

Guide explicatif pour l'enrichissement du DMP avec la reprise partielle des documents de synthèse historiques référencés dans le DPI

Version 1.5 - 24 mars 2022

Le présent guide explicatif, à l'attention des établissements et de leurs éditeurs, principalement de dossier patients informatisés - DPI, et éventuelles plateformes d'intermédiation associées - PFI, décrit des recommandations concernant l'enrichissement du DMP avec la reprise partielle des documents de synthèse historiques référencés dans le DPI.

Il aborde l'intérêt, les modalités possibles, la faisabilité juridique, ainsi que les enjeux et les points d'attention.

Ce guide est conçu pour les établissements sanitaires mais il peut utilement servir pour la conduite de projets de reprise d'historique similaires dans les établissements médico-sociaux, via les dossiers des usagers informatisés (DUI), pour les médecins de ville, via les logiciels de gestion de cabinets (LGC), pour les biologistes médicaux de ville, via les systèmes de gestion des laboratoires (SGL), pour les radiologues de ville, via leurs systèmes d'information de radiologie (RIS), etc. en attendant l'élaboration de guides équivalents, dédiés à ces contextes.

Ce guide a vocation à être enrichi au fur et à mesure des retours des établissements se lançant dans le projet de reprise.

Sommaire

I – Introduction, besoin et intérêt	2
II – Description du projet	3
III – Faisabilité juridique	5
III – Enjeux techniques	7
IV – Adhésion des professionnels	12

I – Introduction, besoin et intérêt

Avec le déploiement de *Mon espace santé*, lancé le 31 janvier 2022, il est essentiel que les citoyens puissent disposer de leur historique de santé. C'est un élément majeur dans l'appropriation de cet outil et pour permettre leur meilleure prise en charge dans leurs prochains épisodes de santé.

Aussi, au-delà du flux¹ de documents², qui fait l'objet d'une obligation d'alimentation pour les professionnels pour certains types de documents et d'évolutions dans le cadre du financement à l'équipement Ségur Numérique vague 1, la puissance publique incite les acteurs de santé, qu'ils soient établissements ou libéraux, à organiser une reprise exceptionnelle (qui n'a lieu qu'une fois par patient et par établissement) vers le DMP de l'historique³ de ses documents de synthèse pertinents⁴ dont ils disposent dans leurs logiciels, à l'occasion d'une nouvelle venue du patient ou hors de ce cadre.

C'est une demande forte des patients et de leurs associations, ainsi que des acteurs qui seront amenés à consulter des documents référencés dans le dossier médical partagé (DMP) comme les professionnels de santé, ainsi que les applications référencées au catalogue d'applications de *Mon espace santé*.

Pour les patients, ce besoin est notamment justifié par les raisons suivantes :

- Pour alimenter les documents historiques dans leur espace santé, les patients ne peuvent pas toujours le faire par eux-mêmes, car :
 - Ils ont souvent **égaré ces documents**, dont la mémoire n'existe ainsi plus que dans les logiciels des établissements et professionnels de santé qui les ont pris en charge ;
 - Parfois, les patients n'ont **jamais été destinataires des documents de santé qui les concernent** ou n'ont jamais réussi à les obtenir même après en avoir fait la demande auprès des professionnels et établissements qui les prennent en charge ;
 - Lorsque les patients sont détenteurs de leurs documents de santé historiques, la **procédure d'import des documents dans *Mon espace santé* par le patient** (scan puis import, prise de photo, etc.) **est trop complexe pour certains**, malgré les efforts réalisés sur l'ergonomie et l'accompagnement des citoyens, **ou représente une charge temporelle trop importante pour d'autres**, notamment pour les patients chroniques avec beaucoup de documents de santé. Par ailleurs une donnée importée par un patient dans *Mon espace santé* est toujours identifiée comme telle et peut parfois être considérée comme 'moins fiable' par un professionnel qui consulterait le DMP du patient ;
 - Les patients n'ont pas toujours les éléments pour apprécier la pertinence de l'import de tel ou tel de leurs documents de santé.

¹ Le flux correspond aux documents de santé produits dans le cadre d'épisodes de santé et alimentés directement au DMP pendant ou à l'issue de ce même épisode.

² Voir section II 1) pour le détail des documents de santé concernés.

³ Documents datant d'anciens épisodes de santé.

⁴ Documents qui peuvent servir dans le futur, au patient et/ou au professionnels qui le prendront en charge.

