

eSanté-EFES

Rapport WP3-2

Rapport d'analyse des processus, de la documentation
des soins et de l'échange actuel des données

Equipe eSanté

Version 1.0

09/09/2010

Projet	Analyses et études de faisabilité pour l'eSanté eSanté-EFES	
Donneur d'ordre	MDB	Mars Di Bartolomeo
Chef de projet	MS	Mike Schwebag
Organismes représentés	Ministère de la Santé, Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative du Grand-Duché de Luxembourg	
Phase actuelle du projet	Réalisation (Rea)	

CR SANTEC

Projet	eSanté	
Responsable d'Unité	CPo	Claude Poupart
Chef de projet	SBe	Stefan Benzschawel
Equipe	MDS	Marcos Da Silveira
	FWi	François Wisniewski

But du document

Connaître les échanges de données médicales existants entre prestataire pour guider les réflexions autour des applications à mettre en place.

Historique du document

Version	Date	Author	Modification
00.01	15/04/2010	Fwi	Version initiale
00.02	05/05/2010	Fwi	Modélisation des processus
00.03	10/05/2010	MDS	Corrections et commentaires
00.04		Fwi	Corrections
00.05		Fwi	Corrections
00.06	01/07/2010	Fwi	DMG
00.07	10/07/2010	MDS	Commentaires et Conclusion
00.08	30/07/2010	Fwi	Projet de loi en cours
0.10	02/08/2010	RK	Commentaires
0.11	02/08/2010	FWi	Réorganisation du rapport +résumé
0.14	06/08/2010	MDS	Commentaires
0.15	09/08/2010	Fwi	Corrections
0.20	13/08/2010	RK, JCD	Commentaires
0.21	16/08/2010	Fwi	Corrections
0.22	17/08/2010	Fwi	Revue
0.24	01/09/2010	MDS	Commentaires
0.30	06/09/2010	Fwi	MAJ
0.33	08/09/2010	RK, JCD	
1.0	09/09/2010	Fwi	Version finale

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES TABLEAUX	5
1. INTRODUCTION	6
2. OBJECTIFS	6
3. RÉSUMÉ MANAGÉRIAL	8
4. DESCRIPTION SUCCINTE DU SYSTÈME DE SANTÉ LUXEMBOURGEOIS	12
5. INVENTAIRES DES DOCUMENTS DE SANTÉ ÉCHANGÉS	13
6. DESCRIPTION DES DOCUMENTS DE SANTÉ ÉCHANGÉS	14
6.1. Transfert de dossier médical complet	14
6.2. DMG et DPS : Dossier Médical Général et Dossier Personnel de Santé	14
6.3. Prescription	17
6.4. Compte-rendu de médecin spécialiste (investigation diagnostique, opératoire, résultats d'analyses ou d'examens, ...).....	18
6.5. Fiche de liaison du Samu.....	19
6.6. Fiche de transfert soignante Long séjour	21
6.7. La lettre de sortie d'hospitalisation	22
6.8. Lettre médicale (d'accompagnement, d'admission, de transfert ...)	23
6.9. Demande de soin ou information d'évolution du corps soignant de 3 ^{ème} ligne	24
6.10. Dossier de soins mis à disposition du médecin dans les soins de 3 ^{ème} ligne.....	24
6.11. Fiche de transfert soignante Hôpital.....	25
7. CONCLUSION	26
8. ANNEXES	29
8.1. ANNEXE 1	30
8.2. ANNEXE 2: WORKFLOW DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE L'HÔPITAL ET PRESTATAIRES DE SOINS	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Transfert de patient entre prestataire de soins – vue systémique.	12
Figure 2 : Workflow de la continuité des soins entre l'hôpital et prestataires de soins	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Matrice des échanges de documents (l'émetteur est placé dans la colonne à gauche)	8
Tableau 2 : Liste des documents échangés et degré de standardisation	9
Tableau 3 : Matrice des échanges de documents (l'émetteur est placé dans la colonne à gauche)	13
Tableau 4 : Types d'informations présents dans la fiche DIVIDOK du SAMU	20
Tableau 5 : Types d'informations présents dans la fiche de transfert soignante Long séjour.....	21
Tableau 6 : Types d'informations présents dans le CR médical Hôpital.....	23
Tableau 7 : Types d'informations présents dans la fiche de transfert soignante Hôpital	25
Tableau 8 : Liste des documents échangés et degré de standardisation	26

1. INTRODUCTION

Le plan d'action national eSanté¹, défini en 2006, envisage de moderniser l'échange ou le partage des données « santé » entre les professionnels de santé afin d'améliorer la qualité des soins de santé au Luxembourg. Ce plan vise l'ensemble des professionnels de santé libéraux exerçant au Luxembourg.

Plusieurs travaux ont été réalisés afin de déterminer comment les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) sont utilisées dans le secteur de la santé. Ce fut, par exemple, l'objectif des projets LUXIS (Luxembourg Information Strategy, 1997) et ISIS (Inventaire des Systèmes Informatiques de Santé, 2007), dont le focus se limitait aux établissements de soin, et en particulier aux hôpitaux du pays.

Afin de pouvoir proposer des solutions adaptées aux besoins de chaque secteur de la santé, une analyse plus approfondie a été mise en œuvre. Cette analyse repose sur un sondage des professionnels de santé et/ou de ses représentants, qui fournit une image représentative de l'utilisation actuelle des TICs par ces professionnels. Elle permettra de lancer une réflexion sur les échanges entre les acteurs métiers, au travers de groupes de travail spécifiques, pour permettre de définir un cadre de travail dans lequel les TICs seront utilisés et comment ils devront être évalués.

La première phase de ce projet eSanté-EFES consiste à bien connaître la situation actuelle concernant l'informatisation du secteur de la santé, les relations entre les différents acteurs, les échanges de données de santé et d'identifier les besoins d'améliorations de ces échanges par leur informatisation.

Les résultats de cette première phase d'analyse seront utilisés dans la seconde phase de développement de nouveaux services d'échanges de données pour la plateforme eSanté. Les nouveaux services proposés faciliteront l'accès aux informations de santé, augmenteront la qualité de prise en charge du patient et réduiront le temps et les coûts des procédures administratives.

Les premiers résultats de ce projet sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.santec.lu/project/esante/efes/start>

2. OBJECTIFS

L'objectif de cette démarche est de pouvoir, à moyen terme, spécifier et implémenter une plateforme télématique commune et un ensemble d'applications, qui répondront aux attentes des professionnels de la santé et favoriseront les échanges médicaux.

Avant de commencer les travaux de spécification et d'implémentation de la plateforme télématique, il convient de cartographier et de décrire les processus d'échanges les plus représentatifs, notamment les flux de données impliqués dans le transfert de patients entre prestataires de soins.

L'informatisation des échanges permet de s'affranchir de la nécessité du transfert d'informations par papier et de la saisie manuelle de certaines données contenues dans le dossier médico-soignant du patient.

Ce rapport recense et analyse les documents échangés entre professionnel de santé.

L'étude menée a ciblé particulièrement la documentation échangée pour le transfert de patients entre professionnels de santé. Par conséquent, les échanges concernant les

¹ Ce document est disponible sur demande auprès de l'équipe eSanté

pharmacies, les laboratoires d'analyses médicales de biologie clinique ou pour des examens médicaux (imagerie, ...) n'ont pas été traités dans ce document. Le volet prescription est bien connu et traité dans un autre rapport² (WP2-2). Les projets eSanté-CARA et eSanté-LABO traitent plus particulièrement l'échange et le partage des comptes-rendus de biologie et de radiologie.

² http://www.santec.lu/media/project/esante/efes/rep_esante_wp_2_2_-_besoins_et_contraintes_fonctionnels_associes_a_la_prescription_electronique_v1.0.pdf

3. RÉSUMÉ MANAGÉRIAL

Cette étude est réalisée dans l'optique de la mise en place de la plateforme télématique de service de santé en ligne eSanté. Ce rapport analyse les échanges actuels de documents de santé entre les divers professionnels de santé pour assurer la coordination des soins.

DOCUMENTS ÉCHANGÉS

Dans le Tableau 1, une matrice synthétise les échanges de documents identifiés au cours de nos enquêtes. Elle a été établie sur base des réponses reçues à un questionnaire envoyé aux représentants de divers secteurs, à une réunion de travail pluridisciplinaire et à des interviews individuelles. Les documents sont transmis de l'émetteur placé dans la colonne à gauche au récepteur de la ligne du haut. Les échanges avec les pharmacies, les laboratoires ou pour des examens médicaux ont été exclus de ce tableau.













