vd.ch . Réutilisation des interfaces des hôpitaux du projet Mars. Interface de réception pour <i>Brioche</i> (en remplacement de manège2). Notification de réception pour les BRIO.
Jalons	Spécification détaillée des nouvelles interfaces techniques <i>Brioche</i> Q4 2012 Test 1 Hôpital -> 1 BRIO Q1 2013 Déploiement à tous les BRIOs Q2 2013 Déploiement à tous les hôpitaux équipés avec <i>DOPHIN</i> Q2 2013
Pilotage	Comité de maintenance <i>Brioche</i> et Info au COPIL eHealth. Engagements hôpital inclus dans contrat de prestations CHUV resp. Hôp FHV. Engagements BRIO inclus dans contrats de prestations du réseau.
Accompagnement du changement	La maîtrise d'ouvrage prépare la documentation, le plan de déploiement. ARCOS est mandaté par le SSP pour déployer la solution dans les premiers services hospitaliers avec l'appui du CHUV, de la FHV et FHV1 ainsi que des directions médicales et des soins du CHUV et des hôpitaux régionaux. Le déploiement est par la suite intégré au déploiement de <i>DOPHIN</i> et géré en interne par les hôpitaux. Les indicateurs d'utilisation seront communiqués.

Projet P3	Mars Déploiement à tous les services hospitaliers
Flux de transferts	Transferts entre hôpitaux (lits A ou lits B) 4'000 transferts de patients par an, >200 Services hospitaliers, 300 utilisateurs.
Bénéfices visés	Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient). Les documents sont créés et transmis plus rapidement. Les documents sont transmis systématiquement. Diminution de doublons d'examens/analyses. Les informations transmises sont de meilleure qualité (exhaustivité, lisibilité).
Processus	Transmission électronique depuis l'hôpital émetteur du DMT, résultats labos, plan de médication, puis lettre de sortie à destination de l'hôpital récepteur qui accède aux documents soit depuis <i>Soarian</i> ou via le portail <i>esante.vd.ch</i> avec une réconciliation semi-automatique des identités patient.
Rôles	Hôpital émetteur : produire les documents et les transmettre systématiquement Hôpital récepteur : consultation sur le portail ou importation dans <i>Soarian</i> via <i>Archimede</i> . SSP : maîtrise d'ouvrage et garant.
Indicateurs	Délais d'envoi. Nb et taux de documents envoyés et consultés électroniquement par acteur. Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés). Enquête de satisfaction prestataires. Diminution de doublons d'examens/analyses.
Conditions cadres	Consentement explicite du patient récolté par l'hôpital émetteur. Service de l'hôpital émetteur déployé avec <i>DOPHIN</i> . Réconciliation semi-automatique des identités patient. Droits d'extension de la plateforme <i>esante.vd.ch</i> .
Risques	Réconciliation des identités patient. Gestion de flux mixte papier et électronique. Disponibilité de la plateforme. Attaque de hackers.
Solution technique	Plateforme <i>esante.vd.ch</i> . Déploiement des interfaces réalisées lors de la phase pilote du projet Mars.
Jalons	Déploiement à tous les hôpitaux émetteurs équipés avec <i>DOPHIN</i> . Q4 2013 Déploiement à tous les hôpitaux pour la réception. Q4 2013
Pilotage	COPIL de projet (SSP, CHUV, FHVI) et Info au COPIL eHealth. Engagements hôpital inclus dans contrat de prestations CHUV resp. Hôp FHV.
Accompagnement du changement	La maîtrise d'ouvrage prépare la documentation, le plan de déploiement et, avec le soutien des chefs de service, assiste les professionnels des premiers services hospitaliers. La suite du déploiement est intégrée au déploiement de <i>DOPHIN</i> et gérée en interne par les hôpitaux. Les indicateurs d'utilisation seront communiqués.

Projet P4	Jupiter Flux d'information vers les médecins traitants
Flux de transferts	Information aux médecins traitants lors de la sortie d'hôpital. 70'000 transferts par an, 1500 médecins, 14 Hôpitaux, > 2000 utilisateurs.
Bénéfices visés	Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient). Les résultats bruts (Labo, CR) sont transmis systématiquement et rapidement. Le DMT (faxmed) et la lettre de sortie sont transmis plus rapidement. Les informations transmises sont de meilleure qualité (exhaustivité, lisibilité). De ce fait la collaboration hôpital-ville est renforcée. Les médecins équipés à leur cabinet d'un dossier patient informatisé réceptionnent l'information qui est déjà sous forme électronique. Cette étape est un pré requis pour, plus tard, demander aux médecins d'envoyer plus d'information aux hôpitaux par un flux inverse.
Processus	Transmission électronique depuis l'hôpital du DMT (faxmed), résultats Labo, compte-rendu, et lettre de sortie vers le ou les médecins traitants.
Rôles	Hôpital : produire les documents et les transmettre systématiquement. Médecin traitant : réception des documents. SSP : maîtrise d'ouvrage et garant. SVM : promotion auprès des médecins, email sécurisé, authentification forte.
Indicateurs	Délais d'envoi ; Nb et taux de documents envoyés et consultés électroniquement par type d'acteur et par acteur spécifique. Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés). Enquête de satisfaction prestataires. <i>Outcome</i> : taux de réhospitalisation (comparaison avant/après).
Conditions cadres	Consentement explicite du patient récolté par l'entité émettrice. Service de l'hôpital déployé avec <i>DOPHIN</i> . Portail de la SVM prêt pour intégration avec <i>esante.vd.ch</i> Réconciliation manuelle des identités patient par le médecin traitant destinataire. Droits d'extension de la plateforme <i>esante.vd.ch</i> .
Risques	Adhésion des médecins traitants au projet. Définition du rôle et des droits de l'assistante médicale en cabinet. Ne pas transmettre ni trop peu ni trop d'informations. Gestion de flux mixte papier et électronique. Interfaçage avec les logiciels de cabinet (pour le mode c) ci-dessous).
Solution technique	Plateforme <i>esante.vd.ch</i> . Réutilisation des interfaces des hôpitaux du projet Mars. Authentification des médecins sur le portail SVM du centre de confiance. Trois modes de réception à choix pour le médecin traitant. a) réception des documents comme pièces jointes à un email sécurisé. b) réception d'une notification par email puis accès au document via le portail SVM et lien sécurisé entre le portail SVM et la plateforme <i>esante.vd.ch</i> . c) réception par le logiciel de dossier patient informatisé du cabinet.
Jalons	Spécification des processus et réalisation des interfaces techniques. Pilote 1 Hôpital -> 5 médecins pour chacun des modes a) b) et c). Déploiement à tous les hôp. et à tous les médecins inscrits à ce service Q2 2014 (les autres recevant comme aujourd'hui des fax directement de l'hôpital).
Pilotage	PPP DSAS SSP (SSP, SVM,) et Info au COPIL eHealth. Engagements hôpital inclus dans contrat de prestations CHUV resp. Hôp FHV. Participation facultative des médecins traitants.
Accompagnement du changement	La maîtrise d'ouvrage prépare la documentation, le plan de déploiement. La SVM prend en charge la promotion de la solution et l'intégration de ses membres au eHealth. Les indicateurs d'utilisation seront communiqués.

Projet P5	Saturne Flux d'information vers les CMS
Flux de transferts	Sortie d'hôpital vers domicile avec prise en charge CMS. 10'000 transferts de patients par an, 50 CMS, 14 Hôpitaux, 4 BRIO, >1000 utilisateurs.
Bénéfices visés	Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient). Les documents sont créés et transmis plus rapidement. Les documents sont transmis systématiquement. Les informations transmises sont de meilleure qualité (exhaustivité, lisibilité).
Processus	a) transmission électronique depuis l'hôpital des DMST et DMT vers l'ASAD prenant en charge le patient. b) envoi électronique depuis le BRIO du DMST (et DMT) vers l'ASAD prenant en charge le patient.
Rôles	a) Hôpital : produire les documents et les transmettre systématiquement. ASAD : réception les documents. b) BRIO : élaboration/complément du DMST et envoi (avec DMT) à l'ASAD. a) et b) SSP : maîtrise d'ouvrage et garant.
Indicateurs	Délais d'envoi. Nb et taux de documents envoyés et consultés électroniquement par type d'acteur et par acteur spécifique. Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés). Enquête de satisfaction prestataires. <i>Outcome</i> : taux de réhospitalisation (comparaison avant/après).
Conditions cadres	Consentement explicite du patient récolté par l'entité émettrice. Service de l'hôpital déployé avec <i>DOPHIN</i> . ASAD déployée avec <i>IRIS</i> . Réconciliation semi-automatique des identités patient. Droits d'extension de la plateforme esante.vd.ch .
Risques	Réconciliation des identités patient. Gestion de flux mixte papier et électronique.
Solution technique	Plateforme esante.vd.ch . Réutilisation des interfaces des hôpitaux du projet Mars. Interface de publication pour <i>Brioche</i> . Notification de réception pour les ASAD. Réception des documents par les ASAD soit dans <i>IRIS</i> soit via le portail esante.vd.ch .
Jalons	Spécification des processus et réalisation des interfaces techniques Q4 2012 Pilote 1 Hôpital > 1 ASAD équipée d' <i>IRIS</i> et 1 ASAD sans Q1 2013 Pilote tous les BRIOs > 1 ASAD équipée d' <i>IRIS</i> et 1 ASAD sans Q2 2013 Déploiement à toutes les ASAD équipée d' <i>IRIS</i> Q4 2013 Déploiement à tous les hôpitaux équipés avec <i>DOPHIN</i> Q4 2013
Pilotage	COPIL de projet (SSP, AVASAD, CHUV, FHVI, CORES) et Info au COPIL eHealth. Engagements hôpital inclus dans contrat de prestations CHUV resp. Hôp FHV. Engagements ASAD inclus dans contrat de prestations AVASAD. Engagements BRIO inclus dans contrats de prestations du réseau.
Accompagnement du changement	La maîtrise d'ouvrage prépare la documentation, le plan de déploiement. Le déploiement et gestion du changement sont conduits par l'AVASAD et intégrés au déploiement d' <i>IRIS</i> . Les indicateurs d'utilisation seront communiqués.

