

Données pertinentes pour le traitement dans le dossier électronique du patient

Fiche d'information à destination des institutions pour personnes ayant besoin de soutien

Conformément à la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), les EMS, les institutions de soins et les institutions pour personnes en situation de handicap qui fournissent des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins (AOS), doivent adhérer à une de référence d'ici au 15 avril 2022 au plus tard et avoir pris toutes les dispositions internes nécessaires à la connexion au dossier électronique du patient (DEP).

Définir les données pertinentes pour le traitement fait partie intégrante du projet de DEP interne de chaque établissement. La présente fiche d'information a pour but d'aider les EMS, les institutions de soins et les institutions pour personnes en situation de handicap dans cette démarche.

1. Introduction à la thématique et orientation de cette fiche d'information

« Les documents sont pertinents pour le traitement lorsqu'ils contiennent des informations qui, au moment de la prise en charge du patient, sont valables et décisives pour définir un traitement. » (eHealth Suisse, 2019, p. 7). Pour que la mise en œuvre du DEP soit un outil bien adapté, les données pertinentes pour le traitement doivent donc **être définies par les différentes institutions de santé**.

L'objectif du DEP est de permettre à tou-te-s les citoyen-ne-s, aux prestataires de soins en amont et en aval, ainsi qu'aux proches, d'accéder aux informations pertinentes concernant l'état de santé d'une personne. L'accès au dossier et sa vue d'ensemble doivent être assurés par une **structure facilement compréhensible**.

C'est pourquoi seules les données les plus importantes et pertinentes pour le traitement sont enregistrées dans le DEP. Il ne s'agit **pas de tout documenter**.

La première partie de ce guide pratique donne un aperçu de la manière dont l'institution peut procéder pour définir les données pertinentes pour le traitement dans le projet de DEP. Comment ces données sont intégrées dans le processus de soins ? Quels contenus documentaires sont chargés dans le DEP à partir des systèmes de documentation primaires et pour quel événement ? Dans la **seconde** partie, nous aborderons la manière de définir et de classer les données pertinentes pour le traitement et de les documenter pour la communauté de référence.

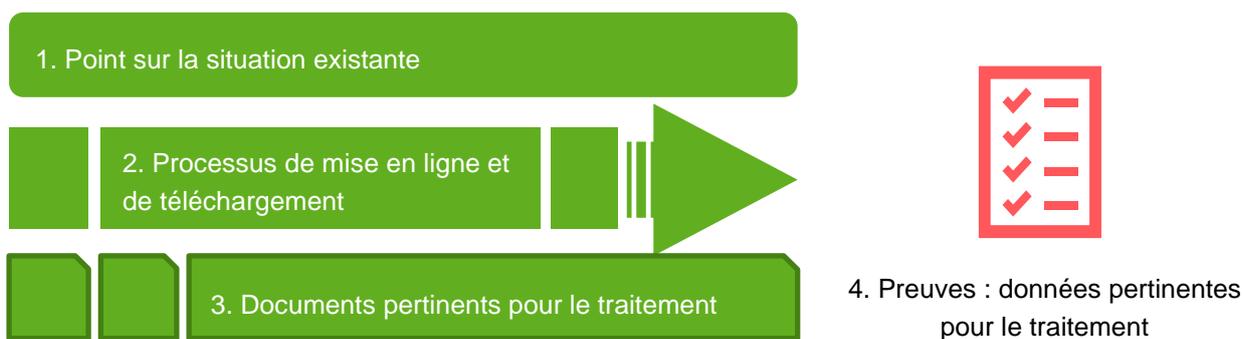
2. Procédure de définition des données pertinentes pour le traitement

Les données pertinentes pour le traitement sont définies dans le cadre du projet de mise en œuvre du DEP. Les preuves doivent être conservées avec la documentation finale en vue d'un éventuel audit par l'organisme de certification de la communauté de référence et être présentées le cas échéant. Pour le travail quotidien des professionnel-le-s de la santé et des auxiliaires, il est important que la définition des données pertinentes soit connue, facilement accessible et qu'elle puisse être consultée au besoin tout au long du processus.