		Soins de 1 ^{ère} ligne			Soins de 2 ^{ème} ligne	Soins de 3 ^{ème} ligne	
		 Médecin généraliste	 Médecin spécialiste	 SAMU	 Hôpital	 Soins à domicile	 Etablissement de long séjour
Soins de 1 ^{ère} ligne	 Médecin généraliste	Dossier médical complet ³	Prescription, Lettre médicale DMG ⁴	DMG ⁵ , lettre quand sur place	Prescription / lettre de garde	Prescription de soins	Prescription, Remplissage du dossier médical de l'établissement
	 Médecin spécialiste	CR de spécialiste	Prescription, Lettre médicale CR de spécialiste	/	Prescription / lettre (demande d'admission)	Rapport médical établi par le spécialiste à destination des soignants (idéal)	Rapport médical établi par le spécialiste à destination des soignants (idéal)
	 SAMU	/	/	/	Fiche de liaison du Samu	/	/
Soins de 2 ^{ème} ligne	 Hôpital	Lettre de sortie, CR consultation, opératoire, examen complémentaire	Lettre de sortie, CR consultation, opératoire, examen complémentaire	/	Fiche de transfert soignante Hôpital + lettre médicale d'accompagnement	Fiche de transfert soignante Hôpital et/ou rapport médical et soignant de sortie + ordonnances et traitements médicaux y compris aides techniques	Fiche de transfert soignante Hôpital et/ou rapport médical et soignant de sortie + ordonnances et traitements médicaux y compris aides techniques
Soins de 3 ^{ème} ligne	 Soins à domicile	Demande de soin, Evolution (par téléphone), information, Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du médecin généraliste	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du médecin spécialiste	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du SAMU + fiche de transfert	Fiche de transfert soignante du Long séjour vers l'hôpital y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé
	 Etablissement de long séjour	Demande de soin, Evolution (par téléphone), information	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du médecin spécialiste	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du SAMU + fiche de transfert	Fiche de transfert soignante du Long séjour vers l'hôpital y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé

Tableau 1 : Matrice des échanges de documents (l'émetteur est placé dans la colonne à gauche)

³ En cas de changement de médecin généraliste (départ à la retraite, déménagement,...)

⁴ DMG, Dossier médical général, non actuel projet prévu

⁵ DMG, Dossier médical général, non actuel projet prévu

Chaque document reçu a fait l'objet d'une analyse plus approfondie de son contenu afin d'identifier les types de données échangés, la structure du document et les conditions de remplissage. Cette analyse a permis le regroupement des documents selon 11 types. Les types de documents échangés identifiés sont listés dans le Tableau 2 en correspondance avec leur degré de standardisation actuel, le niveau d'informatisation du secteur qui a créé le document et l'opportunité d'intégration à la plateforme eSanté :

Type de documents	Degré de standardisation	Niveau d'informatisation de l'émetteur (échelle : élevé, moyen, faible)	Opportunité d'intégration à la plateforme eSanté (échelle : recommandé, utile, pas nécessaire)
Dossier médical complet	Non standardisé, structure propre à chacun. Si informatisé, format propre à l'éditeur.	moyen	pas nécessaire
Prescription	Structure imposée par la CNS Texte libre avec les nomenclatures imposé par la CNS	moyen	utile
Projet de DMG ou de DPS : Dossier Médical Général ou Dossier Personnel de Santé	Pas précisée, mais nécessaire	Non applicable	recommandé
Lettre médicale (d'accompagnement, d'admission, ...)	Non standardisé, structure propre à chacun	moyen	recommandé
Compte-rendu de médecin spécialiste (investigation diagnostique, opératoire, résultats d'analyses ou d'exams, ...)	Non standardisé, structure propre à chacun	moyen	recommandé
Fiche de liaison du Samu	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	moyen	pas nécessaire
Fiche de transfert soignante Long séjour	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	faible	Utile
La lettre de sortie d'hospitalisation	Non standardisé, structure propre à chacun	élevé	recommandé
Demande de soin ou information d'évolution du corps soignant de 3ème ligne	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Dossier de soins mis à disposition du médecin dans les soins de 3ème ligne	Structure unique définie par l'institution Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	faible	Non applicable
Fiche de transfert soignante Hôpital	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	élevé	utile

Tableau 2 : Liste des documents échangés et degré de standardisation

Pendant l'analyse des documents, les caractéristiques suivantes ont été observées :

Une documentation essentiellement au format papier

Les documents identifiés sont échangés sous format papier. Cependant, la génération ou l'enregistrement peut se faire électroniquement. Il y a dans les logiciels métiers un ensemble de fonctionnalités qui permettent le remplissage électronique d'un certain nombre de documents (e.g. compte-rendu, lettre de sortie, etc.), mais cette version électroniquement générée n'est pas transmise électroniquement et reste conservée par l'émetteur. Le document est imprimé et remis au patient ou envoyé par courrier pour le destinataire. A sa réception, il est fréquent que les données principales du document soient ressaisies dans le système informatique du destinataire pour documenter l'état de santé du patient.

Un cadre légal restreint

Nous avons remarqué que peu de ces échanges ont un caractère obligatoire.

Un début de standardisation

S'il existe peu de documents dont le format est arrêté par voie légale ou réglementaire (ex. Fiche de prescription imposée par la CNS), nous avons par contre constaté de nombreuses conventions bilatérales, notamment entre les établissements de soins de long séjour et les hôpitaux. Ces conventions pourraient poser les bases de futurs standards des documents qui seraient supportés par la plateforme.

En ce qui concerne la codification, la nomenclature la plus utilisée est la CIM-10.

Les fiches de transfert soignantes (long séjour et hôpital) sont les documents les plus structurés et seraient aujourd'hui les meilleurs candidats pour débiter l'informatisation de ces échanges, cependant le niveau d'informatisation du secteur de la Dépendance ne permet pas de couvrir aujourd'hui ces échanges électroniquement dans leur globalité. Après avoir uniformisé nationalement les faibles différences entre les diverses fiches de transferts soignantes employées, une interface de saisie pourrait être proposée par la plateforme eSanté afin d'uploader la fiche au format pdf et d'y saisir les métadonnées nécessaires au document..

SOUTENIR LES OBJECTIFS DU DMG ET DU DPS

Le Dossier Médical du Généraliste (DMG) et le Dossier Personnel de Santé (DPS) sont deux projets en discussion visant à concentrer les informations médicales importantes du patient dans un dossier qui serait géré par un médecin référent (généraliste). Le dernier avant projet de loi sur la réforme du système de soins de santé présenté le 26 juillet 2010, ne spécifie aucune affiliation entre ces deux projets.

Il faut envisager une convergence entre les échanges présentés dans le cadre de ce rapport et ces 2 projets puisqu'ils poursuivent les mêmes objectifs. Il n'est pas réaliste que les médecins gèrent ces deux dossiers en parallèle.

Les échanges comme les comptes-rendus sont des sources importantes d'informations pour le DMG/DPS. La standardisation ou au moins la structuration de ces documents devrait aider le gestionnaire à importer les informations qu'il estime importante dans le DMG/DPS. Réciproquement, l'anamnèse d'une lettre médicale pourrait être issue des informations contenues dans un DMG/DPS informatisé et standardisé.

OPPORTUNITÉS DE LA PLATEFORME

La plateforme eSanté offre la possibilité de partager plus facilement la documentation de santé à toutes les personnes autorisées. Elle offre un ensemble de services essentiels pour garantir la sécurité des données, la vérification des droits d'accès aux informations, le transport et le stockage des données, le respect de la confidentialité et de l'intégrité des données et le suivi des opérations effectuées sur ces données (en gardant une trace de ces opérations pour un éventuel audit).

Les opportunités pour l'échange et le partage des documents au travers de la plateforme eSanté évoqué par les acteurs interrogés sont :

- Moins d'opérations humaines
- Plus de rapidité
- Meilleur accès à l'information
- Sécurisation des échanges d'informations de santé
- Meilleure continuité des soins
- Meilleure coordination des soins
- Réduction des actes redondants

Les caractéristiques des documents échangés examinés montrent qu'un travail important de standardisation de l'information est nécessaire pour permettre la bonne interprétation des données de santé échangées. Le format du fichier à échanger est aussi un sujet qui mérite une réflexion approfondie, car il faut distinguer deux types de données : celles utiles pour la classification des fichiers, pour les systèmes de support aux prises de décision, etc. ; et celles de caractère informative. Nous recommandons de standardiser ces documents par étapes dans des groupes de travail pluridisciplinaires :

1. Se baser prioritairement sur les documents utilisés par les acteurs en routine, et faisant déjà l'objet d'une standardisation plus ou moins avancée pour standardiser, avec les acteurs, une version papier de la documentation échangée (information à renseigner, structuration de l'information)
2. Convenir sur l'ensemble de données de base nécessaire à un échange
3. Définir une codification unique pour certaines données quand cela est possible
4. Définir dans une phase intermédiaire, un service dégradé de partage qui permet l'upload de pdf avec saisie de quelques métadonnées.
5. Utiliser dans une phase finale, des fichiers XMLs basé sur le format CDA-R2 de niveau 2 ou 3.