- Ces documents historiques sont susceptibles d'être utiles dans certaines situations comme les prises en charge en urgence, les réalisations de diagnostics, etc.

Une telle opération de reprise de l'historique des documents de santé référencés dans les logiciels des établissements permettra ainsi à *Mon espace santé* de réellement rendre au citoyen la maîtrise sur ses données de santé, en lui donnant un accès direct et immédiat à son historique de santé. Des démarches équivalentes sont conduites vis-à-vis des professionnels libéraux.

En ce qui concerne la lisibilité des DMP des patients qui pourraient ainsi compter plusieurs dizaines, voire centaines de documents pour des patients atteints de pathologies chroniques, la conception a été réalisée pour pouvoir permettre d'avoir un classement chronologique et du filtrage, notamment par date de document et type de document (volet de synthèse médicale, compte-rendu de biologie médicale, etc.).

Cette alimentation exceptionnelle pourra être réalisée à partir de la mi-2022, date à laquelle les ouvertures automatiques des DMP des citoyens auront été effectuées pour l'ensemble des départements, suite à l'envoi des courriers postaux et électroniques d'information individuelle (procédure dite d'*opt-out*). On estime qu'à cette échéance, il y aura environ 90% de DMP ouverts contre environ 15% actuellement.

Une telle alimentation des DMP des personnes avec des données antérieures est par ailleurs mise en œuvre dans le cadre de la crise Covid-19, pour les attestations de vaccination (Vaccin Covid) et de dépistage (SI-DEP), dans la limite des durées de conservation prévues pour ces traitements.

II – Description du projet

Le retour des établissements qui se sont déjà engagés dans cette démarche montre qu'il n'y a pas une manière unique de faire et qu'il est essentiel de s'adapter aux spécificités locales qui peuvent avoir beaucoup d'impacts sur cette reprise.

Aussi, il convient d'abord de définir localement, sur la base de ce guide et des éventuels échanges avec les représentants des professionnels et des patients, (1) les documents à verser, (2) jusqu'à quelle ancienneté remonter, et (3) les modalités (avant/après venue et/ou hors venue, manuellement / automatiquement, etc.), tout en échangeant avec ses éditeurs sur la faisabilité technique des différentes modalités.

1. Les documents à verser au DMP

Seront notamment concernés les documents de synthèse historiques que les établissements pourront alimenter au DMP à partir de leur dossier patient informatisé (DPI) ou d'autres logiciels pertinents :

- Les **comptes rendus hospitaliers (CRH)**, cités à l'art. [L. 1111-15](#) / Les **lettres de liaison de sortie (LLS)**, citées à l'art. [L. 1112-1](#) ;
- Les **comptes rendus opératoires (CRO)**.

Plus généralement, tout autre document jugé pertinent pour l'historique de santé du patient pourra faire l'objet d'une telle reprise. C'est par exemple le cas pour les **compte-rendus de consultation** et les **certificats de vaccination**.

Les **comptes rendus de biologie médicale et d'imagerie médicale**, ainsi que les **ordonnances de sortie**, même s'ils doivent être alimentés en flux, ne semblent pas devoir faire l'objet d'un rattrapage historique systématique, mais cela reste une possibilité, notamment dans la perspective d'une alimentation manuelle s'ils semblent pertinents du point de vue de l'historique médical.

Des **échanges avec les professionnels producteurs et de l'information médicale (médecin DIM, etc.)** peuvent être intéressants pour affiner la liste des types de documents à envoyer, qui peut-être différente d'un service à l'autre, en fonction de particularités locales. Cela peut utilement faire l'objet d'échanges à la commission médicale d'établissement et avec les représentants de patients.

2. Jusqu'à quand remonter dans l'historique ?

Afin de définir la profondeur de l'historique qu'on va rechercher, il est proposé de définir comme maximum la profondeur temporelle de 20 ans, correspondant à la durée de conservation des données applicable aux dossiers patients informatisés des établissements⁵.

S'il est indiqué de viser une profondeur historique la plus longue possible, elle peut être ajustée à la baisse par les établissements de santé en fonction de leurs caractéristiques propres (ex: date de l'informatisation, date de mise en place de nouveaux processus d'identitovigilance, décision locale, etc.), et être adaptée en fonction des types de services et des pathologies des patients, par exemple avec une profondeur historique plus importante en cancérologie et pour certaines maladies chroniques.

Pour intégrer un maximum de situations, la durée retenue pour le calcul de l'indicateur bonus dans le programme SUN-ES est de 5 ans.