Avant de présenter cette procédure de définition, il convient de souligner que chaque institution **prend contact** le plus tôt possible **avec sa propre communauté de référence** et détermine si celle-ci a développé pour ses membres des directives ou même des modèles concernant les données pertinentes pour le traitement, qu'il convient de respecter, respectivement d'utiliser en conséquence.

Voici les étapes qui peuvent être suivies lors de la définition des données pertinentes pour le traitement :

1. **point sur la situation existante dans l'établissement** : il convient de commencer là où se trouve l'institution. Souvent, il existe déjà des définitions plus ou moins détaillées de la structure des rapports de transfert et des plans de médication qui ont été introduites lors des moments de transfert décrits. Ces réflexions devraient être prises en compte pour la définition demandée ;
2. **définition des processus fondamentaux pour la mise en ligne et le téléchargement** des données pertinentes pour le traitement ;
3. **définition des événements de transfert** et des données correspondantes pertinentes pour le traitement à télécharger dans le DEP ;
4. **élaboration des preuves** contenant les données pertinentes pour le traitement pour la communauté de référence.



3. Processus fondamentaux : mise en ligne et téléchargement des données dans le DEP

Pour que les DEP donnent une bonne vue d'ensemble de l'état de santé actuel des résident-e-s, il est judicieux d'y **publier** ou d'y **conserver les versions précédentes** des données pertinentes pour le traitement (au moins) à l'occasion des événements suivants :

Par les soins (professionnel-le-s de la santé) ou les responsables administratif-ve-s (auxiliaires) :

- avant des examens hospitaliers ou ambulatoires à l'hôpital, dans des services psychiatriques, des cabinets de médecins de famille, auprès de partenaires pour le diagnostic ;
- avant les séjours hospitaliers en rééducation ;
- avant les départs à domicile en cas de prise en charge par les proches et/ou les services d'aide et de soins à domicile.

Par les résident-e-s ou leurs représentant-e-s lorsqu'il s'agit **d'établir** ou **d'actualiser** l'un des documents personnels recommandés (eHealth Suisse, 2019, pp. 11 ss.) :

- directives anticipées ;
- carte de donneur-euse d'organes ;
- données d'urgence (en particulier aussi les données qui concernent la médication).

4. Hypothèses de base pour l'institution de soins "Bellevue"

Cette partie cherche à répondre à la question suivante : quelles données concrètes doivent être publiées dans le DEP des résident-e-s et dans quelle qualité ? Les explications qui suivent se basent sur les recommandations d'eHealth Suisse (2019, pp. 9-12) concernant le classement des documents.

De manière **standardisée**, eHealth Suisse recommande la publication des contenus suivants :

- rapports médicaux et rapports de soins (p. ex. rapports de sortie et de transfert, d'opération, de consultation) ;
- anamnèses (p. ex. anamnèse familiale ou sociale) ;
- listes de médication ;
- listes de diagnostics (qui peuvent aussi faire partie du rapport de transfert) ;
- informations sur les allergies, les intolérances et les vaccins.

Ces données fournissent les informations de base les plus importantes pour l'évaluation de l'état de santé des patient-e-s après leur transfert vers un établissement de santé externe pour la suite du traitement.

Les données suivantes sont recommandées **en fonction de la situation** :

- prescriptions (p. ex. pour de la physiothérapie, demande d'aide et de soins à domicile) ;
- résultats (p. ex. résultats d'examens, d'analyses, de radiologie, y compris les images) ;
- évaluations (p. ex. mesures des performances, appréciations).

Les données adaptées à la situation ne sont pas toujours disponibles et peuvent être nécessaires aux personnes chargées du suivi du traitement en fonction des besoins de transfert des résident-e-s.