4. DESCRIPTION SUCCINCTE DU SYSTÈME DE SANTÉ LUXEMBOURGEOIS

La Figure 1 présente une vue synthétique du système de santé grand-ducal, tel que défini dans la 4^{ème} édition de la carte sanitaire (1998-2005)⁶. Le système de santé est organisé en trois secteurs :

- les soins de 1^{ère} ligne - le secteur libéral
- les soins de 2^{ème} ligne - le secteur planifié
- les soins de 3^{ème} ligne - le secteur de la Dépendance

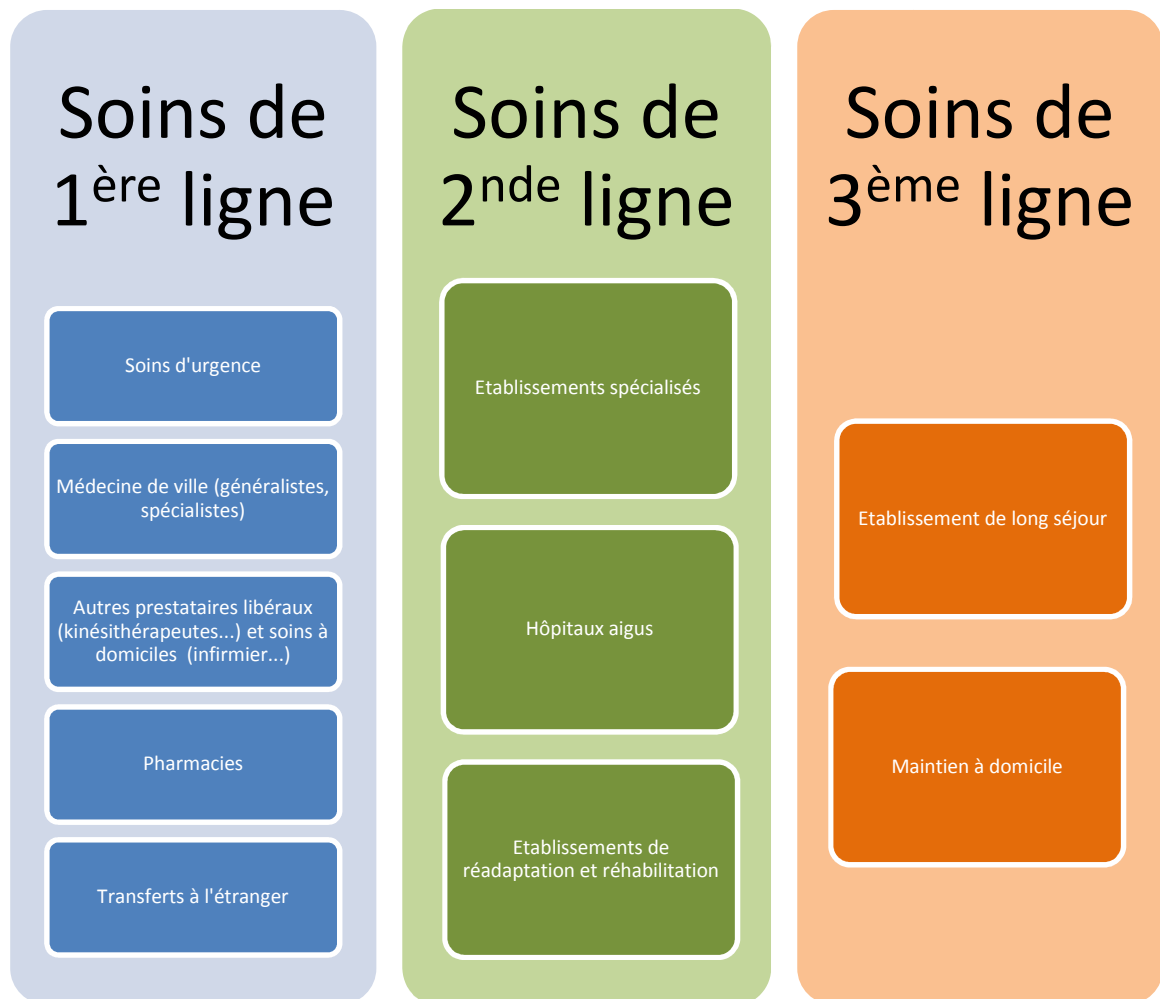


Figure 1 : Transfert de patient entre prestataire de soins – vue systémique.

Dans la suite du rapport, nous allons décrire la documentation utilisée dans les transferts de patients entre les acteurs de ces 3 lignes de soins à l'exception des transferts à l'étranger, des échanges avec les pharmacies et les autres prestataires libéraux qui sortent du cadre de cette étude.

Nous considérons qu'un transfert de patient entre prestataires de soins est l'envoi d'un patient d'un professionnel de santé à un autre.

⁶ <http://www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/carte-sanitaire-4e-edition-1999-2005-synthese/carte-sanitaire-4e-edition-1999-2005-synthese.pdf>

5. INVENTAIRES DES DOCUMENTS DE SANTÉ ÉCHANGÉS

Le Tableau 3 ci-dessous, représente une cartographie des échanges réalisés entre professionnels de santé. Les documents sont transmis de l'émetteur placé dans la colonne à gauche au récepteur de la ligne du haut. Les échanges avec les pharmacies, les laboratoires ou pour des examens médicaux ont été exclus de ce tableau. Le volet prescription est bien connu et traité dans un autre rapport. Les projets eSanté-CARA et eSanté-LABO traitent plus particulièrement l'échange et le partage des comptes-rendus de biologie et de radiologie.













		Soins de 1 ^{ère} ligne			Soins de 2 ^{ème} ligne	Soins de 3 ^{ème} ligne	
		 Médecin généraliste	 Médecin spécialiste	 SAMU	 Hôpital	 Soins à domicile	 Etablissement de long séjour
Soins de 1 ^{ère} ligne	 Médecin généraliste	Dossier médical complet ⁷	Prescription, Lettre médicale DMG ⁸	DMG ⁹ , lettre quand sur place	Prescription / lettre de garde	Prescription de soins	Prescription, Remplissage du dossier médical de l'établissement
	 Médecin spécialiste	CR de spécialiste	Prescription, Lettre médicale CR de spécialiste	/	Prescription / lettre (demande d'admission)	Rapport médical établi par le spécialiste à destination des soignants (idéal)	Rapport médical établi par le spécialiste à destination des soignants (idéal)
	 SAMU	/	/	/	Fiche de liaison du Samu	/	/
Soins de 2 ^{ème} ligne	 Hôpital	Lettre de sortie, CR consultation, opératoire, examen complémentaire	Lettre de sortie, CR consultation, opératoire, examen complémentaire	/	Fiche de transfert soignante Hôpital + lettre médicale d'accompagnement	Fiche de transfert soignante Hôpital et/ou rapport médical et soignant de sortie + ordonnances et traitements médicaux y compris aides techniques	Fiche de transfert soignante Hôpital et/ou rapport médical et soignant de sortie + ordonnances et traitements médicaux y compris aides techniques
Soins de 3 ^{ème} ligne	 Soins à domicile	Demande de soin, Evolution (par téléphone), information, Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du médecin généraliste	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du médecin spécialiste	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du SAMU + fiche de transfert	Fiche de transfert soignante du Long séjour vers l'hôpital y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé
	 Etablissement de long séjour	Demande de soin, Evolution (par téléphone), information	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du médecin spécialiste	Dossier de soins rempli par les soignants mis à disposition du SAMU + fiche de transfert	Fiche de transfert soignante du Long séjour vers l'hôpital y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé	Fiche de transfert soignante y compris dossier médical standardisé

Tableau 3 : Matrice des échanges de documents (l'émetteur est placé dans la colonne à gauche)

La prochaine section décrit les documents échangés identifiés dans cette matrice.

⁷ En cas de changement de médecin généraliste (départ à la retraite, déménagement,...)

⁸ DMG, Dossier médical général, non actuel projet prévu

⁹ DMG, Dossier médical général, non actuel projet prévu

6. DESCRIPTION DES DOCUMENTS DE SANTÉ ÉCHANGÉS

Dans cette section, nous décrivons succinctement les différents documents présentés précédemment dans la matrice des échanges de documents (Tableau 3).

6.1. Transfert de dossier médical complet

Contexte : Lorsque le patient change de médecin de famille, par exemple, l'ancien médecin envoie par courrier le dossier médical complet de son patient à son confrère.

Document échangé	Dossier médical entier
Evènement déclencheur	Changement de médecin traitant (déménagement du patient, départ en retraite d'un médecin, ...)
Émetteur(s)	Médecin (généraliste le plus souvent)
Récepteur(s)	Médecin (généraliste le plus souvent)
Support	Papier
Transport(s)	Courrier, remis au patient
Standardisation	Non standardisé, structure propre à chacun. Si informatisé, format propre à l'éditeur.
Existence convention ou contrainte légale	Non
Opportunité de la plateforme eSanté	Normalisation du contenu Partage partiel ou complet du contenu Transport électronique et sécurisé Backup du contenu

6.2. DMG et DPS : Dossier Médical Général et Dossier Personnel de Santé

Contexte : Lorsque le patient consulte un autre médecin que son médecin référent, ce dernier serait intéressé de connaître l'anamnèse du patient tenu à jour par son médecin référent. Les notions de médecin référent ou de médecin gestionnaire apparaissent dans deux projets similaires actuellement en discussion : le DMG et le DPS.

a) Le DMG

Depuis 2004, il était discuté au Luxembourg de mettre en place un projet pilote de dossier médical du médecin généraliste (DMG)¹⁰. Ce dossier avait pour objectif d'offrir une vue synthétique de l'histoire médicale du patient à tous les médecins en relation avec le patient, sous réserve d'avoir son consentement.