Projet P6	Uranus Plan de médication, données transmises par les pharmaciens
Flux de transferts	Les hospitalisations de patients pour lesquels le service de gestion informatique de la coopérative des pharmaciens suisse (OFAC) dispose de la liste de médicaments dispensés en officine. 70'000 hospitalisations de patients par an, données de dispensation disponibles dans plus de 80% des cas, >200 Services hospitaliers, 500 utilisateurs.
Bénéfices visés	Meilleures prises en charge à l'hôpital, particulièrement par les services d'urgences, grâce à l'accès à la liste des médicaments dispensés en officine (l'information suit le patient). Les informations sur les médicaments que le patient est allé prendre en pharmacie sont plus fiables (et pas dépendantes de la mémoire du patient qui, aux urgences, est fréquemment dans un état confusionnel). Meilleures décisions de traitement basées sur de meilleures informations. Diminution des interactions médicamenteuses évitables.
Processus	A l'admission du patient, requête à l'OFAC sur la disponibilité de données de dispensation concernant le patient. Réconciliation automatique des identités du patient. Réception par l'hôpital de la liste des médicaments dispensés pour être consultée soit depuis Soarian ou via le portail esante.vd.ch.
Rôles	Pharmacie : même rôle qu'aujourd'hui, fournit les données de dispensation à l'OFAC (pour une grande majorité des officines). OFAC produit à la volée la liste des médicaments dispensés pour un patient. Hôpital: interrogation de l'OFAC, importation de cette liste dans Soarian puis consultation sur le portail. SSP : maîtrise d'ouvrage et garant.
Indicateurs	Nombre et taux d'hospitalisation où l'hôpital a voulu utiliser ce service. Pourcentage de consentement du patient (voir ci-dessous). Nombre et taux de cas où l'OFAC possédait des données pour ce patient. Enquête de satisfaction prestataires.
Conditions cadres	Consentement explicite du patient récolté par l'hôpital lors de l'admission. Service de l'hôpital émetteur déployé avec Soarian. Réconciliation automatique des identités patient. Droits d'extension de la plateforme esante.vd.ch .
Risques	Mauvaise interprétation des informations obtenues qui peuvent être incomplètes lorsque le patient se sert dans une pharmacie non-raccordée à l'OFAC. Mauvaise interprétation des informations lorsqu'un individu se sert de sa couverture d'assurance pour aller chercher en pharmacie des médicaments pour une autre personne. Réconciliation des identités patient.
Solution technique	Plateforme esante.vd.ch . Déploiement des interfaces Soarian-OFAC.
Jalons	Spécification des processus et réalisation des interfaces techniques Q4 2013 Pilote 1 Hôpital et OFAC. Q1 2014 Déploiement à tous les hôpitaux équipé avec Soarian. Q4 2014
Pilotage	COPIL de projet (SSP, CHUV, FHVI, OFAC) et Info au COPIL eHealth. Engagements hôpital inclus dans contrat de prestations CHUV resp. Hôp FHV.
Accompagnement du changement	La maîtrise d'ouvrage prépare la documentation, le plan de déploiement. L'OFAC prend en charge la promotion de la solution et l'intégration de ses membres au eHealth. Les indicateurs d'utilisation seront communiqués.

4.3 Transition future de l'étape 1 à l'étape 2

De l'étape 1 à l'étape 2

PAS de changement technique

Etape 1 centrée sur un épisode de soins

Etape 2 centrée sur le patient

Cibler les patients pour les enregistrer dans l'étape 2

Les interfaces techniques entre les systèmes d'information de tous les prestataires de soins sont progressivement construites lors de la première étape. C'est également lors de cette étape que le contenu des documents est standardisé. La seconde étape utilise exactement les mêmes interfaces et les mêmes standards de documents. La transition technique se fait donc sans changement de logiciel, mais avec un changement de mode d'utilisation.

On passe du mode d'utilisation « boîte aux lettres » à celui de « coffre-fort ». Les documents ne sont plus déposés dans la plateforme pour un destinataire puis effacés, mais sont déposés de manière permanente pour être accessibles plus tard à différents prestataires de soins en fonction des droits que le patient, propriétaire de son dossier, alloue.

On passe donc d'une utilisation limitée dans le temps et centrée sur un épisode de soins à une utilisation très étendue dans le temps, centrée sur le patient et enregistrant des résumés d'informations de tout épisode de soins.

Cette transition va donc être possible lorsque l'ensemble des prestataires de soins prenant en charge des patients seront raccordés à la plateforme.

Il s'agira alors d'identifier les patients qui pourront le plus bénéficier d'un dossier patient partagé et de leur proposer l'ouverture libre d'un tel dossier. L'identification et l'enregistrement de ces patients pourront être réalisés par les médecins traitants, les infirmières de CMS ou les infirmières de liaison.

Cet enregistrement de patients peut se dérouler dans le cadre d'une filière de prise en charge de malades chroniques, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée d'une cohorte de patients, dans le cadre d'une ou plusieurs organisations de soins intégrés ou dans une zone géographique pilote.

Il sera important que des processus matures de prise en charge coordonnée des patients existent. La mise à disposition d'un dossier patient partagé n'assure pas, à elle seule, la coordination des soins.

Aux fonctionnalités de base d'un dossier patient partagé que sont la publication et la consultation de documents, s'ajouteront progressivement des tableaux de bord indiquant l'évolution de paramètres cliniques, une fonction de carnet de vaccination électronique, une zone d'échange où le patient peut prendre lui-même des notes sur sa santé, des fonctions de rappels de traitement pour le patient, etc.

La fonction « boîte aux lettres » de l'étape 1 ne s'arrête pas avec le démarrage de l'étape 2, mais continue à évoluer en parallèle en raison de la complémentarité de ces deux étapes.

4.4 Collaboration Vaud-Genève

e-toile à Genève

label de conformité à la stratégie nationale

Résultat d'un long processus

La Poste comme partenaire industriel

En test avec le projet Mars

Utilisation GE centrée sur une commune

Longue période de montée en charge

Utilisation VD centrée sur les transferts

Montée en charge plus rapide

Le Canton de Genève est actuellement le canton le plus avancé et le seul à avoir construit une solution ayant obtenu de l'organe de coordination *ehealthsuisse* le label de conformité à la stratégie nationale. La solution *e-toile* résout nombre de problèmes laissés sans réponses dans la stratégie nationale de 2007 (portail d'accès pour les professionnels, authentification des patients, interfaces avec les pharmaciens et les laboratoires, etc.)

e-toile est le résultat d'un processus politique et de conception fonctionnelle et organisationnelle de plus de dix ans et d'une construction technique de trois ans. Le partenaire industriel du Canton de Genève est La Poste Suisse. La Poste Suisse se positionne sur le marché des transmissions électroniques sécurisées de documents, ceci devant remplacer à terme une partie de son marché traditionnel des lettres recommandées.

La forme juridique de cette collaboration intercantonale Vaud-Genève est en cours d'étude. Elle fait suite à une autre collaboration initiée en 2009, où la solution informatique *Brioche*, gérant l'orientation des patients en perte d'autonomie, a été mise à disposition par les Réseaux de santé vaudois aux services d'orientation du Canton de Genève.

Cette collaboration Vaud-Genève s'est construite avec la participation de la Cellule eHealth VD au *groupe de contact e-toile*, puis avec la participation de la direction de projet *e-toile* au *groupe d'experts VD*. Actuellement le Canton de Genève et La Poste mettent à disposition la solution *e-toile* pour le projet pilote *Mars* (décrit en annexe 2) lequel vise à implémenter la transmission électronique de dossiers de transfert entre hôpitaux.

La plateforme technique *e-toile* en déploiement dans le Canton de Vaud est identique à celle du Canton de Genève afin de garantir l'interopérabilité et l'évolution commune de cette solution. Toutefois, son mode d'utilisation découle de la stratégie cantonale de mise en œuvre.

Le Canton de Genève a choisi un déploiement centré sur une zone géographique (la commune d'Onex) mais intégrant d'un coup, autour d'un dossier patient partagé, tous les acteurs (patients, médecins en cabinets individuels, médecins en cabinets de groupe, hôpitaux, laboratoires, pharmaciens). L'expérience montre que cela nécessite un énorme effort d'information, de conviction, d'intégration ainsi qu'une longue période de montée en charge.

Le Canton de Vaud choisit un déploiement large et rapide sur tout le canton, mais intégrant l'un après l'autre les acteurs. Ceci avec une première étape « limitée » aux transferts d'informations d'un prestataire à l'autre avant de mettre en œuvre, dans une deuxième étape, le dossier patient partagé.

Les évaluations régulières de ces deux approches complémentaires permettront d'enrichir réciproquement les expériences et la collaboration intercantonale.

Les prochaines étapes de cette collaboration sont la détermination de la forme juridique de la collaboration, la gestion commune de l'évolution fonctionnelle de la solution, le partage des expériences.

D'autres cantons intéressés

Le mode de collaboration n'est pas limité aux deux seuls cantons de Vaud et Genève. On peut imaginer que d'autres cantons y participent, ce qui peut permettre d'étendre le partage des coûts et l'échange des « bonnes pratiques ». Le Canton du Tessin s'est annoncé pour un projet pilote basé sur *e-toile* où le déploiement sera centré sur la prise en charge d'une pathologie spécifique (domaine oncologique).

4.5 Composants techniques

Plateforme d'échange sécurisée

Pour la mise en œuvre technique des projets 1 à 6 identifiés dans le portefeuille de projets, le Canton de Vaud va déployer la solution *e-toile* en tant que plateforme d'échange sécurisée, conforme aux recommandations et standards techniques de la Confédération. Le schéma suivant en résume les différents composants internes :

Architecture et composants

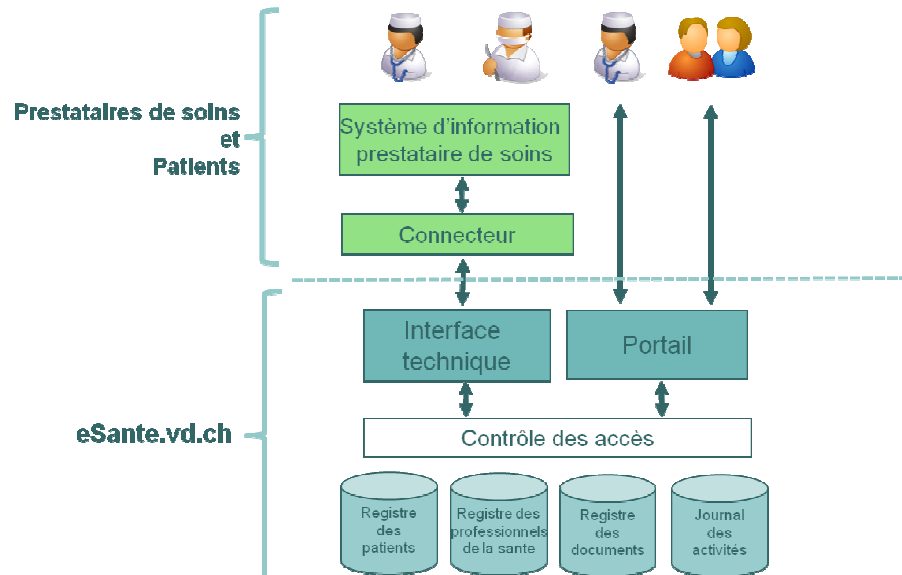


Figure 6 : architecture des composants techniques

L'accès à cette plateforme se fait soit via un **portail** pour les utilisateurs identifiés (professionnels de la santé et à terme les patients), soit au travers d'un **connecteur** et des **interfaces techniques** pour les systèmes d'informations des prestataires de soins identifiés (par exemple pour publier un document directement depuis le dossier patient informatisé de l'hôpital).

