
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

REFERENTIEL

Harmonisation des synthèses médicales en vue de leur numérisation

Recueil des besoins métier en
matière de synthèse médicale

Validé par le Collège le 28 mars 2024

Descriptif de la publication

Titre	Harmonisation des synthèses médicales en vue de leur numérisation Recueil des besoins métier en matière de synthèse médicale
Méthode de travail	La méthode mise en œuvre repose sur : – une analyse de la littérature scientifique ; – une consultation des parties prenantes ; – une consultation publique.
Objectif(s)	Identifier les besoins des professionnels dans le but de proposer une harmonisation des synthèses médicales.
Cibles concernées	Les cibles sont : – les éditeurs de logiciels ; – les décideurs publics ; – les professionnels intervenant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social.
Demandeur	Agence du numérique en santé (ANS) Délégation au numérique en santé (DNS) Direction générale de l'Offre de soins (DGOS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Par la mission numérique en santé (MNS) en association avec le service des bonnes pratiques (SBP) et le service recommandations
Recherche documentaire	Emmanuelle BLONDET (documentaliste) ; Maud LEFEVRE (assistante-documentaliste)
Auteurs	Mirojane MOHAMMAD, Ysé ROCH et Paul VALOIS sous la direction de Corinne COLLIGNON
Conflits d'intérêts	La gestion des liens d'intérêts est conforme à la charte déontologique de la HAS.
Validation	Version du 28 mars 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mars 2024 – ISBN : 978-2-11-172138-8

Sommaire

Préambule	4
1. Introduction	5
1.1. Origine de la demande	5
1.2. Contexte	5
1.3. Enjeux de l'harmonisation des synthèses médicales	8
1.4. Objectif	9
1.5. Périmètre du travail	10
2. Méthode de travail	11
2.1. Analyse de la littérature scientifique	11
2.2. Consultation des parties prenantes	12
2.3. Consultation publique	13
3. Analyse de la littérature scientifique	14
3.1. Résultats de la recherche documentaire	14
3.2. Analyse des synthèses existantes	15
3.3. Défis communs pour toutes les synthèses	20
3.4. La mise en œuvre opérationnelle des synthèses médicales : défis et exemples	21
4. Expression des besoins métier en matière de synthèse médicale	24
4.1. Exigences sur l'élaboration d'une synthèse médicale	24
4.2. Exigences sur le contenu de la synthèse médicale	26
4.3. Exigences sur l'entête de la synthèse médicale	33
4.4. Alignement des concepts des différentes synthèses médicales	34
4.5. Perspectives	37
Références bibliographiques	43
Participants	46
Abréviations et acronymes	48

Préambule

À la suite de la saisine conjointe de la délégation au numérique en santé (DNS), de la direction générale de l'Offre des soins (DGOS) et de l'Agence du numérique en santé (ANS), la Haute Autorité de santé (HAS) a élaboré un référentiel qui propose une harmonisation des synthèses médicales, afin de favoriser leur numérisation.

Définition

La synthèse médicale est définie comme un ensemble minimal d'informations sur l'état de santé et de vie d'un usager, patient ou non, à un instant donné, nécessaires pour assurer sa prise en charge optimale en cas de soins non programmés ou programmés.

Ces informations doivent être interopérables, entre les systèmes d'information « source » et « cible », pour favoriser leur partage entre les professionnels des secteurs médical, médico-social et social, et renforcer ainsi la coordination, la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

1. Introduction

1.1. Origine de la demande

La DNS, la DGOS et l'ANS ont formulé une demande d'harmonisation des synthèses présentes dans le volet de synthèse médicale (VSM) et les dossiers de liaison d'urgence (DLU) dont les contenus ont été définis par la HAS (1-3). Ces documents partagent l'objectif commun de constituer une synthèse médicale de l'usager, pour une prise en charge en urgence notamment. Néanmoins, les informations attendues dans chacune d'entre elles comportent des disparités.

La saisine adressée à la HAS met en évidence le besoin d'harmoniser les synthèses médicales afin de favoriser leur numérisation « dans les logiciels métiers des professionnels prenant en charge des patients/usagers, notamment aux urgences [...] », en constituant un « tronc numérique commun cohérent avec les volets d'interopérabilité déjà existants au niveau national et international [...] ».

1.2. Contexte

Dans la littérature, le terme « synthèse médicale » est couramment utilisé dans le domaine médical pour désigner un document ou une fonction logicielle (4, 5), qui résume les informations médicales essentielles d'un usager. Elles sont généralement destinées à :

- résumer les informations médicales, en colligeant les données pertinentes d'un usager et en incluant ses préférences et ses souhaits ;
- faciliter la communication, en mettant à disposition des professionnels autorisés, dans le respect de la réglementation en vigueur, une vue d'ensemble de la situation médicale de l'usager ;
- améliorer la sécurité des usagers, en permettant aux professionnels autorisés de prendre des décisions éclairées ;
- améliorer la coordination des soins, en accompagnant dans le respect de la réglementation en vigueur les professionnels autorisés, lors de l'orientation des usagers et en contribuant de ce fait à réduire leurs admissions hospitalières.

Les synthèses médicales se révèlent particulièrement utiles lors des transitions de soins, telles que les admissions aux services des urgences, les transferts entre établissements de soins, les soins d'urgence à domicile ou les consultations médicales. Elles favorisent une prise en charge cohérente et appropriée tout au long du parcours de soins de l'usager.

Ainsi, les synthèses médicales sont essentielles dans la communication, la coordination des soins, la sécurité des usagers et la prise de décision. Elles contribuent à des soins de meilleure qualité et à une gestion plus efficace des informations médicales essentielles.

Contexte en France

Les synthèses médicales font face à des freins d'utilisation et de développement sur le territoire national. L'un des principaux freins est lié à leur multiplicité.

Ces synthèses varient dans le temps : introduites par la réglementation (6, 7)¹, leur contenu a régulièrement évolué, créant de nombreuses versions (6, 8-10)² qui coexistent sans qu'aucune ne soit désignée comme la version de référence. Leurs contenus varient de plus en fonction de leur contexte d'usage (soins programmés ou non programmés, soins en urgence, etc.) et de la population ciblée (patientèle d'un médecin traitant, résidents en EHPAD, personnes vulnérables suivies à domicile, etc.). En particulier, la HAS a défini le contenu de différentes synthèses médicales : VSM (1), DLU-EHPAD (2) et DLU-Dom (3).

Cette multiplicité limite la mise en place d'une version numérisée des synthèses médicales par les éditeurs de logiciels. En effet, des rubriques standardisées dans une version pérenne leur seraient nécessaires pour engager des développements informatiques adaptés. Cette absence de numérisation des synthèses contribue de plus à limiter leur usage par les professionnels intervenant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Contexte européen

Patient Summary

La notion de *Patient Summary* a été introduite pour la première fois en Europe grâce au projet *European Patients Smart Open Services* (epSOS). Le projet européen epSOS, pilote à grande échelle, a été initié en 2008 grâce au financement de l'Union européenne (UE) et à la coopération active de la Commission européenne, des États membres de l'UE, des professionnels de santé, des usagers et des fournisseurs de solutions de santé. Douze pays participants ont défini et approuvé la conception fonctionnelle initiale (Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède).

L'objectif premier de ce projet était de faciliter l'accès des usagers européens aux soins à l'étranger dans les États membres grâce au *Patient Summary* et au service de prescription/dispensation électronique (*ePrescription/eDispensation*). De surcroît, il visait à ériger une infrastructure propice à l'interopérabilité des systèmes d'information permettant aux professionnels de santé d'accéder aux informations médicales d'urgence des usagers en provenance d'autres États européens, dans le respect de la réglementation en vigueur. Le projet a abouti à la conception d'un modèle européen de *Patient Summary* standardisé, englobant les informations essentielles et compréhensibles sur l'état de santé d'un usager, pouvant être transmises dans le respect des réglementations en vigueur.

Le projet epSOS est achevé depuis juin 2014. Il a été prolongé par d'autres projets (e-SENS³, EXPAND⁴ et Trillium Bridge) pour améliorer et élargir son déploiement à d'autres États européens. Ce projet pilote s'est transformé en un projet d'infrastructure de services numériques de santé

¹ Article L. 4130-1 du CSP.

² Article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ *Electronic Simple European Networked Services* (e-SENS).

⁴ *Expanding Health Data Interoperability Services* (EXPAND).

transfrontaliers en ligne (eHDSI) financé dans le cadre du mécanisme pour l'interconnexion en Europe (CEF) (11).

Directives européennes

En parallèle, la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des usagers en matière de soins transfrontaliers a été promulguée en 2011. Cette directive a établi des règles pour faciliter l'accès aux soins transfrontaliers et encourager la coopération en matière de soins entre les États membres. Elle a notamment précisé les droits des usagers lors de soins réalisés dans un autre État membre de l'UE. Afin d'assurer la continuité des soins, elle a incorporé des dispositions concernant l'échange d'informations de santé électronique, comme le modèle européen du *Patient Summary*.

De plus, le réseau volontaire *eHealth Network* (eHN) a mis en place une plateforme, coordonnée par des autorités compétentes des États membres, se focalisant sur la santé en ligne. Cette initiative a été créée en vertu de l'article 14 de la directive 2011/24/UE. Les États membres du réseau européen *eHealth Network* (eHN) ont adopté en novembre 2013 des lignes directrices générales sur un ensemble non exhaustif de données du *Patient Summary* pour l'échange électronique. Ces lignes directrices contiennent des informations sur les données qui doivent être incluses dans ce *Patient Summary*. Les lignes directrices du réseau *eHealth Network* (eHN) ont été actualisées depuis et la dernière version a vu le jour en juin 2023 (12).

Normes européennes

De manière concomitante, le Comité européen de normalisation (CEN) a pris l'initiative de développer la norme *International Patient Summary* (IPS), basée sur les lignes directrices européennes. Cette normalisation est le fruit d'un partenariat entre plusieurs organismes de normalisation, dont, en plus du CEN, *Health Level 7 International* (HL7®), *Integrating the Healthcare Enterprise* (IHE), *International Standards Organization* (ISO) et *Systematized Nomenclature of Medicine* (SNOMED). Ce projet a abouti à la publication officielle de la spécification technique TS 17288 en 2012. Cette spécification énonce les exigences techniques nécessaires à l'interopérabilité des systèmes de santé à l'échelle européenne.

Ce projet a ainsi conduit à la mise en place en 2019 de la norme européenne CEN EN 17269 :2019 pour les *Patient Summary* dans le cadre de soins transfrontaliers non planifiés. Celle-ci spécifie les données à incorporer dans le modèle européen du *Patient Summary*, incluant, entre autres, les problèmes actifs, les antécédents médicaux, les allergies, les traitements en cours et l'historique des actes. Elle établit également les formats de données et les terminologies médicales à utiliser pour décrire les informations de manière cohérente.