Le principe est basé sur le libre choix d'un médecin gestionnaire. Le patient devrait choisir un médecin généraliste pour qu'il devienne le gestionnaire de son DMG pour une période de 6 mois renouvelable. Le patient devrait recevoir une nouvelle carte d'affiliation de la CNS, où le numéro de son médecin gestionnaire serait inscrit. Ainsi à chaque fois que le patient consulte un professionnel de santé, celui-ci devrait obligatoirement envoyer une copie des comptes-rendus édités au gestionnaire de son DMG, sauf dans le cas où le patient s'opposerait à cette transmission d'informations. Le gestionnaire devrait alors mettre à jour le DMG de son patient en temps réel, dès que les informations lui arrivent.

L'ouverture et la gestion du dossier médical par le médecin généraliste possède même une position dans la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, il s'agit du tarif DMG1 : « Forfait semestriel pour la gestion du dossier médical par le médecin-généraliste ou le médecin spécialiste en gériatrie »¹¹

¹⁰ Bulletin luxembourgeois des questions sociales, 2009, volume 26

¹¹ Règlement grand-ducal du 5 août 2006

La position DMG1 s'applique uniquement aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes en gériatrie et pour les patients ayant valablement souscrit un contrat d'adhésion au système de la gestion du dossier médical par le médecin-généraliste ou par le médecin spécialiste en gériatrie. Le DMG devrait être lancé en premier pour les patients atteints de maladies chroniques, ce tarif a été négocié pour cela. Si le système s'étend à l'ensemble de la population, une seconde entrée dans la nomenclature pourrait être créée.

Dans la réponse du Ministre de la Santé et de Sécurité sociale, à la question parlementaire N°1683 du 13 avril 2007 de Madame la Députée Claudie Dall'Agnol, placée en Annexe 1, il a été décrit le type d'information contenue dans le futur DMG.

Selon l'AMMD, la CNPD a aujourd'hui donné son accord au projet et des négociations sont en cours avec la CNS pour réaliser le DMG.

b) Le DPS

Depuis l'été 2010, un avant-projet de loi¹² portant sur la réforme du système des soins de santé a introduit le dossier personnel de santé (DPS). Ce DPS semble être le futur cadre légal du DMG, il en reprend d'ailleurs le principe général de médecin référent. En attendant, nous avons repris ci-dessous les éléments importants de cet avant-projet de loi.

Le dossier personnel de santé a une visée double :

- contribuer en premier lieu à la qualité de la prise en charge en centralisant les informations importantes en relation avec les traitements dispensés, en mettant à la disposition du médecin traitant (et plus particulièrement du médecin référent) les informations nécessaires pour un traitement rapide et adapté, en évitant la surmédication et les contre-indications.
- contribuer à des économies substantielles, notamment en ce qui concerne les diagnostics et les analyses.

Le dossier personnel de santé doit permettre de centraliser certaines données médicales relatives à un patient, sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses de biologie clinique, de comptes-rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique.

Le dossier personnel de santé est composé de données informatisées et partagées comportant notamment :

- 1) les actes et données médicaux mentionnés au paragraphe précédent, dont la connaissance est utile et nécessaire à l'appréciation de l'état de santé du patient, à l'exercice d'une médecine de qualité, à la continuité des soins et à une utilisation efficiente des services de soins de santé ;
- 2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses médicales de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments;
- 3) l'historique de la prise en charge de l'assuré auprès d'autres prestataires de soins.

Les prestataires de soins dépositaires des éléments mentionnés précédemment doivent verser les informations et les documents correspondants au dossier personnel de santé, au plus tard trente jours après la dispense des prestations correspondantes. La Caisse nationale de santé doit verser les informations à fournir par ses soins au dossier personnel de santé au plus tard trente jours après la réception des mémoires d'honoraires correspondants.

¹² http://www.mss.public.lu/actualites/2010/07/art_ref_sante/index.html

L'accès au dossier personnel de santé est réservé:

- 1) au médecin référent et à tout médecin désigné par l'assuré ;
- 2) en cas d'urgence, à l'établissement hospitalier et au médecin traitant ;
- 3) sur sa demande, au Contrôle médical de sécurité sociale ;
- 4) sur demande, à la Direction de la santé dans le cadre de ses missions d'officier de police judiciaire.

Chaque assuré a un droit d'accès à son dossier personnel de santé qu'il exerce en personne ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un autre mandataire qu'il désigne. En cas de décès de l'assuré, son conjoint non séparé de corps et ses enfants, son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 ainsi que toute personne qui au moment du décès a vécu avec lui dans le ménage ou, s'il s'agit d'un mineur, ses père et mère, peuvent exercer, par l'intermédiaire d'un médecin qu'ils désignent, le droit d'accès au dossier personnel de santé. Comme le DMG ou le DPS ne sont qu'à l'état de projet, le tableau de description ci-dessous n'est qu'une hypothèse de l'équipe eSanté.

c) Tableau de synthèse du DMG ou DPS

Document échangé	Données du DMG ou du DPS
Evènement déclencheur	Demande d'accès au dossier du patient par un médecin autorisé
Émetteur(s)	Médecin référent (dans l'hypothèse que le médecin référent et le patient donnent leur accord pour partager le dossier avec le demandeur et qu'un accès direct aux données par le demandeur n'est pas possible)
Récepteur(s)	Médecin demandeur
Support	Electronique
Transport(s)	Internet
Standardisation	Pas précisée, mais nécessaire
Existence convention ou contrainte légale	Il est prévu que le cadre établissant le DMG soit rédigé dans une future convention entre la CNS et le corps médical. Le cadre du DPS sera établi dans un futur projet de loi en relation aux droits du patient
Opportunité de la plateforme eSanté	<p>La plateforme eSanté offre la possibilité de partager facilement le dossier à toutes les personnes autorisées et consenties. L'accès aux informations pourrait se faire sans l'intermédiaire du médecin référent. Le rôle du médecin référent serait de consolider le contenu du dossier et d'assurer la cohérence de ces données. La plateforme pourrait garantir la sécurité de données en offrant le moyen de stockage et de transport des données, en vérifiant les droits d'accès aux informations, et en gardant un trace des opérations effectuées sur ces données.</p> <p>La plateforme eSanté permettrait aussi d'alimenter automatiquement certains contenus du DPS ou du DMG tel que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'historique des examens radiologique du patient avec un lien direct vers le CR et les images significatives. • l'historique des analyses médicales avec un lien direct vers le CR. • Les médicaments dispensés les trois derniers mois et les médicaments en attente de dispensation • <p>L'alimentation régulière du dossier pourrait simplifier le contenu de la lettre, l'anamnèse pouvant se faire sur base du dossier.</p>

6.3. Prescription

Les ordonnances sont des documents utilisés pour prescrire au patient un médicament, une fourniture ou une prestation délivrée par un autre professionnel de santé. Notons aussi que certains médecins se servent des prescriptions pour faire admettre leur patient à l'hôpital à l'instar des lettres médicales de la sous-section suivante.

Les prescriptions laboratoires et d'imagerie médicale, sont traitées respectivement dans les projets orientés métiers du programme eSanté : LABO et CARA. Les prescriptions médicamenteuses sont détaillées dans le rapport WP 2.2 du projet eSanté-EFES.

Les prescriptions sont des demandes de prestations écrites par un médecin pour un autre médecin (spécialistes, radiologue, ...) ou un professionnel de santé (pharmacien, kinésithérapeutes, infirmier, ...).

Les prescriptions ont une structuration qui est standardisée par la CNS. Les médecins souhaitant rédiger une ordonnance à la main, doivent commander des formulaires à un imprimeur selon les dimensions indiquées dans le cahier des charges des statuts de la CNS. Des logiciels métiers permettent également d'éditer une ordonnance au bon format. La rédaction se fait aujourd'hui principalement en texte libre.

Le plus souvent, les prescriptions sont remises au patient, mais elle peut leur être aussi envoyées par courrier ou faxé directement au prestataire¹³.

L'ordonnance comporte au minimum les éléments suivants :

- le nom et prénom du patient ;
- son matricule ;
- son sexe et sa date de naissance ;
- la qualité, le nom, le code médecin et la signature du prescripteur ;
- la date de la prescription ;
- la dénomination de l'examen ou de la prestation à pratiquer

Le médecin peut ajouter une date de validité à l'ordonnance différente de celle prévue dans les statuts de la CNS, mais elle est obligatoirement inférieure à 6 mois. Le médecin peut inscrire sur l'ordonnance tout type d'informations qu'il juge pertinent pour le prestataire comme certains résultats médicaux d'examen, la description du traitement actuel ou une surveillance particulière (allergies, ...).

L'informatisation de la prescription via la plateforme eSanté permettrait une sécurisation de cet échange et de faciliter l'élimination d'une certaine redondance des actes prescrits en mettant à disposition des prescripteurs des informations éventuellement déjà disponibles.

Le tableau ci-dessous résume les modalités de cet échange.

Document échangé	Prescription
Evènement déclencheur	Le médecin requiert un examen, un produit ou une prestation pour son patient
Émetteur(s)	Médecin
Récepteur(s)	Tous les acteurs de santé
Support	Papier
Transport(s)	Remis au patient (dans la majorité des cas) Courrier Fax ou Téléphone (en attente de l'original de l'ordonnance)
Standardisation	Structure imposée par la CNS Texte libre avec les nomenclatures imposées par la CNS

¹³ Le fax n'a pas de valeur légale, seule la prescription originale est valable. Le fax est utilisé que pour accélérer le transfert de l'information.