Un **registre des patients** aide à l'identification univoque des patients entre systèmes d'information des prestataires de soins.

Les professionnels de santé et les institutions prestataires de soins ayant accès à esante.vd.ch sont définis dans le **registre des professionnels de la santé**.

Les documents échangés ou enregistrés dans le dossier patient partagé sont stockés dans le **registre des documents**.

Le **journal des activités** enregistre tous les accès pour garantir la sécurité des données.

Le **contrôle des accès** assure un accès aux données uniquement aux utilisateurs autorisés.

4.6 Concept d'exploitation et support

Hébergement technique

La plateforme esante.vd.ch nécessite d'être hébergée par un prestataire informatique remplissant de hautes exigences de sécurité et de disponibilité.

La Direction des Systèmes de l'Information du CHUV fournit ce service d'hébergement (machines virtuelles, espaces de stockage, accès réseaux, services de sauvegarde, etc) avec des garanties de disponibilité et de délais d'intervention technique propre aux applications médicales. Le CHUV fournit l'hébergement technique mais ne gère pas la plateforme esante.vd.ch.

Gestion de esante.vd.ch

Ce rôle est confié à La Poste en tant de fournisseur de services applicatifs. La gestion comprend par exemple la configuration de la plateforme, la gestion du portail pour les professionnels de santé et les patients, la fourniture des moyens d'accès au portail ainsi que le support technique spécifique à la plateforme esante.vd.ch.

Gestion des connecteurs

La gestion des connecteurs spécifiques à chaque prestataires de soins pour sa connexion à la plateforme esante.vd.ch (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) est de la responsabilité de ce prestataire.

Support utilisateur

Chaque prestataire de soins organise le premier niveau de support (*helpdesk*) pour ses collaborateurs.

Ce premier niveau de support, peut s'adresser pour les cas non-résolus à un second niveau de support assuré par La Poste.

La Poste s'adresse à ses fournisseurs informatiques pour le 3^{ième} niveau de support.

5 Conditions cadres

5.1 Rôle de l'Etat

L'Etat est garant

Le rôle de l'Etat est d'être garant de la mise en œuvre et de l'usage de l'eHealth en conformité avec les lois fédérales et cantonales, le rapport sur la politique sanitaire du Conseil d'Etat vaudois (version 2008-2012 actuelle et suivantes), l'éthique et la stratégie nationale eHealth.

Ce que l'Etat fait :

L'Etat conduit la mise en œuvre de l'eHealth

Il élabore et adopte la présente stratégie eHealth VD.

Il peut contribuer à financer les infrastructures de base.

Il planifie la mise en œuvre de l'eHealth, conduit les projets. Il les cofinance avec les partenaires sanitaires impliqués.

Il héberge, au moins durant une phase initiale, l'infrastructure technique et les données.

Il conduit les évaluations de projet en termes de qualité, sécurité et efficience.

Il peut auditer la solution au niveau de la sécurité et des processus d'usage.

L'Etat n'est pas propriétaire de données et n'y a pas accès

Ce que l'Etat ne fait pas :

Accéder aux données médicales. Seuls les professionnels de santé autorisés et les patients y ont accès (une exception pour le travail sur des données statistiques anonymisées à des fins de recherche ou planification restant possibles)

Être propriétaire des données. Les données sont propriété des patients et des prestataires de soins les ayant générées.

Être propriétaire de la solution. La solution peut être à terme propriété d'une structure publique privée, ou être propriété de prestataires de soins.

Être l'exploitant de la solution. L'exploitation de la solution peut être confiée à un partenaire du monde sanitaire ou à un partenaire industriel.

Gérer les connecteurs d'interfaçage de la solution avec les logiciels des prestataires de soins. Ceci étant de la responsabilité de chaque prestataire pour le connecteur qu'il utilise.

5.2 Rôle des autres acteurs

Patient : exprimer son consentement libre et éclairé; avoir un moyen d'authentification (carte d'assuré) ; pour les patients motivés et les associations de patients, inciter tous les professionnels de santé à participer aux échanges d'informations.

Hôpitaux : enregistrer le consentement du patient ; publier des résumés de documents cliniques ; mettre à disposition des informations supplémentaires (labos, radios), consulter le dossier patient en fonction de ses droits; former son personnel. Identifier les situations fragiles et proposer un dossier patient partagé à ces personnes.

CMS : enregistrer le consentement du patient ; publier des évaluations RAI ; identifier les situations fragiles à domicile et proposer un dossier patient partagé à ces personnes ; consulter le dossier patient en fonction de ses droits.

EMS : enregistrer le consentement du patient ; publier des évaluations PLAISIR ou RAI ; consulter le dossier patient en fonction de ses droits.

Médecin généraliste : enregistrer le consentement du patient ; publier des résumés de documents cliniques ; publier des listes de problèmes et diagnostics ; consulter le dossier patient en fonction de ses droits, identifier les situations fragiles et proposer un dossier patient partagé à ces personnes.

Médecin spécialiste : enregistrer le consentement du patient ; publier les propositions thérapeutiques par patient ; consulter le dossier patient en fonction de ses droits.

Assistante médicale : réception des informations ; saisie des informations administratives ; activités déléguées par le médecin.

Pharmacien : enregistrer le consentement du patient ; publier les médicaments effectivement délivrés (dispensation) ; consulter le dossier patient en fonction de ses droits ; identifier les situations fragiles et proposer un dossier patient partagé à ces personnes.

Urgences pré-hospitalisation (144, SMUR, Ambulances) : consulter le dossier patient en fonction de ses droits.

Réseaux (ex. BRIO, Réseau de soins intégrés, gestion de cas, filière, call center) : identifier les situations fragiles et proposer un dossier patient partagé à ces personnes, enregistrer le consentement du patient; consulter le dossier patient en fonction de ses droits ; publier les documents résultant de l'activité médicale ou médico-sociale du réseau (ex : DMST).

Assistants sociaux : accès aux informations administratives lorsqu'autorisés.

Représentants thérapeutiques, Proches aidants : accès à des informations spécifiques lorsqu'autorisés.

Gestionnaire de cas d'une filière : enregistrer le consentement du patient ; consulter le dossier patient en fonction de ses droits, publier les documents résultant de l'activité médicale ou médico-sociale de la filière.

Gestionnaire de cas et médecins conseils des assurances sociales : pas d'accès.

Assurances maladies en général: pas d'accès, participation directe ou indirecte au financement, fournisseur de carte d'assuré permettant l'identification du patient telle que définie par la LaMal, partenaire tarifaire avec les prestataires de soins.

Prestataire de service informatique : héberger des composants informatiques eHealth ; assurer la sécurité, tenir un journal d'exploitation et des accès, fournir des prestations de support de type *helpdesk*.

Professions paramédicales : accès à des informations spécifiques lorsqu'autorisé

Laboratoires : publier des résultats de laboratoire.

Politique : faire acte de volonté de développer l'eHealth, allouer les moyens pour sa mise en œuvre.

5.3 Gouvernance

Gouvernance

Stratégie du Conseil d'Etat

Mise en application par le DSAS

Appui d'un groupe d'experts

Conduite par la Cellule eHealth du SSP

Participation des partenaires

Validations par le Copil eHealth.

La mise en application de l'eHealth est conduite par le Département de la Santé publique et de l'Action Sociale, selon la « Stratégie eHealth VD » du Conseil d'Etat vaudois.

Les travaux d'élaboration de la présente stratégie ont été conduits par la Cellule eHealth du Service de la Santé Publique (SSP) avec l'appui d'un groupe d'experts. Les résultats validés par un comité de pilotage ont été mis en consultation publique par le SSP puis présentés par le Chef du département au Conseil d'Etat qui les a adoptés.

Les projets de mise en œuvre de l'eHealth sont conduits par la Cellule eHealth du SSP avec, pour chacun des projets, l'appui des partenaires impliqués dans le périmètre du projet et notamment l'appui des réseaux de soins vaudois. La Cellule eHealth s'assure également de la communication aux partenaires et au public. Elle gère le portefeuille des projets en cours, planifiés et en attente (annexe 7), rapporte à la direction du SSP qui fixe les priorités et fait valider par le Comité de pilotage les jalons atteints et les options retenues.

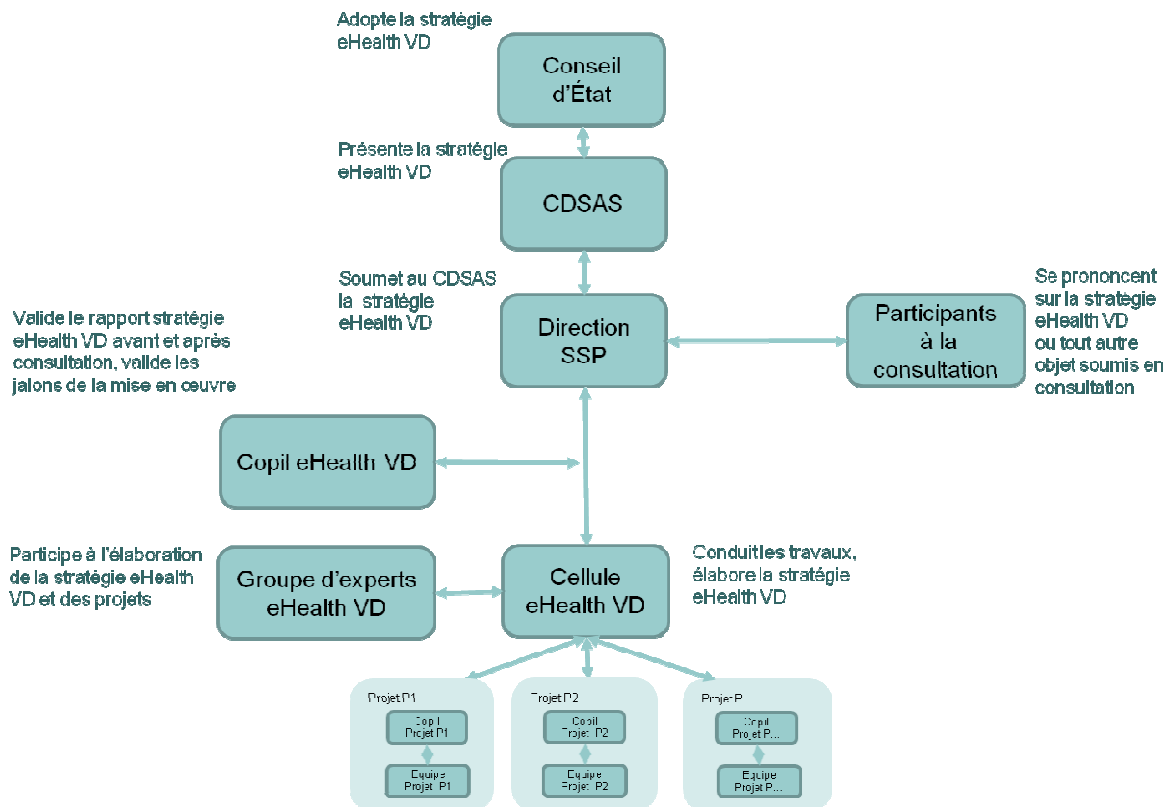


Figure 7 : gouvernance eHealth

Composition des comités

Le comité de pilotage eHealth, présidé par le SSP, est composé de représentants des parties prenantes. Le groupe d'experts est composé de représentants métier. Les listes actuelles des membres de ces groupes figurent en annexe 4.