3. Alimentation automatique ou manuelle ? À quelle occasion effectuer la reprise ?

Plusieurs possibilités, non exclusives, sont possibles. Elles peuvent être mises en place par paliers successifs (ex: d'abord un pilote sur de l'alimentation manuelle, puis une mise en place d'une automatisation) et/ou différenciées par type de service clinique (ex: de l'alimentation manuelle pour un service de cancérologie et de l'alimentation automatique pour un service de chirurgie orthopédique).

a) Alimentation automatisée et/ou alimentation manuelle

Si l'éditeur le permet, il est possible de procéder à une **alimentation automatique** sur la base de filtres paramétrés (types de documents tels que définis dans le logiciel (cf § 1), date de ces documents (cf § 2) et d'autres critères comme le statut de l'identité - voir [§ III - 2 - b] pour plus de détails techniques). Même si la reprise ne doit être effectuée qu'une fois par patient, ce type d'alimentation est à privilégier au vu de la surcharge de travail que représente une **alimentation manuelle**, notamment pour les plus gros établissements.

Cette alimentation manuelle consiste en un choix des documents par le professionnel responsable de la prise en charge, ou de toute personne à qui il délèguerait cette mission (infirmier de coordination, secrétariat médical, etc.), au vu de leur caractéristiques (date, type, alimentation préalable, etc.) et de leur pertinence vis-à-vis de l'historique de santé du patient et des prises en charge futures.

b) Alimenter à la venue (avant/après) et/ou hors venue

⁵ Référentiel CNIL sur les durées de conservation:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042158192>

Il est possible :

- soit **d’attendre la nouvelle venue des patients** pour effectuer la reprise, en amont (à la pré-admission par exemple), pendant ou après leur nouvel épisode de santé ;
- soit **d’alimenter les documents hors de ce cadre, sans que le patient ne revienne**, au moins sur la sous-partie des patients pour lesquels les critères sont remplis (identité qualifiée, vérification que le patient n’est pas décédé, etc.).

Il est aussi possible de combiner ces différentes options, par exemple en faisant une alimentation automatisée pour les patients pour lesquels c’est possible, et de manière manuelle à l’occasion de leur première nouvelle venue pour les autres.

III – Faisabilité juridique

1. Fondement juridique : une obligation d’alimentation déjà existante

L’article L. 1111-15⁶ du code de la santé publique (CSP) prévoit déjà, depuis 2009, une obligation générale pour tous les professionnels de santé d’alimenter le DMP à partir de certaines données qu’ils produisent, lorsque ces informations sont nécessaires à la coordination des soins du patient.

En décembre dernier, par amendement à la loi Accélération et Simplification de l’Action Publique (ASAP), cet article a été complété pour renforcer cette obligation et la clarifier :

- Il prévoit désormais, en plus du versement au DMP, des obligations d’envoi par messagerie sécurisée (MSS) entre professionnels, d’une part, et au patient, d’autre part ;
- Il renvoie désormais à un arrêté le soin de lister les documents couverts par ces obligations, en rappelant les obligations déjà existantes par ailleurs dans d’autres textes (ex : l’article L. 1112-1 du CSP prévoit également depuis 2016 une telle obligation de versement au DMP pour les lettres de liaisons de sortie d’hospitalisation).

2. Une alimentation soumise à 3 conditions

Les textes ne proscrivent pas l’alimentation du DMP avec des documents historiques, tant que les trois conditions suivantes sont remplies.

a) Un contexte de prise en charge du patient

La possibilité d’alimenter le DMP est ouverte dans le cadre de la prise en charge effective du patient (combinaison des articles L. 1111-17 et R. 1111-46 nouveau du CSP dans sa rédaction issue du décret 2021-1047 du 4 août 2021). On peut considérer qu’on se situe dans la continuité de la prise en charge du patient par l’établissement ou le professionnel de santé. En effet, au moment où le document a

⁶ « Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1470-5 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, doit reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Chaque professionnel doit également envoyer par messagerie sécurisée ces documents au médecin traitant, au médecin prescripteur s'il y a lieu, à tout professionnel dont l'intervention dans la prise en charge du patient lui paraît pertinente ainsi qu'au patient. A l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé doivent reporter dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. [...] »

été intégré au DPI local lors de la visite ou du séjour du patient, ce document aurait dû (à partir de 2009) être également versé au DMP du patient. Cela n'ayant pas été fait parce que ce n'était pas techniquement possible à l'époque pour le logiciel et/ou que le DMP du patient n'était pas encore existant. La reprise de documents historiques du DPI vers le DMP constitue ainsi une forme de rattrapage.

b) Des documents nécessaires à la coordination des soins

Cette condition est posée par l'article L. 1111-15 du CSP. Les documents choisis sont uniquement ceux nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

c) Une information préalable du patient

Même si l'alimentation constitue une obligation, les personnes concernées doivent avoir été préalablement informées de cette alimentation de leur DMP par le professionnel à la première prise en charge. Leur consentement à l'accès à leur DMP est en l'espèce présumé, comme le rappelle l'article R. 1111-46 du CSP⁷.