Existence convention ou contrainte légale	Contrainte légale concernant le format, seul les médecins ont le droit de prescrire (à l'exception de certains médicaments prescriptibles par les sages-femmes et dentistes) Seules les prescriptions rédigées par un médecin conventionné peuvent être remboursables par la CNS (sauf prescription étrangère)
Opportunité de la plateforme eSanté	Transfert électronique des documents Optimisation des processus Amélioration de la qualité des prescriptions (si les données sur le patient sont accessibles) Amélioration des échanges entre prescripteurs et prestataires (e.g. réduction des erreurs d'interprétation de la calligraphie)

6.4. Compte-rendu de médecin spécialiste (investigation diagnostique, opératoire, résultats d'analyses ou d'exams, ...)

Contexte : Le compte-rendu de médecin spécialiste est un document de santé, produit à la suite d'une prescription d'examen (radiologie. biologie ...), ou à la suite d'une lettre médicale pour transfert du patient.,

Il a deux objectifs :

1. Le premier est de relater au prescripteur ou au médecin ayant transféré le patient la prise en charge clinique du patient : évènements majeurs, résultats et interprétation d'exams et d'analyse ;
2. Le second objectif est de répondre à l'obligation de documentation des soins prodigués au patient.

Ces comptes rendu sont souvent rédigés en texte libre en suivant une structure définie soit personnellement, soit par l'établissement, soit imposée par un logiciel métier.

- En cas de prescription, le compte-rendu est envoyé par courrier au prescripteur. Une copie peut être également remise au patient à sa demande.
- En cas de transfert du patient, le compte-rendu est remis au patient qui peut, s'il le souhaite, le remettre au médecin de son choix. En général, c'est celui qui a rédigé la lettre médicale pour son transfert.

Document échangé	Compte-rendu de médecin spécialiste
Evènement déclenchant	Réalisation d'un service prescrit par le médecin traitant
Émetteur(s)	Médecin spécialiste
Récepteur(s)	Si prescription : médecin prescripteur + si demandé une copie au patient Si lettre médicale de transfert : patient + si demandé par le patient au médecin de son choix
Support	Papier
Transport(s)	En cas de prescription, le compte-rendu est transmis directement au prescripteur par courrier. Eventuellement, une copie est envoyée ou remise au patient.
Standardisation	Non standardisé, structure propre à chacun
Existence convention ou contrainte légale	Pas précisé
Opportunité de la plateforme eSanté	Le transfert électronique du document avec garantie d'authenticité. Alimenter le dossier patient avec les contenus forts importants.

6.5. Fiche de liaison du Samu

Contexte : Cette fiche est remise à l'hôpital où est admis le patient par le médecin du SAMU qui a pris en charge le patient.

Aujourd'hui, les données recueillies lors des secours pré-hospitaliers ne font pas légalement partie du dossier patient.

Le SAMU remet une fiche d'intervention pré-imprimée et remplie à la main aux services d'urgence de l'hôpital. Cette fiche spécifique au Luxembourg suit les recommandations du DIVI¹⁴ 2003 (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin). Sa structure standardisée contient de nombreux renseignements médicaux. Lorsque le patient est totalement inconnu de l'hôpital, la fiche sert de départ pour son dossier médical hospitalier.

De retour au bureau, les médecins et ambulanciers font la saisie de leur fiche d'intervention. Celle-ci sera alors disponible plus tard via HealthNet aux professionnels de santé de l'hôpital grâce au système DIVIDOK

a) Description de la prise en charge du patient par le SAMU

L'appel au 112 est traité par le Central des Secours d'Urgence. Ce sont environ 15 personnes non médecins qui assurent en alternance une présence continue 24/24h et 7/7j. Elles évaluent la situation en se basant sur un questionnaire et décident quel type d'intervention est nécessaire :

- Médecin traitant
- Médecin de garde
- Ambulance
- Médecin et ambulance (SAMU)

L'administration des services des secours (ASS) a déclaré qu'il serait intéressant pour les personnes du 112 de pouvoir accéder à certaines données de santé du patient comme ses antécédents, ou si le patient est porteur d'une maladie infectieuse comme la tuberculose, afin de mieux organiser l'intervention. Mais ceci semble difficilement concevable aujourd'hui si les personnes du 112 ne sont pas des professionnels de santé. Une réglementation de la profession peut être nécessaire pour résoudre ce problème.

Le SAMU intervient avec une ambulance et stabilise le patient sur place avant de le transporter. Il serait aussi intéressant que les médecins du SAMU puissent accéder à certaines données de santé du patient à travers le dossier patient.

b) Le système DIVIDOK

Le système DIVIDOK a été mis en place par l'ASS afin de pouvoir réaliser des analyses de la qualité de service et à des fins de veille sanitaire.

L'ASS utilise des formulaires pré-imprimés par la société dokuFORM¹⁵ et la solution informatique de la société Unipro¹⁶ pour faire la saisie des formulaires.

Le formulaire est composé de trois feuillets, le premier est remis avec le patient à l'hôpital, le second est gardé par le médecin pour la saisie des données et le dernier est utilisé en cas de refus de transport du malade.

Le système informatique comprend une base de données centrale avec une partie destinée aux ambulanciers et une partie destinée aux médecins du SAMU. Les hôpitaux peuvent accéder aux données du système. Il est administré aujourd'hui par le service informatique de l'ASS, mais il a été convenu que la gestion informatique serait par la suite reprise par le Ministère de la Santé.

¹⁴ <http://www.divi-org.de/>

¹⁵ <http://www.dokuform.de/>

¹⁶ <http://www.unipro-software.de/>

Pour le moment, il n'y a que deux types de document qui existent : ambulancier et SAMU. Cependant, de nouveaux formulaires spécifiques aux pathologies prises en charge pourraient être utilisés par le SAMU (AVC, ...).

Aujourd'hui seuls le CHEM et deux centres de secours utilisent ce système. Il est prévu de l'étendre à d'autres hôpitaux et d'autres centres de secours.

L'ASS a également évalué des moyens de numérisation des données sur le site d'intervention comme le Digital Pen, le PC embarqué ou après l'intervention en scannant un formulaire spécifique. Aucune de ces solutions ne semblait convenir. Par ailleurs, l'ASS nous a rapporté qu'une étude allemande aurait démontré l'inefficacité des moyens de numérisation des données sur le site d'intervention. Pourtant la numérisation des données sur le site d'intervention serait souhaitable pour accélérer la transmission des informations.

c) Tableau de synthèse de la fiche de liaison SAMU

Document échangé	Fiche de liaison SAMU
Evènement déclencheur	Prise en charge d'un patient par le SAMU
Émetteur(s)	Médecin du SAMU
Récepteur(s)	Médecin urgentiste hospitalier
Support	Papier (avec le patient) Electronique (en différé)
Transport(s)	Remis au patient Consultation et téléchargement sur un serveur
Standardisation	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée
Existence convention ou contrainte légale	Non
Opportunité de la plateforme eSanté	Pas prévu pour l'instant car les données consolidées seront produites par les systèmes hospitaliers

Les types d'informations contenues dans la fiche DIVIDOK du SAMU sont listés dans Tableau 4 :

Type d'informations	Exemple de données
Données administratives	Nom, prénom, sexe, date de naissance, type de transport, hôpital d'accueil,
Informations sur l'intervention	Nom et qualification du médecin et de son assistant, date de transport, heures d'acceptation de la mission, de départ, d'arrivée au patient, de départ avec le patient, de remise du patient à destination, temps d'intervention
Etat du patient avant transport	Etat neurologique, état des pupilles, paralysie, méningite, douleur, pression sanguine, ECG, LOC, ventilation
Diagnostique	Diagnostic, interventions subies
Surveillance	Courbes d'évolution des paramètres,
Traitement	Circulation, respiration, médicament, monitoring
Etat du patient après transport	Données identiques aux types de données « avant transport »
Résultats	Type d'intervention, Utilité du transport, score NACA
Remarques	Coordonnées médecin de famille, allergies, traitement, Téléphone famille, objet accompagnant le patient Note du médecin
Evènements / complications	Type, moment, importance, Signature du médecin SAMU

Tableau 4 : Types d'informations présents dans la fiche DIVIDOK du SAMU

Remarque : Les dispositifs médicaux qui équipent les SAMU sont tous les mêmes. Chaque fabricant fournit un logiciel pour récupérer les données enregistrées par les dispositifs médicaux pendant le transport (ECG, ...). L'ASS fournit ce logiciel aux hôpitaux. Le transfert ce fait alors par liaison filaire, sans fil ou par carte. Sur le lieu d'intervention, le SAMU a la possibilité d'envoyer des ECG par GPRS à un cardiologue pour avoir un avis d'un médecin spécialiste.

6.6. Fiche de transfert soignante Long séjour

Contexte : la fiche de transfert soignante Long séjour est employée lors du transfert du patient du Long séjour vers les hôpitaux ou vers un autre prestataire de long séjour.

Les hôpitaux et le secteur du long séjour ont signé des conventions individuelles qui régissent ces transferts. Ils y ont conjointement défini la structure de la fiche, qui est unique pour l'ensemble des établissements d'un même réseau. Le médecin et l'équipe soignante remplissent alors à la main un formulaire pré-imprimé standardisé. Cette fiche est ensuite remise à l'équipe soignante de la nouvelle structure par le transporteur du patient. Une description détaillée de ce processus d'échange peut être consultée en Annexe 2.

