



**IPAG eHealth**

Interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft eHealth  
Communauté de travail interprofessionnelle eHealth

# Informations pertinentes pour le traitement : jeu de données minimal dans le DEP

Recommandations d'IPAG eHealth

Berne, le 4 juillet 2025

## Table des matières

1. Introduction .....	3
1.1 Contexte .....	3
1.2 Mandat .....	5
1.3 Thèmes connexes .....	8
1.4 Responsabilité des professionnels de la santé .....	10
2 Identification des informations pertinentes pour les traitements .....	10
2.1 État des lieux des recommandations existantes .....	10
2.2 Prescriptions et recommandations internationales.....	13
2.3 Informations pertinentes pour le traitement .....	19
3. Informations pertinentes pour le traitement en Suisse.....	21
3.1 Recommandations .....	21
4 Limites .....	26
Disponibilité des informations.....	26
Annexe 1 Métadonnées .....	28
A.1.1 Documents.....	28
A 1.2 Champs de valeurs.....	29
Annexe 2 Aide à la décision pour les professionnels de la santé .....	29

---

## Position de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP):

L'OFSP salue la collaboration fructueuse avec le groupe de travail interprofessionnel eHealth (IPAG eHealth) lors de l'élaboration de cette aide destinée aux professionnels de la santé travaillant avec le dossier électronique du patient (DEP). Le présent rapport présente les résultats des travaux de l'IPAG eHealth en mettant l'accent sur le point de vue des professionnels de la santé.

---

# 1. Introduction

## 1.1 Contexte

Le dossier électronique du patient (DEP) est un dossier médical virtuel orienté sur les patients qui permet d'enregistrer des informations pertinentes pour le traitement et de les consulter de manière ciblée dans des cas concrets. Le 27 septembre 2024, le Conseil fédéral a décidé que la gestion des informations, initialement décentralisée, serait à l'avenir centralisée<sup>1</sup>. Lorsque la révision complète sera entrée en vigueur, l'infrastructure technique sera du ressort de la Confédération. Cette évolution contribuera à résoudre les problèmes d'interopérabilité actuels et facilitera la mise en œuvre des développements ultérieurs. Le DEP peut toutefois d'ores et déjà servir de source d'information centralisée pour les professionnels du système de santé en leur permettant d'accéder aux informations pertinentes pour le traitement d'un patient ainsi qu'aux données de santé qu'ils ont eux-mêmes enregistrées. La possibilité pour les médecins, le personnel soignant et d'autres professionnels de la santé tels que les pharmaciens et les thérapeutes de consulter en tout temps des informations pertinentes, actuelles et validées améliore la coordination et la continuité des soins. Il faut pour cela que ces acteurs se soient raccordés au DEP et que les droits d'accès correspondants aient été attribués.

Dossier électronique du patient

Le DEP vise plusieurs objectifs importants : tout d'abord, il offre la possibilité aux patients, via un prestataire de DEP certifié, de consulter et de gérer des informations relatives à leur santé<sup>2</sup>. Il contribue également à améliorer la qualité de la prise en charge clinique en fournissant une base d'informations plus détaillée pour établir des diagnostics et coordonner les traitements de manière individualisée. En parallèle, le DEP permet d'organiser les processus de traitement de manière plus efficiente en évitant les doublons et en accélérant les processus administratifs<sup>3</sup>. L'un des autres objectifs centraux du DEP est l'augmentation de la sécurité des patients : l'accès direct à des données cliniques actuelles permet d'identifier précocement les risques, tels que les interactions médicamenteuses ou les réactions allergiques, et de les prévenir.

Conformément à la disposition transitoire relative à la modification de la loi sur le dossier électronique du patient (LDEP) du 19 juin 2015, les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les maisons de naissance et les établissements

---

<sup>1</sup> <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=102624>

<sup>2</sup> <https://www.dossierpatient.ch/population/dep-avantages/disponibilite>

<sup>3</sup> <https://www.dossierpatient.ch/population/dep-avantages/traitement>

médico-sociaux (EMS) de Suisse sont légalement tenus<sup>4</sup> d'intégrer le DEP dans leurs processus quotidiens. Cette obligation vise à garantir qu'une grande partie des institutions de soins stationnaires utilisent d'ores et déjà le DEP. En août 2024, quelque 82 % des hôpitaux et 57 % des EMS<sup>5</sup> avaient mis en œuvre cette prescription tandis que d'autres s'employaient à procéder aux adaptations techniques et organisationnelles nécessaires. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMAL) impose en outre aux médecins nouvellement admis à pratiquer de s'affilier à une communauté ou une communauté de référence (art. 37, al. 3, LAMAL)<sup>6</sup>. Dans le cadre de la révision complète de la LDEP du 19 juin 2015 (RS 816.1)<sup>7</sup>, il est prévu que d'autres professionnels de la santé soient légalement tenus de s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence. Par ailleurs, toutes les personnes vivant en Suisse et remplissant des conditions définies bénéficieront automatiquement et gratuitement d'un DEP. Elles auront néanmoins la possibilité de s'opposer à l'ouverture automatique d'un DEP (système « opt-out »)<sup>8,9</sup>.

À long terme, le DEP contribuera de manière décisive à augmenter l'efficacité du système de santé dans son ensemble en créant de la transparence et en favorisant une prise en charge fluide et axée sur les patients<sup>10</sup>.

Dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé, les informations pertinentes pour le traitement peuvent recouvrir une multitude d'informations cruciales pour la prise en charge des patients dans le système de santé. Le message relatif à la LDEP de 2013<sup>11</sup> les définit comme les « informations importantes pour que d'autres professionnels de la santé puissent poursuivre le traitement ». Il s'agit notamment des résultats cliniques, des diagnostics, des informations concernant le déroulement des thérapies et des plans de médication, qui sont déterminants pour la prise en charge continue des patients. Le DEP ne contient pas uniquement des informations cliniques mais permet aussi aux patients d'enregistrer leurs propres informations dans le DEP, par exemple leur volonté concernant le don d'organe ou leurs directives anticipées (art. 8, al. 2, LDEP)<sup>12</sup>. Les professionnels de la santé ont l'obligation de consigner des informations pertinentes pour le traitement dans le DEP (art. 3, al. 2, LDEP).

Informations  
pertinentes pour le  
traitement

Ni la LDEP ni ses ordonnances d'exécution ne contiennent de définition du terme « pertinent pour le traitement » afin de laisser aux professionnels de la santé la marge d'interprétation et d'appréciation nécessaire s'agissant des informations à saisir. Pour guider la prise de décision à ce sujet, eHealth Suisse a publié une aide à la mise en œuvre en 2019<sup>13</sup>, qui formule des

---

<sup>4</sup> RO 2017 2201 - Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) | Fedlex

<sup>5</sup> <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/89859.pdf>

<sup>6</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/fr#art\\_37](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr#art_37)

<sup>7</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/fr#sec\\_1](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/fr#sec_1)

<sup>8</sup> Le Conseil fédéral pose les jalons pour développer le dossier électronique du patient

<sup>9</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr)

<sup>10</sup> <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=102624>

<sup>11</sup> FF 2013 4747

<sup>12</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/2017/203/20220101/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2017-203-20220101-fr-pdf-a-1.pdf>

<sup>13</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_Informations\\_pertinentes\\_pour\\_le\\_trai.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide_mise_en_oeuvre_Informations_pertinentes_pour_le_trai.pdf)

recommandations pratiques concernant l'utilisation des différentes informations dans le cadre du DEP<sup>14</sup>. L'absence de définition a cependant souvent été source d'incertitudes dans la pratique, entraînant des incohérences, des saisies incomplètes ou des doublons et compromettant l'utilisation efficace du DEP. Pour résoudre ces difficultés, l'aide à la mise en œuvre d'eHealth Suisse fournit des instructions concrètes concernant la saisie et la structuration des informations<sup>15</sup>.

D'autres pays comme le Liechtenstein<sup>16</sup> et l'Autriche<sup>17</sup> ont déjà défini des normes ou des recommandations concernant les informations à enregistrer dans les dossiers médicaux électroniques. Parmi ces informations figurent notamment les rapports médicaux, les résultats de laboratoire et les informations sur la médication. Pour promouvoir une utilisation efficace et à large échelle du DEP en Suisse, le présent rapport propose une aide à la décision à l'intention des professionnels de la santé, sous forme de « jeu de données minimal » (cf. Annexe 2), qui servira de ligne directrice pour les informations à enregistrer dans le DEP.

## 1.2 Mandat

Il ressort du rapport sur les résultats de la consultation concernant la révision de la LDEP<sup>18</sup>, qui s'est déroulée du 28 juin au 19 octobre 2023, qu'une majorité des parties prenantes souhaiteraient une définition claire et durable du terme « informations pertinentes pour le traitement ». Il semble que les outils et recommandations disponibles à ce jour ne fournissent pas un soutien suffisant aux professionnels de la santé, ce qui engendre un surcroît de travail et des incertitudes. Le risque est qu'un nombre trop important de documents soient enregistrés le DEP, compliquant ainsi l'accès aux informations pertinentes pour le traitement.

Contexte et genèse du mandat

Pour répondre à ces défis, la notion d'« informations pertinentes pour le traitement » sera à l'avenir assimilée aux termes « *critical data set* » et « jeu de données minimal » et employée comme synonyme. Ces informations peuvent être saisies sous forme structurée ou non structurée, en fonction de la disponibilité, actuelle et à venir, des formats d'échange. Ce principe s'applique jusqu'à l'inscription des formats d'échange en question dans l'ordonnance du DFI sur le dossier électronique du patient du 22 mars 2017 (ODEP-DFI ; RS 816.111, annexe 4)<sup>19</sup>. Une fois le format d'échange intégré dans la pratique, la recommandation concernant l'enregistrement de documents dans le cadre du jeu de données minimal n'aura plus lieu d'être puisque les informations pertinentes devront alors être mises à disposition en utilisant les éléments de données définis pour le format d'échange en

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/egd-pflichtige-dokumente>

<sup>17</sup> [https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierungsleitfaden\\_Entlassungsbrief\\_Aerztlich\\_2.06.2.pdf](https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierungsleitfaden_Entlassungsbrief_Aerztlich_2.06.2.pdf)

<sup>18</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2022/97/cons\\_1/doc\\_10/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-2022-97-cons\\_1-doc\\_10-fr-pdf-a.pdf](https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2022/97/cons_1/doc_10/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-2022-97-cons_1-doc_10-fr-pdf-a.pdf)

<sup>19</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oce/2023/52/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oce-2023-52-fr-pdf-a-1.pdf>

question.