Le code de la santé publique n'exige pas de formalisme particulier concernant les modalités pratiques de cette information des personnes, mais cela peut notamment prendre la forme d'une mention lors du parcours de pré-admission, sur les convocations ou sur les compte-rendus remis au patient.

Une éventuelle opposition à l'alimentation ne peut se faire que pour motif légitime - à apprécier par l'établissement. Il est fortement recommandé de tracer cette opposition dans les logiciels, avec un mécanisme de blocage de l'alimentation effective associé.

Si cette information n'avait pas déjà eu lieu lors d'une précédente prise en charge, alors :

- En cas de reprise effectuée lors d'une nouvelle venue : cette information doit avoir lieu à cette occasion, en mentionnant, par exemple sur les convocations ou les compte-rendus, que les documents historiques sont également susceptibles d'être alimentés et que le patient peut, comme pour le 'flux', s'y opposer pour motif légitime ;
- En cas de reprise effectuée hors d'une nouvelle venue : cette information peut prendre plusieurs formes, alternatives ou cumulatives :
 - o Une initiative nationale est prévue : le courrier de notification d'ouverture de *Mon espace santé* comporte un lien vers une page qui mentionnera une information des personnes sur la reprise possible d'une partie de leur historique dans les logiciels des établissements et professionnels de santé pour versement au DMP ;

⁷ « L'accès au dossier médical partagé des professionnels mentionnés à l'article L. 1111-15 et au III de l'article L. 1111-17 ainsi que des établissements de santé, établissements ou services sociaux ou médico-sociaux est subordonné au consentement préalable du titulaire selon les modalités prévues aux alinéas suivants. Lorsque le professionnel est membre d'une équipe de soins, telle que définie à l'article L. 1110-12, l'accès au dossier médical partagé est autorisé dans le cadre de la prise en charge effective de la personne et dans les conditions prévues au premier alinéa du III de l'article L. 1110-4. Il est réputé autorisé à l'ensemble des professionnels membres de l'équipe de soins. [...] ».

- Des initiatives pourraient être menées en complément : chaque établissement ou professionnel de santé peut envoyer une information systématique à chacun des patients concerné par la reprise, par la messagerie sécurisée citoyenne de *Mon espace santé* ou, à défaut, par ses propres moyens de communication (portail patient, e-mails, livret d'accueil, flyers, courriers, etc.).

3. Examen au regard des droits des personnes

En complément de la capacité des patients à s'opposer 'à la source' (auprès de l'établissement) à l'alimentation de leur DMP, pour un motif légitime, ces derniers peuvent surtout :

- S'opposer à la création ou l'existence de leur espace santé / DMP, en allant sur le site <https://monespacesante.fr> ;
- Y masquer tout ou partie des documents, pour tout ou partie des professionnels.

III – Enjeux techniques

1. Informatisation des services cliniques et des documents de santé

Une condition nécessaire à la réalisation de l'opération est l'informatisation préalable du dossier patient. Toute reprise d'historique ne pourra concerner une période antérieure à cette informatisation.

Il est toutefois à noter que certains établissements sont engagés dans des opérations de numérisation de leurs archives, et organisent, souvent à l'occasion d'une venue programmée, la numérisation dans le DPI des éventuels documents pertinents existant dans les archives papier. La reprise vers le DMP peut utilement être intégrée à ce processus.

2. Aptitudes des logiciels à alimenter le DMP avec des documents historiques, et points d'attention techniques

Avant tout, il convient de sécuriser que l'éditeur sache déjà alimenter le DMP 'en flux' avant d'envisager de lancer un projet de reprise d'historique. Cela correspond à l'homologation CNDA en profil 'alimentation', sur la base du guide d'intégration 'service DMP intégré au LPS'⁸ maintenu par le GIE SESAM-Vitale. Cela est exigé dans les dossiers de spécifications pour le référencement (DSR) du financement à l'équipement Ségur Numérique vague 1 (Système Ouvert et Non-Sélectif - SONS).