Document échangé	Fiche de transfert soignante Long séjour
Evènement déclencheur	Transfert du patient d'une structure de long séjour à un hôpital ou une autre institution
Émetteur(s)	Equipe soignante de l'organisme d'origine
Récepteur(s)	Equipe soignante de l'organisme de destination
Support	Papier
Transport(s)	Remis au patient
Standardisation	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée
Existence convention ou contrainte légale	Oui
Opportunité de la plateforme eSanté	Le transfert électronique du document avec garantie d'authenticité. Sécuriser le transfert du document Possibilité d'utilisation des alertes en cas de transfert d'urgence Alimenter le dossier patient avec des informations utiles et pertinentes. L'alimentation régulière du dossier pourrait simplifier le contenu de la lettre, l'anamnèse pouvant se faire sur base du dossier.

Les types d'informations contenues dans les fiches de transfert soignant Long séjour sont listés dans le Tableau 5 :

Type d'informations	Exemple de données
Donnée administratives	Nom, prénom, matricule, personne à prévenir, médecin traitant, personnel infirmier de référence, médecin traitant ...
Langue maternelle	français, allemand, luxembourgeois, portugais
Objet accompagnant le patient lors de son transfert	Lunettes, carte d'identité, argent liquide, prothèse, ...
Données de soins	Motif de transfert
Directives anticipées en cas de décès	Droit aux soins palliatifs, carnet de soins palliatifs
Constantes	Pouls, TA, T°, douleur, poids
Traitement et surveillance clinique du jour	Médication donnée ce jour, médication habituelle (domicile), changement récent, anti coagulant
Allergie et surveillance particulière	Diabète, pacemaker, régime, plaie, douleur, trouble de l'équilibre, désorientation, état dépressif ...
Grille d'autonomie habituelle (dépendance) et au moment du transfert	Respiration, alimentation, élimination, mobilité, propreté, habillement, sommeil, maintien de la T° du corps, éviter les dangers, communiquer, état psychologique,
Interventions de thérapeutes, fréquence, motif	Kinésithérapeute, orthophoniste, ...
Données médicales	Vaccins (Tevax, grippe, ...), antécédents médicaux

Tableau 5 : Types d'informations présents dans la fiche de transfert soignante Long séjour

6.7. La lettre de sortie d'hospitalisation

Contexte : la lettre de sortie (ou le compte-rendu) d'hospitalisation est une lettre rédigée par le dernier médecin en charge du patient de l'hôpital. Elle est remise au patient et au médecin qu'il désigne (médecin qui a demandé l'admission du patient, médecin de famille, ...). Dans la pratique, la lettre est envoyée au médecin qui a demandé l'admission, mais le patient peut s'y opposer.

L'objectif est de rapporter brièvement les antécédents du patient, sa prise en charge à l'hôpital et de transmettre des consignes pour le suivi : traitement, contrôle...

Au choix du médecin, la rédaction de la lettre peut être réalisée :

- à la main sur un formulaire pré-imprimé
- à partir d'un éditeur de texte
- à partir d'un système d'information médical

L'article¹⁷ 36 de la loi du 28 août 1998 rend ce document obligatoire à la sortie de l'établissement hospitalier. Néanmoins, la lettre de sortie n'est pas standardisée au Luxembourg. Sa structure est propre à chaque médecin et elle est rédigée en texte libre. Seuls les diagnostics principaux et associés sont codifiés selon la CIM-10.

Document échangé	Lettre de sortie d'hôpital
Evènement déclencheur	Sortie du patient d'une hospitalisation
Émetteur(s)	Dernier médecin en charge du patient à l'hôpital
Récepteur(s)	Patient Médecin désigné par le patient
Support	<ul style="list-style-type: none"> • Papier
Transport(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Remis au patient • Courrier • Fax/Email (en attente du document original)
Standardisation	<ul style="list-style-type: none"> • Non standardisé, structure propre à chacun
Existence convention ou contrainte légale	Obligatoire
Opportunité de la plateforme eSanté	<p>Le transfert électronique du document avec garantie d'authenticité. L'alimentation automatique du dossier patient. L'échange de la lettre de sortie via la plateforme eSanté permettrait d'obtenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus de rapidité • Meilleur accès à l'information • Sécurisation des échanges d'informations • Favoriser la continuité des soins • Éviter des actes redondants

¹⁷ « A la sortie de l'établissement hospitalier il est établi un résumé clinique par le ou les médecins traitants. Ce résumé est remis au patient et au médecin traitant qu'il désigne. »

Le Tableau 6 présente les types d'informations contenus dans une lettre de sortie d'hospitalisation:

Type d'informations	Exemple de données
Données démographiques	Nom, prénom, numéro d'admission
Prise en charge hospitalière	Date, service, motif hospitalisation
Diagnostiques et anamnèse	Antécédents médicaux, diagnostic avec code CIM-10
Résultats des examens médicaux	Bilan biologique, ECG, échographie, épreuve d'effort,...
Traitement actuel	Médication
Surveillance clinique particulière	Allergies, soins, douleur
Conclusion	Evolution de la situation, planification
Contact médecin et service hospitalier	Nom du médecin, adresse, Numéro CNS

Tableau 6 : Types d'informations présents dans le CR médical Hôpital

Remarque : Il existe aussi au Luxembourg une déclaration obligatoire de diagnostic de sortie destinée à la CNS. Le médecin remplit un formulaire de l'hôpital, il y indique :

- L'identité du patient (nom, prénom, adresse, matricule, date de naissance, numéro d'admission)
- L'identité de l'assuré (nom, prénom, adresse, matricule)
- Les périodes de séjour (Date et heure d'entrée et de sortie)
- Les modes de sorties
- Le diagnostic principal codé avec la CIM-10
- Le(s) diagnostic(s) associé(s) codé(s) avec la CIM-10 (éventuellement)
- Le code et nom du médecin
- Date et signature

Ce document pourrait être facilement informatisé en remplissant un formulaire de la CNS ou si la lettre de sortie s'informatise, il pourrait en être extrait.

6.8. Lettre médicale (d'accompagnement, d'admission, de transfert ...)

Contexte : ce type de lettre est utilisé lors du transfert patient.

Elle est destinée à un confrère. Mais elle peut être aussi accompagnée d'une fiche de transfert soignante pour l'équipe soignante. Cette lettre a les mêmes caractéristiques que la lettre de sortie, le médecin y ajoute seulement la motivation du transfert. Elle fournit donc l'information médicale, alors que la fiche de transfert soignante renseigne l'information relative aux soins.

Document échangé	Lettre médicale
Evènement déclenchant	Transfert du patient vers un confrère
Émetteur(s)	Médecin
Récepteur(s)	Médecin
Support	Papier
Transport(s)	Courrier/fax Remis au patient
Standardisation	Non standardisé, structure propre à chacun
Existence convention ou contrainte légale	Non
Opportunité de la plateforme eSanté	Le transfert électronique du document avec garantie d'authenticité Le contenu peut être relié à des informations supplémentaires disponibles dans le dossier du patient (accessibles selon les droits d'accès du récepteur)

6.9. Demande de soin ou information d'évolution du corps soignant de 3^{ème} ligne

Contexte : dans le secteur de la dépendance, l'équipe soignante qui assure la surveillance peut contacter par téléphone le médecin en charge du patient pour l'informer que le patient nécessite une visite médicale ou des soins complémentaires.

Document échangé	Demande de soin ou information d'évolution du corps soignant de 3 ^{ème} ligne
Evènement déclenchant	Une évolution de l'état du patient créant un besoin d'une visite ou des soins complémentaires
Émetteur(s)	Equipe soignante
Récepteur(s)	Médecin
Support	Oral
Transport(s)	Téléphone
Standardisation	Non applicable
Existence convention ou contrainte légale	Non
Opportunité de la plateforme eSanté	L'urgence de la demande nécessite un moyen de communication rapide et direct comme le téléphone. Après avoir alerté le médecin, le corps soignant pourrait mettre à disposition via la plateforme des informations permettant aux médecins de juger la gravité de la situation comme les courbes de tendance du patient ou des photographies numériques d'une plaie.

6.10. Dossier de soins mis à disposition du médecin dans les soins de 3^{ème} ligne

Contexte : dans le secteur de la dépendance, l'équipe soignante documente dans un dossier de soins, les prestations dispensées aux patients et le relevé de ses paramètres vitaux.

Ce n'est pas un réel échange comme ceux qui ont été décrit précédemment. Ce dossier de soin est laissé au chevet du malade pour communiquer avec le médecin. Le document reste sur place et les médecins qui se déplacent peuvent le consulter.

Document échangé	Dossier de soins mis à disposition du médecin
Evènement déclenchant	Visite du médecin
Émetteur(s)	Equipe soignante
Récepteur(s)	Médecin
Support	Papier
Transport(s)	Consultation sur place
Standardisation	Structure unique définie par l'institution Utilisation de codification ou de terminologie standardisée
Existence convention ou contrainte légale	Oui, une convention entre la COPAS et l'AMMD
Opportunité de la plateforme eSanté	La plateforme pourrait ici créer un lien sécurisé entre les logiciels métiers de l'organisme de soin et les logiciels métiers des médecins. Le médecin pourrait suivre plus ses patients à partir de son cabinet et déterminer quels sont les patients à voir en priorité.