L'OFSP a chargé la communauté de travail interprofessionnelle eHealth (IPAG eHealth) de concevoir et d'élaborer un jeu de données minimal et de formuler des recommandations concernant les informations considérées comme pertinentes pour le traitement et devant donc être enregistrées dans le DEP. Mises en œuvre correctement, ces recommandations doivent permettre aux professionnels de la santé d'enregistrer des informations uniformes et pertinentes dans le DEP.

En vue de fournir une aide supplémentaire aux professionnels de la santé, un outil concret, sous forme d'arbre de décision, a également été développé dans le cadre de ce mandat (Annexe 2 ).

Les présentes recommandations concernent uniquement les informations que les professionnels de la santé documentent dans le DEP, puisqu'il s'agit, dans leur quotidien professionnel, de l'étape initiale pour pouvoir utiliser le DEP avec profit, en fonction de l'objectif de la documentation. Il faut donc considérer l'ensemble du processus, en se demandant en particulier quelles informations sont considérées comme pertinentes pour le traitement, et à ce titre enregistrées, et quels principes régissent le moment et la forme de la saisie des données. Les questions de la persistance, de l'utilisation ou de la structuration des informations pertinentes pour le traitement n'entrent pas en ligne de compte.

Il incombe aux professionnels de la santé d'enregistrer dans le DEP les informations nécessaires à la prise en charge médicale. Selon l'art. 9 LDEP, la gestion ultérieure de ces informations, y c. la confidentialité et la visibilité de celle-ci, est cependant du seul ressort des patients. Ceux-ci décident quel(s) document(s) ils souhaitent partager avec quel(s) professionnel(s) de la santé. Des exceptions sont possibles en cas d'urgence médicale afin de permettre l'accès à certains documents (cf. art. 9, al. 5, phr. 1, LDEP)<sup>20</sup>. À noter que les professionnels de la santé n'ont aucun contrôle sur les documents établis et saisis par d'autres professionnels de la santé ou enregistrés dans le DEP par les patients.

S'agissant des informations pertinentes pour le traitement, le présent rapport se concentre exclusivement sur les données cliniques. Les données cliniques sont les informations directement liées à la prise en charge et au traitement ambulatoires et stationnaires d'un patient, notamment les diagnostics, les résultats de laboratoire, la médication et les résultats de procédés d'imagerie.

À l'inverse, les informations administratives telles que les documents de décompte ne font pas partie des informations pertinentes pour le traitement, car elles ont principalement des fins organisationnelles et administratives.

IPAG eHealth a été chargé d'élaborer la définition du terme « informations pertinentes pour le traitement » et de mettre en œuvre le mandat. IPAG eHealth se compose d'experts des associations suivantes <sup>21</sup> :

- Fédération des médecins suisses (FMH)
- Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse)

Domaine de compétence des professionnels de la santé s'agissant de l'objectif de la documentation

Informations cliniques pertinentes pour le traitement (prise en charge ambulatoire et stationnaire)

Groupes de travail

<sup>20</sup> [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/fr#art\\_9](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/fr#art_9)

<sup>21</sup> <https://www.ipag-ehealth.ch/>

- Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- Association suisse de chiropratique (ChiroSuisse)
- Association suisse de physiothérapie (PhysioSwiss)
- Association suisse d'ergothérapie (ASE)
- Fédération suisse des psychologues (FSP)
- Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD)
- Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)
- Société suisse des médecins-dentistes (SSO)

Pour tenir compte de la complexité des exigences, trois groupes de travail spécialisés, chacun consacré à une thématique spécifique, ont été constitués.

Le premier groupe de travail a procédé à un état des lieux détaillé et étudié ce qui avait été mis en œuvre dans d'autres secteurs ou à l'international. Après avoir identifié les documents pertinents et leurs métadonnées, il a élaboré un arbre de décision à titre d'aide visuelle (cf. Annexe 2).

Le deuxième groupe de travail a collaboré étroitement avec différents professionnels du système de santé, qui lui ont présenté des exemples d'application pratique. Ces cas réels montrent comment les informations pertinentes pour le traitement définies sont effectivement utilisées dans le quotidien et aident à développer des solutions axées sur la pratique.

Le troisième groupe de travail s'est penché sur le cadre légal et s'est assuré que les contenus du présent rapport étaient conformes aux lois et ordonnances en vigueur. L'objectif était de garantir la conformité légale des recommandations afin de pouvoir soutenir leur mise en œuvre dans le système de santé.

Le premier groupe de travail s'est tout d'abord fondé sur l'aide à la mise en œuvre « Informations pertinentes pour le traitement »<sup>22</sup> destinée aux professionnels de la santé et publiée par eHealth Suisse. Cette aide a fourni une base pour la suite des travaux du groupe. D'autres documents importants ont également été pris en compte, notamment la fiche d'information de Curaviva « Données pertinentes pour le traitement dans le dossier électronique du patient »<sup>23</sup> et la position de la FMH<sup>24</sup> sur le DEP, qui propose une réflexion dans la perspective des médecins.

Matériel de travail  
pertinent pour le  
mandat

Les exemples d'application du groupe de travail permanent d'IPAG eHealth ont constitué une aide supplémentaire. Les recommandations élaborées pour la définition des informations pertinentes pour le traitement couvrent environ 80 % des exemples d'application dans le cadre du jeu de données minimal. Bien que joints dans un tableau distinct, les exemples font partie intégrante du présent rapport.

Les différents documents de travail ont fourni des indications précieuses pour produire une définition étayée et axée sur la pratique du terme

<sup>22</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_Informations\\_pertinentes\\_pour\\_le\\_traitem.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide_mise_en_oeuvre_Informations_pertinentes_pour_le_traitem.pdf)

<sup>23</sup>

[https://www.curaviva.ch/files/ARFTBTP/donnees\\_pertinentes\\_pour\\_le\\_traitement\\_dans\\_le\\_dep\\_fiche\\_d\\_information\\_curaviva\\_insos\\_2022.pdf](https://www.curaviva.ch/files/ARFTBTP/donnees_pertinentes_pour_le_traitement_dans_le_dep_fiche_d_information_curaviva_insos_2022.pdf)

<sup>24</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf29/dep-la-position-de-la-fmh.pdf>

« informations pertinentes pour le traitement ». En prenant en compte différentes sources, le groupe de travail s'est assuré que les critères élaborés étaient à la fois fondés théoriquement et utilisables dans la pratique. L'objectif était de parvenir à une définition claire et uniforme du jeu de données minimal, qui offre une base fiable pour l'utilisation du DEP dans le quotidien clinique.

Les professionnels de la santé disposent à présent d'une aide actualisée, qui les guidera dans le choix et l'enregistrement des documents dans le DEP. Il est essentiel, pour les patients comme pour les professionnels de la santé, que les informations pertinentes pour le traitement soient mises à disposition de manière adéquate dans le DEP, tant sur le plan de la forme que de l'étendue. L'arbre de décision correspondant est fourni à l'Annexe 2 .

Publication d'une aide pour les professionnels de la santé

## 1.3 Thèmes connexes

Les formats d'échange jouent un rôle déterminant dans la transmission continue de données entre les systèmes informatiques des institutions de santé et des professionnels de la santé. Ils se fondent sur des normes techniques, syntaxiques et sémantiques spécifiques, qui doivent être mises en œuvre dans les systèmes d'information. Ces normes garantissent que différents systèmes puissent communiquer entre eux sans accroc et échanger des éléments de données sous une forme compréhensible et utilisable par toutes les parties prenantes.

Plan directeur d'eHealth Suisse pour les formats d'échange

Avant qu'un format d'échange soit publié, il est nécessaire d'élaborer un document conceptuel concernant son contenu et l'utilisation de bout en bout. Le document est établi sur la base d'un consensus entre les groupes d'intérêt concernés afin de tenir compte des exigences de l'ensemble des acteurs. Une spécification technique définissant le format d'échange effectif est ensuite mise au point. Elle définit précisément les champs de données obligatoires, les contenus généralement admis et indique si certains champs doivent comporter du texte libre ou des contenus prédéfinis. Cette procédure garantit que les données seront saisies et traitées de manière uniforme et rigoureuse.

L'*International Patient Summary* (IPS)<sup>25</sup> est un exemple de format d'échange d'envergure internationale. Il repose sur des normes internationales, notamment HL7 FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*) et CEN (Comité européen pour la normalisation), et vise à mettre à disposition à l'échelle internationale un ensemble d'informations cliniques standardisées. L'IPS se concentre sur un jeu de données minimal mais d'importance critique, qui couvre les situations d'urgence et les traitements de routine. Il s'agit notamment des diagnostics, des médicaments, des allergies et des intolérances, des vaccinations, des procédures médicales et des opérations, des résultats d'analyses, des implants et des anamnèses sociales et familiales. L'objectif est que les professionnels de la santé du monde entier puissent accéder rapidement aux informations pertinentes relatives à la santé.

Les informations pertinentes pour le traitement et les formats d'échange sont deux notions complémentaires s'agissant de la documentation dans le

---

<sup>25</sup> <https://international-patient-summary.net/>



DEP.

Les informations pertinentes pour le traitement se rapportent au contenu et au contexte d'un cas concret actuel. Elles englobent toutes les données déterminantes pour la prise en charge immédiate d'un patient.

De leur côté, les formats d'échange définissent la forme technique structurée et interopérable sous laquelle ces informations doivent être documentées, transmises et mises à disposition. Ils énoncent aussi des contenus pertinents pour le traitement.

Parmi les formats d'échange actuellement disponibles<sup>26</sup> se trouvent les formats inscrits dans la loi eMédication, eVaccination et eAllergiesintolérances. Les formats d'échange eDemandelaboratoire, eRapportlaboratoire, eIPS, eVaccination, eMédication, eAllergiesintolérances, eTOC, eDemanderadiologie et l'eDossiergrossesse sont déjà publiés sur fhir.ch et seront inscrits dans l'ordonnance dans une prochaine étape<sup>27</sup>. D'autres formats d'échange prévus – par exemple eDossierpédiatrique, eDossiergrossesse et eUrgence – continueront à promouvoir l'échange structuré de données.