5.4 Bases légales

Projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP)

Un projet de **loi fédérale eHealth sur le dossier électronique du patient (LDEP)** est en cours. L'avant-projet a été mis en consultation en 2011 et le message aux Chambres fédérales est en préparation. L'objectif est une mise en application dès 2014, plus vraisemblablement en 2015 (un référendum ne pouvant toutefois pas être exclu).

Cette loi fédérale règle des grands principes dans le périmètre du dossier patient électronique, notamment :

- La **participation facultative du patient**, qui doit exprimer son consentement explicite libre et éclairé.
- La définition des **droits d'accès** sous le contrôle du patient.
- Quels **professionnels** peuvent y avoir accès.
- Quels sont les **niveaux de confidentialité**.
- Le droit d'utiliser le nouveau **numéro AVS** à des fins d'identification sûre des patients
- La **participation facultative des médecins** mais obligatoire à terme pour les hôpitaux sur liste LaMal.
- Quelles **sanctions** punissent des abus.

Cette loi aura le grand avantage d'exprimer au niveau national clairement les droits des patients, la protection des données, le rôle des acteurs et d'éviter ainsi d'avoir des lois cantonales non-harmonisées, voire incompatibles. Il n'y a donc **pas lieu d'entamer actuellement un travail législatif au niveau du Canton de Vaud**.

Première étape sur les bases légales actuelles

La première étape de la mise en œuvre de la stratégie eHealth VD est donc construite sur les bases légales actuelles à savoir :

La loi fédérale sur la protection des données (LPD) et la loi cantonale sur la protection des données personnelles (LPrD). Elles définissent que les données médicales sont des données sensibles et qu'à ce titre un consentement explicite libre et éclairé du patient est nécessaire à leurs partages entre deux prestataires de soins.

La loi cantonale sur la santé publique (LSP).

Loi cantonale sur les réseaux de soins. Elle soutient l'échange entre prestataires de soins de données utiles à une prise en charge coordonnée.

Consentement explicite du patient

Le consentement explicite du patient à un partage d'informations médicales ou médico-sociales est recueilli par le prestataire de soins lorsque le patient consent au projet de transfert qui lui est proposé par le prestataire (voir description plus complète faite au chapitre 4.1).

Deuxième étape consentement explicite du patient et préavis du PPDl

La deuxième étape de la mise en œuvre se base également sur les lois actuelles ainsi que sur un consentement explicite du patient lors de l'ouverture de son dossier partagé. Ce cadre sera complété par la loi fédérale LDEP susmentionnée, lors de son entrée en vigueur. Dans l'intervalle, tous les travaux préparatoires et les projets se conduisent en conformité avec le texte de l'avant-projet de cette loi ainsi qu'avec une validation par le préposé cantonal à la protection des données et à l'information (PPDI).

5.5 Identification/authentification des patients

Assurer l'identification du bon patient

Opération critique de la responsabilité des prestataires.

Le numéro AVS comme aide PAS comme identifiant

Concernant l'identification des patients, le Canton de Vaud ne dispose pas d'un serveur d'identité. Chaque prestataire de soins ou institution identifie ses patients.

La « réconciliation d'identités patient » entre prestataires de soins consiste à s'assurer lors de chaque échange d'informations médicales que celles-ci concernent bien le même patient. C'est une opération critique. Elle est de la responsabilité des prestataires de soins et doit être intégrée dans les processus d'envoi et de réception d'informations.

Pour assurer l'exactitude de cette opération, le *nouveau numéro AVS* est utilisé en plus des *nom, prénom et date de naissance* du patient comme attribut d'identification. Le nouveau numéro AVS n'est toutefois PAS l'identifiant eHealth du patient.

Il apparaît naturel que ce numéro, qui est en Suisse le seul identifiant de qualité, utilisable et figurant sur la carte d'assuré, puisse pour la sécurité des patients être utilisé pour vérifier qu'il s'agit de la même personne. L'avant-projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) mentionne cet usage. Actuellement il n'y a aucune alternative.

5.6 Contrat de prestations

Généralisation de l'usage de l'eHealth

Formulée dans les contrats de prestations

Les bénéfiques visés par l'usage de transferts électroniques d'information médicale entre prestataires de soins ne peuvent être atteints que si cet usage, après des phases pilotes, se généralise et systématisé.

Cette généralisation est particulièrement importante dans le domaine institutionnel (hôpitaux, CTR, EMS, Services d'Aide et Soins à Domicile) où des investissements importants ont été ou sont actuellement faits pour collecter et gérer, dans le périmètre institutionnel, des informations médicales et médico-sociales. Transmettre électroniquement les informations utiles et nécessaires le long de la chaîne de traitement est une suite logique. Cette tâche de transmission et réception électronique de ces informations sera intégrée dans les contrats de prestations de ces acteurs.

Dans le domaine ambulatoire, la généralisation de l'usage de l'eHealth prendra plus de temps et ne fait pas partie de contrat de prestations.

5.7 Participation des médecins traitants

Participation des médecins traitants

Réponses à leurs besoins par :

des informations rapides,

La participation des médecins traitants sera progressive et soutenue par un ensemble de mesures :

- Réponse à leurs besoins⁸ et notamment de recevoir du monde hospitalier plus d'informations, plus synthétiques et dans des délais plus courts.
- Dans un premier temps, intégrer les médecins traitants comme destinataires d'informations et seulement dans un deuxième temps comme contributeurs.

⁸ Besoins identifiés à l'aide d'un sondage mené par le Service de la Santé Publique et la SVM auprès des médecins vaudois.

*des interfaces
simples,*

*des accès
sécurisés.*

- Mettre à leur disposition des interfaces utilisateurs simples.
- Permettre un accès sécurisé aux informations échangées depuis le portail du centre de confiance de la SVM et impliquer cette dernière comme relais de mise en œuvre de l'eHealth pour les médecins.

5.8 Ordre de grandeur des coûts et bénéfices

Coûts et bénéfices

Les coûts d'investissement pour construire à l'échelle du canton une plateforme eHealth hébergeant des dossiers patients partagés sont de l'ordre de grandeur de 10 millions de francs.

*Coûts
d'exploitation
plutôt que
d'investissement*

La réutilisation d'une solution existante permet de passer de coûts d'investissement à des coûts d'exploitation. Ces coûts sont alors proportionnels à l'utilisation de la solution. Au démarrage ils seront de l'ordre de 300'000.- et passeront à terme à un montant de l'ordre de grandeur de un à deux millions de francs suisses en fonction du périmètre fonctionnel⁹.

*Ordre de grandeur
CHF 1 à 2 mio/an
= 0.02% des coûts
de la santé*

Au niveau des bénéfices attendus, les objectifs de la Confédération formulés dans la stratégie nationale eHealth sont d'ordre qualitatif. Ceux cantonaux formulés dans le présent document le sont aussi.

*Bénéfices sous
forme de
ressources à
réallouer*

En 2012, il est encore difficile, tant au niveau national qu'international, de chiffrer les bénéfices directs visés. Toutefois, des études¹⁰ montrent un retour sur investissement des programmes de cybersanté de l'ordre de 7 ans. Les bénéfices sont principalement atteints sous forme de ressources libérées et minoritairement sous forme de cash.

*Coût et bénéfices
proportionnels à
l'usage*

Le mode de mise en œuvre incrémentale retenu par la présente stratégie vise des bénéfices relativement rapides. Ces bénéfices seront atteints par un déploiement de chaque projet généralisé à tout le canton dans les deux à trois ans suivant son lancement. Les bénéfices de la première étape sont construits sur les volumes de transfert et ceux de la deuxième étape en visant des patients grands consommateurs de soins ou en situation fragile.

*Résultats positifs
de la première
étude d'impacts*

Les premières études d'impact des projets pilotes montrent des gains d'efficacité provenant d'économie sur les tâches de manipulation du papier (impression, copies, fax) et d'élimination des ressaisies à l'hôpital, au BRIO à l'EMS. Ces gains se chiffrent en plusieurs EPT (équivalent plein temps)¹¹.

Ces gains sont répartis sur de nombreuses activités et postes. Ils ne

⁹ Ces montants ne comprennent pas les coûts de réalisation et d'exploitation des interfaces informatiques de chaque prestataire de soins avec la plateforme eHealth ainsi que les temps de saisie et consultation des informations.

¹⁰ Etude d'impact eHealth commandée par le département fédéral de l'intérieur « Regulierungsfolgenabschätzung LDEP » sept. 2011 et Etude d'impact eHealth commandée par l'Union Européenne « eHealth is worth it » 2006

¹¹ Les gains ne proviennent pas uniquement de la plateforme eHealth mais de tous les éléments de la chaîne de transmission des informations à commencer par les systèmes d'information de chaque prestataire de soins, la saisie d'informations sous forme électronique, les processus organisationnels, la conduite des projets, le suivi et l'analyse des indicateurs

Avec des coûts raisonnables des bénéfiques quantitatifs intéressants en sus des gains de qualité et sécurité

peuvent être réalisés que si ces ressources libérées sont allouées à de nouvelles tâches. Dans un contexte de vieillissement de la population et de pénurie de personnel, cela est tout à fait réalisable.

