



Fiche d'information

Métadonnées pour la classification des documents dans le DEP

Contexte

L'attribution des métadonnées pour la classification des documents dans le dossier électronique du patient (DEP) est un processus complexe. Pour désigner ces documents, le langage courant fait appel à des termes qui proviennent de différents axes de différenciation. Par exemple, on fait une distinction entre un rapport médical et un rapport de soin en fonction de l'auteur, mais c'est la nature de l'information qui distingue une anamnèse d'un résultat (d'analyse) ; cependant, ces deux derniers documents peuvent provenir aussi bien du personnel médical que non médical.

Évolution des métadonnées pour le DEP

Pour pouvoir nommer des catégories disjointes, c'est-à-dire ne se recoupant pas, un modèle (d'information) de données serait nécessaire. Or, le langage clinique courant n'en possède pas. Les termes techniques ont évolué au fil du temps ; ainsi, certains sont ambigus, comme par exemple l'adjectif « clinique » : il a tant de significations qu'il ne peut pas être utilisé en tant que métadonnée. Si un tel modèle venait à être développé, les désignations de ses catégories ne seraient pas compréhensibles pour tout le monde. Cette approche n'est donc pas envisageable pour le DEP.

Le développement des métadonnées pour ce domaine est en cours depuis longtemps ; les réflexions sur un modèle de données n'ont cependant jamais été explicitement formulées. Le [groupe d'experts « Métadonnées »](#) a tout de même fourni un long travail, à partir duquel il a été possible – avec quelques adaptations – de poser les bases de la définition actuelle.

Codes pour les catégories et types de documents

L'utilisation de SNOMED CT comme système de code était indiquée ; la répartition des documents y a cependant aussi évolué avec le temps. Les différents genres de documents sont certes hiérarchisés, mais il manque encore un modèle de données cohérent. Lors du choix des codes SNOMED CT pour *documentClass* (catégories) et *documentType* (types), la hiérarchie de SNOMED CT a été intégralement conservée. Dans celle de SNOMED, tous les codes pour *documentType* sont rattachés à des codes pour *documentClass*.

SNOMED CT s'attelle activement à adapter SNOMED et à le développer dans un but ontologique (ce qui requiert un modèle de données). Classer des documents n'est cependant pas une priorité. De plus, un modèle de données pour documents est dépendant du système de santé (p. ex. avec ou sans *gatekeeper* ; *gatekeeping* seulement par les médecins ; plutôt des centres de santé ou des cabinets médicaux etc.).

IHE a imposé la différenciation entre *documentClass* et *documentType*. Les catégories effectueront une répartition générale, les types une distinction plus fine. Afin de rendre le tout plus simple à utiliser, le nombre de codes employés doit être maintenu au plus bas.

Les catégories et les types ont une cardinalité de 1 et sont *mandatory*, c'est-à-dire qu'une seule valeur peut et doit être saisie. Pour cette raison, il n'est pas possible de représenter plusieurs dimensions.

But de la classification

Les conditions cadres présentées plus haut ont mené au choix d'une approche pragmatique. Le soutien aux personnes cherchant les informations a constitué la priorité. Limiter le nombre de codes au strict minimum a permis de prendre en compte les prescriptions d'IHE concernant l'utilisabilité.

Il est pertinent de restreindre le nombre de catégories et donc de renoncer à une répartition trop fine ; en effet, il n'est possible de consulter les documents que d'un seul patient à la fois, et leur quantité est donc généralement raisonnable. Par exemple, la différenciation entre documents médicaux et non-médicaux n'a pas été retenue, notamment en raison du fait qu'elle n'est pas stable : pendant longtemps, les chiropraticiens n'étaient pas considérés comme des médecins. L'ouverture d'une filière d'étude dans ce domaine à l'Université de Zurich en 2008 a changé cette situation.

Afin de pouvoir indexer par mots-clés des documents au contenu mixte, aussi bien le *classCode* que le *typeCode* peuvent porter la désignation « Document non précisé ». Elle peut aussi être utilisée pour les documents auxquels aucune désignation ne correspond.

classCode et *typeCode* conformément à l'annexe 3 ODEP-DFI¹

Les tableaux suivants présentent les *displaynames* des codes SNOMED CT autorisés pour les attributs de métadonnées *DocumentEntry.classCode* (tableau 1) et *DocumentEntry.typeCode* (tableau 2), avec en correspondance les termes français affichés sur l'interface utilisateur². Le tableau 3 affiche le rattachement autorisé des *typeCode* aux *classCode*.

DocumentEntry.classCode ³		
SNOMED CT	Français	Commentaire
Report of clinical encounter	Rapport suite à une consultation	Sont classés ici les documents qui reflètent une « vue instantanée » après une consultation. Il peut s'agir d'une visite chez le médecin, le logopédiste, etc. Les rapports de consultants lors d'un traitement stationnaire sont également compris.
Referral note	Lettre de référence	Les lettres de référence et mandats d'analyse ne sont pas strictement séparés. En règle générale, la référence correspond à un transfert de traitement (<i>transition of care</i> ⁴) ; cela signifie que la responsabilité du patient est

¹ Cf. RS 816.111 ; annexe 3 de l'ordonnance du DFI du 22 mars 2017 sur le dossier électronique du patient : « Métadonnées pour l'échange de données médicales », www.ehealth.admin.ch.