Le plan directeur des spécifications d'eHealth Suisse<sup>28</sup> est un élément central dans le cadre du développement et de l'introduction de ces formats d'échange. Il indique quand les spécifications d'un projet d'eHealth Suisse seront publiées et mises à la disposition dans la pratique<sup>29</sup> et annonce les développements pour les années à venir. L'inscription d'un format d'échange dans l'ODEP-DFI marque une étape importante pour promouvoir la mise en œuvre dans le système de santé. L'implémentation d'un format d'échange sur les plateformes DEP peut ensuite nécessiter jusqu'à 12 mois<sup>30</sup>. Le développement ultérieur des formats d'échange, une fois ceux-ci mis au point et introduits, constitue également un processus essentiel. La fiche d'information « Utilisation des formats d'échange dans le DEP »<sup>31</sup> fournit des explications plus détaillées.

L'intégration en profondeur du DEP dans les différents systèmes d'information joue un rôle essentiel dans l'enregistrement des données pertinentes pour le traitement. Il est impératif que le DEP soit parfaitement intégré dans les systèmes existants (e.g. systèmes d'information de cabinet médical, systèmes informatiques hospitaliers et systèmes des points de vente [POS]) afin que les informations pertinentes pour le traitement puissent être enregistrées et consultées automatiquement sans surcroît de travail pour les professionnels de la santé.

Intégration en  
profondeur

Il importe de souligner qu'une intégration en profondeur réduit la charge administrative pour les professionnels de la santé et favorise donc l'acceptation en ce qui concerne l'enregistrement d'informations pertinentes pour le traitement.

---

<sup>26</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/fr/semantique/echange-de-donnees/formats-d-echange-dep>

<sup>27</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/fr/semantique/echange-de-donnees/formats-d-echange>

<sup>28</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/fr/semantique/echange-de-donnees/formats-d-echange>

<sup>29</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/fr/coordination/le-dossier-electronique-du-patient/gestion-et-developpement>

<sup>30</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/fr/semantique/echange-de-donnees/formats-d-echange-dep>

<sup>31</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/fr/coordination/informations/fiches-d-information>

## 1.4 Responsabilité des professionnels de la santé

La LDEP ne contient pas de disposition spécifique relative à la responsabilité des professionnels de la santé s'agissant de l'utilisation du DEP. Dans ce domaine, il convient donc de se fonder sur les dispositions générales applicables en matière de responsabilité et de diligence (cf. art. 1, al. 4, LDEP).

L'utilisation des informations pertinentes pour le traitement exige de procéder à une pesée des intérêts entre, d'une part, la mise à disposition des informations cliniques nécessaires et, d'autre part, les exigences en matière de protection des données. Les patients disposent de droits d'accès étendus pour contrôler les informations enregistrées dans le DEP. Ils décident en principe quelles informations sont saisies et qui peut y accéder. Ils peuvent en outre adapter en tout temps les droits d'utilisation du DEP et attribuer de manière ciblée les droits d'accès à certains professionnels de la santé.

Responsabilité des professionnels de la santé

## 2 Identification des informations pertinentes pour les traitements

### 2.1 État des lieux des recommandations existantes

Selon un avis de droit demandé par la FMH<sup>32</sup>, le Parlement a fait le choix en connaissance de cause de ne pas définir le terme « informations pertinentes pour le traitement ». Le législateur est parti du principe qu'il n'était possible de déterminer l'étendue des informations qu'au cas par cas, sur la base d'une appréciation clinique. Il s'agit d'informations qui peuvent être importantes aussi bien pour les traitements actuels et futurs, en particulier dans les situations d'urgence, que pour la documentation personnelle des patients. L'étendue des informations dépend du destinataire et de la situation de traitement concrète. Établir une liste exhaustive des informations pertinentes pour le traitement est donc impossible.

Il importe de souligner que les diagnostics et les listes de médicaments constituent des informations essentielles du DEP. IPAG eHealth recommande donc que les professionnels de la santé, compte tenu des ressources temporelles limitées dans le quotidien clinique, considèrent ces informations comme pertinentes pour le traitement et les saisissent systématiquement dans le DEP<sup>33</sup>. Le terme « informations pertinentes pour le traitement » est privilégié par rapport à « données pertinentes pour le traitement » car il recouvre des éléments d'informations formant un tout, par exemple un rapport de sortie. Le terme « données » pourrait en outre être mal interprété et réduit à tort à certains champs de données, par exemple une valeur de tension artérielle. Enfin, les informations pertinentes varient en fonction de la date, du contexte et du cas individuel.

Pour tenir compte de ce dernier point, IPAG eHealth propose que les professionnels de la santé procèdent au cas par cas en fonction du contexte et enregistrent dans le DEP tout autre document jugé pertinent pour le traitement (cf. question de la responsabilité au chapitre 1.4

Position d'IPAG eHealth (sur la base des recommandations de la FMH)

<sup>32</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf25/gutachten-zu-fragen-im-zusammenhang-mit-dem-elektronischen-patientendossier-v1.pdf> (en allemand uniquement)

<sup>33</sup> <https://www.fmh.ch/files/pdf29/dep-la-position-de-la-fmh.pdf>

Responsabilité des professionnels de la santé). Cette approche permet de garantir que le DEP contienne véritablement les informations importantes et nécessaires, et non des informations superflues ou susceptibles d'induire en erreur.

Sur la base des expériences et des retours des communautés de référence impliquées, eHealth Suisse a élaboré, outre un arbre de décision destiné aux professionnels de la santé, les recommandations suivantes s'agissant de l'enregistrement de documents dans le DEP<sup>34</sup> :

Recommandations  
d'eHealth Suisse

- **Informations concernant la médication** (p. ex. médicaments prescrits à la sortie, liste de médication) : important pour disposer d'une vue d'ensemble de la médication actuelle.
- **Rapports** (p. ex. rapports de sortie et de transfert, rapports d'opération, rapports de consultation) : documentation d'événements cliniques importants.
- **Liste des diagnostics** : vue d'ensemble de tous les diagnostics pertinents du patient.
- **Anamnèses** (p. ex. anamnèse familiale ou sociale) : antécédents du patient pertinents pour le traitement.
- **Résultats** (d'examen, de laboratoire, de radiologie avec clichés) : résultats d'analyses et de procédés d'imagerie.
- **Évaluations** (p. ex. mesure des performances, appréciations) : évaluation de l'état de santé du patient.
- **Informations concernant les allergies et les vaccinations** : essentielles pour la sécurité du patient.
- **Prescriptions** (p. ex. physiothérapie, demande d'aide et de soins à domicile) : instructions concernant des mesures thérapeutiques.

Ces recommandations continuent d'être appliquées à ce jour. Comme expliqué au chapitre décrivant le mandat, des problèmes d'interprétation se posent cependant dans la pratique et se traduisent souvent par le téléchargement d'un trop grand nombre d'informations dans le DEP. Pour y remédier, il importera à l'avenir de se concentrer davantage sur un « jeu de données minimal » définissant clairement quelles informations sont réellement nécessaires et pertinentes.

Dans ses recommandations concernant les informations pertinentes pour le traitement, CURAVIVA, l'association de branche des prestataires de services pour les personnes âgées active au niveau national, se fonde également sur l'aide à la mise en œuvre publiée par eHealth Suisse, qu'elle a adaptée aux besoins spécifiques de ses membres. CURAVIVA considère les informations suivantes comme pertinentes<sup>35</sup> :

Recommandations de  
CURAVIVA

- **Rapports médicaux et rapports de soins** (p. ex. rapports de sortie et de transfert, rapports d'opération, rapports de conseil) : documents importants qui rendent compte du déroulement et des résultats des traitements.
- **Anamnèses** (p. ex. anamnèses familiales ou sociales) : informations sur les antécédents des patients qui sont importantes

---

<sup>34</sup> [https://www.e-health-](https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Fiche_information_informations_pertinentes_traitement.pdf)

[suisse.ch/upload/documents/Fiche\\_information\\_informations\\_pertinentes\\_traitement.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Fiche_information_informations_pertinentes_traitement.pdf)

<sup>35</sup>

[https://www.curaviva.ch/files/ARFTBTP/donnees\\_pertinentes\\_pour\\_le\\_traitement\\_dans\\_le\\_dep\\_fiche\\_dinformation\\_curaviva\\_insos\\_2022.pdf](https://www.curaviva.ch/files/ARFTBTP/donnees_pertinentes_pour_le_traitement_dans_le_dep_fiche_dinformation_curaviva_insos_2022.pdf)

pour la prise en charge.

- **Liste de médication** : vue d'ensemble des médicaments prescrits qui est déterminante pour la continuité des soins et des traitements.
- **Liste des diagnostics** (peut aussi être intégrée dans le rapport de transfert) : récapitulatif des diagnostics décrivant l'état de santé actuel des patients.
- **Informations sur les allergies, les intolérances et les vaccins** : données essentielles qui contribuent à la sécurité des patients.

En fonction des situations, CURAVIVA recommande la saisie des informations supplémentaires suivantes :

- **Prescriptions** (p. ex. physiothérapie, demande d'aide et de soins à domicile) : instructions concernant des mesures thérapeutiques qui sont adaptées de manière individualisée aux patients.
- **Résultats** (d'examen, de laboratoire, de radiologie, y c. les clichés) : résultats de tests cliniques et de procédés d'imagerie.
- **Évaluations** (p. ex. mesure des performances, appréciations) : évaluations de l'état de santé qui sont pertinentes pour la planification des soins.

Ces recommandations sont mises en œuvre par CURAVIVA mais des problèmes d'interprétation se posent dans la pratique et entraînent souvent le téléchargement d'un trop grand volume de documents dans le DEP.

À la lecture des prises de position<sup>36</sup> des différentes communautés de référence mais aussi des médecins, des pharmaciens, du personnel soignant, des thérapeutes et des sages-femmes, il apparaît clairement que tous les groupes professionnels n'accordent pas la même importance aux divers documents. En raison de leur contenu similaire, certains documents sont toutefois considérés comme particulièrement importants par tous les groupes et sont donc à prioriser. Ils contiennent des informations essentielles pour assurer pour une prise en charge globale et cohérente des patients et il importe donc de les saisir en priorité dans le DEP :

Priorisation découlant de l'analyse des besoins réalisée par eHealth Suisse

### Médication

- **Liste des médicaments** : la saisie exhaustive de tous les médicaments pertinents actuels (remis ou prescrits) est indispensable pour éviter les interactions et faciliter la planification thérapeutique.