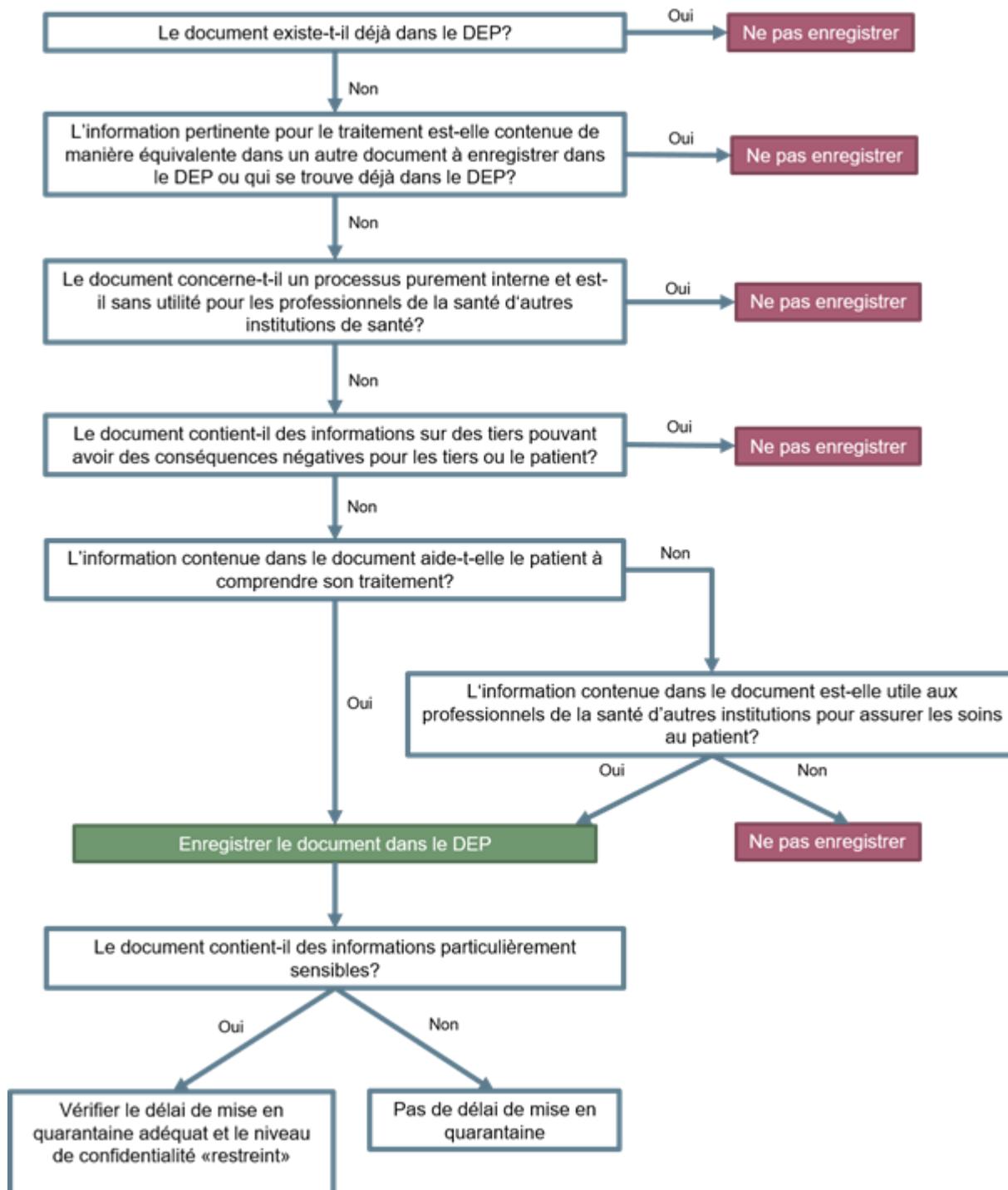
Le tableau ci-dessous montre l'interdépendance entre les différents événements, les personnes responsables et les données pertinentes pour le traitement :