Concernant la reprise d'historique, une enquête a été conduite par le GIE SESAM-Vitale fin 2021. Un total de 21 éditeurs y ont répondu⁹. Parmi eux, tous sont déjà compatibles avec l'alimentation du DMP 'en flux' (9/20 le font manuellement, 5/20 le font automatiquement et 7/20 proposent les deux modalités à leurs clients), avec une gestion de l'INS déjà effective pour 17/21, les autres indiquant que les développements sont en cours.

⁸ <https://www.sesam-vitale.fr/documents/20182/54758/SEL-MP-037+DMPi.pdf>

⁹ 11 de DPI (sociétés CEGI SANTE, CITYZEN, DAI, DEDALUS FRANCE, DICSIT INFORMATIQUE, GIP SIB, MAINCARE SOLUTIONS, MICRO 6, NEHS DIGITAL, NEXUS FRANCE et SOFTWAY MEDICAL), 6 de logiciels de gestion de cabinet (LGC), 1 de système d'information de radiologie (RIS), 2 de plateformes d'intermédiation (PFI) et 1 de dossier des usagers informatisé (DUI).

Cette section détaille successivement les modalités de reprise manuelle, de reprise automatique, puis aborde divers points techniques transverses.

- a. **Reprise manuelle** (sélection manuelle des documents historiques pertinents dans le DPI, généralement à l'occasion d'une venue, pour envoi au DMP).

Ce point figure déjà dans le guide d'intégration DMP au niveau de l'exigence EX_2.1-1190 et de la recommandation REC_2.1-1180.

EX_2.1-1190

Le LPS doit implémenter une solution permettant à l'utilisateur d'identifier visuellement si des documents utiles à la coordination des soins peuvent être envoyés au DMP (message, icônes dans une liste de documents, etc.).

REC_2.1-1180

Afin de favoriser le déploiement du DMP, à l'occasion du premier envoi d'un document vers le DMP pour un patient donné, il est recommandé que le LPS puisse sélectionner les documents du dossier patient non présents dans le DMP pour proposer au professionnel de santé de les envoyer dans le DMP.

Il apparaît dans l'enquête que 16/21 logiciels interrogés sont capables de faire cette alimentation manuelle sur des documents historiques. Parmi eux :

- Dans la quasi totalité des cas (14/16), le CDA R2 N1 est (re)formaté à la volée à partir de données en base ou d'un pdf stocké dans un serveur de fichiers, par rapport à un stockage des documents en CDA R2 N1 directement ;
- Dans la totalité des cas (16/16) la date positionnée dans l'en-tête du document correspond bien à la date de création du document, permettant d'éviter de confondre un document historique avec un document actuel ;
- Les éditeurs notent que cette fonctionnalité est généralement peu utilisée actuellement.

Pour ceux qui ne savent pas faire cette alimentation (5/21), les éditeurs sont partagés sur la complexité d'implémentation. Un d'entre eux a déjà prévu cette fonctionnalité dans son plan produit.

- b. **Reprise automatique** (automatisme d'envoi, sans relecture manuelle, avec un déclenchement à la venue ou hors venue, basé sur des filtres)

Il apparaît dans l'enquête que seulement 3/21 logiciels interrogés sont déjà capables de faire cette alimentation automatique pour des documents historiques, en complément de leur capacité à le faire 'en flux'. Parmi eux :

- Tous disposent de filtres permettant de paramétrer un tel envoi (date, statut, type, etc.) ;
- Sauf pour un éditeur, la date positionnée dans l'en-tête du document correspond bien à la date du document (création / validation) ;
- Sauf pour un éditeur, il est possible de paramétrer la vitesse d'alimentation à la source, afin de maîtriser la vitesse de reprise ;
- Un éditeur permet de déclencher cet envoi à un évènement (ex: nouvelle venue, etc.) plutôt qu'à une date paramétrée à l'avance ;
- Les éditeurs notent là encore que cette fonctionnalité est généralement peu utilisée actuellement.

Pour les autres éditeurs (18/21), dix pensent qu'un tel développement est complexe. Trois éditeurs ont déjà prévu de la déployer en 2022. Certains éditeurs notent n'être pas concernés ou avoir une charge de travail trop élevée actuellement.