6.11. Fiche de transfert soignante Hôpital

Contexte : la fiche de transfert soignante Hôpital est employée lors du transfert du patient de l'hôpital vers les soins de 3^{ème} ligne (secteur dépendance).

Les hôpitaux et le secteur du long séjour ont signé des conventions individuelles qui régissent ces transferts. Ils y ont conjointement défini la structure de la fiche au niveau de l'hôpital, qui est unique pour l'ensemble des services. Le médecin et l'équipe soignante remplissent alors à la main un formulaire pré-imprimé standardisé. Cette fiche est ensuite remise à l'équipe soignante de la nouvelle structure par le transporteur du patient.

Document échangé	Fiche de transfert soignante Hôpital
Evènement déclenchant	Sortie du patient de l'hôpital vers les soins de 3 ^{ème} ligne
Émetteur(s)	Equipe soignante en charge du patient à l'hôpital
Récepteur(s)	Equipe soignante de destination
Support	Papier
Transport(s)	Remis au patient
Standardisation	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée
Existence convention ou contrainte légale	Oui
Opportunité de la plateforme eSanté	Le transfert électronique du document avec garantie d'authenticité. Ce document déjà structuré et prêt à être informatisé. Gain de sécurité, et importation des données soignantes dans le système d'information de destination. Moins d'opérations humaines Plus de rapidité Meilleur accès à l'information Sécurisation des échanges d'informations Favoriser la continuité des soins Eviter des actes redondants Meilleure coordination des soins

Les types d'informations contenues dans les fiches de transfert soignantes Hôpital sont listés dans le Tableau 7 :

Type d'informations	Exemple de données
Données démographiques	Nom, prénom, personne à prévenir
Prise en charge hospitalière	Service, motif hospitalisation, jour OP, ...
Résumé soignant de sortie	
Constantes	Pouls, TA, T°, douleur, poids
Traitement et surveillance clinique du jour	Médication donnée ce jour, médication habituelle (domicile)
Allergie et surveillance particulière	
Grille d'autonomie : signes cliniques et soins à prodiguer	Respiration, alimentation, élimination, mobilité, propreté, habillement, sommeil, maintien de la T° du corps, éviter les dangers, communication, état psychologique, ...
Soins de plaies et application médicamenteuse	Pansements à continuer, prévention et traitement d'esquarre
Appareillage	Sonde, voie centrale, ...
Hygiène hospitalière	Maladie contagieuse, MRSA, ...
Langue parlée	Français, allemand, luxembourgeois, portugais, ...

Tableau 7 : Types d'informations présents dans la fiche de transfert soignante Hôpital

7. CONCLUSION

Ce rapport présente les résultats des analyses faites sur les échanges de documents de santé (existants au Luxembourg) entre les divers professionnels de santé pour assurer la coordination des soins. Cette étude est réalisée dans l'optique de la mise en place de la plateforme télématique de service de santé en ligne, nommée *eSanté*.

La plateforme eSanté offre la possibilité de partager plus facilement la documentation de santé à toutes les personnes autorisées. Elle offre un ensemble de services essentiels pour garantir la sécurité des données transmises, la vérification des droits d'accès aux informations, le transport et le stockage des données, le respect des droits des utilisateurs et des patients, et le suivi des opérations effectuées sur ces données (en gardant un trace de ces opérations pour des éventuels audits).

Les réunions de travail et les discussions avec les professionnels de santé ont permis d'identifier les types de documents échangés et leurs structures. L'étude des documents reçus nous a permis d'identifier 11 types de documents échangés. Ils sont listés dans le Tableau 8 en correspondance avec leur degré de standardisation actuelle, le niveau d'informatisation du prestataire qui a créé le document et l'opportunité d'intégration à la plateforme eSanté.

Type de documents	Degré de standardisation	Niveau d'informatisation de l'émetteur (échelle : élevé, moyen, faible)	Opportunité d'intégration à la plateforme eSanté (échelle : recommandé, utile, pas nécessaire)
Dossier médical complet	Non standardisé, structure propre à chacun. Si informatisé, format propre à l'éditeur.	moyen	pas nécessaire
Prescription	Structure imposée par la CNS Texte libre avec les nomenclatures imposé par la CNS	moyen	utile
Projet de DMG ou de DPS : Dossier Médical Général ou Dossier Personnel de Santé	Pas précisée, mais nécessaire	Non applicable	recommandé
Lettre médicale (d'accompagnement, d'admission, ...)	Non standardisé, structure propre à chacun	moyen	recommandé
Compte-rendu de médecin spécialiste (investigation diagnostique, opératoire, résultats d'analyses ou d'examens, ...)	Non standardisé, structure propre à chacun	moyen	recommandé
Fiche de liaison du Samu	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	moyen	pas nécessaire
Fiche de transfert soignante Long séjour	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	faible	Utile
La lettre de sortie d'hospitalisation	Non standardisé, structure propre à chacun	élevé	recommandé
Demande de soin ou information d'évolution du corps soignant de 3ème ligne	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Dossier de soins mis à disposition du médecin dans les soins de 3ème ligne	Structure unique définie par l'institution Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	faible	Non applicable
Fiche de transfert soignante Hôpital	Structure unique définie pour tous les destinataires Utilisation de codification ou de terminologie standardisée	élevé	utile

Tableau 8 : Liste des documents échangés et degré de standardisation

Pendant l'analyse des documents, les caractéristiques suivantes ont été observées :

Une documentation essentiellement au format papier

Les documents identifiés sont échangés sous format papier. Cependant, la génération ou l'enregistrement peut se faire électroniquement. Il y a dans les logiciels métiers un ensemble de fonctionnalités qui permettent le remplissage électronique d'un certain nombre de documents (e.g. compte-rendu, lettre de sortie, etc.), mais cette version électroniquement générée n'est pas transmise électroniquement et reste conservée par l'émetteur. Le document est imprimé et remis au patient ou envoyé par courrier pour le destinataire à sa réception, il est fréquent que les données principales du document soient ressaisies dans le système informatique du destinataire pour documenter l'état de santé du patient.

Un cadre légal restreint

Nous avons remarqué que peu de ces échanges ont un caractère obligatoire.

Un début de standardisation

S'il existe peu de documents dont le format est arrêté par voie légale ou réglementaire (ex. Fiche de prescription imposée par la CNS), nous avons par contre constaté de nombreuses conventions bilatérales, notamment entre les établissements de soins de long séjour et les hôpitaux. Ces conventions pourraient poser les bases de futurs standards des documents qui seraient supportés par la plateforme.

En ce qui concerne la codification, la nomenclature la plus utilisée est la CIM-10.

Il a été constaté que les fiches de transfert soignantes sont les documents les plus structurés et seraient aujourd'hui les meilleurs candidats pour débiter l'informatisation de ces échanges, cependant le niveau d'informatisation du secteur de la Dépendance ne permet pas de couvrir aujourd'hui le cycle complet (depuis la création dans le système d'information de l'émetteur jusqu'à l'intégration dans le système d'information du destinataire) de ces échanges électroniquement. Après avoir uniformisé nationalement les différences entre les diverses fiches de transferts soignantes employées, une interface de saisie pourrait être proposée par la plateforme eSanté afin d'uploader la fiche au format pdf et d'y saisir les métadonnées nécessaires au document...

Les opportunités pour l'échange et le partage des documents au travers de la plateforme eSanté évoqué par les acteurs interrogés sont :

- Moins d'opérations humaines
- Plus de rapidité
- Meilleur accès à l'information
- Sécurisation des échanges d'informations
- Favoriser la continuité des soins
- Meilleure coordination des soins
- Eviter des actes redondants

Les deux initiatives de projets en discussion, le Dossier Médical du Généraliste (DMG) et le Dossier Personnel de Santé (DPS) participent à la satisfaction de ces besoins. Cependant, elles devraient envisager une convergence puisqu'elles poursuivent les mêmes objectifs. Il n'est pas réaliste que les médecins gèrent ces deux dossiers en parallèle. Cette convergence pourrait être au moins technique dans un premier temps au travers de la plateforme eSanté en choisissant d'utiliser les mêmes standards et en employant la même structure de documents. Cela permettrait une interopérabilité entre ces deux dossiers et leur interaction avec les documents de santé échangés. En effet, ces dossiers pourraient servir de source d'informations pour créer certaines parties de ces documents, telles que les anamnèses. Les parties importantes, par exemple la conclusion des documents examinés dans ce rapport, pourraient, une fois standardisés, être facilement importées par le médecin gestionnaire dans ce dossier. Réciproquement, la standardisation ou au moins la structuration de ces documents

de santé devrait aider, le gestionnaire du dossier à importer les informations qu'il estime importantes dans le DMG/DPS pour le maintenir à jour.

La classification et la composition des informations doivent refléter les procédures de travail des professionnels de la santé. Par exemple, les documents échangés, comme les comptes-rendus ou lettres de sorties doivent contenir des liens pointant sur les documents associés présents sur la plateforme, tels que lettres médicales, prescriptions,.... L'informatique pourrait donc jouer un rôle de facilitateur dans le remplissage des documents transférés, dans leur envoi et leur réception, et de leur backup en cas de perte des exemplaires papiers. De plus, des codifications pourraient être incorporées aux documents électroniques afin de promouvoir le multilinguisme et supporter la facturation des actes effectués.