Ces gains seront régulièrement mesurés et complétés par les indicateurs quantitatifs récoltés sur chacun des projets (voir les fiches de projets du chapitre 4.2). Ils montrent déjà, qu'avec des coûts d'exploitations raisonnables (0.02% des coûts de la santé), des gains d'efficacité non-négligeables et intéressants peuvent être réalisés. Ceci en complément aux objectifs qualitatifs d'amélioration de la qualité et sécurité des soins qui en eux justifient déjà l'effort eHealth.

5.9 Plan de financement

Plan de financement

Basé sur des coûts d'exploitation

Des coûts progressifs selon l'usage et les bénéfiques

La collaboration avec le Canton de Genève et son partenaire industriel, La Poste Suisse, permet la **réutilisation d'une solution existante**. Ceci évite au Canton de Vaud de devoir procéder à un investissement de construction d'une solution. Les coûts importants d'un investissement initial sont ainsi remplacés par des coûts d'exploitation.

Ces **coûts d'exploitation sont progressifs**, composés principalement

- d'une partie liée à la connexion de chaque organisation,
- d'une partie liée aux volumes de transfert d'informations,
- d'une partie liée aux nombres de dossiers patient partagés.

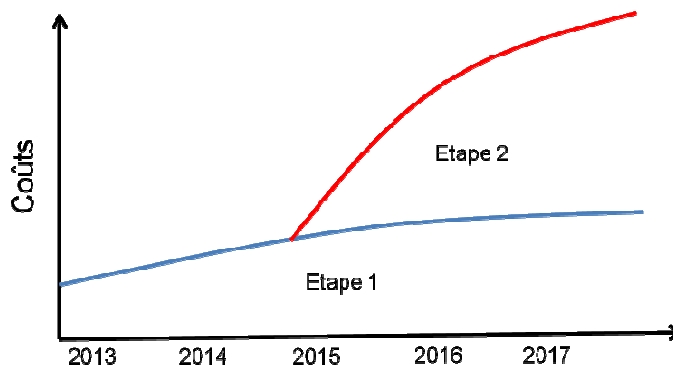


Figure 8 Evolution progressive des coûts

Les coûts sont ainsi **proportionnels à l'usage** et indirectement aux bénéfiques.

Un financement de l'Etat pour les transferts d'informations

L'Etat finance l'utilisation de la plateforme pour les transferts d'informations entre prestataires de soins (étape 1), fournissant ainsi un outil pour améliorer la continuité des prises en charge dans le système sanitaire vaudois.

Un financement des dossiers patient partagés à définir

Les modalités de financement de la fonctionnalité **dossiers patient partagés** (étape 2), sont encore à définir. A priori, ce financement devrait être assuré **par les bénéficiaires** de cet outil, par exemple : le patient lui-même, une structure de soins intégrés à laquelle le patient choisit d'adhérer, l'Etat dans le cadre d'un programme cantonal pour une cohorte de patients ou les financeurs du système de santé Etat-assureurs. Dans tous les cas, le financement du dossier patient partagé ne donne aucun droit d'accès au contenu de ces dossiers.

5.10 Evaluation des projets et démarche d'amélioration continue

Les projets seront évalués

Chaque projet eHealth fera l'objet d'une évaluation. Les indicateurs permettant cette évaluation seront définis dès la phase de conception de ces projets.

L'évaluation portera sur des aspects d'efficacité et de qualité des soins, de sécurité des patients ainsi que de satisfaction des patients et des professionnels de santé.

Processus d'amélioration continue

Ces évaluations régulières font partie intégrante du concept de mise en œuvre incrémentale et par étape de l'eHealth dans le canton tel que décrit au chapitre 3.4 et 4.2. Elles permettent de mettre en place des processus d'amélioration continue au niveau de la qualité et de la complétude des données échangées, de la fluidité des processus, de l'information et de la formation des professionnels de santé et des patients, des indicateurs de résultats.

6 Annexes

Annexe 1 Glossaires

Cybersanté (ou eHealth)	<p>« <i>Utilisation intégrée des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'organisation, le soutien et la mise en réseau de tous les processus et acteurs du système de santé</i> » .</p> <p>Dans ce document on retient pour cybersanté ou eHealth, le périmètre défini dans la stratégie nationale à savoir celui du dossier patient partagé et des échanges électroniques de données médicales entre prestataires. Ce périmètre s'interface avec les systèmes d'information des prestataires, mais ne les inclut pas.</p>
DEP : Dossier Electronique du Patient	Synonyme de « Dossier Patient du Partagé », voir définition ci-dessous.
DPI : Dossier Patient Institutionnel	Dossier patient interne à une institution ou à un cabinet de médecin. Les projets <i>DOPHIN</i> ou <i>IRIS</i> sont des DPI.
DPP : Dossier Patient Partagé (ou DEP)	<p>« Le dossier patient partagé, DPP, livre un aperçu des données médicales essentielles d'une personne. Le dossier peut comprendre les rapports d'opérations et les rapports de sortie d'un hôpital, des résultats de laboratoire importants, des radiographies et des données numériques se rapportant à d'autres examens. Chaque patient doit pouvoir déterminer qui est autorisé à voir ses données et lesquelles plus particulièrement » (définition officielle selon e-health-suisse.ch)</p> <p>Correspondance en allemand « Elektronisches Patientendossier », Correspondance en anglais « electronic health record EHR »)</p>
<i>DOPHIN</i> Dossier Patient Hospitalier Informatique Intégré Institutionnel	Projet mené de manière conjointe par le CHUV et les hôpitaux de la FHV pour construire leur dossier patient interne à l'institution. Des extraits utiles et nécessaires de ce dossier peuvent nourrir le DPP. Le projet <i>DOPHIN</i> est un type de DPI
eHealth	Mot anglais signifiant cybersanté (on le trouve aussi orthographié e-health ou ehealth).
Utilité de l'eHealth	Dans ce contexte : service, fonction et avantage que la mise en œuvre de l'eHealth doit fournir aux acteurs du système de santé, en remplissant un besoin spécifique.

Annexe 2 Projets pilotes¹²

Mercure et Vénus

A la sortie du CHUV ou d'un hôpital régional, les patients en perte d'autonomie qui ne peuvent rentrer directement à domicile sont souvent orientés vers un court séjour dans un établissement médico-social (EMS). Les informations utiles sont alors transmises de l'hôpital à l'EMS via un document médico-social de transmission (DMST), standardisé au niveau cantonal. Ce document permet la transmission d'informations administratives, de couverture d'assurance, la liste des contacts des professionnels de santé et des proches aidants impliqués dans la prise en charge, un résumé de l'état de santé, une évaluation de l'autonomie, un plan de médication ainsi que des données pratiques pour le jour du transfert.

Ces informations sont dorénavant automatiquement extraites du dossier patient informatisé de l'hôpital et transmises électroniquement et de manière sécurisée à l'EMS. Ces informations, envoyées par l'hôpital de soins aigus sont intégrées, sans ressaisie, dans le dossier patient informatisé de la structure d'hébergement accueillant ce patient. L'ensemble des EMS du canton offrant des courts séjours conventionnés sont aujourd'hui reliés de cette manière aux hôpitaux vaudois. Cela représente plus de mille transferts annuels. Le personnel de liaison à l'hôpital, dans les bureaux régionaux d'information et orientation ainsi que dans les EMS apprécient fortement ce nouvel outil de travail efficace qui, de plus, réduit les erreurs de saisie.

Pour les patients, c'est l'assurance que les données utiles et déjà disponibles suivent leur itinéraire de prise en charge. Le déploiement de cette mesure à l'ensemble des EMS du canton est en cours.

Mars

Ce projet pilote a pour but l'échange électronique d'un dossier de transfert pour les patients passant d'un hôpital de zone au CHUV ou inversement est en cours de développement. Il se base sur le principe « l'information suit le patient ». Ce dossier de transfert pourra comprendre un avis de sortie, un plan de traitement, un DMST, des résultats de laboratoires et de radiologie ainsi qu'un rapport opératoire. Dans ce cas également, les informations utiles seront extraites automatiquement du dossier patient informatisé de l'hôpital envoyeur et mises à disposition de l'hôpital receveur. Ceci avec évidemment un contrôle strict des droits d'accès de l'équipe prenant le relais. Le préposé cantonal à la protection des données et à l'information participe d'ailleurs à ce projet depuis sa phase de concept. L'information échangée sera ainsi plus complète, disponible plus rapidement et plus lisible.

Pour le patient, cela signifie une meilleure continuité dans sa prise en charge, par exemple moins d'exams refaits par manque d'informations. Ce pilote sera testé en 2012 pour les transferts entre services d'urgence ainsi que lors de réhabilitations faisant suite à des opérations de chirurgie orthopédique. Cela représente, dans ce périmètre, plusieurs centaines de transferts annuels et, à terme, plusieurs milliers.

¹² Les projets ont été baptisés dans l'ordre des noms des planètes de notre système solaire.

Annexe 3 Processus d'élaboration de la stratégie eHealth VD

Conception	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conduite d'ateliers initiaux pour identification bénéfiques potentiels et présentation au Comité de pilotage eHealth et au chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du présent plan. 2. Communication aux parties prenantes de la présente démarche et désignation de représentants au groupe d'experts par le DSAS et contact pour processus de consultation. 3. Évaluations projets en cours (indicateurs + sondage). 4. Réunions des membres du groupe d'experts de manière plénière ou par groupe thématique. 5. Rédaction d'une première version de la stratégie.
Validation	<ol style="list-style-type: none"> 6. Validation par le Comité de pilotage eHealth de cette première version. 7. Présentation au chef du DSAS. 8. Information aux acteurs, à la Commission de politique sanitaire et mise en consultation publique auprès des partenaires et de toute personne désirant formuler des remarques. 9. Analyse des remarques par le groupe d'experts et intégration dans une seconde version de la stratégie. 10. Validation par le Comité de pilotage eHealth.
Adoption	<ol style="list-style-type: none"> 11. Présentation de la stratégie au chef du DSAS. 12. Présentation de la stratégie au Conseil d'Etat pour adoption. 13. Communication aux acteurs de la stratégie adoptée.

Annexe 4 Bénéfices visés



Afin de faciliter la lecture les éléments génériques valables pour les quatre objectifs ont été regroupés dans le premier tableau ci-dessous et complété par les risques globaux et différents volets de gestion du changement.