### Rapports

- **Rapport de sortie (médical)** : résume les informations les plus importantes après un événement ambulatoire (hospitalisation et événements de courte durée) et est déterminant pour la suite du traitement.
- **Rapport de consultation** : documente les conclusions et décisions importantes à la suite d'une consultation ambulatoire et facilite la continuité de la prise en charge.

---

<sup>36</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_Informations\\_pertinentes\\_pour\\_le\\_tra.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide_mise_en_oeuvre_Informations_pertinentes_pour_le_tra.pdf)

- **Rapport d'opération** : contient des informations détaillées sur les interventions réalisées et revêt une grande importance pour le suivi post-opératoire.

## Résultats

- **Résultats de laboratoire** : fournissent des informations essentielles pour le diagnostic et la surveillance du traitement et sont souvent cruciaux pour la suite du traitement.
- **Résultats d'imagerie** : les résultats de procédés d'imagerie fournissent des informations visuelles importantes qui confirment le diagnostic et influent sur la planification du traitement.

## Prescriptions

- **Physiothérapie** : les prescriptions de physiothérapie sont importantes pour la réadaptation et le plan thérapeutique à long terme.

**Allergies et intolérances** : ces informations revêtent la plus haute importance pour la sécurité des patients car elles limitent autant que faire se peut les risques de réactions allergiques sévères.

**Vaccinations** : informations sur le statut vaccinal particulièrement importantes pour la prévention des maladies infectieuses.

## 2.2 Prescriptions et recommandations internationales

Les pays suivants ont été retenus dans l'état des lieux international car ils ont élaboré des recommandations et des prescriptions détaillées et spécifiques s'agissant des informations pertinentes pour le traitement : Angleterre, Estonie, Autriche et Liechtenstein. Ces pays ont instauré des directives et des normes claires qui définissent quelles informations sont considérées comme pertinentes pour le traitement et doivent être intégrées dans les dossiers médicaux électroniques. Lors du choix de ces pays, il a aussi été tenu compte du fait que les structures fondamentales de leurs systèmes de santé respectifs diffèrent considérablement de celles de la Suisse.

Comparaison internationale

Au Royaume-Uni, par exemple, la saisie et la documentation des données relatives aux patients sont soumises à des directives nationales strictes<sup>37,38</sup> et la rémunération des professionnels de la santé est indirectement liée au respect des normes en matière de documentation : selon le système de paiement du National Health Service (NHS), la rémunération des professionnels de la santé dépend des données attestées relatives aux prestations fournies et à la qualité des soins, ce qui présuppose une documentation exhaustive et structurée<sup>39,40</sup>. Ces conditions générales influent de manière systémique sur la collecte et la gestion des informations pertinentes pour le traitement.

<sup>37</sup> <https://www.england.nhs.uk/long-read/purpose-of-the-gp-electronic-health-record/>

<sup>38</sup> <https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/records-management-code/records-management-code-of-practice>

<sup>39</sup> <https://www.england.nhs.uk/pay-syst/nhs-payment-scheme/>

<sup>40</sup> <https://www.england.nhs.uk/long-read/25-26-nhsps-nhs-provider-payment-mechanisms/>

Les bonnes pratiques de ces pays fournissent toutefois des indications précieuses pour développer des normes et des directives comparables s'agissant de la saisie et de l'utilisation des informations pertinentes pour le traitement dans le système suisse. L'analyse de modèles étrangers permet de garantir que les normes instaurées en Suisse satisfont aux exigences nationales tout en restant compatibles avec les normes en vigueur dans d'autres pays. L'objectif est d'identifier des procédures éprouvées et de les développer pour permettre une utilisation efficace du DEP.

Conformément à la loi sur le dossier médical électronique du 7 mai 2021 (EGDG, LR 815.1), le Liechtenstein applique les principes fondamentaux suivants s'agissant de l'utilisation du dossier médical électronique (eGD)<sup>41</sup> :

Liechtenstein

- **Responsabilité de l'enregistrement** : selon l'art. 5, al. 1, EGDG, l'enregistrement dans l'eGD incombe toujours à l'auteur ou au créateur du document. Les informations proviennent ainsi directement de la source, ce qui garantit leur exactitude.
- **Pas d'obligation d'enregistrement par des tiers pour les professionnels de la santé non affiliés** : si un professionnel de la santé n'est pas affilié à l'eGD, aucun autre professionnel de la santé n'est tenu d'enregistrer des documents au nom de ce fournisseur de prestations.
- **Exceptions concernant les annotations au dossier médical** : il n'est pas nécessaire de télécharger les annotations au dossier médical (rapports d'évolution ou notes brèves). Ces informations sont souvent à usage interne et ne sont pas nécessairement pertinentes pour d'autres professionnels de la santé. L'art. 5, al. 2, EGDG fournit des exemples<sup>42</sup> :
  - Courriers visant à référer des patients et rapports médicaux
  - Rapports de transfert et rapports de sortie
  - Résultats de laboratoire
  - Résultats d'imagerie diagnostique
- **Pas d'enregistrement des documents administratifs** : il n'est pas non plus nécessaire d'enregistrer dans l'eGD les documents à caractère purement administratif tels que les ordonnances, les certificats d'incapacité de travail, les rapports destinés aux assurances sociales ou la correspondance avec les patients. Ces informations n'ont généralement pas d'influence directe sur la prise en charge clinique par d'autres professionnels de la santé. Il convient par ailleurs de préciser que les données administratives visées dans l'ordonnance du 6 décembre 2022 sur l'eGD (EGDV ; LR 815.11) sont saisies par l'office de la santé. Il s'agit notamment des nom et prénom, de l'adresse et du numéro d'identification personnel. L'office de la santé peut confier à des tiers la mise à disposition de données administratives dans le respect de la

---

<sup>41</sup> <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/egd-pflichtige-dokumente>

<sup>42</sup>

[https://www.gesetze.li/konso/2021213000#:~:text=Gesetz%20vom%207.,%C3%BCber%20das%20elektronische%20Gesundheitsdossier%20\(EGDG\)&text=1\)%20Dieses%20Gesetz%20regelt%20die,Gesundheitssdaten%20und%20genetischen%20Daten%20fest](https://www.gesetze.li/konso/2021213000#:~:text=Gesetz%20vom%207.,%C3%BCber%20das%20elektronische%20Gesundheitsdossier%20(EGDG)&text=1)%20Dieses%20Gesetz%20regelt%20die,Gesundheitssdaten%20und%20genetischen%20Daten%20fest)

législation en matière de protection des données<sup>43</sup>.

- **Évaluation de l'utilité des données relatives à la médication et aux résultats de laboratoire** : l'obligation d'enregistrer ou d'actualiser ces données dépend de leur plus-value pour les patients ou d'autres professionnels de la santé. La décision se fonde sur l'utilité réelle de l'information.

Dans l'eGD du Liechtenstein, les documents suivants sont considérés comme obligatoires et doivent donc être enregistrés<sup>44</sup> :

- **Rapports médicaux et rapports de sortie** : ces rapports contiennent des informations cliniques, par exemple des diagnostics et des résultats d'analyses, qui sont potentiellement utiles pour les professionnels de la santé.
- **Courriers de transfert** : toutes les communications à des tiers comportant un mandat de soins, aussi bien dans le domaine ambulatoire que stationnaire, doivent être obligatoirement téléchargées.
- **Résultats de laboratoire** : les valeurs / analyses de laboratoire doivent être enregistrées avec discernement. Le principe est de se demander si les données présentent une plus-value directe pour un autre professionnel de la santé.
- **Résultats d'imagerie diagnostique** : les résultats d'examens d'imagerie tels que la radiologie, l'échographie, l'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou la tomodensitométrie (CT-scan) doivent être enregistrés dans l'eGD. Ces documents sont déterminants pour la suite du traitement et fournissent des informations importantes pour le diagnostic.
- **Médication** : tous les médicaments, soumis à ordonnance ou non, pris à l'initiative du patient ou remis sur prescription médicale, doivent être documentés dans l'eGD.

A contrario, toutes les autres informations sont considérées comme facultatives dans l'eGD (art. 5, al. 3, EGDG). Il s'agit notamment des informations suivantes :

- Certificats d'incapacité de travail
- Rapports à des organismes d'assurance sociale
- Rapports d'évolution
- Notes succinctes
- Annotations au dossier médical
- Correspondance avec les patients
- Liste des diagnostics
- Procurations
- Demandes de radiologie, d'IRM, de CT-scan
- Prescriptions (p. ex. physiothérapie)
- Ordonnances

---

43

[https://www.gesetze.li/chrono/2022365000?search\\_text=Gesundheitsdossier&search\\_loc=text&lnr=&lgblid\\_von=&lgblid\\_bis=](https://www.gesetze.li/chrono/2022365000?search_text=Gesundheitsdossier&search_loc=text&lnr=&lgblid_von=&lgblid_bis=)

<sup>44</sup> L'ordre des médecins du Liechtenstein considère les informations listées ci-après comme essentielles et d'utilité générale.