Quand (événement)	Qui	Données ou documents relatifs au traitement
<p>Avant les examens hospitaliers et ambulatoires effectués par des prestataires de soins en aval</p> <p>Avant le passage à la rééducation en milieu hospitalier</p> <p>En cas de sortie à domicile (prise en charge par des proches et/ou les services d'aide et de soins à domicile)</p>	<p>Soins (professionnel-le-s de la santé) ou personne responsable de l'administration (auxiliaire)</p>	<p>Standardisé pour tou-te-s les résident-e-s :</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnèses (p. ex. familiales ou sociales) • liste de diagnostics (p. ex. dans le cadre du rapport de transfert) • informations sur les allergies/intolérances et les vaccins • liste de médication • rapport de soins pour le transfert (comprenant les moyens auxiliaires nécessaires) <p>Adapté à la situation (selon l'état de santé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions (p. ex. physiothérapie, demande d'aide et de soins à domicile) ; • résultats (p. ex. d'examens, d'analyses, de radiologie, y compris les images) ; • évaluations (p. ex. mesures des performances, appréciations).
<p>Lors de la création ou de la mise à jour du document</p>	<p>Résident-e- ou représentant-e</p>	<ul style="list-style-type: none"> • directives anticipées • carte de donneur-euse d'organes • données d'urgence

eHealth Suisse (2019, p. 10) met à disposition un organigramme de décision pour aider les professionnel-le-s de la santé et les auxiliaires à gérer de manière appropriée les données importantes pour le traitement. Celui-ci peut être utilisé au quotidien par les collaborateur-ice-s responsables du DEP :

Organigramme de décision pour le personnel de la santé

S'agissant des documents autres que ceux mentionnés précédemment, les professionnel-le-s de la santé peuvent s'aider de l'organigramme ci-dessous pour décider s'ils et elles les enregistrent ou non dans le DEP.



Source : eHealth Suisse, 2019, p. 10

5. Attribution de métadonnées lors du téléchargement pour garantir la recherche ultérieure de documents

Ce chapitre cherche à répondre à la question suivante : quelles informations doivent être classées dans le DEP des résident-e-s et comment les méta-informations doivent leur être attribuées afin qu'elles puissent ensuite être retrouvées par les différents prestataires de soins ? Cette étape est obligatoire et est ensuite consignée pour la communauté de référence comme preuve des données pertinentes pour le traitement.

L'ordonnance du DFI sur le dossier électronique du patient (ODEP-DFI) apporte une spécification technique qui définit quelles informations structurées (appelées métadonnées) doivent être attribuées à un document dans le DEP. Il est essentiel d'attribuer les métadonnées les plus appropriées possible pour que les documents puissent être retrouvés.

Pour cette étape, **une documentation** doit être créée **avec les informations introduites ci-après**. La documentation doit être élaborée sous la forme habituelle de l'entreprise (dans le système de gestion des documents, dans un fichier Word ou Excel, etc.).

Le **tableau** ci-dessous présente les **principales classes et types de documents** et peut être utilisé pour définir les critères de recherche des données pertinentes pour le traitement. Les documents en gras sont souvent issus d'une saisie directe par les professionnel-le-s de la santé dans les institutions et sont utiles à la vue d'ensemble nécessaire aux réflexions relatives au projet et au fonctionnement opérationnel.

Les contenus suivants sont recommandés pour atteindre les exigences minimales de téléchargement des documents dans le DEP :

- titre du document (titre parlant adapté au contenu) ;
- personne responsable du contenu dans le domaine (professionnel-le de la santé), qui vérifie le contenu du document et le télécharge ou le fait télécharger (par un-e auxiliaire) dans le DEP sous forme de fichier PDF ;
- classe du document sur la base de l'ordonnance sur le dossier électronique du patient (annexe 3, ODEP-DFI ; voir également le tableau au chap. 6) ;
- type de document selon la classification définie par l'ODEP (voir tableau au chap. 6) : choix selon la liste de propositions mise à disposition par la communauté de référence ;
- langue : allemand / français / italien ;
- établissement de santé : nom de l'institution → personne morale ;
- type d'établissement de santé : institution de soins.

Tous les documents ne proviennent pas du domaine des soins. Lors du téléchargement de données dans le DEP, il est important que leur source soit traçable (p. ex. une prescription médicale qui a été acquittée dans le système primaire ou un document numérique ou virtuel du corps médical traitant).

6. Classification et typologie des documents pertinents pour le traitement

Les principaux types et classes de documents selon SNOMED (nomenclature systématisée des actes médicaux) sont présentés ci-dessous. Ils servent à la standardisation des données médicales (informations complémentaires : eHealth Suisse, 2020).