Les caractéristiques des échanges de document examinées montrent qu'un travail important de standardisation de l'information est nécessaire pour échanger ces documents électroniquement au travers de la plateforme eSanté. Nous recommandons de standardiser ces documents par étapes dans des groupes de travail pluridisciplinaires :

1. Se baser prioritairement sur les documents utilisés par les acteurs en routine, et faisant déjà l'objet d'une standardisation plus ou moins avancée pour standardiser, avec les acteurs, une version papier de la documentation échangée (information à renseigner, structuration de l'information)
2. Convenir sur l'ensemble de données de base nécessaire à un échange
3. Définir une codification unique pour certaines données quand cela est possible
4. Définir dans une phase intermédiaire, un service dégradé de partage qui permet l'upload de pdf avec saisie de quelques métadonnées.
5. Utiliser dans une phase finale, des fichiers XMLs basé sur le format CDA-R2 de niveau 2 ou 3.

8. ANNEXES

8.1. ANNEXE 1

Réponse du Ministre de la Santé et de Sécurité sociale à la question parlementaire N°1683 du 13 avril 2007 de Madame la Députée Claudia Dall'Agnol.

Le dossier DMG a été défini sur base conventionnelle par l'AMMD et l'UCM en s'appuyant sur le modèle existant en Belgique. Il ne comportait initialement pas d'élément électronique ou informatique alors qu'il était prévu de n'avoir recours qu'à des documents sur papier. Toutefois, compte tenu des progrès en matière informatique, un traitement sur support électronique a été envisagé.

Ceci dit, j'informe l'honorable Députée que la Commission nationale de la protection des données a été saisie du dossier au mois de mars 2004. Cependant, elle n'a pas rendu son verdict à l'heure actuelle, alors qu'elle a relié la problématique du DMG à celle beaucoup plus complexe de la protection des données dans les cabinets médicaux. Par conséquent, le dossier DMG en tant que tel ne peut pas encore être utilisé en pratique par les médecins généralistes.

Le dossier contient les éléments et les informations suivants :

- 1) un dossier médical général; les données contenues dans le dossier médical général sont les seules pouvant être transmises à un autre médecin. Le dossier médical général est normalisé.
- 2) un dossier de travail du médecin; ce dossier appartient au médecin et contient ses annotations personnelles qui ne peuvent être transmises.
- 3) un dossier privatif de données personnelles concernant le patient; ces données appartiennent au patient et lui sont communiquées sur sa demande.

Outre les données résultant des investigations et prescriptions personnelles réalisées par le médecin, le dossier médical général est complété:

- 1) par les données en provenance d'autres médecins ayant traité le patient dans la mesure où un rapport a été réalisé dans les conditions de l'article 76 de la convention médicale du 13 décembre 1993.
- 2) par les données médicales personnelles du patient, détenues par l'union des caisses de maladie.

Le dossier médical général contient les informations suivantes:

A.: Les fiches de données ci-après:

- **Fiche 1 Identification du patient**

Nom, prénom

Nom marital

Matricule de la sécurité sociale

Date de naissance

Sexe

Identification du dossier interne tenu par le médecin

- **Fiche 2. Données administratives et sociales**

Adresse

Date début du contrat DMG

Date fin du contrat DMG

Statut du patient par rapport au régime de pension et d'assurance accidents
(Bénéficiaire d'une pension d'invalidité, bénéficiaire d'une rente accident)

Numéro / date accident professionnel / maladie professionnelle reconnue

- **Fiche 3 Les données d'alerte**

Allergies
Intolérances médicamenteuses
Traitements contre-indiqués
Autres données d'alerte

- **Fiche 4 Informations médicales de base**

Antécédents :
médicaux
psychiatriques
gynécologiques et obstétricaux
chirurgicaux,
traumatologiques

Carnet vaccinal
Facteurs de risque

- **Fiche 5 Liste des médicaments au long cours**

Date début
Nom du médicament
Posologie
Voie d'administration
Indications et commentaires
Durée du traitement
Motif de l'arrêt du médicament :
intolérance
inefficacité
contre- indication
autres commentaires
Date arrêt

- **Fiche 6 Liste des examens et avis spécialisés**

Date
Numéro
Type examen
Conclusions
Réévaluation

- **Fiche 7 Journalier (chaque médecin est libre de rédiger son journalier à sa façon)**

Date
Informations subjectives
Informations objectives
Appréciation en fin de consultation
Plan de prise en charge
Réévaluation

- **Fiche 8 Liste des problèmes actifs**

Début
Numéro
Description du problème actif
Fin du problème

B. Les copies ou originaux des rapports et avis médicaux en provenance d'autres médecins.

C. L'exemplaire du médecin du contrat DMG signé avec le patient et, le cas échéant, les pièces documentant la résiliation du contrat DMG.

Toutes les fiches énumérées ci-avant sont présentées sous un format standardisé ce qui facilitera la présentation du DMG sous forme électronique. Mais avant tout progrès en la matière, il faut que la CNPD donne son aval à l'affaire.

8.2. ANNEXE 2 : WORKFLOW DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE L'HÔPITAL ET PRESTATAIRES DE SOINS

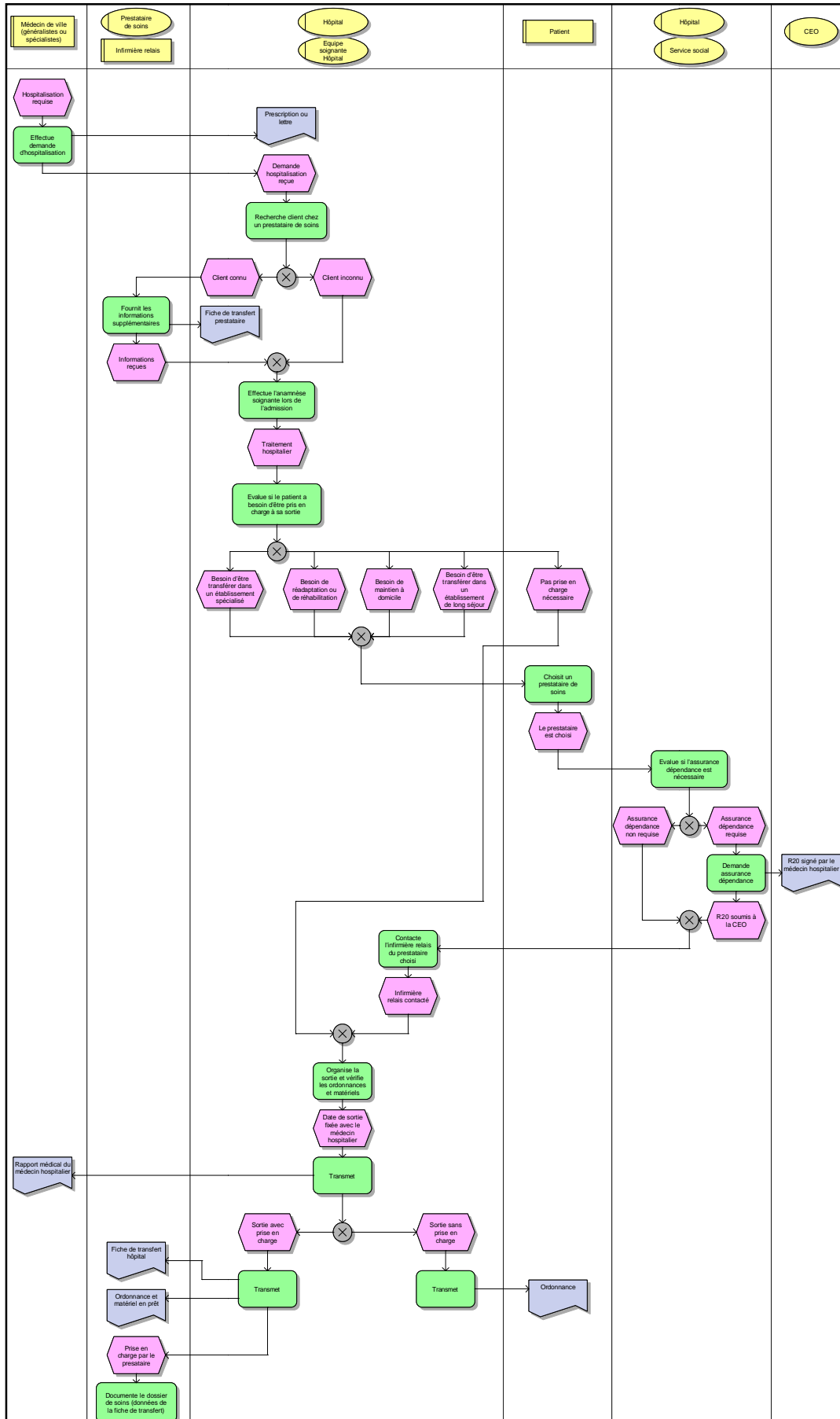


Figure 2 : Workflow de la continuité des soins entre l'hôpital et prestataires de soins