Norme internationale

La norme européenne IPS a été adoptée à l'échelle internationale en 2021, sous l'appellation ISO 27269:2021 « Informatique de santé – Résumé international du dossier médical du patient ». Son objectif principal est de formaliser l'ensemble des données figurant dans les directives européennes sur l'échange transfrontalier d'un *Patient Summary* afin de créer un modèle de document unifié, partageable au niveau international et comprenant un contenu minimal obligatoire. Afin d'éviter

les concurrences de normes IPS entre le CEN et l'ISO, la norme EN ISO 27269 (13) a été élaborée pour constituer la norme unique sur le résumé international du dossier médical du patient.

Health Level 7 International (HL7) a publié un guide de mise en œuvre de l'IPS et a proposé de structurer les données de l'IPS selon deux standards d'échange : le modèle *clinical document architecture* (CDA), qui est la mise en œuvre actuelle pour l'application transfrontalière, et les *fast healthcare interoperability resources* (FHIR). Ces standards permettent l'échange direct et l'utilisation des données de l'IPS structurées entre les systèmes de dossiers médicaux électroniques, dès lors que les systèmes d'information s'y conforment.

Enfin, les pays du G7 (14) ont publié en 2021 une feuille de route sur l'*International Patient Summary* (G7-IPS). Cette feuille de route soutient l'engagement des pays du G7 à respecter le droit des usagers à accéder à leurs informations de santé. Elle vise à favoriser l'usage de ces informations grâce à l'utilisation de normes ouvertes et interopérables.

1.3. Enjeux de l'harmonisation des synthèses médicales

Partage des synthèses médicales

L'enjeu de l'harmonisation des synthèses médicales est de faciliter la création et l'utilisation d'une synthèse médicale partagée via le dossier médical partagé (DMP) de Mon espace santé (MES) et accessible aux professionnels autorisés.

Cette harmonisation vise à améliorer la communication des informations essentielles tout au long du parcours de soins de l'utilisateur en mettant à disposition des professionnels autorisés un modèle de synthèse médicale interopérable. Ce modèle doit être utilisable dans tous les contextes d'usage (soins non programmés ou programmés, etc.) et adapté en particulier pour les soins non programmés des différentes populations cibles (les résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les usagers vulnérables à domicile, les usagers atteints de maladies rares, les résidents en établissements sociaux ou médico-sociaux (ESMS), etc.).

Ce projet vise également le partage d'informations entre les États membres de l'UE lors de soins transfrontaliers, ce qui nécessite une articulation avec les travaux internationaux de standardisation.

Conformité des synthèses médicales à la norme EN ISO 27269 (13)

Pour garantir la qualité, l'interopérabilité et l'efficacité des synthèses médicales, leur conformité à la norme IPS EN ISO 27269 est nécessaire. En effet, la conformité à cette norme permet de garantir que les synthèses médicales sont complètes, précises et accessibles aux professionnels de santé à l'échelle internationale.

Cette norme définit un ensemble de critères précis que doivent respecter les synthèses médicales.

La norme IPS EN ISO 27269 précise les sections obligatoires :

- Attributs du patient
- Allergies et intolérances

- Liste récapitulative des traitements médicamenteux
- Problèmes
- Métadonnées de provenance (pays, date de création de la synthèse, auteur...)

D'autres sections, facultatives, doivent être présentes si les informations sont connues de l'auteur :

- Cercle de soins
- Cercle de vie du patient
- Antécédents chirurgicaux et interventions
- Vaccinations
- Dispositifs médicaux

Résultats

D'autres sections, facultatives, peuvent être présentes :

- Directives anticipées
- État fonctionnel
- Anamnèse de la grossesse
- Antécédents
- Plan de soins
- Anamnèse sociale
- Signes vitaux

1.4. Objectif

Ce référentiel a pour objectif l'identification des exigences métier pour l'élaboration et l'utilisation d'une synthèse médicale par les professionnels autorisés, en vue d'établir une harmonisation des synthèses médicales existantes. Une attention particulière est portée sur leurs besoins, en termes de contenu de la synthèse médicale, pour différents contextes d'utilisation. Ce travail consiste également à produire des recommandations en vue de favoriser la numérisation des synthèses médicales.

Ce référentiel est un prérequis indispensable à l'actualisation par l'ANS du volet de synthèse médicale interopérable, défini dans le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS). Une synthèse médicale conforme à ce nouveau volet pourra être mise en partage dans le DMP de Mon espace santé de l'utilisateur et accessible aux autres professionnels autorisés.

1.5. Périmètre du travail

La réglementation en vigueur⁵ confie au médecin traitant la responsabilité d'élaborer la synthèse médicale destinée à être déposée dans le DMP. Par conséquent, le terme « synthèse médicale » est utilisé dans le cadre de ce document. Toutefois, le périmètre de ce travail n'est pas limité aux informations strictement médicales. La pertinence de l'intégration dans la synthèse médicale de chacune des informations paramédicales ou de l'environnement de vie pouvant être modélisées dans l'IPS a aussi été étudiée au regard des enjeux d'amélioration de la prise en charge globale de l'utilisateur.

De ce fait, ce référentiel vise à déterminer les informations de santé et de vie des usagers pertinentes à partager dans une synthèse médicale. Le périmètre inclut le recueil et la description des cas d'usages des professionnels, c'est-à-dire de leurs expériences et des situations pour lesquelles ils utilisent ou partagent une synthèse médicale. Les besoins des usagers en matière de synthèse médicale sont également inclus dans ce travail.

L'élaboration du référentiel s'est appuyée sur les éléments des contenus métiers définis dans les précédents travaux de la HAS relatifs à la composition de synthèse médicale dans les DLU-EHPAD (2) et DLU-Dom (3), ainsi que le VSM (1). Le périmètre du référentiel est limité à la « synthèse médicale » et ne concerne pas les formulaires remplis au moment de l'urgence (fiche de transfert vers le service des urgences et fiche de retour du service d'urgence).

Les référentiels d'interopérabilité (technique, syntaxique ou sémantique) des synthèses médicales ne relèvent pas des missions de la HAS et par conséquent les sujets relatifs à ces référentiels ne sont pas traités. En particulier, le choix des terminologies de santé de référence partagées entre les professionnels ne relève pas du périmètre de ce travail. Les terminologies utilisées, notamment pour les libellés des sections de la synthèse médicale, sont indicatives et n'ont pas vocation à être imposées en l'état au vu du cadre d'interopérabilité qui se construit.

Les droits d'accès à la synthèse médicale déposée dans le DMP, pour sa lecture, en fonction du profil de professionnel font l'objet d'une matrice d'habilitation (15) et ne sont pas dans le périmètre de ce travail. L'échange et le partage des informations médicales, contenues dans les synthèses médicales, par le professionnel mentionné à l'article L. 1110-4, I. du Code de la santé publique doivent se faire dans le respect de la réglementation en vigueur⁶ et ne font donc pas partie du périmètre de ce travail. Le respect de cette obligation est à la charge du professionnel qui réalise l'échange ou le partage des informations médicales.

Ce référentiel ne vise pas à unifier les synthèses médicales qui ne répondent pas aux mêmes contextes d'usage, mais à proposer un modèle de synthèse médicale polyvalent utilisable dans différents contextes.

⁵ Article L. 1111-15 du CSP.

⁶ Article L. 1110-4 du CSP et réglementation relative à la protection des données personnelles, établies notamment par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données [RGPD] (16)).

2. Méthode de travail

La méthode mise en œuvre pour l'élaboration de ce référentiel a reposé sur une analyse de la littérature scientifique, une consultation des parties prenantes et une consultation publique.

2.1. Analyse de la littérature scientifique

L'analyse de la littérature mise en œuvre repose sur trois types de sources :

- les précédents travaux de la HAS portant sur des synthèses médicales avec une attention particulière sur le DLU-EHPAD (2) et le DLU-Dom (3), ainsi que le VSM (1) ;
- les modèles de synthèses médicales dans les travaux internationaux existants, via une recherche documentaire systématisée ;
- les publications d'intérêt sur les expériences à l'étranger d'utilisation de synthèses médicales, via une recherche documentaire systématisée et non systématisée.

2.1.1. Recherche documentaire systématisée

Une recherche documentaire systématisée a été réalisée. Elle a porté sur les expériences à l'étranger d'utilisation de synthèses médicales, et a été limitée à la littérature de langue française et anglaise, selon une méthode benchmark.

Elle a porté sur la période de janvier 2013 à septembre 2023. Une veille a été maintenue sur le sujet jusqu'à la publication.

La source suivante a été interrogée :

- Medline, afin d'identifier les études pertinentes publiées dans la littérature internationale.

Une recherche documentaire a été conduite à partir des mots clés suivants : Summary Care Record*[Title] OR Patient Summary[Title] OR Emergency Care Summary[Title] OR Electronic Summary Record[Title] OR Integrated Summary[Title] OR Computer-Generated Patient Summary[Title] OR health summary[Title] OR key information summary[Title] OR key information summaries[Title] OR patient summary roadmap[Title] OR national summary care record[Title] OR patient summary dataset[Title] OR european patient summary data set[Title] OR international patient summary[Title] OR minimum data set[Title] OR shared information summary[Title] OR summary care record[Title] OR integrated summary[Title]: 252 références ont été obtenues.

2.1.2. Recherche documentaire non systématisée

En parallèle, une recherche de littérature non systématisée, par consultation des sources pertinentes francophones et anglophones, a été effectuée afin d'identifier les rapports disponibles sur le sujet et des documents décrivant le contenu de la « synthèse médicale ». La méthodologie d'élaboration de ces « synthèses médicales » identifiées au niveau international a également fait l'objet d'une recherche documentaire. Des contacts ont été pris avec les agences écossaise, irlandaise et australienne afin d'obtenir des détails sur les choix des items retenus.

Les sites des agences listées ci-dessous ont été explorés :

- *Health Information and Quality Authority (Irlande) ;*
- *NHS Scotland ;*
- *NHS UK ;*
- *College of Physicians and Surgeons of BC (Canada) ;*
- *Royal Australian College of General Practitioners ;*
- *College of Physicians and Surgeons of Ontario ;*
- *American Academy of Family Physician ;*
- *Orphanet.*

2.2. Consultation des parties prenantes

Méthode d'implication des parties prenantes

En réalisant un benchmark européen, en analysant l'IPS et en comparant les contenus prévus pour les différentes synthèses médicales définies dans le contexte de soins français, la HAS a pré-identifié des informations de santé et de vie pertinentes à faire figurer dans une synthèse médicale.

Sur la base de ces éléments pré-identifiés, la HAS a ensuite sollicité les parties prenantes, à savoir des représentants des professions de santé (principalement conseils nationaux professionnels, médecins coordonnateurs, services d'aide à domicile) et des représentants des usagers, dont le détail est précisé en annexe.