Les **types de documents en gras** sont créés dans les institutions et peuvent être gérés par les collaborateur-ice-s responsables (en ce qui concerne leur contenu, ils doivent en partie être visés par les médecins

Classification et typologie des documents pertinents pour le traitement					
Documents pour les soins infirmiers	Médication	Rapports	Résultats	Prescriptions	Autres documents
Plan de traitement	Liste de médication (en cas de transfert)	Rapport de transfert	Résultats d'analyses	Prescription de physiothérapie	Carnet de vaccination
Classe de document : 734163000	Classe de document : 422735006	Classe de document : 422735006	Classe de document : 371525003	Classe de document : 440545006	Classe de document : 184216000
Type de document : 773130005	Type de document : 721912009	Type de document : 371535009	Type de document : 4241000179101	Type de document : 765492005	Type de document : 41000179103
Documentation des plaies	Ordonnance	Rapport de sortie (médical)	Résultats de radiologie	Prescription d'ergothérapie	Carnet des allergies
Classe de document : 371531000	Classe de document : 440545006	Classe de document : 422735006	Classe de document : 371525003	Classe de document : 440545006	Classe de document : 184216000
Type de document : 371532007	Type de document : 761938008	Type de document : 373942005	Type de document : 4201000179104	Type de document : 765492005	Type de document : 722446000
Soins de stomie	Schéma anticoagulant	Rapport de sortie succinct (médical)	Résultats d'échographie	Prescription de logothérapie	
Classe de document : 371531000	Classe de document : 422735006	Classe de document : 422735006	Classe de document : 371525003	Classe de document : 440545006	
Type de document : 371532007	Type de document : 721912009	Type de document : 373942005	Type de document : 4201000179104	Type de document : 765492005	
Rapport de transfert aux soins	Schéma insulinique	Rapport de consultation	Résultats de diagnostic (gén.)	Prescription d'aide et de soins à domicile	
Classe de document : 422735006	Classe de document : 422735006	Classe de document : 371531000	Classe de document : 371525003	Classe de document : 440545006	
Type de document : 371535009	Type de document : 721912009	Type de document : 371530004	Type de document : 419891008	Type de document : 765492005	
		Rapport d'opération			
		Classe de document : 371525003			
		Type de document : 371526002			

Sources

eHealthSuisse - Centre de compétence et de coordination de la Confédération et des cantons (2020). Fiche d'information. Métadonnées pour la classification des documents dans le DEP. [En ligne](#) (24.1.2022).

eHealth Suisse (2019). Informations pertinentes pour le traitement. Aide à la mise en œuvre pour les communautés de référence. [En ligne](#) (17.11.2021)

Informations complémentaires

"Dossier électronique du patient" avec FAQ sur tous les thèmes importants ([lien](#)) et avec diverses aides, en particulier :

- fiche d'information : Recommandations relatives au respect des exigences minimales pour la mise en œuvre de la LDEP dans les institutions pour personnes âgées et personnes en situation de handicap ([lien](#))
- guide pratique : Guide relatif à l'introduction du DEP pour les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance ([lien](#))
- fiche d'information : Aperçu des coûts de la connexion au DEP via la «Portallösung» ([lien](#))

Solution de branche pour le conseil et l'accompagnement des projets DEP internes aux institutions ([lien](#))

Éditeur

CURAVIVA, INSOS

Zieglerstrasse 53, 3007 Berne

Auteur

Andreas Grandits, Centre de compétence DEP S.A.R.L. (EPD Kompetenzzentrum GmbH)

Mode de citation

CURAVIVA, INSOS (2022), Données pertinentes pour le traitement dans le dossier électronique du patient. Fiche d'information à destination des institutions pour personnes ayant besoin de soutien. Ed. : CURAVIVA, INSOS

En ligne : curaviva.ch, insos.ch

Renseignements / informations

Anna Jörgger, collaboratrice scientifique

Courriel : anna.joerger@curaviva.ch

© CURAVIVA, INSOS, 2022