- Plans de chimiothérapie/radiothérapie
- Plans de soins palliatifs
- Vaccinations

Au Royaume-Uni, les dossiers médicaux visent à consigner de manière exhaustive les interactions d'un patient avec le système de santé ainsi que les mesures le concernant. L'accent est mis en particulier sur le secteur ambulatoire, cadre dans lequel ont lieu les consultations entre les patients et les professionnels de la santé. L'objectif est d'assurer une vue complète et détaillée du déroulement du traitement, qui couvre toutes les informations pertinentes et permet la continuité de la prise en charge. Sont notamment enregistrés les documents et activités suivants<sup>45</sup> :

Royaume-Uni

- **Résultats / anamnèses** : informations détaillées concernant les antécédents cliniques et les résultats d'examens qui servent de base pour les diagnostics et les plans de traitement.
- **Décisions prises** : documente les décisions prises pendant la consultation en précisant également les personnes présentes afin de garantir la transparence et la traçabilité.
- **Mesures engagées** : énumération des mesures diagnostiques et thérapeutiques engagées pendant la consultation de manière à pouvoir retracer tout le déroulement du traitement.
- **Teneur de l'information au patient** : saisie des informations communiquées au patient pour l'informer en détail de sa santé et des étapes prévues.
- **Examens** : saisie de tous les examens réalisés qui contribuent au diagnostic et au traitement.
- **Plan de médication** : vue détaillée des médicaments prescrits afin de garantir l'adéquation et la sécurité de la médication.
- **Traitements** : documentation de tous les traitements réalisés afin de suivre l'évolution de la thérapie.
- **Type de contact** : précise si le contact a eu lieu par téléphone, en personne ou par une autre voie.
- **Nom de la personne accompagnante** : si une personne accompagnait le patient, son nom est consigné afin d'avoir une compréhension globale du contexte de la consultation.
- **Refus de traitements, de médicaments ou de mesures** : indique si le patient refuse certains traitements, médicaments ou mesures, afin d'en tenir compte dans la suite du traitement.
- **Nom du professionnel de la santé consulté avec date et heure de la saisie** : chaque consultation et la saisie correspondante comportent le nom, la date et l'heure afin de garantir une documentation complète des responsabilités.

Cette approche exhaustive garantit la documentation minutieuse de tous les aspects pertinents de la prise en charge des patients et, partant, une meilleure traçabilité et une qualité des soins constante. Au vu du large

<sup>45</sup> <https://www.england.nhs.uk/long-read/purpose-of-the-gp-electronic-health-record/>



éventail de données saisies, elle peut néanmoins engendrer un volume considérable de documents et d'informations.

L'Estonie a introduit des dispositions légales spécifiques régissant l'obligation de saisir et d'enregistrer les informations relatives à la santé dans l'*Estonian National Health Information System* (ENHIS). Selon le § 2, al. 1, du règlement du 17 septembre 2008 (RTL 2008, 78, 1098)<sup>46</sup> régissant le contenu des documents transmis à l'ENHIS et les conditions et modalités de la conservation de ces documents, les informations concernant les prestations de santé fournies et les informations collectées aux fins de la gestion du système de santé et de la tenue de registres prévue dans la loi doivent être enregistrées dans l'ENHIS<sup>47</sup>. Ce recueil de données comprend des informations sur l'état de santé des patients et vise à garantir la documentation détaillée des prestations fournies.

Selon le § 2, al. 2, du règlement susmentionné, les documents suivants, établis dans le cadre des prestations de santé fournies, doivent être impérativement téléchargés dans l' ENHIS :

- **Rapport final (ambulatoire) :** documente la fin d'un traitement ambulatoire et récapitule les principaux résultats et informations.
- **Rapport final (stationnaire) :** établi après un traitement stationnaire, ce rapport documente le déroulement et les résultats d'un traitement à l'hôpital.
- **Lettre du médecin :** document habilitant un patient à bénéficier d'une procédure médicale ou à consulter un autre médecin, souvent un spécialiste.
- **Réponse à la demande d'un médecin :** courrier faisant suite à une demande et habilitant également un patient à bénéficier d'une procédure médicale ou consulter un autre médecin.
- **Annonce d'ouverture d'un cas ambulatoire :** information officielle documentant le début d'un traitement ambulatoire.
- **Annonce d'ouverture d'un cas stationnaire :** documente le début d'un traitement stationnaire et précise les circonstances.
- **Annonce de clôture d'un cas ambulatoire :** documente la fin d'un traitement ambulatoire.
- **Annonce de clôture d'un cas stationnaire :** documente la fin d'un traitement stationnaire.
- **Évaluation du développement :** documente les résultats d'un examen clinique ou d'un examen du développement.
- **Attestation de vaccination :** documente une vaccination réalisée.
- **Signalement d'effets secondaires à la suite d'une vaccination :** informations concernant d'éventuels effets secondaires observés après une vaccination.
- **Annonce d'examen médical :** communication officielle concernant la réalisation d'un examen clinique.
- **Annonce de consultation :** documente une consultation prévue ou

<sup>46</sup> <https://www.riigiteataja.ee/akt/13029628>

<sup>47</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/laws\\_estonia\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/laws_estonia_en_0.pdf)

honorée.

- **Suivi de la croissance** : évolution de la croissance du patient (pertinent en pédiatrie et en médecine de l'adolescence).

Selon le § 3 du même règlement, les informations exactes que doivent contenir les documents énumérés ci-dessus sont détaillées dans les annexes. Ces annexes fournissent des instructions précises sur les informations devant être obligatoirement saisies et téléchargées dans l'ENHIS.

En Autriche, les informations pertinentes pour le traitement concernent en particulier les documents suivants<sup>48</sup> : Autriche

- **Lettre de sortie (médecin)** : rapport qui résume les traitements médicaux réalisés lors d'un séjour à l'hôpital et les résultats obtenus et donne des instructions concernant la suite du traitement une fois le patient sorti de l'hôpital.
- **Lettre de sortie (soins)** : parallèlement à la lettre de sortie du médecin, ce rapport documente les soins fournis et leur déroulement lors d'un séjour à l'hôpital et formule des recommandations pour les soins ultérieurs.
- **Rapport de soins** : décrit en détail la situation actuelle du patient sur le plan des soins et contribue à la continuité des soins dans les différentes institutions de santé.
- **Résultats de laboratoire** : contribuent à la surveillance des maladies et fournissent des informations essentielles concernant le traitement en cours.
- **Résultats d'imagerie diagnostique** : rapports de procédés d'imagerie, p. ex. radiologie, IRM ou CT-scan, qui fournissent des informations visuelles sur l'état de santé des patients et constituent une base importante pour les diagnostics et les décisions thérapeutiques.
- **« eMedikation »** : saisie électronique de la médication actuelle du patient ; elle garantit que tous les professionnels de la santé impliqués sont informés des médicaments prescrits afin d'éviter les interactions et d'optimiser le traitement.

Ces documents sont définis dans la loi fédérale régissant les mesures en matière de sécurité des données lors du traitement d'informations relatives à la santé et d'informations génétiques sous forme électronique (*Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012*, cf. § 13, al. 3)<sup>49</sup> et dans l'ordonnance du ministère fédéral de la santé concernant l'implémentation et le développement du dossier médical électronique (*ELGA-Verordnung 2015 – ELGA-VO-2015*)<sup>50</sup> et fournissent une base pour la saisie et l'enregistrement structurés des données pertinentes dans le cadre du

---

<sup>48</sup> [https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierungsleitfaden\\_Entlassungsbrief\\_Aerztlich\\_2.06.2.pdf](https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierungsleitfaden_Entlassungsbrief_Aerztlich_2.06.2.pdf) (ligne 96 du paragraphe « Verbindlichkeit »)

<sup>49</sup>

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120>

<sup>50</sup>

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009157>

système de santé autrichien.

## 2.3 Informations pertinentes pour le traitement

Les informations pertinentes pour le traitement sont des informations qui revêtent une importance déterminante pour la prise en charge clinique d'un patient.

Définition

Pour le patient, ces données sont cruciales car elles lui permettent de mieux comprendre son état de santé et créent de la transparence. Elles lui offrent une vue d'ensemble claire de sa situation médicale et l'aident à interpréter les décisions informées sur sa santé.

L'accès à ces informations permet au patient d'être activement impliqué dans le processus de traitement et de planifier et de coordonner la meilleure prise en charge possible conjointement avec les professionnels de la santé, dans le cadre d'une prise de décision participative (*shared decision making*). Ainsi, les informations pertinentes pour le traitement contribuent non seulement à la sécurité et à la qualité des soins mais promeuvent aussi l'autonomie et la confiance du patient à l'égard du processus de traitement. Dans le même temps, un devoir de participation important incombe aux patient et à leurs représentants : en octroyant aux professionnels de la santé responsables les droits d'accès nécessaires, ceux-ci contribuent de manière déterminante à garantir la disponibilité optimale des données du DEP.

Les membres d'IPAG eHealth jugent important de préciser que le DEP a été conçu comme un système d'archivage centré sur les patients, et non comme un dispositif d'échange d'informations entre les professionnels de la santé. Rien ne permet donc de garantir que toutes les informations pertinentes pour le traitement seront effectivement disponibles dans le DEP au moment où celui-ci sera consulté. Pour les professionnels de la santé, le risque est donc de ne pas pouvoir avoir la certitude, sur la seule base du DEP, de disposer de toutes les informations pertinentes.

Les différentes limites sont exposées au chapitre 4. Elles ont fait l'objet de discussions importantes au sein des organisations membres d'IPAG eHealth dans le cadre de l'élaboration du jeu minimal de données.

Les informations pertinentes pour le traitement permettent aux patients de mieux comprendre leur état de santé en collaboration avec les professionnels de la santé impliqués. Leur mise à disposition ciblée est importante pour que les patients bénéficient d'une prise en charge clinique de haute qualité, efficace et adaptée à leurs besoins individuels, tant dans le cadre de traitements en cours qu'à venir.

Définition

Enfin, les professionnels de la santé peuvent considérer que d'autres documents constituent des informations pertinentes pour le traitement et les enregistrer dans le DEP même s'ils ne font pas partie du jeu de données minimal, car cette appréciation dépend fortement de chaque contexte clinique. Une évaluation scrupuleuse au cas par cas, fondée sur les connaissances cliniques des professionnels de la santé impliqués, est nécessaire. Il est donc important qu'une telle décision soit prise non pas de manière globale mais individuellement pour chaque patient afin d'enregistrer uniquement les informations importantes pour la suite du

Élargissements

traitement.