Les parties prenantes ont été sollicitées aux différentes étapes de l'élaboration de ce référentiel :

- dans un premier temps, une réunion avec les parties prenantes représentant les usagers a été organisée afin de recueillir leurs besoins ;
- puis, des réunions avec les parties prenantes représentant les professionnels ont été organisées afin de leur transmettre les besoins exprimés par les représentants d'usagers et afin de recueillir leurs propres besoins métier ;
- enfin, une version provisoire du référentiel a été adressée à l'ensemble des parties prenantes pour relecture et prise en compte de leurs retours avant mise en consultation publique puis finalisation.

Les parties prenantes ont exprimé leurs besoins en matière de synthèse médicale pour un usage professionnel. Ces besoins métier ont permis de formuler les exigences en matière d'élaboration de synthèse médicale et de contenu, et d'élaborer des recommandations visant à favoriser la diffusion et le partage de la synthèse médicale.

2.3. Consultation publique

Une version provisoire du référentiel a été soumise à consultation publique. Cette version retranscrivait les positions des parties prenantes et l'analyse de la littérature scientifique.

La consultation publique a eu pour objectif de permettre à l'ensemble des acteurs de l'écosystème de réagir et de contribuer à l'élaboration de la rédaction finalisée du référentiel. La consultation publique a pris la forme d'un questionnaire permettant à chaque contributeur de donner son avis et de partager ses retours spécifiques (ajout, formulation, compréhension, etc.) sur les éléments de la version provisoire du référentiel. Le questionnaire comportait également des questions ouvertes afin de recueillir les positions de chaque contributeur sur l'ensemble du document et leur permettre de suggérer, si besoin, des points supplémentaires à aborder.

Afin d'être en mesure de cadrer et d'exploiter les réponses, seules les contributions des représentants d'organisme étaient recherchées. Les réponses apportées devaient ainsi refléter la position collective de l'organisme et non une opinion personnelle. Les contributions reçues avaient un but consultatif et n'avaient pas vocation à être intégrées de manière exhaustive dans la version finale du référentiel.

Cette consultation publique a été réalisée du 18 décembre 2023 au 18 janvier 2024 via le site internet de la HAS, à la suite d'un adressage par courriel ciblé aux parties prenantes et d'un relais sur les réseaux sociaux.

3. Analyse de la littérature scientifique

3.1. Résultats de la recherche documentaire

L'objectif principal de la recherche documentaire était d'explorer les mises en œuvre, les contextes d'utilisation et le contenu des synthèses médicales à l'échelle nationale et internationale, dans l'objectif d'identifier les spécificités et les variétés des pratiques observées en France et à l'étranger.

La recherche documentaire systématisée a permis d'identifier 252 références bibliographiques. Parmi ces références, 63 ont été sélectionnées sur la base du titre et du résumé. Les références non retenues étaient principalement axées sur des recommandations relatives à la gestion des dossiers médicaux électroniques, abordant des aspects tels que la conservation, l'accès, la sécurité et le stockage. Certaines références ont également été exclues en raison de leur dépendance à des contextes réglementaires propres à certains pays, rendant les informations non applicables dans le cadre spécifique français.

La recherche de littérature non systématisée, par consultation des sources pertinentes, a permis d'identifier des références comportant des informations relatives à la description, à la mise en œuvre ou à l'évaluation des synthèses médicales qui n'avaient pas été obtenues lors de la recherche documentaire systématisée.

Finalement, parmi l'ensemble des références identifiées par la recherche systématisée et la recherche non systématisée, ont été retenues les publications traitant :

- du contenu de synthèse médicale ;
- des modalités de mise en œuvre de modèles déjà construits ;
- des précisions sur les contextes d'utilisation des synthèses médicales.

Ce processus a abouti à retenir 31 références, parmi lesquelles figurent des études qualitatives et quantitatives, des études descriptives, des recommandations de bonnes pratiques à l'échelle nationale et internationale, des textes réglementaires, des études contrôlées randomisées et des recueils de données.

3.2. Analyse des synthèses existantes

3.2.1. Productions françaises

Concernant le contexte national, seuls les travaux élaborés par la HAS ont été identifiés et retenus lors de la recherche documentaire. La HAS a émis plusieurs documents sur les synthèses médicales destinés à des usages dans des contextes différents. En particulier :

- le VSM, dédié à la patientèle du médecin traitant en médecine de ville ;
- le DLU-EHPAD dédié aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- le DLU-Dom, dédié aux personnes vulnérables suivies à domicile.

La distinction entre le VSM et les DLU met en avant la polyvalence de ces synthèses médicales. Malgré leur nature commune, leurs distinctions résultent des contextes de prise en charge divers, de leurs objectifs spécifiques et des caractéristiques des populations ciblées. Les paragraphes suivants explicitent leurs similitudes et leurs différences.

3.2.1.1. Volet de synthèse médicale (VSM)

En 2011, la HAS a été sollicitée pour définir le contenu de la synthèse médicale devant être élaborée annuellement par le médecin traitant selon les accords de la convention nationale des médecins signée en juillet 2011 par les partenaires conventionnels. En collaboration avec l'Agence française du numérique en santé (ASIP Santé), la HAS a publié en octobre 2013 le contenu du VSM (1). Cette synthèse, établie par le médecin traitant, vise à faciliter la prise en charge des patients et à améliorer la qualité des soins. Elle est destinée à être mise à jour annuellement ou en cas d'évolution de l'état de santé du patient.

Son contenu est détaillé dans le Tableau 1.

Tableau 1. Contenu du VSM défini par la HAS

Contenu du VSM de 2013	
Coordonnées patient	
Coordonnées médecin traitant	
Date de mise à jour	
Pathologies en cours	
Antécédents personnels, y compris allergies et intolérances médicamenteuses	
Facteurs de risque : antécédents familiaux, facteurs de risque professionnel et facteurs de risque liés au mode de vie (alcool, tabac, activité physique, alimentation)	
Traitement au long cours	
Point de vigilance (ou points d'attention)	
Signature (en cas d'impression)	

3.2.1.2. Dossier de liaison d'urgence pour les résidents en établissement hébergeant des patients âgés dépendants (DLU-EHPAD)

Le concept de DLU a été introduit en 2008 sous le terme de « document synthétique sur la prise en charge médicale et paramédicale » (7). Ce document vise à favoriser l'accès des médecins intervenant en urgence aux dossiers médicaux et dossiers de soins des résidents en EHPAD, facilitant ainsi leur prise en charge en urgence. Plusieurs versions successives du DLU-EHPAD ont été proposées depuis 2008. Mais leur déploiement a été fortement limité en raison de leur format papier et du nombre important de champs à remplir par les professionnels de santé. Afin de favoriser son usage et la généralisation de son déploiement, la HAS et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ont diffusé en 2015 un nouveau DLU (2) pour les résidents en EHPAD. À l'issue de ces travaux, deux documents ont été proposés comme constituant le DLU-EHPAD :

- le document de liaison d'urgence (correspondant à une synthèse médicale dont le contenu figure dans le Tableau 2) ;
- la fiche de transfert de l'EHPAD au service des urgences et du service des urgences vers l'EHPAD.

Cette nouvelle version de DLU-EHPAD vise à favoriser son adoption et sa numérisation. Dans cette version, selon les fonctions disponibles dans le logiciel métier de l'EHPAD, les données peuvent être :

- saisies directement dans le document ;
- récupérées automatiquement à partir du logiciel métier de l'EHPAD ;
- récupérées automatiquement à partir d'autres documents structurés, eux-mêmes récupérés à partir du DMP, en particulier à partir d'un VSM élaboré par le médecin traitant.

Tableau 2. Contenu du document de liaison d'urgence DLU-EHPAD défini par la HAS

Contenu du DLU-EHPAD	
Résident (identité)	
Coordonnées : EHPAD/Médecin traitant/Établissement de santé de préférence	
Protection juridique	
Référent de l'entourage et personne de confiance	
Pathologies en cours	
Antécédents personnels	
Allergies	
Soins palliatifs	
État psychique	
Handicaps/Déficits	
Gestion des risques	
Commentaires	
Check-list des documents annexés au DLU	

3.2.1.3. Dossier de liaison d'urgence pour les patients vulnérables à domicile (DLU-Dom)

En 2021, la HAS a été saisie pour élaborer un DLU destiné aux personnes vulnérables résidant à domicile, quel que soit leur âge. La HAS a défini le contenu de ce DLU-Dom (Tableau 3) et l'a publié en mars 2021 (3). L'objectif de ces travaux était d'aboutir à une version du DLU dématérialisée et à terme intégrable dans le DMP. En plus d'élargir l'utilisation d'un DLU à une nouvelle population de patients, cette production a clarifié l'articulation entre les différentes catégories d'acteurs potentiellement concernées par le DLU-Dom et a précisé l'organisation du retour à domicile du patient.

Tableau 3. Contenu du document de liaison d'urgence DLU-Dom défini par la HAS

Contenu du DLU-Dom	
Provenance (date et auteur du remplissage)	
Informations concernant la personne	
Personne à prévenir	
Personne de confiance	
Protection juridique	
Coordonnées :	
— Intervenant(s) régulier(s) au domicile et autres intervenant(s) au domicile	
— Médecin traitant	
— Autres médecins spécialistes/Centre ou établissement de référence, HAD, CMP	
— Pharmacien habituel	
Pathologies en cours/antécédents personnels (médico-chirurgicaux, néonatalogies, addictologiques)	
Projet thérapeutique/Soins palliatifs	
Situation de handicap	
Allergies et antécédents iatrogènes	
Constantes vitales habituelles	
Points de vigilance	
Poids	
État neuropsychologique habituel	
Commentaires ou autres informations spécifiques sur la personne ou son environnement	
Régime	
Liste de contrôle des documents annexes au DLU-Dom	

3.2.1.4. Comparaison entre le VSM, le DLU-EHPAD et le DLU-Dom

Malgré leur objectif commun de fournir une synthèse des informations médicales d'un patient, ces trois synthèses médicales présentent des différences en termes de finalité.

Les DLU-EPHAD et DLU-Dom ont une finalité spécifique, liée à la gestion et la prise en charge du patient lors de l'urgence.

Le VSM a une finalité plus large, incluant notamment l'hospitalisation programmée et la consultation.

En raison de leurs finalités différentes, leurs contenus et leurs nombres de champs sont aussi différents :

- le VSM se concentre sur les données médicales ;
- les DLU-EPHAD et DLU-Dom documentent également des données administratives, telles que l'environnement de vie du patient, son cercle de vie et de soins, et les mesures de protection juridique (tutelle, curatelle, etc.).

De plus, les DLU-EPHAD et DLU-Dom contiennent un nombre plus important de champs à renseigner que le VSM, ce qui les rend potentiellement plus volumineux et avec un risque de diluer les informations les plus pertinentes dans un contexte d'urgence.

Le contenu du DLU-Dom diffère du DLU-EHPAD par :

- la création de sections, par exemple l'environnement à domicile et les intervenants réguliers au domicile ;
- la suppression de sections ;
- une sémantique et une organisation des sections propres.