Les filtres pour l'alimentation automatique peuvent utilement être adaptables par services et inclure :

- **Les types de documents dans les logiciels**, avec leurs correspondances aux *typecode* nationaux du DMP (voir matrice d'habilitation à jour¹⁰), permettant de n'effectuer la reprise que sur les types de documents choisis (voir chapitre II/1 'documents à verser au DMP') et exclure les autres documents non pertinents ;
- **La période d'antériorité des documents** (avec comme borne inférieure, la date choisie pour la reprise d'historique (ex: il y a 5 ans), et comme borne supérieure, la date à laquelle l'alimentation 'en flux' a démarré dans l'établissement - (ex: il y a 6 mois)) ;
- **Une vérification que le patient n'est pas décédé**, donnée éventuellement référencée dans le logiciel ou tirée des bases de données de référence sur le sujet¹¹. Il est à noter que le service [matchID.io](https://deces.matchid.io)¹² permet de simplifier cette identification ;
- **Le caractère qualifié de l'INS** (ou 'validé' au sens de l'identitovigilance, si l'INS est récupéré à l'occasion de l'alimentation) - cf § III - 3 dans la suite du document, permettant de sécuriser que des documents ne sont pas alimentés dans les mauvais DMP (collision) ;
- **Le caractère 'non déjà alimenté au DMP'** si cette notion existe au niveau du document ou du séjour concerné. Il est à noter qu'un document alimenté au DMP dans une époque antérieure sur la base de l'INS-C (API v1) est déjà dans le bon DMP du patient (correspondance INS/INS-C existante dans le DMP), et qu'il ne faut donc pas les ré-alimenter ;
- **L'éventuel caractère 'document à communiquer au patient'** si cette notion existe dans le logiciel.

c. Points transverses

Concernant la reprise de l'historique, plusieurs points techniques transverses importants doivent être pris en compte:

- Conformément au guide d'intégration DMP et au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé (CI-SIS), **les documents historiques repris doivent être alimentés au format CDA R2 N1 (XML)**¹³. **Habituellement, les éditeurs ne stockent pas les documents sous ce format, mais savent les générer à la volée.** Concrètement, pour l'historique, il s'agit uniquement de positionner en en-tête les métadonnées (identité du patient, établissement et/ou professionnel auteur, date du document, etc.), **en encapsulant dans le corps non structuré le document historique, généralement en pdf. Ce dernier ne nécessite pas d'être modifié pour l'opération** (ex : pas de rajout du datamatrix INS, etc.).

¹⁰ <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>

¹¹ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/fichier-des-personnes-deceees/>

¹² <https://deces.matchid.io/search>

¹³ Sans interdire néanmoins d'alimentation de documents historiques en CDA R2 N3 si possible et pertinent.

- Concernant l'identité du patient, un paragraphe ci-après détaille les enjeux associés.
- Concernant l'identité du professionnel, il est préférable d'identifier l'établissement comme un des auteurs du document (cf dérogation à la RG_2230 prévue dans le guide d'intégration DMP), pour palier les cas où il est complexe de récupérer l'identifiant national RPPS de l'auteur ou que ce dernier ne figure plus au RPPS.

Pour plus d'informations sur les CDA, il est possible de consulter le volet structuration minimale des documents de santé du CI-SIS¹⁴, ainsi que les jeux d'exemple fournis par l'ANS dans l'archive *test des contenus CDA*¹⁵. Cette structuration est nécessaire pour éviter des rejets dans l'alimentation au DMP.