Eléments génériques, valables pour les quatre objectifs


Bénéfice visé	<p>Vision globale sur l'historique du patient</p> <p>Sécurité du patient</p> <p>Qualité des soins</p> <p>Efficience</p>
Processus concernés	<p>Interactions patient – professionnels de santé (médecins traitants, spécialistes, CMS, pharmacies...)</p> <p>Entrée/sortie d'hôpital</p> <p>Prescription médicamenteuse</p> <p>Entrée dans système de santé</p>
Rôles et responsabilités	<p><i>Patient</i> : Consentement ; Avoir un moyen d'authentification (carte d'assuré) ; Pour les patient motivés, faire pression sur les professionnels de santé pour les échanges d'informations.</p> <p><i>Hôpitaux</i> : Enregistrer des patients ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits ; Publier des résumés de documents cliniques ; Mise à disposition d'informations supplémentaires (labos, radios).</p> <p><i>CMS</i> : Enregistrer des patients ; Publication des évaluations RAI ; Identification des situations fragiles à domicile ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits</p> <p><i>EMS</i> : Enregistrer des patients ; Publication des évaluations PLAISIR ou RAI ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits.</p> <p><i>Médecin généraliste</i> : Enregistrer des patients ; Publier des résumés de documents cliniques ; Publier des listes de problèmes et diagnostics ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits.</p> <p><i>Médecin spécialiste</i> : Enregistrer des patients ; Publier les propositions thérapeutiques par patient ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits.</p> <p><i>Assistante médicale</i> : Réception des informations ; Saisie des informations administratives ; Activités déléguées par le médecin.</p> <p><i>Pharmacien</i> : Enregistrer des patients ; Publie les médicaments effectivement délivrés (dispensation); Consulter le dossier patient en fonction de ses droits.</p> <p><i>Urgences pré-hospitalisation (144, SMUR, Ambulances)</i> : Consulter le dossier patient en fonctions de ses droits.</p> <p><i>Réseaux (ex. BRIO, Réseau de soins intégrés, gestion de cas, filière, call center)</i> : Enregistrer des patients ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits ; Publie des documents réseaux (ex : DMST).</p> <p><i>Assistants sociaux</i> : Accès aux informations administratives lorsqu'autorisé</p> <p><i>Représentant thérapeutiques, Proches aidants</i> : Accès à des informations spécifiques lorsqu'autorisé.</p> <p><i>Gestionnaire de cas d'une filière</i> : Enregistrer des patients ; Consulter le dossier patient en fonction de ses droits.</p> <p><i>Gestionnaire de cas de l'assurance sociale</i> : Pas d'accès.</p>

Rôles et responsabilités (suite)	<p><i>Santé Publique</i> : Garant du système ; Adaptation des lois ; Information grand public ; Financement et construction de l'infrastructure d'échange (plateforme informatique eHealth) ; Organiser un plan de formation eHealth ; Définition avec les partenaires des indicateurs, des contrôles qualité ; Evaluation des projets eHealth.</p> <p><i>Prestataire de service</i> : Hébergement composants eHealth ; Sécurité, Sauvegarde, Journalisation, Disponibilité, Helpdesk.</p> <p><i>Professions paramédicales</i> : Accès à des informations spécifiques lorsqu'autorisé.</p> <p><i>Laboratoires</i> : Publier des résultats de laboratoire.</p> <p><i>Politique</i> : Volonté de développer l'eHealth.</p>
Conditions cadres	<p>Processus matures</p> <p>Systèmes d'Information des prestataires de soins déployés (pour la publication)</p> <p>Contrats de prestations et accords de collaboration</p> <p>Documents standardisés</p> <p>Utilisation d'interfaces et de protocoles standards</p> <p>Consentement et enregistrement des patients</p> <p>Ergonomie</p> <p>Incitatifs</p> <p>Bases légales</p> <p>Volonté politique</p> <p>Appui des faïtières</p> <p>Etat garant</p> <p>Directives (transmission et échange d'information)</p>
Risques	<p>Création sur le long terme d'archive de documents non-gérés</p> <p>Stigmatisation de certains patients</p> <p>Perte de temps lors de la saisie</p> <p>Gestion de droit d'accès trop compliquée</p> <p>Enregistrement des patients insuffisant</p> <p>Information lacunaire ou pléthorique</p> <p>Le consentement sera-t-il éclairé ?</p> <p>Projet pilote simplifié qui n'est jamais consolidé</p> <p>Génération de stress pour le patient consultant son dossier</p> <p>Dérives commerciales</p> <p>Pas d'adhésion des professionnels</p> <p>Avoir pour certains échanges pendant trop longtemps une mixité des supports papier et électronique</p> <p>Disponibilité du système</p> <p>Fuite des données vers les assurances sociales</p> <p>Longue durée du projet global causant une perte de motivation et des objectifs</p> <p>Niveau de maturité eHealth insuffisant chez les acteurs</p>
Gestion du changement	<p>Appuis sur les professionnels de terrains</p> <p>Perception d'une valeur ajoutée pour chaque acteur</p> <p>Gains visible tôt dans le déploiement</p> <p>Accompagner l'évolution de la relation patient-soignant</p> <p>Information au grand public</p> <p>Politique active de recrutement/enregistrement des patients</p> <p>Rôle des organismes faïtières</p> <p>Implication des proches aidants</p> <p>Ludification de la cybersanté</p> <p>Formation</p> <p>Démarrer avec une filière/pathologie ou une cohorte ou un réseau ou un programme cantonal</p>


Continuité de la prise en charge

Bénéfices visés	Meilleure continuité de la prise en charge grâce à une meilleure transmission de l'information (l'information suit le patient ISP). Les documents sont créés et transmis plus rapidement. Les documents sont transmis plus systématiquement. Les informations transmises sont de meilleures qualités (exhaustivité, lisibilité). Diminution des doublons d'examens/analyses.		
Processus concernés	Sortie d'hôpital vers EMS, CMS, autre hôpital, retour à domicile. Hospitalisation électorale. Avis d'hospitalisation au médecin traitant et retour d'info. Autres transferts de patients entre prestataires de soins.		
Rôle et responsabilités des acteurs	<i>Patient</i> : Consentement explicite aux transferts qui permet implicitement à l'échange d'informations. <i>Hôpitaux</i> : Enregistrement du consentement explicite aux transferts, promptitude dans l'envoi et la réception d'informations lors de transferts. <i>CMS</i> : Promptitude dans l'envoi et la réception d'informations lors de transferts. <i>EMS</i> : Promptitude dans l'envoi et la réception d'informations lors de transferts. <i>Médecin généraliste</i> : Promptitude dans l'envoi et la réception d'informations lors de transferts. <i>Médecin spécialiste</i> : Promptitude dans l'envoi et la réception d'informations lors de transferts. <i>Pharmacien</i> : accès au plan de traitement de sortie d'hôpital. <i>Réseaux (BRIOs)</i> : Promptitude dans l'envoi et la réception d'informations lors de transferts.		
Indicateurs	Délais d'envoi. Nb et taux de documents envoyés et consultés électron. par type d'acteur et par acteur spécifique. Diminution des doublons d'examens/analyses. Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés). Enquête de satisfaction prestataires et patients. Outcome : taux de réhospitalisation (comparaison avant/après).		
Cond. cadres	Formalisation du consentement implicite déduit du consentement explicite au transfert. Gratuité pour les patients.		
Initiatives eHealth	Transmission de documents de transferts : (DMT, DMST, labo, liens sur radio, rapport pathologie, liste des problèmes, prescription (y-c. modif ou arrêt traitement), allergies, scores cliniques, rapports médecine spécialisée, document de préhosp, ECG, document d'admission, avis d'entrée, ...).		
Phasage du déploiement	<u>En termes de documents :</u> DMST DMT (Faxmed) Labo Lien sur radios Avis d'entrée ECG Plan médication	<u>En termes d'acteurs</u> BRIO EMS Hôpitaux CMS Médecins traitants Pharmaciens Cliniques privées Patients	

Tableaux de bord spécifiques par la filière

Bénéfices visés	<p>Meilleure prise en charge des patients chroniques grâce à des tableaux de bord partagés.</p> <p>Le suivi des malades chronique est amélioré par le partage d'informations spécifique par pathologie.</p> <p>L'efficacité d'une filière est améliorée car les différents acteurs ont accès aux informations médicales pertinentes concernant les autres pathologies éventuelles du patient.</p> <p>Le patient est plus autonome et est soutenu par une éducation thérapeutique.</p> <p>Des hospitalisations dues à des épisodes aigus évitables de malades chroniques sont diminuées.</p> 	
Processus concernés	<p>Filière de prise en charge de malade chroniques souffrant d'une pathologie déterminée.</p> <p>Suivi planifié dans la filière.</p> <p>Traitement hors filière lors par ex. hospitalisation en urgence.</p> <p>Saisie d'information par le patient (glycémie, poids, pression, ...).</p>	
Rôle et responsabilités des acteurs	<p><i>Patient</i> : participe à une filière, prend des notes dans un volet spécifique de son dossier et partage ces informations avec ses prestataires de soin.</p> <p><i>La filière</i> (dont les filières conduites par les réseaux) : Définit ses règles de fonctionnement pour le patients et les prestataires de soins (processus, responsabilité, rôles, consentement).</p> <p><i>Réfèrent du patient pour la filière</i> (Méd. traitant, Gestionnaire de cas de la filière, Infirmière du CMS) : Enregistrement des patients, éducation thérapeutique, revue de dossier.</p> <p><i>Hôpitaux</i> : Participation à la filière.</p> <p><i>CMS</i> : Participation à la filière.</p> <p><i>EMS</i> : Participation à la filière.</p> <p><i>Médecin généraliste</i> : Participation à la filière.</p> <p><i>Médecin spécialiste</i> : Participation à la filière.</p> <p><i>Pharmacien</i> : Participation à la filière. Publie des mesures de paramètres cliniques faites en pharmacie.</p>	
Indicateurs	<p>Nb et taux de dossiers patient par filière et de patients dans la filière.</p> <p>Fréquence d'actualisation des tableaux de bord.</p> <p>Taux de document consultés.</p> <p>Enquête de satisfaction prestataires et patients.</p> <p>Nb hospitalisations dues a des événements aigus de la maladie chronique qui auraient pu être évitées (méthodologie de mesure encore à développer).</p> <p>Étude de cohorte sur une pathologie chronique prise en charge par la filière.</p>	
Cond. cadres	<p>Processus et gouvernance de la filière mature (défini, accepté, ressources allouées).</p>	
Initiatives eHealth	<p>Tableau de bord spécifique pour prise en charge par une filière (Diabète, AVC, BPCO, Soins pal, asmathiques, insuffisants cardiaques, cancéreux, dialysés, patients psychiatriques chronique...) :</p> <p>Données cliniques consolidées,</p> <p>information d'éducation thérapeutique,</p> <p>interactions médecin-patient.</p>	
Phasage du déploiement	<p><u>En termes de fonctionnalité :</u></p> <p>Documents spécifiques</p> <p>Tableaux</p> <p>Rappel patient</p> <p>Alerte aux professionnels</p> <p>Notes du patient</p> <p>Indicateur épidémiologique</p>	<p><u>En termes de filière :</u></p> <p>Programme BRIO, Neuro-réhabilitation</p> <p>Soins palliatifs</p> <p>Médecine hautement spécialisée</p> <p>Diabète,</p> <p>24h/24h retour à domicile</p> <p>Oncologie</p> <p>OSRIC</p> <p>Haut-Léman</p>