3.2.2. Synthèses médicales internationales

Une analyse des synthèses médicales de différentes nations, identifiées et retenues lors de la recherche documentaire, a été réalisée. Les synthèses retenues figurent dans le Tableau 4 suivant.

Tableau 4. Synthèses médicales internationales retenues pour une analyse détaillée

Pays	Synthèses médicales correspondantes
Angleterre (17)	Summary Care Record
Australie (18)	Shared Health Patient Summary
Écosse (19)	Key Information Summary
Irlande (20)	National Electronic Patient Summary
Norvège (5)	Kjernejournal (Summary Care Record)

Benchmark sur le contenu de synthèse médicale

Le Tableau 5 suivant représente le contenu médical des synthèses médicales internationales étudiées.

Tableau 5. Contenu médical de synthèses médicales

	Angleterre	Australie	Écosse	Irlande	Norvège
Traitements médicamenteux	x	x	x	x	x
Allergies et effets indésirables	x	x	x	x	x
Problèmes en cours	x	x	x	x	x
Antécédents médicaux	x	x	x		x
Antécédents chirurgicaux	x			x	
Dispositifs médicaux (DM)					x (DM implantable)
Résultats d'examens	x				
Plan de soins	x		x		
Vaccination	x	x		x	
Histoire sociale		x			
Antécédents familiaux		x			
Mode de vie et facteurs de risque		x			
Informations sur la fin de vie/préférence des patients	x	x	x		

Les sections retrouvées dans toutes les synthèses médicales internationales étudiées sont les traitements médicamenteux, les allergies, les effets indésirables et les problèmes en cours. Les antécédents médicaux, chirurgicaux, les vaccinations ou les préférences du patient en matière de soins, y compris celles liées aux traitements et aux soins de fin de vie, assurant une vision holistique du parcours médical (21, 22), sont fréquemment documentés mais pas de façon systématique. Inversement, les facteurs de risque (liés au mode de vie, aux antécédents familiaux ou à l'histoire sociale) sont plus rarement exigés dans les synthèses médicales étudiées.

Le contenu médical des synthèses varie d'un pays à un autre, correspondant aux besoins spécifiques de chaque pays. Il est intéressant de noter que toutes les synthèses sont conformes à la norme IPS EN ISO 27269 sur les trois sections obligatoires (traitements médicamenteux, allergies et effets indésirables, problèmes en cours).

3.3. Défis communs pour toutes les synthèses

Les situations de prise en charge nécessitant une synthèse médicale

Les synthèses médicales sont employées dans divers contextes, notamment en situation d'urgence, lors d'hospitalisations ou de consultations non programmées. Elles peuvent être catégorisées selon leur contexte d'utilisation.

- **Les synthèses médicales pour les soins non planifiés** contiennent les informations vitales pour une prise en charge en cas d'**urgence** ou en dehors des heures normales de travail. Par exemple :
 - en Angleterre, le *Summary Care Record* (17) est déployé pour l'ensemble de la population, notamment dans les services d'urgence, les soins non programmés et les pharmacies communautaires ;
 - en Écosse, l'*Emergency Care Summary* (19) est créé pour la quasi-totalité de la population (99,97 %) et permet d'améliorer la sécurité des soins lors de consultations non programmées en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecins généralistes ;
 - en France, les DLU sont utilisés pour les situations d'urgence pour les résidents en EHPAD (2) ou les personnes vulnérables suivies à domicile (3) ;
 - en Irlande, le *National Electronic Patient Summary* facilite la prise en charge en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale (20).
- **Les synthèses médicales pour la régulation des hospitalisations et des consultations** contribuent à faciliter la communication entre les acteurs de soin, à réduire les incertitudes et à simplifier la prise de décision. Elles peuvent notamment être utilisées pour éviter des hospitalisations, réduire le temps des consultations ou améliorer la prise en charge clinique. Par exemple, l'utilisation du *Key Information Summary* (KIS) écossais a permis d'éviter environ 23 % des hospitalisations pour les personnes concernées (22).
- **Les synthèses médicales permettent d'améliorer la communication**, entre médecins, entre médecins et patients, ou entre les différents acteurs de soins collaborant habituellement à la prise en charge du patient. Ces synthèses sont destinées aux médecins remplaçant le médecin habituel ou aux spécialistes lors de l'orientation des patients. C'est le cas par exemple des VSM en France (1), des *Shared Health Summary* en Australie (23) ou en Irlande (21). De plus, les synthèses médicales sont essentielles pour le suivi des patients qui ne peuvent pas communiquer leurs symptômes, médicaments ou besoins aux cliniciens. Cela concerne en particulier les patients rencontrant des difficultés à se souvenir des noms des médicaments ou confrontés à d'autres obstacles de communication (24).
- **Les synthèses médicales utilisées dans le cadre de soins transfrontaliers** permettent de faciliter la coordination des soins entre les professionnels de santé des pays de l'UE. Elles permettent aux citoyens européens de bénéficier des soins dans le pays dans lequel ils se rendent de la même manière que dans leur pays de résidence et aux professionnels de santé de prendre des décisions éclairées sur la prise en charge du patient. Ces synthèses accompagnent donc les patients et les professionnels de santé pour favoriser des soins de qualité (25).

Le contenu et le niveau de détail des synthèses médicales peuvent varier en fonction de la nation, de la population ou du public visé. Toutes les synthèses internationales identifiées sont particulièrement pertinentes pour des patients présentant des besoins plus complexes que la population générale, tels que les patients âgés, ceux atteints de démence, de troubles d'apprentissage ou souffrant de maladies chroniques à long terme. Ces synthèses sont aussi bénéfiques lorsqu'il est crucial de transmettre un message spécifique pour aider les professionnels de santé qui ne sont pas familiers avec la situation du patient, en particulier en matière de sécurité (5, 19, 22, 26-28).

Les synthèses médicales constituent un outil majeur contribuant à améliorer la sécurité et la qualité des soins. Elles sont utilisées à l'international dans de nombreux contextes et leur contenu varie en fonction de la population ciblée.

3.4. La mise en œuvre opérationnelle des synthèses médicales : défis et exemples

La mise en œuvre des synthèses médicales doit relever plusieurs défis, parmi lesquels la diversité et la redondance des modèles existants, la variété de taille et de quantité d'informations qu'elles contiennent, ainsi que la nécessité de les mettre à jour régulièrement.

Diversité et redondance des modèles

La variété des modèles des synthèses médicales constitue un obstacle à leur adoption et à leur mise en place à l'échelle nationale. En particulier, les formations chronophages et coûteuses à l'utilisation de plusieurs modèles peuvent freiner l'adoption des synthèses médicales par les professionnels des secteurs médical, médico-social et social. De plus, la présence de données redondantes dans les divers modèles augmente le risque d'erreurs et de confusion. Enfin, l'absence de consensus sur l'objectif et le périmètre des synthèses médicales a conduit à la création et au déploiement de nombreuses variantes non standardisées de résumés destinées aux patients (29).

En France, par exemple, diverses synthèses médicales sont utilisées dans des contextes spécifiques, comme le VSM (1), les DLU (2, 3) et le document de sortie d'hospitalisation > 24 h (30).

Le développement de modèles harmonisés de synthèses médicales facilite leur adoption et leur déploiement à l'échelle nationale.

Taille et contenu des synthèses médicales

La quantité et la nature des informations contenues dans les synthèses médicales jouent un rôle crucial dans leur utilité et leur pertinence. Leur taille et leur contenu doivent être adaptés aux besoins des professionnels selon la situation du patient. Les informations doivent être suffisamment détaillées pour permettre aux professionnels de comprendre l'état de santé du patient et sa situation, sans diluer les informations pertinentes qui pourraient devenir alors inutilisables (29).

La taille et le contenu des synthèses médicales doivent être adaptés à la situation et à l'état de santé du patient.

Mise à jour régulière des informations

La mise à jour régulière des synthèses médicales est un impératif pour assurer leur exactitude et leur pertinence. Les informations contenues dans une synthèse peuvent évoluer rapidement, notamment en cas de changements dans les traitements ou l'état de santé du patient.

Les professionnels de santé adhèrent plus facilement à l'utilisation de synthèses médicales mises à jour automatiquement que celles nécessitant des mises à jour manuelles (5, 31). Une synthèse médicale incomplète ou peu mise à jour perd rapidement en pertinence pour les soins. L'élaboration de synthèses médicales actualisées et de qualité, surtout pour les patients ayant des besoins complexes, doit être favorisée (32).

La mise à jour régulière et rapide des synthèses médicales est essentielle pour garantir leur exactitude et leur pertinence.

Implication du patient dans sa prise en charge

La synthèse médicale peut contribuer à renforcer la relation entre le médecin et le patient.

En effet, elle permet, d'une part, au médecin de mieux comprendre l'état de santé du patient. Par ailleurs, elle permet au patient de faire connaître au médecin ses préférences et ses souhaits en matière de soins (22). L'encouragement des patients à participer proactivement à la gestion de leur propre santé, notamment en remplissant des questionnaires d'auto-évaluation à leur arrivée aux urgences, a démontré des avantages significatifs pour les résultats des soins et la santé globale (4).

De ce fait, la synthèse médicale améliore le suivi de la santé des patients, permet une meilleure implication des patients et favorise la mise en place d'un climat de confiance dans la relation de soin (22).

Il est nécessaire de développer des synthèses médicales pour les patients :

- accessibles et compréhensibles ;
- adaptées à leurs souhaits et préférences ;
- incitatives pour favoriser leur implication comme acteurs de leur santé.

Dématérialisation des synthèses médicales

Les synthèses médicales peuvent être élaborées manuellement, en utilisant un support papier. Toutefois, elles sont désormais plutôt réalisées de manière dématérialisée. Par exemple, le *Summary Care Record* anglais est généré automatiquement à partir du logiciel du cabinet du médecin, en extrayant des données du dossier médical électronique du patient (21). La dématérialisation et l'alimentation automatique jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la prise en charge des patients,

offrant une confiance accrue dans les données en évitant les erreurs de recopie, en simplifiant la transmission des synthèses par voie numérique et en favorisant le suivi médical.

Des pays comme l'Angleterre (17), l'Australie (33) ou la France (avec l'utilisation du VSM) ont adopté une approche numérique dès le départ, favorisant ainsi la dématérialisation des synthèses médicales.

La dématérialisation des synthèses médicales représente un progrès significatif dans l'optimisation des soins de santé et présente de nombreux avantages pour les patients et les professionnels de santé.