- Indépendamment du contenu du PDF, il convient de particulièrement veiller à **l'intégrité du champ concernant la date et heure du document**, dans l'en-tête du CDA R2 N1. En effet, certains patients pourraient craindre que les documents ainsi alimentés concernent une prise en charge récente ou une nouvelle dégradation de leur état de santé. La date du document, telle que renseignée dans le document et ses métadonnées, devrait permettre de clarifier suffisamment les choses vis-à-vis du patient. Dans l'enquête menée par le GIE SESAME-Vitale, tous les éditeurs mentionnent correctement gérer cet aspect, conformément au guide d'intégration du DMP. Dans les établissements qui se sont déjà engagés dans une reprise d'historique, il a été confirmé que ces documents correctement marqués de la date historique n'apparaissent pas 'en haut de la pile chronologique' dans la consultation de *Mon espace santé* par le patient ou du DMP par un professionnel. L'ajout au document pdf d'une page de garde ou d'un bandeau indiquant qu'il s'agit d'un document historique pourrait éventuellement être une solution complémentaire pour les établissements ou professionnels de santé souhaitent insister sur ce point vis-à-vis du patient.
- Il convient de **ne pas envoyer des documents en double au DMP**. Pour ce faire, les logiciels tracent dans le logiciel quels documents ou quels séjours ont déjà fait l'objet d'une alimentation réussie, pour éviter de la refaire inutilement, indépendamment du mécanisme d'identification unique des documents permettant d'éviter des doublons en aval. Dans l'enquête tous les éditeurs signalent le gérer, ainsi que (sauf un éditeur) l'afficher à l'utilisateur pour l'aiguiller dans une reprise d'historique manuelle. Pour les reprises automatiques, il est aussi possible, par sécurité, de mettre une borne supérieure correspondant au démarrage des 'alimentations en flux'. Par ailleurs, il est recommandé de vérifier préalablement à l'alimentation du DMP de l'absence dudit document, sur la base de son identifiant unique, même si cela nécessite d'avoir implémenté les transactions de consultation (TD3.1);
- **En termes de charge à la réception côté DMP**, si les engagements de service sont importants et ont pu être éprouvés pour des alimentations en masse avec les SI Covid-19, il convient de prévoir avec l'éditeur de logiciel de santé et/ou la plateforme d'intermédiation impliquée :
 - de veiller à ne faire un appel qu'aux strictes transactions nécessaires (ex: pas de TD0.2 si l'existence du DMP déjà connu, pas de TD0.3 pour autorisation préalable à l'alimentation, pas de TD3.2 si inutile de vérifier la pré-existence du document au DMP si cette information est bien déjà référencée dans le logiciel, etc.) ;

¹⁴ <https://esante.gouv.fr/volet-structuration-minimale-de-documents-de-sante>

¹⁵ <https://esante.gouv.fr/annexe-outil-de-verification-des-documents-cda>

- de mettre en place une manière de contrôler les flux de reprise, en limitant à moins de 5 transactions d'alimentation par seconde pour un couple établissement + logiciel donné ;
- de privilégier des reprise sur des plages horaires non ouvrées pour des reprises automatisées ;
- en cas d'alimentation particulièrement importante (> 30 000 documents par jour), il convient que l'établissement concerné avertisse en amont l'Assurance Maladie du planning et de l'ampleur des opérations aux deux adresses de contact suivantes: dmp-moamoe.cnam@assurance-maladie.fr et dlfr-dmp1-expl-gds@worldline.com, en lien avec son éditeur qui peut également se rapprocher du GIE SESAM-Vitale en cas de questions techniques sur les interfaces ;
- de pouvoir tester préalablement la cinématique de ce type de rattrapage sur l'environnement de formation dénommé FO3 du DMP, réinitialisé quotidiennement, en limitant les tests à 20 documents alimentés par jour, puis sur des périmètres de production restreints.

d. Quelle conduite à tenir vis-à-vis des éditeurs ?

En résumé, les éditeurs savent très majoritairement déjà faire les alimentations manuelles, mais très peu faire les alimentations automatiques.

Pour s'engager dans ce type de projet avec son éditeur, il convient d'échanger avec lui sur la faisabilité, l'éventuel coût et les éventuels délais d'une implémentation (après qualification et expérimentation sur un périmètre restreint) de la fonctionnalité automatique. Si les plans produits des éditeurs sont souvent déjà très chargés, il est possible qu'il ne s'agisse que d'un paramétrage ou d'un script à implémenter pour certaines solutions. Des échanges de présentation ont eu lieu avec les éditeurs de DPI. Par ailleurs, la fonctionnalité d'alimentation automatique de documents historiques sera insérée dans les dossiers de spécification pour le référencement (DSR) du financement à l'équipement du programme Ségur Numérique (SONS hôpital vague 2).

En parallèle de ces échanges avec son éditeur, la conduite d'une expérimentation avec une reprise manuelle sur un périmètre pilote d'un service ou d'une unité, permet d'avoir le retour local des professionnels et des patients sur la démarche.

3. Identité nationale de santé (INS) et identitovigilance

Le matricule Identité Nationale de Santé (INS) est l'identifiant du DMP, il correspond généralement au numéro d'identification au répertoire (NIR) de la personne (et non pas celui de son parent, erreur malheureusement fréquente en cas de l'utilisation du numéro de sécurité sociale).

Lorsqu'il alimente le DMP d'un patient, le professionnel est garant de la vérification de l'identité de la personne, afin d'être sûr de verser le document dans le DMP de la personne concernée. C'est essentiel pour éviter des collisions (le versement de documents concernant deux personnes différentes dans un même dossier informatisé) que le DMP pourrait ainsi élargir à un périmètre plus large que le seul dossier local.