Plan de traitement médicamenteux partagé

Bénéfices visés	<p>Meilleure sécurité des patients grâce à un plan de traitement médicamenteux partagé.</p> <p>Les professionnels se sentent plus sûrs et meilleurs pour la prescription.</p> <p>La vue d'ensemble et consolidée du plan de traitement et sur l'auto-médication permet un meilleur contrôle (manuel ou automatisé) des interactions médicamenteuses et ceci particulièrement pour les patients polymédicamentés.</p> <p>La traçabilité des modifications/substitutions médicamenteuses faites par l'hôpital permet l'amélioration de la réconciliation des prescriptions hôpital/ambulatoire faites par le pharmacien ou le médecin traitant après la sortie de l'hôpital.</p> <p>À terme, une aide à la prescription (nom substance, dosage, posologie, contrôle d'interaction, ...) pourra être systématisée pour toute prescription médicamenteuse (en ambulatoire et en stationnaire).</p> <p>Le patient dispose d'informations sur ses prescriptions, sur son auto-médication, reçoit des rappels et des conseils d'éducation thérapeutique. Ainsi sa compliance vis-à-vis de la prise de médicament est améliorée.</p> <p>Le PTP est un indicateur de complexité du patient utile lors d'une nouvelle prise en charge.</p> <p>Certains médicaments (dont ceux à risque) peuvent faire l'objet d'un suivi épidémiologique.</p> 
Processus concernés	<p>A l'entrée à l'hôp. (urg ou électif) consultation du PTP.</p> <p>Sortie d'hôpital avec ordonnance et mise à jour du PTP de l'hôpital puis suivi par médecin.</p> <p>Contrôle, réconciliation entre prescription hôp et amb. et mise à jour par le pharmacien.</p> <p>Prescription par le médecin et mise à jour du PTP.</p> <p>Suivi (semainier, compliance, ...) par CMS + pharmaciens.</p> <p>Cercle de qualité ciblé PTP de patients individuels.</p> <p>Vue patient ou proches aidants autorisés.</p> <p>Enregistrement des patients à la pharmacie.</p>
Rôle et responsabilités des acteurs	<p><i>Patient</i> : Déclarer tous les médicaments qu'il prend.</p> <p><i>Hôpitaux</i> : Publication d'ordonnances, Mise à jour du PTP consolidé, Justifier les substitutions, Remise au patient du PTP consolidé.</p> <p><i>CMS</i> : Consultation PTP.</p> <p><i>EMS</i> : Consultation PTP.</p> <p><i>Médecin généraliste</i> : Publication d'ordonnances, Mise à jour du PTP consolidé, Réconciliation du PTP lors de la 1^{ère} consultation du patient à la sortie de l'Hôp., Remise au patient du PTP consolidé. Revue de dossiers individuels par cercles de qualité.</p> <p><i>Médecin spécialiste</i> : Publication d'ordonnances, Mise à jour du PTP consolidé.</p> <p><i>Pharmacien</i> : Remise au patient du PTP consolidé, Garant de la consolidation du PTP, Réconciliation du PTP lors du 1^{er} passage du patient à la sortie de l'Hôp., Revue de dossiers individuels (analyse de médication), Suivi du semainier.</p> <p><i>Urgences pré-hospitalisation</i> (144, Ambulances) : Consultation du PTP.</p>
Indicateurs	<p>Nb et taux de plans de traitement partagés ainsi que des mises à jour.</p> <p>Nb et taux d'enregistrements de patients ainsi que de consultations du PTP par type d'acteur.</p> <p>Nb et taux d'ordonnances vérifiées par un outil d'aide à la décision.</p> <p>Nb et taux de détections d'interactions conduisant à une modification de la prescription.</p> <p>Taux de renouvellement des médicaments.</p> <p>Enquête de satisfaction prestataires et patients.</p> <p>Résultat cercle de qualité (avec/sans PTP).</p> <p>Diminution du nombre d'hospitalisations dues aux interactions médicamenteuses évitables.</p> <p>Suivi épidémiologique sur certains médicaments (médicaments à risque) ou de certaines cohortes.</p>

Conditions cadres	<p>Prescription électronique à l'hôpital. Prescription électronique par les médecins traitants. Complétude des données par les interfaces pharmaciens (OFAC [seulement les médicaments facturés à l'assurance], chaînes, autres pharmacies). Evolution du rôle du pharmacien. Mise en place des cercles de qualité ciblés PTP.</p>	
Initiatives eHealth	<p>Plan de traitement médicamenteux partagé (PTP) qui comprend : les données sur les médicaments dispensés en pharmacie, l'historique des prescriptions hospitalières, l'historique des prescriptions des médecins traitants, une vue consolidée et tenue à jour du plan de traitement actuel, des outils d'aide à la prescription.</p>	
Phasage du déploiement	<p><u>En termes de fonctionnalité :</u> Dispensation e-ordonnances des hôpitaux e-ordonnances des médecins Plan consolidé Aide à la prescription (y.c. interactions, dosages particuliers, etc.), Indicateur épidémiologique</p>	<p><u>En termes d'acteurs :</u> Pharmaciens Hôpitaux CMS Médecins traitants Cliniques privées Patients</p>



Vision globale sur le patient

Bénéfices visés	<p>Meilleurs traitements et implication des patients grâce au dossier patient partagé.</p> <p>L'accès à des informations partagées par les différents intervenants améliore la continuité des prises en charge.</p> <p>Une vue globale du patient améliore la sécurité des traitements prescrits.</p> <p>L'élimination de doublons de saisies et d'examen amène des gains d'efficacité du système de santé et permet des réallocations de ressource.</p> <p>Les informations accessibles au patient contribuent à son autonomisation (<i>empowerment</i>).</p> <p>L'existence et le contenu de directives anticipées est connu et accessible lorsque nécessaire.</p> <p>Les professionnels se sentent « meilleurs » dans leur décision.</p> <p>Le dossier patient partagé peut être un appui au proche aidant autorisé.</p> <p>Permet à chaque intervenant de juger de la complexité du patient et de déclencher pour lui, si nécessaire, une prise en charge particulière.</p> <p>A terme, les données longitudinales anonymisées et en grand nombre sont une base de recherche épidémiologiques, notamment sur les trajectoires des patients.</p> <p>A terme, les données longitudinales anonymisées et en grand nombre soutiennent la planification.</p>	
Processus concernés	<p>Toutes prises en charge, mais en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prise en charge aux urgences, • toutes les transitions d'un prestataire de soins à un autre. <p>Prise en charge des patients suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • malades chroniques, • personnes âgées, • pédiatrie, • patients sans médecin traitant, • patients ayant une comorbidité somatique + psychique. <p>Autonomisation du patient.</p> <p>Soutien des proches aidants.</p>	
Rôle et responsabilités des acteurs	<p><i>Patient</i> : Consulte son dossier, prend des notes dans un volet spécifique de son dossier et partage ces informations avec ses prestataires de soin.</p> <p><i>Hôpitaux</i> : Participation aux échanges (publication/consultation).</p> <p><i>CMS</i> : Participation aux échanges (publication/consultation).</p> <p><i>EMS</i> : Participation aux échanges (publication/consultation).</p> <p><i>Médecin généraliste</i> : Participation aux échanges (publication/consultation).</p> <p><i>Médecin spécialiste</i> : Participation aux échanges (publication/consultation).</p> <p><i>Pharmacien</i> : Participation aux échanges (publication/consultation).</p>	
Indicateurs	<p>Nb et taux d'enregistrement de patients par acteur.</p> <p>Nb et taux dossiers et de documents publiés et consultés.</p> <p>Qualité des informations saisies (p.ex. champs essentiels renseignés).</p> <p>Enquête de satisfaction prestataires et patients.</p> <p>Nb de doublons d'examen évité (pointage par sondage).</p> <p>Etude épidémiologique sur un résultat clinique encore à définir.</p> <p>Sondages ponctuels en ligne type « cette information vous a-t-elle été utile ? oui / non, pourquoi ? ».</p>	
Conditions cadres	<p>Bases légales fédérales et complément VD.</p> <p>Processus d'enregistrement des patients.</p> <p>Système d'authentification sécurisée des patients et de chaque professionnel de santé.</p> <p>Participation des médecins traitants.</p> <p>Informations suffisantes à la population.</p>	

Initiatives eHealth	<p>Dossier patient partagé (DPP) comprenant : DMT, DMST, labo, accès au radio, allergies, directives anticipées, représentant thérapeutique, données utilitaires, ...</p> <p>Possibilité de prise de note par le patient tel que : mesure données cliniques (glycémie, poids, pression, ...) « carnet du lait » sur son état de santé, à l'attention du médecin traitant</p> <p>Modules provenant d'autres initiatives eHealth : tableau de bord pour filière, plan de traitement médicamenteux partagé, information pour <i>empowerment</i> du patient.</p>	
Phasage du déploiement	<p><u>En termes d'acteurs</u></p> <p>Hôpitaux BRIO EMS CMS Médecins trait Pharmaciens Cliniques privées Patients</p>	<p><u>En termes d'enregistrement des patients :</u></p> <p>Sortie d'hôpital Pilière Réseau VD Pharmaciens Zone pilote</p>



shutterstock - 82200860

Annexe 5 Composition des groupes de travail

Composition du Comité de Pilotage eHealth (état avril.2012)

AVASAD	Monsieur Charbon Jacques	Directeur de la Fondation La Côte
AVASAD	Monsieur Olivier Baillod	Directeur service syst. d'inf. et télécom.
AVDEMS	Monsieur Alain Gasser	Membre du comité, Directeur d'EMS
AVDEMS	Monsieur Pierre Berthet	Membre du comité, Directeur d'EMS
CHUV	Monsieur Oliver Peters	Directeur administratif et financier
CHUV	Monsieur Pierre-François Regamey	Directeur des Systèmes d'information
CORES	Dr. Olivier Bettens	Président
DINF/DSI	Monsieur Michel Frémaux	Directeur adjoint
DSAS/SSP	Monsieur Marc Weber	Chef de service adjoint
DSAS/SSP	Dr. Karim Boubaker	Médecin cantonal
FHV	Madame Patricia Albisetti	Secrétaire générale FHV (dès 1.10.2011)
FHVI	Monsieur Philippe Theytaz	Directeur FHVI
SVM	Monsieur Pierre-André Repond	Secrétaire général
SVM	Dr Jean-Pierre Pavillon	Président et médecin pratiquant
SVPh	Monsieur Pierre-Alain Rey	Vice-président