Mode d'élaboration des synthèses médicales

À l'heure actuelle, la réglementation française⁷ exige que la synthèse médicale soit rédigée par le médecin traitant et déposée, au moins une fois par an selon l'accord conventionnel, dans le dossier médical partagé (DMP) sous la forme d'un document qui résume l'état de santé et de vie du patient. Ces contraintes tant réglementaires que techniques imposent que la synthèse soit un « document » produit et signé par un seul rédacteur. Ce format de « document » renvoie au fait qu'une fois rédigé et déposé dans le DMP, en pratique, ce document n'y est plus modifié. Pour en modifier le contenu, le rédacteur devra générer une nouvelle synthèse et la déposer dans le DMP sous une nouvelle version. En raison de ces contraintes, la mise à jour automatisée de la synthèse médicale dans le DMP n'est pas possible.

La Norvège (5) a fait le choix d'automatiser l'élaboration de la synthèse médicale, au moins en partie. Une fonction permet la mise à jour automatique des informations sur les traitements médicamenteux. Cette mise à jour est rendue possible par la collecte en continu des informations sur les médicaments prescrits et dispensés, à partir des ordonnances électroniques et des dispensations en pharmacies disponibles sur un serveur pharmaceutique national.

Pour améliorer la sécurité et la qualité des soins, il est essentiel de développer des mécanismes efficaces de mise à jour des informations.

⁷ Article L. 1111-15 du CSP.

4. Expression des besoins métier en matière de synthèse médicale

4.1. Exigences sur l'élaboration d'une synthèse médicale

Exigences métier	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
La synthèse médicale doit pouvoir être actualisée, en tant que de besoin .	La réactualisation d'une synthèse peut s'avérer pertinente toutes les fois où l'état de santé du patient évolue (changement de traitement médicamenteux, nouveau problème actif, etc.). Disposer d'une synthèse médicale dont la mise à jour tient compte des éléments les plus récents possibles favorise une prise en charge efficace et sécurisée, en particulier dans le contexte d'urgence.
Les informations de santé qui vont constituer la synthèse médicale doivent pouvoir être structurées dans le logiciel du professionnel.	Cette exigence de structuration a pour but de faciliter l'automatisation des fonctions de pré-remplissage de la synthèse à partir des éléments du dossier médical disponibles dans le logiciel du professionnel. Elle favorise aussi l'intégration des données dans les logiciels consommateurs si besoin.
Les informations de santé doivent pouvoir être codées avec des terminologies de santé de référence.	Le codage des informations de santé dans une terminologie de référence constitue un prérequis pour favoriser l'interopérabilité sémantique entre les systèmes d'information source et cible, afin que la même information de santé soit reconnue de façon univoque par tous les systèmes d'information de chacun des professionnels. Sur la codification, les professionnels expriment des préférences terminologiques qui varient selon leur spécialité et leur connaissance de la terminologie.
Le logiciel du professionnel doit permettre un pré-remplissage des sections de la synthèse médicale à partir des données du dossier médical électronique de l'utilisateur. Cette proposition de synthèse pré-remplie doit être présentée au professionnel pour validation.	Le pré-remplissage constitue une aide à l'élaboration de la synthèse médicale pour le professionnel. Les données présentées automatiquement doivent impérativement faire l'objet d'une validation par le professionnel pour être enregistrées dans la synthèse médicale.
En cas de pré-remplissage de la synthèse médicale, le logiciel doit permettre au professionnel de supprimer ou de modifier les informations présentées automatiquement.	Afin que la synthèse médicale ne soit ni trop longue, ni surchargée des données jugées non pertinentes, le professionnel de santé peut supprimer ou modifier de la proposition de synthèse les informations de son choix, parmi celles présentées automatiquement par son logiciel. Cette fonction est exigée pour chaque donnée présentée automatiquement dans le logiciel du professionnel pendant le processus d'élaboration de la synthèse à partir du dossier médical.

Exigences métier	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
	Cette fonction permet au professionnel de santé de ne transmettre que les informations médicales strictement nécessaires lors d'un échange ou partage d'informations médicales entre professionnels autorisés ⁸ .
L'organisation des différentes sections qui constituent la synthèse médicale doit être standardisée .	Disposer d'une synthèse qui présente une organisation standardisée en sections, quel que soit le logiciel qui le produit, favorise une lecture rapide.
Le logiciel du professionnel doit lui permettre de modifier l'ordre d'affichage des informations à l'intérieur de chaque section de la synthèse médicale en fonction de ses préférences et de la situation.	À l'intérieur de chaque section, la possibilité d'afficher les informations en fonction des préférences du professionnel lui permet de mettre en avant certains éléments de santé.
La synthèse médicale doit pouvoir être reliée à d'autres documents ou ressources documentaires , disponibles ou non dans le DMP.	Pour des ressources documentaires en dehors du DMP, les liens doivent pouvoir être actualisés au cours des mises à jour. De ce fait, cette exigence ne peut s'appliquer qu'aux ressources mises à disposition par un serveur de connaissance fiable et actualisé. Cette exigence permet de répondre notamment aux cas d'usage suivants : — accéder aux directives anticipées (enregistrées dans Mon espace santé) ; — accéder aux ressources disponibles sur les maladies rares via le site Orphanet ou les fiches « protocoles nationaux de diagnostic et de soins » (PNDS) ; — accéder au carnet de vaccination électronique (enregistré dans Mon espace santé).
Le logiciel des professionnels doit permettre d'insérer des commentaires en texte libre dans la synthèse médicale.	L'enregistrement d'informations diverses permet au professionnel de consigner en texte libre des informations qui pourront être reliées à certaines sections, voire à certaines données structurées.
Les informations de l'entête de la synthèse médicale doivent coexister avec le contenu médical.	Les éléments figurant dans l'entête, comme les mesures de protection juridique, les cercles de soins et de vie (famille, aidants, intervenants à domicile, etc.), sont des informations qui sont pertinentes dans les stratégies de prise en charge, en complément du contenu médical, pour adapter les soins aux spécificités de l'usager. De ce fait, le regroupement de l'entête et du contenu médical est nécessaire pour que le professionnel ait une vue d'ensemble surtout en soins d'urgence.

⁸ Article L. 1110-4 du CSP.

4.2. Exigences sur le contenu de la synthèse médicale

Le tableau suivant précise les informations attendues par les professionnels dans une synthèse médicale. Pour chacune de ces informations, il précise également les exemples les plus courants d'utilisation par les professionnels.

Afin de mettre en place un modèle de synthèse polyvalent et utilisable dans différents contextes, les sections devant être obligatoirement présentes dans une synthèse médicale y sont précisées. Le professionnel de santé doit, pour ces sections obligatoires :

- y renseigner les éléments cliniques correspondants du patient ;
- y expliciter qu'il n'y a pas d'élément connu correspondant, le cas échéant.

Ces sections ne peuvent donc jamais être laissées vides.

Les sections précisées comme non obligatoires ne sont pas tenues d'apparaître dans la synthèse médicale dès lors qu'aucun élément n'y est renseigné par le professionnel.

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
Problèmes de santé en cours (IPS Problems) (eHDSI Active Problems)	OUI	Cette section vise à recenser les problèmes de santé en cours. Le problème de santé en cours doit pouvoir être relié aux fiches éducatives, notamment les fiches Orphanet, qui détaillent la conduite à tenir dans le cas des maladies rares, ou aux référentiels de cancérologie publiés par l'INCA. Il serait pertinent que l'inscription d'une date de fin à un problème de santé en cours en modifie automatiquement la nature pour l'inscrire en tant qu'antécédent.
Antécédents personnels (IPS History of Past Problems) (eHDSI History of Past Illness)	NON	Cette section vise à recenser les problèmes passés notables. Il est essentiel de distinguer les problèmes de santé actifs (en cours) et les antécédents (passés). Un problème actif devenant un antécédent dès lors que le patient est considéré comme guéri de ce problème, avec ou sans séquelles.

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
Historique des actes (IPS History of Procedures) (eHDSI List of Surgeries)	OUI	Cette section permet au professionnel de tracer ou de disposer de l'historique des actes, chirurgicaux ou non, dont les actes diagnostiques invasifs (ex. : cathétérisme cardiaque) et les actes thérapeutiques (ex. : dialyse), etc. Lorsque le professionnel n'a pas connaissance de l'historique des actes, cette information doit être renseignée.
Traitements médicamenteux (IPS Medication Summary) (eHDSI Medication Summary)	OUI	Pour favoriser une prise en charge efficace et sécurisée du patient en soins urgents ou non programmés notamment, l'information renseignée dans cette section doit être la plus actualisée et la plus exhaustive possible (en précisant les traitements médicamenteux au long cours et aigus en cours). Par ailleurs, la synthèse doit permettre de relier les traitements médicamenteux et des informations médicales (contexte, maladie, motif de prescription ou arrêt). De ce fait, il doit être possible de : – relier les traitements médicamenteux en cours à une maladie, un motif de prescription pouvant être pertinent dans certains cas d'usage afin de faire un lien entre la maladie et le traitement, notamment dans le cas d'une maladie rare ; – indiquer certains traitements arrêtés ainsi que les motifs d'arrêt s'ils ont un lien avec l'état de santé actuel du patient.
Dispositifs médicaux (IPS Medical Devices) (eHDSI Medical Devices)	OUI	Cette section permet de reporter tous les dispositifs médicaux (DM) implantés ou utilisés par le patient, pertinents à consigner, en particulier : – les dispositifs médicaux implantables (DMI) ; – les dispositifs médicaux de diagnostic <i>in vitro</i> (DMDIV) ; – les DM utilisés en tant qu'aides techniques à la mobilité (fauteuil roulant, lève-personne, etc.) et à la communication (prothèse auditive ou implant cochléaire, etc.) ;

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
		Cette section permet notamment au professionnel de renseigner les informations sur : — la pose ou l'usage en cours d'un dispositif médical, et de préciser le cas échéant le type et la nature du dispositif médical : externe, implantable, etc. ; — l'explantation d'un DMI ; — la compatibilité IRM du DM. Pour faciliter la lecture de la synthèse médicale, il peut être important de considérer les produits de santé dans leur ensemble (médicaments et dispositifs médicaux). Cela serait favorisé en plaçant la section « Dispositifs médicaux » à la suite de « Traitements médicamenteux ».
Allergies/hypersensibilités (IPS Allergies and Intolerances) (eHDSI Allergies and Other Adverse Reactions)	OUI	Cette section est jugée fondamentale. L'absence d'allergie connue doit aussi être renseignée. Les informations d'allergie et d'hypersensibilité doivent pouvoir être structurées et codées dans cette section avec la perspective de qualifier la nature des informations : médicamenteuse, alimentaire, à des matériaux, etc. Le professionnel doit pouvoir y renseigner la nature de l'allergène, la localisation et la gravité des symptômes et préciser si l'allergie est documentée. Ces informations sont notamment destinées à être utilisées par les logiciels d'aide à la décision médicale pour signaler automatiquement les contre-indications à une substance pour raison allergique.