Comme convenu dans un échange avec les experts nationaux et régionaux en identito-vigilance, à l'origine du référentiel national (RNIV) et de sa maintenance, il est convenu que deux cas peuvent faire l'objet d'une reprise de documents historiques au DMP :

- **Cas 1:** pour les documents contenus dans le dossier d'un patient dont l'INS¹⁶ est déjà qualifiée ou nouvellement qualifiée à sa venue ;
- **Cas 2:** pour les documents contenus dans le dossier d'un patient dont :
 - **l'identité est marquée comme validée** et que :
 - Ce statut n'était conféré, au moins à partir de la borne inférieure temporelle pour la reprise de documents, qu'à des identités ayant fait l'objet d'un processus d'identitovigilance équivalent au RNIV¹⁷, avec notamment la vérification d'une pièce d'identité de haut niveau de confiance ;
 - Que la base identité a fait l'objet de l'audit préalable, conformément à l'exigence ES-03 du 2ème volet du RNIV (identitovigilance en établissement de santé), consistant notamment à rétrograder le statut de l'identité des dossiers pour lesquels l'identité n'a pas pu être validée avec un document d'identité à haut niveau de confiance.
 - **l'INS peut être récupérée automatiquement par un appel par traits d'identité au téléservice INSi**, via le référentiel d'identité (souvent la gestion administrative des malades). Dans ce cas, l'identité peut ainsi être qualifiée sans nouvelle venue du patient sur ce périmètre et être transmise par le référentiel d'identités (généralement la GAM) aux logiciels qui en sont l'esclave (DPI, SGL, RIS, etc.), au travers d'un flux identité (IHE PAM). Il est également possible d'organiser cette récupération, de manière exceptionnelle, via le composant impliqué dans la reprise d'historique (ex : DPI, PFI, etc.).

Dans le cas exceptionnel d'erreur d'alimentations au DMP détectées par l'établissement (document alimenté au niveau d'un mauvais DMP, malgré l'exigence de qualification préalable de l'INS), il convient, conformément au RGPD, que l'établissement procède, sur les dossiers concernés, aux transactions de modification ou de suppression du document concerné, conformément à la transaction prévue dans le guide d'intégration DMP (TD3.3c) qui est obligatoire pour un logiciel ayant le profil 'alimentation'. Dans l'enquête menée par le GIE SESAM-Vitale, quasiment tous les éditeurs mentionnent déjà gérer cela.

IV – Adhésion des professionnels de santé

Il est important de partager avec les professionnels (médecins, infirmiers de coordination, bureaux des admissions, etc.) ce projet, par exemple dans le cadre d'un échange à la commission médicale d'établissement avec les représentants de patients. Des contacts ont été pris au niveau national avec la conférence nationale des présidents des CME de CHU et de CH, des associations représentatives des professionnels de l'informatique médicale, ainsi que le conseil national de l'ordre des médecins

¹⁶ <https://esante.gouv.fr/securite/identite-nationale-de-sante>

¹⁷ [Identitovigilance - Ministère des Solidarités et de la Santé](#)

(CNOM), pour les informer de cette incitation aux acteurs de s'engager dans la reprise d'une partie de l'historique documentaire vers le DMP.

Par ailleurs, un point essentiel pour faire adhérer les professionnels à cette démarche est de sécuriser leur capacité à accéder au DMP. Outre la consultabilité du DMP sur le Web PS DMP¹⁸ qui devrait intégrer Pro Santé Connect mi-2022 comme modalité d'authentification en complément de la CPS, les acteurs sont incités à faire développer dans leurs logiciels des modules de consultation du DMP par interfaces (profil 'consultation' du DMP dans l'homologation CNDA). Ces évolutions sont prévues dans le cadre du financement à l'équipement Ségur Numérique (SONS hôpital vague 2). Pour palier aux difficultés liées à l'authentification par carte CPS, déployée inégalement dans les établissements, il est actuellement conduit des travaux pour permettre un accès par authentification indirecte, dans la continuité de l'expérimentation dite 'AIR' (authentification indirecte renforcée), sous réserve du respect par l'établissement d'exigences, notamment en ce qui concerne l'identification électronique locale qui devra s'effectuer avec deux facteurs d'authentification.

Une version actualisée de ce guide sera réalisée d'ici fin 2022 pour intégrer les retours d'expérience complémentaires des premiers établissements se lançant dans le projet de reprise d'historique.

¹⁸ <https://www.dmp.fr/ps>