Le terme « informations pertinentes pour le traitement » est un concept dynamique, étroitement lié au contexte. Les informations essentielles pour un traitement dépendent en effet fortement du problème de santé considéré, de la problématique concrète et du déroulement du traitement en cours. Dans le présent rapport, IPAG eHealth met l'accent sur les documents, en particulier les fichiers PDF, et non sur certains éléments de données. Il importe également de préciser que l'inscription d'un format d'échange dans la législation prime sur les recommandations formulées ici. Le terme « pertinent pour le traitement » n'est donc pas fixe mais influencé par différents facteurs :

Caractéristiques des informations pertinentes pour le traitement

- **Pertinence temporelle** : des informations importantes un jour donné peuvent perdre de leur pertinence au fil du temps. Les détails d'un événement clinique peuvent être pertinents sur le moment alors que seules les informations générales le seront par la suite.
- **Rapports incomplets ou provisoires** : des documents peuvent contenir des informations encore provisoires, qui sont par la suite remplacées par des rapports définitifs. Une mise à jour régulière et un contrôle des informations pertinentes pour le traitement sont par conséquent nécessaires pour supprimer les informations obsolètes ou ayant cessé d'être pertinentes.
- **Pertinence en fonction du contexte** : la pertinence de certaines informations varie selon le domaine de spécialité ou le destinataire. Par exemple, des informations détaillées sur une allergie sont essentielles pour un immunologue tandis qu'une vue générale est souvent suffisante pour un médecin de famille.
- **Praticabilité et réutilisation** : les informations qui peuvent être utilisées plusieurs fois dans différents contextes sont considérées comme particulièrement pertinentes. Si nécessaire, il est possible de demander des informations complémentaires.
- **Prise en compte des processus et métadonnées** : comme les rapports provisoires doivent être téléchargés rapidement, ils ne sont pas toujours fiables pour les professionnels de la santé subséquents. Le recours à des métadonnées pour indiquer qu'un document est encore provisoire ou n'a pas encore été validé définitivement par une signature pourrait être utile pour spécifier le statut de document.

Enfin, dans le contexte de l'échange de documents, le terme « pertinent pour le traitement » désigne avant tout les informations transmises entre les professionnels de la santé et les patients. Le DEP a en effet été conçu comme un système d'archivage axé sur les patients, dont l'objectif premier est d'aider les patients à gérer les informations pertinentes de leur dossier et à les rendre accessibles de manière ciblée aux professionnels de la santé.

Il s'agit d'une responsabilité partagée entre les professionnels de la santé et les patients, les premiers enregistrant les informations pertinentes pour le traitement dans le DEP et les seconds décidant de l'attribution des droits d'accès.

## 3. Informations pertinentes pour le traitement en Suisse

### 3.1 Recommandations

Les présentes recommandations relatives à un jeu de données minimal opèrent une distinction entre les informations potentiellement pertinentes pour le traitement, qui peuvent donc être enregistrées au cas par cas, et les informations dont l'enregistrement n'est pas recommandé. Elles s'appliquent au DEP dans son état actuel, qui contient pour le moment des informations principalement sous forme de documents. Compte tenu de la structuration croissante des informations relatives à la santé, la définition du jeu de données minimal devra être adaptée à l'avenir. Par ailleurs, certains ajustements seront probablement nécessaires dès que l'espace des données de santé développé dans le cadre du programme DigiSanté<sup>51</sup> sera opérationnel.

Informations  
pertinentes pour le  
traitement en Suisse

Les paragraphes ci-après décrivent les informations qui

- (A) doivent être systématiquement enregistrées (jeu de données minimal) ;
- (B) doivent être enregistrées au cas par cas (et ne font pas partie du jeu de données minimal) et celles qui
- (C) ne doivent pas être enregistrées dans le DEP.

Ces informations sont résumées dans l'aide à la décision (arbre de décision à l'annexe 2) destinée à la pratique. Les présentes recommandations décrivent également certaines caractéristiques des informations pertinentes pour le traitement qui, dans certains cas, devraient être enregistrées en sus ou au contraire ne devraient pas l'être. L'analyse des cas d'application transmis par les associations professionnelles membres d'IPAG eHealth conforte globalement cette catégorisation : plus de 80% des éléments cités contiennent des éléments du jeu de données minimal.

#### (A) Jeu de données minimal

**Liste de médication** : une vue actuelle et détaillée des médicaments est indispensable pour garantir la sécurité et l'efficacité de la médication. Les informations suivantes sont requises<sup>52</sup> :

- Nom du médicament (p. ex. BELOC ZOK cpr ret 25 mg)
- Nom du principe actif (p. ex. Métropol tartrate)
- Forme galénique (p. ex. comprimés retard)
- Dose par unité (p. ex. 25 mg)
- Posologie (p. ex. prendre ½ comprimé matin et soir)
- Mode d'administration (p. ex. par voie orale)
- Durée du traitement (p. ex. jusqu'à la fin de la boîte, 3 mois à compter du 8 août 2025)

La plupart des plans de médication disponibles dans le commerce permettent de renseigner ces informations. Le format d'échange « Cybermédication : plan de médication » est inscrit dans l'annexe 4 de

<sup>51</sup> [https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/datenoekecosystem\\_schweiz/monitoring-datenraume/swisshds.html](https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/datenoekecosystem_schweiz/monitoring-datenraume/swisshds.html)

<sup>52</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe\\_Medikationsplan.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Medikationsplan.pdf)

l'ODEP-DFI<sup>53</sup>.

**Diagnostics** : les diagnostics posés lors de séjours à l'hôpital/en clinique ou au cabinet médical sont essentiels pour la suite du traitement et la coordination entre les différents professionnels de la santé.

**Rapports de transfert** : un rapport de transfert<sup>54</sup> est un document échangé lors du transfert d'un patient d'un professionnel de la santé à un autre ou d'une institution à une autre (« transition of care », transition de soins). Il contient les informations cliniques pertinentes pour poursuivre de manière fluide le traitement, les soins et la thérapie du patient. Les rapports de transfert peuvent revêtir plusieurs formes, par exemple un courrier de médecin pour référer un patient ou un **rapport de sortie**, car les exigences spécifiques varient selon la transition de soins. Un rapport de sortie, par exemple en cas de passage d'une prise en charge stationnaire à une prise en charge ambulatoire, est un rapport spécifique, qui contient les informations nécessaires pour la suite des soins.

**Résultats** : les résultats englobent l'ensemble des résultats diagnostiques pertinents pour le traitement et la surveillance de la thérapie, à savoir les résultats de laboratoire, les rapports d'imagerie diagnostique et les résultats d'examens instrumentaux. L'objectif est de préserver les différentes caractéristiques de ces types de résultats tout en garantissant une structure uniforme pour la saisie :

- **Résultats de laboratoire** : les résultats de laboratoire fournissent des informations déterminantes pour le diagnostic et la surveillance de la thérapie. Il est recommandé de saisir les analyses effectuées aussi bien par des laboratoires internes qu'externes. Font exception les résultats de laboratoire dans le cadre de séjours hospitaliers, dont l'évolution est résumée dans un rapport de transfert final.
- **Imagerie diagnostique** : un rapport d'imagerie est un document contenant les résultats de procédés diagnostiques tels que la radiologie, l'échographie, l'IRM ou le CT-scan. Les clichés et les données de mesures effectives ne sont pas enregistrés dans le DEP<sup>55</sup>.
- **Examens instrumentaux** : outre les données de laboratoire et d'imagerie, il existe une multitude d'examens instrumentaux dont les résultats sont pertinents pour le traitement : tests fonctionnels (poumons, vessie, densité osseuse), ECG de longue durée, histologie, etc.

**Allergies et intolérances** : données nécessaires pour éviter des réactions indésirables à des médicaments ou à d'autres traitements. Ces informations, qui revêtent une haute importance, doivent être attestées par un médecin. Le format d'échange eAllergiesintolérances figure dans l'annexe 4 de l'ODEP-DFI<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/205/de>

<sup>54</sup> [https://www.ipag-ehealth.ch/s/181206\\_eTOC-eUeberweisungsbericht-IPAG\\_d-4.pdf](https://www.ipag-ehealth.ch/s/181206_eTOC-eUeberweisungsbericht-IPAG_d-4.pdf)

<sup>55</sup> Le 28 avril 2025, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a publié une évaluation des [mécanismes visant un usage approprié de l'imagerie médicale](#). IPAG eHealth soutient la prise de position de l'OFSP concernant la recommandation 4.

<sup>56</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oce/2023/52/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oce-2023-52-fr-pdf-a-1.pdf>

**Données vaccinales :** les données concernant l'immunisation (carnet de vaccination) sont considérées comme pertinentes pour le traitement car elles fournissent des indications importantes pour la protection contre certaines maladies et le choix des thérapies adéquates. Le format d'échange eVaccination figure dans l'annexe 4 de l'ODEP-DFI<sup>57</sup>.

**Dossier de grossesse et rapport de naissance :** la prise en charge interprofessionnelle pendant la grossesse et la naissance implique que tous les professionnels de la santé disposent d'informations détaillées.

Principes fondamentaux :

- L'enregistrement de documents dans le DEP relève de la responsabilité de l'auteur du document. Dans certains cas, cette tâche peut aussi être déléguée.
- En principe, les informations pertinentes pour le traitement doivent être enregistrées dans le DEP peu de temps (généralement dans les 48 heures) après la validation (p. ex. par un visa).
- La pertinence pour le traitement dépend du moment de l'enregistrement (actualité). Ce paramètre revêt donc une importance essentielle.
- Les professionnels de la santé ont la possibilité d'enregistrer des informations supplémentaires dans le DEP. De leur côté, les patients peuvent indiquer explicitement que certaines informations ne doivent pas être enregistrées (droit à l'ignorance).
- Pour les professionnels de la santé, le jeu de données minimal ne peut donc être exhaustif qu'au moment où ils enregistrent les documents dans le DEP. Les patients gèrent ensuite les informations comme ils l'entendent (cf. chap. 1.4).

Principes fondamentaux pour l'enregistrement de documents dans le DEP

#### **(B) Enregistrement dans le DEP au cas par cas**

Les informations pertinentes pour le traitement dépendent souvent du contexte et de la situation concrète. Dans certaines circonstances, les informations ci-après peuvent être enregistrées dans le DEP. Cette décision est laissée à l'appréciation des professionnels de la santé :

**Rapports de soins / plans de soins :** les rapports de soins et leur résumé peuvent fournir des indications utiles sur le patient en cas d'événements complexes, de longs séjours ou dans le cadre des soins et de l'accompagnement en EMS.

**Rapports d'opération :** rapports d'interventions ambulatoires, d'opérations non documentées dans un autre rapport (p. ex. rapport de transfert) ou d'examens instrumentaux dont le contenu est pertinent pour la suite du traitement à long terme. Il s'agit parfois des seuls documents décrivant l'intervention et le traitement subséquent.

**Informations concernant la prise en charge stationnaire :** habituellement, les séjours et traitements stationnaires sont résumés dans un rapport de transfert final. Les données relatives au déroulement du séjour stationnaire ne sont généralement pas pertinentes pour le traitement.