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
Effets indésirables/intolérances (IPS Allergies and Intolerances) (eHDSI Allergies and Other Adverse Reactions)	OUI	Cette information permet de tracer ou de disposer des informations sur les effets indésirables et les intolérances autres que les allergies et hypersensibilités. Cette section peut être regroupée ou non avec la section « Allergies et hypersensibilités ».
Vaccinations (IPS Immunizations) (eHDSI Immunizations)	NON	Cette section permet de disposer des dernières vaccinations pour chaque valence. L'intégralité de l'historique de vaccination est jugée trop longue et inutile dans la synthèse. Pour plus de détails, un lien hypertexte vers l'historique des vaccinations disponible dans Mon espace santé doit permettre au professionnel de consulter l'historique complet si besoin.
Facteurs de risque liés à l'histoire sociale (habitus, mode de vie) (IPS Social History) (eHDSI Social History)	NON	L'information sur les facteurs de risque (liés au mode de vie, à la profession ou à la famille) est particulièrement pertinente lorsqu'elle peut guider la décision du médecin dans sa prise en charge. Il est souhaitable que les informations sur les « habitus, mode de vie », les « antécédents familiaux » et les « facteurs de risque professionnels » soient catégorisées dans des sections distinctes dédiées.
Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux (IPS non prévu) (eHDSI non prévu)	NON	
Facteurs de risque liés aux expositions professionnelles (IPS non prévu) (eHDSI non prévu)	NON	
Directives anticipées (IPS Advance Directives) (eHDSI Advance Directives)	NON	Un lien vers des directives anticipées, présentes dans le DMP de Mon espace santé le cas échéant, doit permettre au professionnel de consulter les directives et la date de rédaction de ces dernières.

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
		À noter qu'un médecin étranger ne pourra pas accéder aux documents du DMP en cas d'usage transfrontalier. Cependant, la récupération et la retranscription des directives dans cette section pour une utilisation transfrontalière de la synthèse médicale ne sont pas exigées, en raison du risque de surcharge.
Plan de soins (IPS Plan of Care) (eHDSI Plan of Care)	NON	Cette section est incontournable dans les situations comportant un projet de santé. Cette section peut contenir des données relatives aux axes principaux d'intervention, le projet thérapeutique ou les prescriptions non médicamenteuses (par exemple, des soins de kinésithérapie, prescription de nutrition, etc.). Elle peut aussi comporter des demandes d'examens ou de suivi à réaliser, des actes ou des consultations à programmer, des vaccins recommandés, des médicaments à prescrire, etc., dans le cadre du projet thérapeutique par exemple.
Statut fonctionnel et niveau d'invalidité (IPS Functional Status) (eHDSI Functional Status)	NON	La codification des données de cette section peut être complexe. De ce fait, l'information peut être limitée à la valeur du score issu des évaluations mises en œuvre (évaluation du profil gériatrique, tests évaluant la douleur, évaluation de la dépendance, etc.) sans besoin de disposer du détail de l'évaluation. Un lien vers l'évaluation détaillée doit pouvoir être possible, le cas échéant. La liste des scores doit être limitée et sans redondance. Un travail reste à faire afin de préciser les scores qui seraient pertinents (cf. le chapitre 4.4 sur les perspectives).

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
Grossesse en cours et antécédents obstétricaux (IPS History of Pregnancy) (eHDSI Pregnancy History)	NON	Cette section permet de consigner des informations sur une grossesse en cours et les antécédents obstétricaux.
Constantes (ou mesures physiologiques et pathologiques) (IPS Vital Signs) (eHDSI Vital Signs)	NON	Les mesures habituelles peuvent être pertinentes pour avoir une référence de l'état de santé de l'utilisateur.
Résultats d'examens (IPS Results) (eHDSI Coded Results)	NON	Cette section permet d'enregistrer les résultats d'examens de biologie, de radiologie. D'autres types d'examens (anapathologie ou bactériologie) peuvent y être utiles. Pour ne pas surcharger inutilement la synthèse, il est essentiel de ne pas récupérer dans cette section l'intégralité des résultats d'examens. Concrètement, les derniers résultats pertinents peuvent s'avérer suffisants pour comprendre ou suivre l'état de santé de l'utilisateur. Les dernières valeurs pathologiques sont également pertinentes à faire figurer. Dans certains cas, notamment dans le cas du diagnostic initial, une information relative aux valeurs normales peut aussi être importante à consigner. Pour certains patients et notamment les patients âgés, le débit de filtration glomérulaire (DFG) et l'albuminémie sont les données minimales à faire figurer dans cette section, ainsi que l'INR (pour le suivi des patients traités aux antivitamines K) ; elles doivent être actualisées régulièrement. Des liens vers les résultats d'examens déposés dans Mon espace santé pourraient être une option appropriée pour garder une synthèse lisible et légère.

Nature de l'information par section (Libellés de la section respectivement dans les normes IPS et eHDSI)	Obligatoire (OUI ou NON)	Cas d'usage ou valeur d'usage (utilisation qui en sera faite par les professionnels)
Points de vigilance (IPS non prévu) (eHDSI Medical alert information: other alerts not included in allergies)	NON	Cette section, dédiée à renseigner des informations en texte libre, permet d'insérer des points de vigilance afin d'alerter les professionnels qui liront la synthèse et d'attirer leur attention. Cette section pourrait permettre au professionnel d'intégrer également les préférences ou points de vue de l'utilisateur . Les informations qui ne sont pas prévues par une des sections structurées précédentes peuvent également être consignées ici.

4.3. Exigences sur l'entête de la synthèse médicale

Nature de l'information par section	
Identification de l'utilisateur	L'identification de l'utilisateur doit être conforme aux exigences du référentiel national d'identitovigilance en vigueur.
Couverture sociale de l'utilisateur	L'information sur les droits de sécurité sociale et la prise en charge en affection longue durée (ALD) sont des éléments pertinents à faire figurer dans cette section.
Cercle de vie de l'utilisateur	Cette section permet d'indiquer les personnes de l'entourage de l'utilisateur. Elle permet de renseigner diverses informations, notamment : — le (les) représentant(s) de l'utilisateur pour les mineurs et les personnes sous mesures de protection juridique (curatelle, tutelle, etc.) ; — la (les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence ; — la (les) personne(s) de confiance ; — les informations sur l'environnement familial (en couple, avec un proche, autre) ; — les aidants ou les auxiliaires de vie, etc.
Cercle de soins	Cette section permet de renseigner les coordonnées : — soit des professionnels ; — soit des structures prenant en charge l'utilisateur. Elle permet d'indiquer les coordonnées des professionnels de référence, notamment : le médecin traitant, le médecin référent pour une maladie rare le cas échéant, le pharmacien habituel, l'infirmier référent, le masseur-kinésithérapeute et les intervenants réguliers à domicile. Pour les structures, peuvent y être renseignés un établissement de santé de référence (cas d'une maladie rare par exemple), un centre référent ou une structure intervenant au domicile (service d'aide et d'accompagnement à domicile [SAAD ou SAD], service de soins infirmiers à domicile [SSIAD], etc.).
Provenance de la synthèse	La date d'élaboration de la synthèse et son auteur sont des données attendues dans cette section.

4.4. Alignement des concepts des différentes synthèses médicales

Le tableau suivant représente l'alignement des différentes sections des synthèses médicales (DLU, VSM) avec les spécifications techniques du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) définies par l'ANS (34).

Nature des informations par section	CI-SIS	DLU-EHPAD 2015	DLU-Dom 2021	VSM 2013
Problèmes de santé en cours	Liste des problèmes actifs	Pathologies en cours	Pathologies en cours	Pathologies actives
Antécédents personnels	Antécédents	Antécédents personnels	Antécédents personnels	Antécédents médicaux
Historique des actes	Historique des actes	Antécédents personnels	Antécédents personnels	Antécédents chirurgicaux
Traitements médicamenteux	Traitements	Traitements en cours (ordonnances en cours)	Traitements en cours (ordonnances en cours)	Traitements au long cours
Dispositifs médicaux	Dispositifs médicaux	DM d'aide à la mobilité, lunettes, appareils auditifs, etc. Cahier de suivi du pacemaker ou du défibrillateur	DM d'aide à la mobilité, lunettes, appareils auditifs, etc. Cahier de suivi du pacemaker ou du défibrillateur	<i>Non prévu</i>
Allergies/hypersensibilités	Allergies/hypersensibilités et intolérances	Allergies	Allergies et antécédents iatrogènes	Allergies et effets indésirables
Effets indésirables/intolérances	En cours d'évolution pour intégrer les effets indésirables	<i>Non prévu</i>		
Vaccinations	Historique des vaccinations	Vaccins	Vaccins	<i>Non prévu</i>
Facteurs de risque liés à l'histoire sociale (habitus, mode de vie)	Mode de vie	<i>Non prévu</i>	<i>Non prévu</i>	Habitus, mode de vie
Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux	Historique des pathologies familiales	<i>Non prévu</i>	<i>Non prévu</i>	Antécédents familiaux

Nature des informations par section	CI-SIS	DLU-EHPAD 2015	DLU-Dom 2021	VSM 2013
Facteurs de risque liés aux expositions professionnelles	Facteurs de risque professionnels	<i>Non prévu</i>	<i>Non prévu</i>	Facteurs de risque professionnels
Plan de soins	Plan de soins	En soins palliatifs	En soins palliatifs Projet thérapeutique	<i>Non prévu</i>
Statut fonctionnel et niveau d'invalidité	Évaluation du statut fonctionnel Et Résultats d'évènements observés	État psychique Handicaps/déficits Déplacements/transferts Autres risques	Situation de handicap Score GIR État neuropsychologique habituel	<i>Non prévu</i>
Grossesse en cours et antécédents obstétricaux	Historique des grossesses	<i>Non prévu</i>	<i>Non prévu</i>	<i>Non prévu</i>
Mesures physiologiques et pathologiques	Constantes	<i>Non prévu</i>	Poids	<i>Non prévu</i>
		<i>Non prévu</i>	Constantes vitales habituelles	<i>Non prévu</i>
		<i>Non prévu</i>	Régime	<i>Non prévu</i>
Résultats d'examens	Résultats d'examens	BMR, résultats récents de biologie (clairance et INR si AVK)	BMR, résultats récents de biologie (clairance et INR si AVK)	<i>Non prévu</i>
Points de vigilance (commentaires divers en texte libre)	Point de vigilance	Commentaires	Commentaires ou autres informations spécifiques sur la personne ou son environnement	Points de vigilance
Directives anticipées	Directives anticipées	Mention de l'existence de « directives anticipées » rédigées ou non Directives anticipées	Mention de l'existence de « directives anticipées » rédigées ou non et leur localisation	<i>Non prévu</i>

Nature des informations par section	CI-SIS	DLU-EHPAD 2015	DLU-Dom 2021	VSM 2013
Documents ajoutés	Documents ajoutés	Check-list des documents annexés au DLU	Check-list des documents annexés au DLU	<i>Non prévu</i>

4.5. Perspectives

4.5.1. La synthèse médicale dans un objectif de coordination des soins

Pour la coordination des soins, l'actualisation et l'exhaustivité des informations de la synthèse médicale sont des enjeux majeurs.