Composition du Groupe d'experts (état novembre.2011)

Association de patient	Madame Anne-Marie Bollier	Organisation suisse des patients
Directeur d'EMS	un directeur d'EMS	
DSAS	Madame Véronique Berseth	Conseillère du Chef du département
Médecin hospitalier	Prof. Jean-Blaise Wasserfallen	Directeur médical CHUV
Médecin hospitalier	Dr. Bertrand Vuilleumier	Directeur médical eHnv
Médecin urgentiste	Dr. Olivier Hügli	Médecin adjoint, service urgences CHUV
Médecins installés	Dr L.Tkatch, P. Valloton et P.Wiesel	
Pharmacien	Monsieur Pierre-Alain Rey	Vice-président SVPh
PPDI	Monsieur Christian Raetz	Prép. VD.prot. données et à l'information
Prise en charge gériatrique	Prof. Christophe Büla	Chef de service gériatrie CHUV
Recherche	Prof. Brigitte Santos-Eggimann	Responsable d'unité IUMSP
Représentant de l'industrie	IGeHealth	
Réseau de soin intégrés	Dr. Philippe Schaller	Fondateur Groupe médical d'Onex
Réseau de soins vaudois	Dr. Olivier Bettens	Président CORES
Réseau de soins vaudois	Madame Aurélie Rosemberg	Responsable syst. d'information CORES
Soins à domicile	Madame Claire-Lise Armitage	
Responsable eHealth GE	Monsieur Adrien Bron	Directeur général de la santé GE
Responsable eHealth VS	Dr. Alex Gnägi	Médecin chef, Service d'inf. médicale
Santé Publique	Monsieur Patrick Beetschen	
Soins infirmiers hospitaliers	Monsieur Vincent Adatte	Adjoint à la direction des soins CHUV
Soins infirmiers hospitaliers	Monsieur Jean-Luc Tuma	Directeur des soins GHOL

Annexe 6 Analyse SWOT

		Menaces	Opportunités
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Craintes de la population vis-à-vis de la sécurité et protection des données 2. Scepticisme et retenue chez les médecins traitants 3. Processus collaboratif et responsabilités de prises en charge transverses peu définis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmes de politique sanitaire orienté sur l'intégration des soins 2. Fortes attentes et besoins clairement exprimés par les prestataires de soins 3. Cadre de collaboration entre le service de la santé publique et la société vaudoise de médecine
Forces	<ol style="list-style-type: none"> 1. Systèmes d'information des partenaires institutionnels 2. Existence des Réseaux VD 3. Standard et composants technologique eHealth disponibles 	<i>Affronter</i>	<i>Promouvoir</i>
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Viser des bénéfices concrets. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cibler des processus de prise en charge collaboratifs et matures 3. Déployer des projets incrémentaux à l'échelle du canton
Faiblesses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible taux d'utilisation d'un dossier médical informatisé chez les médecins traitants 2. Pas encore de moyen d'identification et authentification des patients 3. Domaine nouveau avec peu de capitalisation d'expériences 	<i>Repenser</i>	<i>Modifier</i>
		<ol style="list-style-type: none"> 4. Démarrer par un mode de transmission de documents qui suivent le patient avant de passer à un mode de dossier patient partagé accessible aux ayant-droits 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Intégrer les prestataires de soins et les patients dans l'ordre de la mise en place de leur propre système d'information de dossier médical et de portails. 6. Développer des collaborations intercantionales.

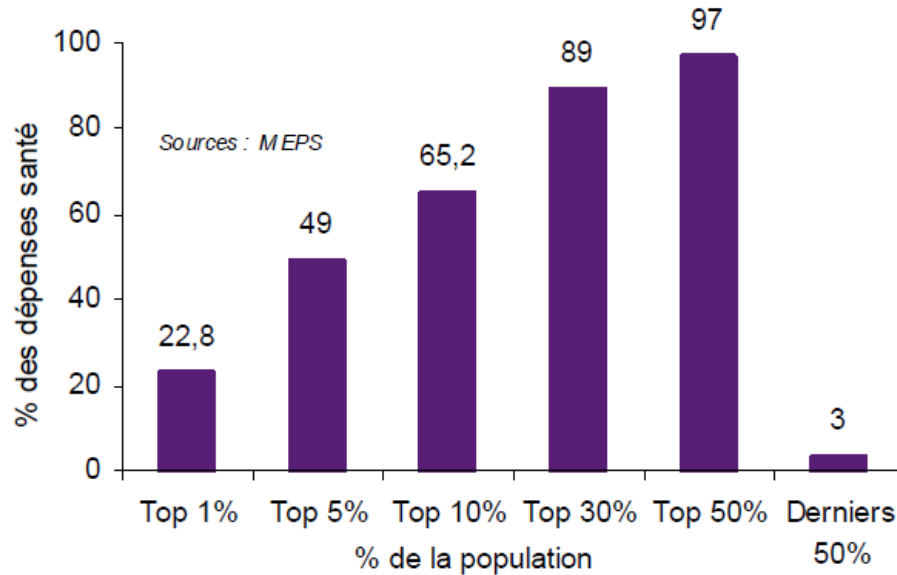
Annexe 7 Portefeuille de projets

Identification					Déploiement							vol à 100% doc/ans	nb utilisateurs
Projet	Flux	brève description	Documents écha	Utilité, bénéfice	S1 2011	S2 2011	S1 2012	S2 2012	2013	2014	2015		
Mercur >EMS												4'000	1'000
	ARCOS>EMS courts séjours	Pilote	DMST									500	50
	CORES>EMS	déploiement CORES-tous EMS	DMST									1'000	300
P1	BRIO>esante>EMS	migration sur esante.vd.ch										4'000	1'000
Venus >BRIO												14'000	1'000
	CHUV>ARCOS	Pilote	DMST	efficience, lien DOPHIN									
	Hôp>BRIOs	déploiement à tous les Hôpitaux	DMST	efficience, lien DOPHIN									
	Hôp>BRIOs>EMS	DMST V2.1	DMST_V2_1	données méd. Structurées									
P2	Hôp>esante>BRIOs	migration sur esante.vd.ch											
	CMS, EMS >BRIO	orientation depuis CMS ou EMS-CS											
Mars >Hôp												3'000	1'000
P3	hôpital<>Hôp	transfert d'infos lors transfert patient	DMT, Lettre de sortie	Lien DOPHIN, efficience, complétude								1'000	200
	Labos indépendants>Hôp	Intégration résul. labos indép.	résultats labo	efficience									
	CMS, Med, EMS >Hôp	hospitalisation depuis CMS, Méd, EMS	demande hospitalisation, éval RAI, DMST	efficience									
	Préhosp>Hôp	transmission de doc. pré-hosp	Documents de pré-hosp	sécurité									
	hôpital<>Hôp non-soarian	Déploiement 2014	DMT, Lettre de sortie	efficience, complétude									
	Instituts Radio.>Hôp	Intégration des résultats radiol.	résultats radio	efficience									
Jupiter >Méd												40'000	2'000
P4	Hôp>esante>méd	info au méd. via esante.vd.ch et email ou portail	DMT, Lettre de sortie	continuité, toutes sorties									
	Hôp>esante>méd et CTM	info au méd. via esante.vd.ch et email ou portail	Lettre de sortie	lien hop Readom									
	BRIO>méd	DMST via ehealth											
					atteint		planifié		target				

Identification					Déploiement								
Projet	Flux	brève description	Documents écha	Utilité, bénéfice	S1	S2	S1	S2				vol à 100% doc/ans	nb utilisateurs
					2011	2011	2012	2012	2013	2014	2015		
Saturne > CMS		\$										10'000	1'000
P5	BRIO>esante>CMS	envois él. DMST de BRIO vers CMS sans IRIS	DMST	continuité, sortie le week-end									
	BRIO>esante>CMS	envois él. DMST de BRIO vers CMS avec Iris	DMST	continuité, sortie le week-end									
	Hôp>esante >CMS	migration des "valises" sur esante	DMT+ DMST+éval RAI	lien hop CMS Reager/dom									
Uranus Pharmacies<>, Plan de												100'000	100
P6	OFAC+chaîne pharmacie>Hôp	liste dispensation lors d'hospitalisation en urgence	liste dispensation	sécurité médic.									
	Hôp>méd	transmission plan de médication hospitalier	plan de médication hospitalier	sécurité médic.									
	méd>Hôp	transmission plan de médication du médecin	plan de médication du médecin	sécurité médic.									
	méd>Pharmacie	ePrescription, gestion transactionnelle de	ordre de prescription électronique	efficacité, sécurité								>2015	
	tous	réconciliation en un seul plan actualisé	plan mis à jour	sécurité médic.								>2015	
Neptune Patients<>												#####	700'000
	Résultat Labo Hôp>DPP	"Commodity12", résultat labo cohorte diab.	résultat Labo hospitalier	projet d'étude cohorte diab.									
	MPI (master patient index)	serveur d'identité cantonal	Identifiant cantonal des patients	efficacité admin.									
	DPP avec module télémédecine>DPP	intégration de mesure d'appareil de télémédecine	data	patient à domicile									
	Prestataires<>DPP	tableau de bord par pathologie	consitution d'un tableau de bord	empowerment efficacité									
	Patients<DPP	portail patient	tous documents, éducation	empowerment									
	Patients>DPP (PHR pers. Health rec.)	Documents saisis par le patients lui-même	auto-évaluation, données de voyages									>2015	
	Recherche statistique sur données anonymisée	Recherche statistique sur données										>2015	
Pluton	Intercantonal (VS, FR, GE)		tous documents										
	VD<>GE	Flux de patient Patient vaudois pris en charges à Rennaz										>2015	
	VD>VS	Patient fribourgeois pris en charges ds la										>2015	
	VD>FR											>2015	
					atteint	planifié	target						

Annexe 8 Distribution des coûts de la santé

La distribution des coûts pour la population des Etats-Unis est représentée dans le graphe ci-dessous (source : Medical Expenditure Panel Survey).



La loi de Pareto se vérifie: moins de 20% de la population génère plus de 80% des dépenses de santé (en interpolant les données de ce tableau le Top 20% est >80%).

Il est possible de représenter ce graphe sous une autre forme : distribution des coûts par percentile de population (qui est la représentation utilisée au chapitre 4.1).