---

<sup>57</sup> Ibid.

**Rapports et informations** susceptibles d'être utiles à un ou plusieurs professionnels de la santé ultérieurs, p. ex. le rapport de naissance. Les rapports et les informations utilisés uniquement au sein d'une même institution de santé, tels que les questionnaires internes sur la douleur, ne doivent être enregistrés dans le DEP que dans des cas exceptionnels.

**(C) Pas d'enregistrement dans le DEP (liste complémentaire ne relevant pas du jeu de données minimal)**

S'agissant des documents qui ne font pas partie du jeu de données minimal, il incombe à chaque professionnel de la santé d'évaluer au cas par cas la nécessité d'un enregistrement dans le DEP. De manière générale, l'enregistrement des documents suivants n'est pas recommandé :

- **Rapports/notes sur le déroulement** : ont principalement un objectif de documentation au sein d'une institution de santé (cabinet médical, clinique spécialisée, institutions stationnaires).
- **Prescriptions** de traitements : contiennent généralement peu d'informations cliniques.
- **Ordonnances** pour la remise de médicaments et de moyens auxiliaires : elles constituent des informations « temporaires » jusqu'à la remise effective (annexe 4 de l'ODEP-DFI)<sup>58</sup>.
- **Demandes d'examens** : contiennent des informations en vue de la réalisation d'examens, dont les conclusions seront généralement transmises sous forme de résultats. Ces documents ne fournissent donc souvent que des informations cliniques limitées.
- **Évaluations** : instruments, souvent détaillés, renseignant sur la situation actuelle d'un patient. En cas d'événement de longue durée, ces informations peuvent s'avérer pertinentes pour le traitement, en documentant l'évolution, et peuvent se retrouver dans d'autres documents. Dans des cas exceptionnels, les évaluations peuvent être utiles à d'autres professionnels de la santé et donc être enregistrées dans le DEP.
- **Documents d'assurance** et autres **rapports administratifs**
- **Certificats** et **attestations** (incapacité de travail, etc.)
- **Plans/protocoles de traitement**
- **Correspondance avec les patients** (administrative)
- **Documents de planification** en prévision de futures interactions avec le système de santé, p. ex. prochain vaccin, examen de prévention
- **Clichés d'imagerie** (CT-scan, IRM, échographie)<sup>59</sup>
- **Informations et documents** figurant dans un rapport de transfert final ou un autre document.

**Aspects temporels et concernant les processus**

Les caractéristiques suivantes rendent difficile l'élaboration d'une définition claire et uniforme des informations pertinentes pour le traitement. Dans certains cas, l'évaluation d'un professionnel de santé est nécessaire pour

---

<sup>58</sup> <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oce/2023/52/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oce-2023-52-fr-pdf-a-1.pdf>

<sup>59</sup> Le 28 avril 2025, le CDF a publié une évaluation des [mécanismes visant un usage approprié de l'imagerie médicale](#). IPAG eHealth soutient la prise de position de l'OFSP concernant la recommandation 4.



déterminer si un document doit être enregistré dans le DEP.

De manière générale, il est recommandé que les documents soient disponibles dans le DEP le plus rapidement possible, habituellement dans les 48 heures suivant leur finalisation (p. ex. sous forme de visa), afin de permettre une prise en charge continue et efficace.

Comme indiqué au chapitre 1.3, les fournisseurs de systèmes d'informations doivent réaliser une intégration profonde afin d'assurer la disponibilité immédiate des informations dans le DEP et que la question de leur pertinence temporelle n'ait donc pas à se poser. L'intégration profonde permet aux professionnels de la santé impliqués d'avoir accès à des informations actuelles et complètes sans surcroît de travail et, partant, d'assurer un traitement optimal.

Il importe de préciser que les patients ont le droit de demander en tout temps à leurs professionnels de la santé traitants d'enregistrer des documents supplémentaires dans le DEP.

a. Documents à caractère temporaire

La documentation du processus de traitement et l'impératif d'actualité des informations peuvent conduire à la mise à disposition de documents temporaires qui

- a. ne contiennent pas encore toutes les informations (p. ex. rapport de laboratoire avec résultats de bactériologie ou d'histologie de biopsie en attente) ou
- b. n'ont pas de validité officielle (p. ex. rapports de transfert non signés par le médecin responsable). Ces documents temporaires sont souvent remplacés par les documents finaux peu de temps après (gestion des différentes versions) et perdent donc leur pertinence.

Plusieurs documents liés au processus de traitement peuvent être considérés comme des « mandats ». Leur objectif est de fournir les informations nécessaires pour exécuter ledit mandat. Par la suite, ces documents perdent de leur pertinence car les informations qu'ils contiennent figurent aussi dans les comptes rendus finaux. Tel est notamment le cas des ordonnances (médication, moyens auxiliaires), des demandes d'analyses ou des prescriptions de thérapies (physiothérapie, conseil nutritionnel, ergothérapie). Bien que ces documents puissent être pertinents pour le traitement à court terme, ce n'est généralement plus le cas une fois leur objectif rempli.

Des informations peuvent être pertinentes pour un événement donné mais ne plus l'être par la suite, ou plus dans la même mesure. Tel est notamment le cas du dossier de grossesse, qui est pertinent pendant et après la grossesse mais peut ne plus l'être quelques années plus tard. Les résultats de laboratoire peuvent également ne plus présenter d'intérêt après quelques années. Comme ces documents étaient pertinents au moment de leur enregistrement initial dans le DEP et qu'aucune maintenance ni aucun tri des documents du DEP ne sont prévus, cet aspect n'entre pas en ligne de compte lors de l'enregistrement dans le DEP.

b. Aspects concernant les processus

Si un professionnel de la santé est tenu, en raison de son devoir de diligence et d'information, d'informer préalablement le patient du contenu d'un

document, le téléchargement des informations pertinentes pour le traitement peut parfois être retardé. Tel est notamment le cas lors de la communication de diagnostics ou de résultats (analyses de laboratoire, imagerie, histologie), qui peuvent marquer le début ou l'adaptation d'un traitement.

Les patients sont souvent suivis et traités pendant une longue durée dans des cliniques spécialisées. Il se peut donc que des documents soient pertinents pour un événement donné mais ne présentent pas d'utilité pour les professionnels de la santé subséquents, car ceux-ci disposent alors d'un rapport de transfert final récapitulatif. Ces documents internes ne doivent par conséquent être enregistrés dans le DEP que dans des cas exceptionnels.

Il arrive également que des patients ne souhaitent pas recevoir d'informations sur leur traitement (droit à l'ignorance). Le cas échéant, les documents doivent être transmis entre les différents professionnels de la santé sans passer par le DEP.

Les documents recommandés visent à contribuer à la mise à disposition de toutes les informations importantes et pertinentes pour le traitement tout en évitant de surcharger inutilement le DEP. L'idée est de privilégier les informations essentielles pour le traitement en sachant que les patients ont la possibilité de demander des informations supplémentaires si nécessaires.

Demande de documents supplémentaires aux professionnels de la santé

## 4 Limites

### Disponibilité des informations

Le terme « informations pertinentes pour le traitement » se rapporte aux aspects temporels de l'enregistrement dans le DEP. Il est inévitable que certaines informations dépendent du contexte et que les professionnels de la santé évaluent différemment leur pertinence. En cas de doute, la décision d'enregistrer un document dans le DEP revient au professionnel de la santé. L'arbre de décision à l'annexe 2 vise à faciliter la prise de décision. Certains documents peuvent cesser d'être pertinents avec le temps ou ne plus l'être dans la même mesure (p. ex. dossier de grossesse, rapport de naissance). Ni la maintenance des documents ni l'ajout d'une fonction de recherche pour les informations pertinentes pour le traitement ne sont actuellement prévus.

Informations pertinentes pour le traitement non partagées par les patients

Les professionnels de la santé relèvent que la possibilité pour les patients de restreindre de manière sélective l'accès à certains documents, sans que le personnel traitant n'en soit informé, constitue une limite importante. Il est impossible de garantir l'exhaustivité des informations pertinentes pour le traitement sur la seule base des données enregistrées dans le DEP. Actuellement, les portails d'accès mis à disposition par les communautés et les communautés de référence ne permettent pas de signaler aux professionnels de la santé qu'une information est manquante ou non accessible.

Les professionnels de la santé sont confrontés à des limites comparables lorsque, durant une anamnèse, un patient ne communique pas, volontairement ou non, certaines informations. Des conséquences juridiques sont également possibles si des pathologies préexistantes ou des

thérapies n'étaient pas connues. L'historique du DEP permet toutefois de documenter ce cas de figure.

Il importe de réexaminer et d'adapter régulièrement les présentes recommandations. Avec la transformation numérique du système de santé, les blocs d'information seront créés et mis à jour de manière dynamique et revêtiront moins souvent la forme de rapports entiers, qui contiennent souvent des informations redondantes.

***Les défis susmentionnés ne faisaient pas l'objet du mandat et n'ont pas été développés plus avant dans le présent rapport. Il convient toutefois de prendre en compte ces aspects dans les analyses et travaux subséquents.***

Gestion des  
informations  
pertinentes pour le  
traitement

# Annexe 1 Métadonnées

L'annexe 1 fournit une vue d'ensemble des métadonnées utilisées lors de l'enregistrement de documents cliniques dans le DEP. L'objectif est que la structure des documents soit uniforme, consultable et interopérable.

La section A.1.1 énumère les documents principaux, notamment les listes de médication, les diagnostics, les résultats de laboratoire ou les rapports de transfert, et précise le code SNOMED CT correspondant, qui garantit que tous les systèmes identifient et classifient correctement ces informations.

La section A.1.2 définit les champs de métadonnées standardisés, notamment pour le rôle d'auteur, la spécialité ou l'institution. Les codes correspondants permettent un traitement technique uniforme en arrière-plan.

## A.1.1 Documents

Codes de métadonnées d'eHealthSuisse<sup>60</sup> :

Dans la mesure du possible, les différents attributs comportent également les codes SNOMED CT et LOINC.