Les synthèses médicales, telles qu'actuellement élaborées, apportent une réponse incomplète aux besoins spécifiques d'un patient multimorbide, atteint de maladies chroniques évolutives et devant consulter de nombreux médecins spécialistes en complément de son médecin traitant. En effet, pour être pertinente pour un médecin intervenant en urgence, la synthèse médicale d'un tel patient nécessiterait d'être complétée et réactualisée par différents professionnels de façon dynamique. Le besoin d'une synthèse actualisée par plusieurs acteurs est encore plus manifeste pour les patients vulnérables, pris en charge à domicile par des professionnels variés des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Pour ces situations, la récupération des informations de santé par le médecin traitant est nécessaire pour l'actualisation dynamique de la synthèse médicale. Pour alléger le travail de saisie d'informations pertinentes et faciliter leur collecte :

- la collaboration des autres membres de l'équipe de soins est indispensable ;
- des développements technologiques doivent être envisagés, notamment :
 - la structuration des synthèses élaborées par chaque professionnel,
 - le codage des données de santé qui composent chaque synthèse médicale, chaque fois que possible,
 - la mobilisation de techniques de traitement automatique de langage (du type grand modèle de langage), pour l'aide au remplissage ou au codage des synthèses médicales.

Ainsi, par exemple, un bilan de soins infirmiers structuré et déposé dans le DMP permettrait au médecin traitant de retrouver et récupérer plus aisément et sans recopie toutes les données utiles sur :

- l'environnement de l'utilisateur (environnement humain comme les aidants familiaux et les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, et environnement matériel, adapté ou non) ;
- les différents scores pertinents (évaluation du profil gériatrique, tests évaluant la douleur, le score GIR, etc.) ;
- l'état cardiorespiratoire de l'utilisateur et sa situation en termes d'alimentation, d'élimination, d'hygiène, de mobilisation et de douleur ;
- ainsi que les diagnostics et interventions infirmiers.

De même, si le bilan du masseur-kinésithérapeute était structuré, il permettrait au médecin traitant de récupérer plus aisément l'évaluation précise de l'état fonctionnel et neurologique de l'usager. La mobilisation de ces leviers favorisera la contribution des différents acteurs à la synthèse médicale en facilitant l'identification des informations pertinentes et leur récupération par le médecin traitant.

À la suite de ce projet qui vise à harmoniser les synthèses médicales VSM, DLU-EHPAD et DLU-Dom, il conviendrait de :

- répertorier les synthèses existantes, médicales ou non, élaborées par chaque professionnel des secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- évaluer pour chacune de ces synthèses l'opportunité de les structurer pour les rendre interopérables ;
- évaluer l'opportunité de la mobilisation de techniques de traitement automatique de langage pour l'aide au remplissage ou au codage.

4.5.2. Cas particulier du traitement médicamenteux

L'actualisation dynamique de la synthèse médicale est particulièrement sensible pour les données liées aux traitements médicamenteux. En effet, des informations non actualisées peuvent s'avérer dangereuses, notamment pour un patient pris en charge dans un contexte d'urgence, par un médecin ne disposant pas d'une information complète sur sa situation.

Ainsi, par exemple, les derniers médicaments introduits chez un patient polymédiqué pour des maladies chroniques peuvent entraîner des effets iatrogènes et déséquilibrer les traitements au long cours. Le médecin intervenant en urgence doit donc disposer de l'ensemble des traitements prescrits et dispensés à un patient pour favoriser sa prise en charge optimale.

Dans les pratiques, il est difficile pour les médecins traitants de maintenir l'intégralité des traitements à jour par le versement successif de VSM dans le DMP de Mon espace santé, pour l'ensemble de leur patientèle. De ce fait, ce sont surtout les traitements au long cours qui sont inscrits dans le VSM, car ils peuvent rester inchangés de façon prolongée dans la synthèse médicale. Par ailleurs, les usagers peuvent consulter plusieurs médecins (généraliste et spécialistes) et peuvent acheter des médicaments sans prescription. Par conséquent, il semble difficile que le médecin traitant puisse assurer l'actualisation systématique et complète de la liste des traitements en cours dans le VSM.

Dans le DMP, les sources d'informations sur les traitements médicamenteux sont principalement les synthèses médicales, le récapitulatif des remboursements des médicaments par l'Assurance maladie et les ordonnances déposées. Néanmoins, ces sources d'information ne constituent pas une collecte exhaustive, continue et automatisée de l'ensemble des médicaments prescrits et dispensés à l'usager.

Le déploiement de la e-prescription, prévue pour fin 2024 (35)⁹, devrait permettre l'enregistrement systématique des ordonnances d'un usager dans son DMP. Cela permettrait alors aux professionnels de santé d'avoir une meilleure connaissance des prescriptions en cours.

Pour que les échanges de données sur les traitements médicamenteux soient sécurisés et de qualité, celles-ci devront être interopérables entre les logiciels des différents professionnels de santé ou entre ces logiciels et le DMP. Dans cet objectif, il est nécessaire que l'ensemble des informations se rapportant aux traitements médicamenteux soient structurées et codées de façon harmonisée au niveau national.

Actuellement, le DMP ne permet pas aux professionnels d'avoir une vision exhaustive et actualisée des traitements médicamenteux en cours d'un patient. La HAS recommande la mise en place d'une réflexion pour organiser les données relatives aux traitements médicamenteux afin d'assurer une alimentation quasi instantanée du DMP, sur le même principe que le dossier pharmaceutique (DP).

Le préalable technique est la mise en œuvre effective de **l'interopérabilité des données de santé relatives** aux traitements médicamenteux grâce à une structuration et une codification harmonisée de ces données, quel que soit l'endroit où elles sont produites, collectées et stockées.

Une fois ce prérequis réalisé, il sera alors possible d'envisager de récupérer ces données dans le DMP et de les organiser à l'aide d'outils, pour une vision exhaustive et actualisée de tous les médicaments en cours, prescrits ou dispensés, remboursés ou non, pour sécuriser la prise en charge du patient.

4.5.3. Converger vers un pivot sémantique pour favoriser l'interopérabilité sémantique

4.5.3.1. Pivot sémantique sur les maladies

La doctrine du numérique en santé précise : « L'interopérabilité sémantique permet de s'assurer qu'une donnée est interprétée avec le même sens dans les systèmes. Pour cela, l'interopérabilité sémantique s'appuie sur des vocabulaires ou des terminologies commun(e)s, permettant de standardiser les concepts de santé [...] » Cela souligne l'importance de l'utilisation d'une terminologie commune partagée par tous les acteurs.

Le choix d'une terminologie commune pour décrire un concept de santé donné constitue par conséquent un prérequis indispensable pour rendre effective l'interopérabilité sémantique. Cependant, pour les professionnels de santé, il n'est pas toujours pertinent de raisonner et d'utiliser les mêmes mots dans des exercices professionnels multiples, réalisés eux-mêmes dans des contextes différents.

⁹ [Bilan de la feuille de route du numérique en santé 2019-2022](#)

Par exemple :

- pour qualifier une tumeur cancéreuse, plusieurs terminologies peuvent être utilisées impliquant des niveaux de précision distincts selon les perspectives d'utilisation de l'information et son impact sur la stratégie de prise en charge ;
- un médecin spécialiste a en priorité besoin de qualifier les maladies de sa spécialité et peut avoir besoin de les décrire avec une précision plus fine que d'autres médecins ;
- un gériatre ne souhaitera pas utiliser une terminologie très exhaustive sur les situations pédiatriques ou obstétriques. Au contraire, il préférera une terminologie axée sur les termes décrivant le patient âgé multimorbide. Ces termes devront être organisés selon une logique de raisonnement propre à son contexte d'exercice.

Il en est de même pour de nombreux concepts de santé selon les disciplines ou selon les secteurs sanitaire, social et médico-social. De ce fait, il n'est pas pertinent d'imposer à tous les professionnels une terminologie unique pour chaque concept de santé. **Ce qui est essentiel est de faire correspondre les terminologies qui traitent des mêmes concepts de santé.** Le terme utilisé par les informaticiens pour ces mises en correspondance est « alignement ». **Cet alignement d'un concept de santé bien identifié nécessite la mise en place d'un pivot sémantique**, qui ferait correspondre des concepts de même nature, dans toutes les terminologies. Ce pivot sémantique agirait comme un adaptateur permettant aux professionnels de disciplines et de secteurs différents de se comprendre.

Par ailleurs, les termes médicaux peuvent être difficilement compréhensibles par les usagers. Il y a donc également un réel enjeu de produire des terminologies compréhensibles par les patients, alignées avec les autres terminologies de l'exercice pluriprofessionnel.

Une fois ce pivot sémantique réalisé, des outils basés sur l'intelligence artificielle, notamment basée sur le traitement automatique du langage, pourraient proposer des reformulations d'information pour la rendre compréhensible pour le patient et les autres professionnels qui ne maîtriseraient pas une discipline médicale spécifique. L'intelligibilité des données serait aussi favorisée par la mise en place d'un glossaire commun, permettant notamment de clarifier les définitions des termes et les acronymes utilisés.

4.5.3.2. Autres pivots sémantiques

Des concepts tels que les mesures physiologiques (poids, fonction rénale, etc.) ou les scores de santé (ceux évaluant l'autonomie, la mobilité, la dépendance, ceux pouvant être gérés et actualisés par l'utilisateur, etc.) nécessitent également d'être alignés avec un pivot sémantique. Il est primordial que ces concepts soient définis de façon univoque dans les dossiers médicaux et dans tous les documents de coordination. Il convient de maintenir leurs définitions et les alignements avec les différentes terminologies du CI-SIS. Pour cela, il serait pertinent de sélectionner des scores de santé essentiels à utiliser dans les synthèses en les explicitant.

Pour ces scores de santé sélectionnés, comme pour les mesures physiologiques, il serait alors nécessaire de :

- identifier et définir des pivots sémantiques selon les cas d’usage des professionnels ;
- identifier les besoins en terminologies des usagers.

Les travaux sur les pivots sémantiques sont indispensables pour répondre au besoin du numérique en santé en termes d’échange de données. Ces travaux constituent des chantiers de grande ampleur. De ce fait, ils doivent être planifiés dans la stratégie nationale pour faire contribuer tous les acteurs concernés.

4.5.4. Autres axes à développer

Les problématiques soulevées permettent d’identifier d’autres besoins.

4.5.4.1. Accompagnement des professionnels à l’élaboration des synthèses médicales

En favorisant l’acculturation et l’appropriation par les professionnels des thématiques liées aux synthèses médicales, notamment par :

- des formations sur les enjeux de partage d’information, via des synthèses médicales, au sein de l’équipe de soins, en portant une attention sur la finalité et les utilisateurs de la synthèse, afin d’améliorer la pertinence de leur contenu ;
- des recommandations relatives à l’élaboration des synthèses médicales pour améliorer leur qualité et leur pertinence ;
- des formations sur l’interopérabilité (codification, choix des terminologies de santé, etc.) avec un axe pédagogique sur les bénéfices et intérêts pour le professionnel de disposer de données structurées dans ses outils pour un dossier médical performant, en lien par exemple avec la réflexion menée par le SFMG notamment¹⁰.

4.5.4.2. Accompagnement des usagers

Il semble nécessaire de renforcer le rôle de l’usager dans sa capacité à suivre et comprendre les soins reçus et à participer à des choix éclairés dans sa prise en charge médicale. Dans cet objectif, élaborer des recommandations sur la contribution de l’usager vis-à-vis de sa synthèse médicale (relecture, pointage d’erreurs le cas échéant, compréhension des terminologies utilisées) pourrait renforcer son implication comme acteur de sa santé.

4.5.4.3. Partage transfrontalier de Patient Summary entre États membres

L’harmonisation des synthèses médicales françaises vise aussi à favoriser leur partage transfrontalier. Les enjeux sont du même ordre que les enjeux nationaux rapportés à l’échelle européenne :

¹⁰ L’instant et la durée, de l’antécédent à l’épisode de soin. Collection « le plaisir de comprendre ».

- des pivots sémantiques qui permettent la traduction des données de santé dans la langue de l'État membre ;
- des enjeux d'harmonisation des normes et des pratiques entre États membres pour l'utilisation des *Patient Summary*.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé, Agence des systèmes d'information partagés de santé. Synthèse médicale. Volet de synthèse médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf
2. Haute Autorité de Santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux. Document de liaison d'urgence. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_doc_liaison_web.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/document_de_liaison_durgence_a_domicile.pdf
4. Kim SM, Kim T, Cha WC, Lee JH, Kwon IH, Choi Y, et al. User experience of mobile personal health records for the emergency department: Mixed methods study. JMIR Mhealth Uhealth 2020;8(12):e24326.
<https://dx.doi.org/10.2196/24326>
5. Dyb K, Warth LL. The Norwegian National Summary Care Record: a qualitative analysis of doctors' use of and trust in shared patient information. BMC Health Serv Res 2018;18(1):252.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3069-y>
6. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. Journal Officiel 1998;5 décembre(282).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000574203>
7. Ministère de l'intérieur de l'outre-mer et des collectivités territoriales, Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité, Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule ; 2008.
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-n-dgsdhosdgasddscdgtususuar2008156-du-13-mai-2008-relative-aux-nouvelles-dispositions-contenues-dans-la-version-2008-du-plan-national-canicule-et-precisant-l/>
8. Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville, Direction générale de l'action sociale, Sous-direction des âges de la vie. Circulaire DGAS/SD2 n° 2009-79 du 17 mars 2009 relative à l'application du plan national canicule 2009. Bulletin Officiel Santé Protection sociale Solidarités 2009;4(15 mai).
https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-04/ste_20090004_0100_0110.pdf
9. Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, Direction générale de la cohésion sociale, Service des politiques sociales et médico-sociales, Sous-direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Circulaire DGCS/SD3A n°2010-93 du 2 avril 2010 relative à l'application du plan canicule 2010. Bulletin Officiel Santé Protection Sociale Solidarité 2010;6(15 juillet).
https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-06/ste_20100006_0100_0108.pdf
10. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Circulaire °DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC). ; 2012.
<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/34866>
11. European Commission, Innovation and networks executive agency. Connecting Europe Facility [En ligne] 2021.
<https://wayback.archive-it.org/12090/20221222151902/https://ec.europa.eu/inea/en/connecting-europe-facility>

12. eHealth Network. Guidelines on minimum/nonexhaustive patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border directive 2011/24/EU RELEASE 1. Brussels: EC; 2013.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/guidelines_patient_summary_en_0.pdf
13. Association française de normalisation. Informatique de santé — Résumé international du dossier médical du patient. Norme française [NF EN ISO 27269]. La Plaine Saint-Denis: AFNOR; 2022.
14. Department of Health and Social Care. G7 International Patient Summary Roadmap London: Crown; 2021.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1045268/G7-international-patient-summary-roadmap.pdf
15. Assurance maladie. Matrice d'habilitations des professionnels (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline) [En ligne] 2023.
<https://www.dmp.fr/documents/d/dmp/matrice-habilitation>
16. Parlement Européen, Conseil de l'Union Européenne. Règlement (ue) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) Journal officiel de l'Union européenne 2016;L.119/1.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
17. National Health Service Digital. Summary care record [En ligne] 2023.
<https://digital.nhs.uk/services/summary-care-records-scr>
18. Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practices. East Melbourne: RACGP; 2020.
<https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Advocacy/Standards-for-general-practice-5th-edition.pdf>
19. NHS Scotland Primary Care Informatics, Emergency Care Summary(ECS). The Scottish Emergency Care Summary: an evaluation of a national shared record system aiming to improve patient care ; 2011.
https://www.scimp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/documents/ECSpaperMarch2011HIJ_July2011_001.pdf
20. Health Information and Quality Authority. Summary care records. An AS IS Analysis of the Irish Landscape. Dublin: HIQA; 2020.
<https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2020-08/Summary-Care-Records-AS-IS-Review.pdf>
21. Health Information and Quality Authority. Best Practice Review of the Implementation of Summary Care Records. Dublin: HIQA; 2020.
<https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-information/best-practice-review-implementation-summary-care>
22. Craig J, Morris L, Cameron J, Setters J, Varley D, Lay A, *et al.* An evaluation of the impact of the key information summary on GPs and out-of-hours clinicians in NHS Scotland. *Scott Med J* 2015;60(3):126-31.
<https://dx.doi.org/10.1177/0036933015577540>
23. National E-Health Transition Authority Ltd. Shared health summary information requirements v1.1. Sydney: NEHTA; 2015.
<https://developer.digitalhealth.gov.au/resources/shared-health-summary-my-health-record-usability-recommendations-v1-3-1>
24. Health Information and Quality Authority. National Standard on information requirements for a national electronic patient summary. Dublin: HIQA; 2018.
https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2019-01/PatientSummary_InfoReqs.pdf
25. Union Européenne. Ma santé @ UE. Les services électroniques de santé transfrontaliers dans l'UE. ePrescription Synthèse médicale. Luxembourg: UE; 2020.
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ew-02-20-140-fr-c.pdf
26. National Health Service England, National Health Service Improvement, Robinson S. Sharing reasonable adjustments across health and care. Integrating care programme. London: NHS; 2021.
https://cdn.eventsforce.net/files/ef-7277yma56ty4/website/910/9_steve_robinson.pdf
27. National Health Service Digital, Health and Social Care Information Centre. Supporting guidance for promoting enriched summary care

records for patients with frailty. Resource Pack for GP Practices. London: NHS Digital; 2017. <https://digital.nhs.uk/services/summary-care-records-scr/additional-information-in-scr>

28. National Health Service Digital. Information for new patients: about your Summary Care Record [En ligne] 2022. <https://digital.nhs.uk/services/summary-care-records-scr/summary-care-records-scr-information-for-patients>

29. Kay S. The international patient summary and the summarization requirement. Stud Health Technol Inform 2021;285:17-30. <https://dx.doi.org/10.3233/shti210569>

30. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_2310_2014.pdf

31. National Health Service, Mersey P. Summary care record: Minimising harm from missing data ; 2019. <https://www.panmerseyapc.nhs.uk/media/2276/scr.pdf>

32. Improvement Hub, Healthcare Improvement Scotland. Best Practice

Statement for Key Information summary (KIS) from the Scottish Government [En ligne]: IHUB; 2017. <https://ihub.scot/media/1910/kis-best-practice-statement-from-the-scottish-government.pdf>

33. National E-Health Transition Authority Ltd. Shared health summary. Structured content specification. Version 1.2. Sydney: NEHTA; 2015. <https://developer.digitalhealth.gov.au/resource/s/shared-health-summary-structured-content-specification-v1-2>

34. Agence du numérique en santé. Dossier de liaison d'urgence EHPAD (DLU-EHPAD-DLU_2022.01) Spécifications techniques. Cadre d'interopérabilité des SIS - Couche Contenus. Référentiels. Paris: ANS; 2022. https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/CI-SIS_VOLET CONTENUS DLU-EHPAD-DLU STD CDA 2022.01 20221219.pdf

35. Ministère de la santé et de la prévention. Fait(s). Bilan de la feuille de route du numérique en santé 2019-2022 [En ligne] 2022. https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/bilan-feuille-de-route-220726-web.pdf

Participants

Parties prenantes professionnelles

- Association des médecins coordonnateurs et du secteur du médico-social (MCOOR)
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Collège français de médecine d'urgence (CFMU)
- Collège de médecine générale (CMG)
- Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
- Conseil national professionnel infirmier (CNPI)
- Fédération française des associations des médecins coordonnateurs en EHPAD
- Fédération nationale des centres de santé
- Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS)
- Fédération des services à domicile
- Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)

Parties prenantes de représentants des usagers

- Alliance Maladie rare
- Collectif Handicap
- France Assos Santé
- Représentant usager de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- Représentant usager du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

Équipe HAS

Ce travail a été réalisé par :

Mirojane MOHAMMAD et Ysé ROCH, cheffes de projet à la mission numérique en santé (MNS)

Avec la relecture de :

Paul VALOIS, chef de projet à la MNS

En collaboration avec :

Albert SCEMAMA, chef de projet au service des bonnes pratiques (SBP)

Aissatou SOW, adjointe à la cheffe du service recommandations (SR)

Sous la responsabilité de :

Corinne COLLIGNON, cheffe de la MNS

Le secrétariat a été réalisé par :

Yakaré TOUNKARA, assistante à la MNS

La recherche documentaire a été réalisée par :

Emmanuelle BLONDET, documentaliste au service documentation veille (SDV)

Maud LEFEVRE, assistante-documentaliste au SDV

Ont également participé à ce travail :

Pierre LIOT, chef de projet direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)

Adriane LOUYER, juriste déléguée à la protection des données au service juridique (SJ)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus, l'ensemble des contributeurs à la consultation publique, ainsi que Jean-Yves GRALL et Christian SAOUT, respectivement rapporteur et contre-rapporteur du Collège de la HAS pour cette production.

Abréviations et acronymes

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous (Tableau 6).

Tableau 6. Abréviations les plus courantes utilisées dans ce référentiel

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANS	Agence du numérique en santé
CMG	Collège de médecine générale
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CSP	Code de la santé publique
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DMP	Dossier médical partagé
DNS	Délégation ministérielle au numérique en santé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
epSOS	<i>European Patients Smart Open Services</i>
HAS	Haute Autorité de santé
IPS	<i>International Patient Summary</i>
MES	Mon espace santé
MNS	Mission numérique en santé
VSM	Volet de synthèse médicale

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