Document	DocumentEntry.typecode (SNOMED CT) correspondant	
Liste de médication	721912009	
Diagnostic	419891008 / Projet SCD – remplacement du code tessinois (pour le domaine ambulatoire) <sup>61</sup>	
Analyse de laboratoire	4241000179101	
Imagerie diagnostique (sans les clichés)	4201000179104	
Allergies, immunisation, vaccinations	722446000 41000179103	
Dossier de grossesse – rapport de naissance (eDossiergrossesse)	419891008	
Rapport de transfert (terme général)	Terme	DocumentEntry.typecode
	Plan de traitement	737427001
	Plan de soins	773130005
	Plan de réhabilitation	736055001
	Rapport d'opération	371526002
	Rapport d'examen pathologique	371528001
	Rapport de grossesse / de naissance	419891008
	Rapport d'urgence	445300006
	Anamnèse / rapport d'analyse	371529009
	Rapport d'historique	371532007
	Rapport de sortie	373942005

<sup>60</sup> <https://ehealthsuisse.art-decor.org/index.php?prefix=ch-epr->

<sup>61</sup> À partir des deux systèmes de codage couramment utilisés au niveau international, la Classification internationale des maladies CIM-10 et la Classification internationale des soins primaires CISP-2, une structure de base, composée d'ensembles de diagnostics classés par spécialité et permettant de couvrir 80 à 90 % du spectre des traitements, a été définie en collaboration avec les sociétés de discipline médicale.

	Rapport de transfert	371535009
	Document non spécifié	419891008

## A 1.2 Champs de valeurs

Définition	Champ de valeurs	OID
Rôle de l'auteur	DocumentEntry.author.authorRole	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.1.3
Spécialité de l'auteur	DocumentEntry.author.authorSpeciality	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.1.4
Type organisationnel de l'institution de santé	DocumentEntry.healthcareFacilityTypeCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.11
Spécialisation de l'institution de santé	DocumentEntry.practiceSettingCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.18
Catégorie du document	DocumentEntry.classCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.3
Type du document	DocumentEntry.typeCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.27
Langue	DocumentEntry.languageCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.13

## Annexe 2 Aide à la décision pour les professionnels de la santé

La présente aide à la décision, composée de deux pages, se veut un outil pratique pour guider les professionnels de la santé dans le choix des informations cliniques à enregistrer dans le DEP. Elle vise à réduire les incertitudes dans la pratique professionnelle et à améliorer la qualité et l'uniformité des informations enregistrées.

La première page résume les informations principales concernant le jeu de données minimal. Elle énumère les types de documents devant être systématiquement enregistrés dans le DEP et expose les critères permettant aux professionnels de la santé de déterminer si d'autres informations pourraient, dans la situation donnée, être pertinentes pour le traitement. Il est en outre souligné que la pertinence d'une information dépend du contexte et peut évoluer au cours du temps.

Une liste complémentaire, ne relevant pas du jeu de données minimal, figure également. Elle récapitule les types de documents qui, en règle générale, ne devraient pas être enregistrés dans le DEP. Ces documents sont souvent à des fins administratives ou n'ont qu'une utilité temporaire.

La deuxième page présente un arbre de décision, qui vise à aider les professionnels à procéder de manière systématique. L'aide à la décision traite successivement des questions suivantes :

1. Le document fait-il partie du jeu de données minimal ?
2. Si la réponse est non : le document contient-il néanmoins des informations utiles pour d'autres professionnels de la santé ?
3. Si aucune plus-value suffisante n'est identifiable ou si les informations sont déjà disponibles ailleurs, l'enregistrement dans le DEP n'est pas recommandé.

L'arbre de décision tient également compte des cas particuliers, notamment les documents provisoires, le droit des patients à l'ignorance et la possibilité que certaines informations figurent dans d'autres documents généraux.



# Informations pertinentes pour le traitement

Les informations pertinentes pour le traitement sont importantes pour la prise en charge clinique, car elles documentent l'état de santé des patients et permettent un traitement coordonné, fondé sur des données étayées. Elles créent de la transparence et promeuvent la prise de décision participative. De plus, ces informations facilitent la communication entre les professionnels de la santé et les patients en assurant un niveau d'information commun, qui est essentiel pour la suite de la prise en charge. La pertinence des informations est une notion dynamique qui dépend du contexte.

- **Pertinence temporelle** : l'importance des informations peut augmenter ou diminuer avec le temps.
- **Rapports provisoires** : les documents non définitifs doivent être régulièrement contrôlés.
- **Pertinence liée au contexte** : l'importance des informations varie en fonction du domaine de spécialité et du destinataire.
- **Praticabilité** : les informations réutilisables sont considérées comme particulièrement pertinentes.

## Jeu de données minimal (enregistrement systématique dans le DEP)

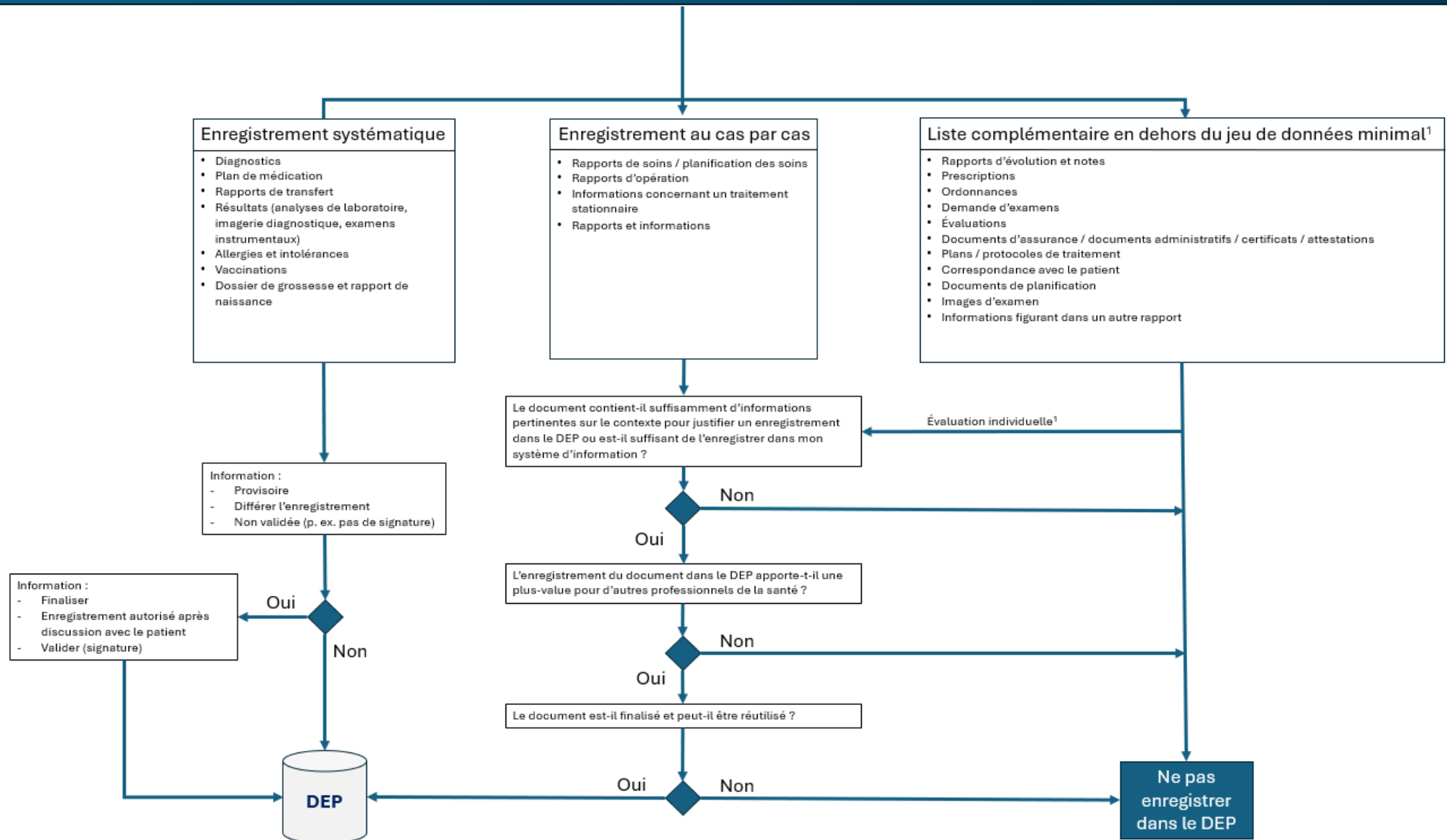
- **Liste de médication** : vue actuelle et détaillée des médicaments du patient, qui précise les informations suivantes : nom du médicament, nom du principe actif, forme galénique, dose par unité, posologie, instructions d'utilisation et durée d'utilisation.
- **Diagnostics** : établis lors de séjours à hôpital/en clinique ou au cabinet médical.
- **Rapports de transfert** : documents transmis lors du transfert d'un patient d'un professionnel de la santé à un autre ou d'une institution de santé à une autre. Les rapports de transfert peuvent revêtir différentes formes (p. ex. rapports de sortie).
- **Résultats (analyses de laboratoire, examens instrumentaux, imagerie)** : pour les résultats de laboratoire, une exception s'applique dans le cas des séjours hospitaliers, dont le déroulement est résumé dans un rapport de transfert final. L'imagerie diagnostique englobe les résultats de procédés d'imagerie tels que la radiologie, les échographies, les IRM ou les CT et les résultats d'examens instrumentaux tels que les ECG de longue durée ou la fonction pulmonaire.
- **Allergies et intolérances** : ces informations doivent être attestées par un médecin.
- **Données vaccinales** : les informations relatives à l'immunisation sont considérées comme pertinentes car elles fournissent des informations importantes pour la protection contre certaines pathologies et le choix du traitement approprié.

Les informations pertinentes pour le traitement souvent liées au contexte et à la situation. Il est donc possible que des documents ne figurant pas dans le jeu de données minimal contiennent des éléments pertinents. L'arbre de décision ci-après permet de décider si un document doit être enregistré ou non dans le DEP. L'accent est mis sur l'exhaustivité et la plus-value pour d'autres professionnels de la santé.

À noter que lorsqu'un format d'échange est mis à disposition pour saisir un certain ensemble de données, il doit être impérativement utilisé.

# Informations pertinentes pour le traitement

## Arbre de décision



<sup>1</sup> Les groupes professionnels dont la documentation ne fait pas partie du jeu de données minimal peuvent procéder à une évaluation individuelle.