² eHealth Suisse supervise et publie la traduction des métadonnées sous forme de listes de synonymes. www.e-health-suisse.ch/metadonnees

Cf. annexe 3, al. 2.5 de l'ODEP-DFI ; ensemble de valeurs (value set) : DocumentEntry.classCode (OID : 2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.3)

⁴ "Transitions of care refers to the various points where a patient moves to, or returns from, a particular physical location or makes contact with a health care professional for the purposes of receiving health care." (Source: Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. Genève: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO)

		transmise. À l'inverse, le mandat d'analyse comprend généralement un mandat pour une ou plusieurs analyses. Lorsqu'il s'agit de radiologie ou d'autres examens invasifs, on utilise cependant le terme « référence ». En ce qui concerne le DEP, « référence » doit être utilisé <u>uniquement</u> s'il y a un transfert de traitement ; sinon, il faut utiliser « mandat d'analyse ».
Order	Mandat d'analyse	Cf. ci-dessus, description de la « lettre de référence ».
Summary clinical document	Rapport de synthèse	Sont classés ici les documents qui présentent un résumé d'ordre chronologique ou technique, par exemple un rapport de sortie d'hôpital. La différenciation entre les rapports courts (provisoires) et détaillés (finaux) n'a pas été retenue, car une hospitalisation n'en produit généralement qu'un seul, et tout au plus un de chaque sorte.
Clinical procedure report	Rapport d'intervention / résultat de l'analyse	Sont classés ici les rapports et les résultats d'analyse et d'intervention (p. ex. un rapport d'opération).
Care Plan	Plan de traitement	Sont classés ici aussi bien les plans médicaux que non médicaux.
Prescription record	Prescription / ordonnance	Ni le français ni l'anglais ne font de distinction cohérente entre prescription (fait de prescrire) et ordonnance (document physique utilisé pour le retrait et la facturation). C'est pourquoi les deux termes sont ici réunis, aussi bien pour les médicaments que pour les mesures.
Patient record type	Documentation à long terme	Sont classés ici les documents tels que le carnet de vaccination ou le carnet des allergies ; ils sont généralement conservés par les patients. Sont également classés ici les documents sanitaires comme les plans d'entraînement, les résultats d'applications de fitness etc.
Consent report	Consentement au traitement	

Advance directive report	Directives anticipées	Les directives anticipées permettent aux patients de déterminer à l'avance le traitement adéquat s'ils venaient à ne plus pouvoir communiquer.
Audit trail report	Traçabilité des accès aux DEP	Sont classés ici les journaux (logs) relatifs aux accès au DEP. Tous les accès à des documents du DEP y sont enregistrés.
Emergency medical identification record	ID d'urgence / carte d'urgence	Il existe plusieurs sortes de documents d'urgence. Ils peuvent entre autres comprendre les données personnelles des titulaires, les coordonnées de proches ou d'autres informations médicales.
Organ donor card	Carte de donneur d'organes	
Administrative documentation	Document administratif	Sont classés ici les documents relatifs aux caisses maladie, etc.
Record of health event	Document sur l'événement sanitaire	Sont classés ici par exemple les rapports de police ou des services d'urgence en cas d'accident.
Obstetrical Record	Rapport de grossesse / de naissance	Sont classés ici aussi bien les rapports médicaux que ceux des sages-femmes et du personnel infirmier.
Record artifact	Document non précisé	Permet de désigner des documents au contenu mixte ou auxquels aucune désignation ne correspond.

Tableau 1 : DocumentEntry.classCode

DocumentEntry.typeCode ⁵		
SNOMED CT	Français	Commentaire
Clinical Consultation report	Évaluation par des spécialistes	Sont classés ici par exemple les avis de consultants médicaux et non médicaux.
History and physical report	Anamnèse / rapport d'analyse	
Progress report	Rapport d'historique	
Record artifact	Document non précisé	Permet de désigner des documents au contenu mixte ou auxquels aucune désignation ne correspond.
Laboratory order	Mandat d'analyse en laboratoire	
Pathology order	Mandat de rapport d'examen pathologique	Sont classés ici entre autres les mandats relatifs à l'histologie de tissus prélevés.

Cf. annexe 3, al. 2.6 de l'ODEP-DFI ; ensemble de valeurs (value set) : DocumentEntry.typeCode (OID : 2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.27)

Imaging order	Mandat d'imagerie	Sont classées ici les prescriptions de procédés d'imagerie (radiologie, tomodensitométrie, ultrasons etc.).
Discharge summary	Rapport de sortie	
Transfer summary report	Rapport de transfert	Sont classés ici les rapports en cas de transfert d'une institution de soins stationnaires à une autre. La responsabilité du patient est également transmise.
Medication summary document	Liste de médication	
Operative report	Rapport d'opération	
Laboratory report	Rapport de laboratoire	
Pathology report	Rapport d'examen pathologique	
Imaging report	Rapport de résultat relatif à l'imagerie	Sont classés ici les rapports relatifs à la radiologie, à la tomodensitométrie, aux ultrasons etc.
Image reference	Image	Sont classées ici les images de radiologie, de tomodensitométrie, d'ultrasons etc.
Clinical Management plan	Plan de traitement	
Nursing care plan	Plan de soins	
Rehabilitation care plan	Plan de réhabilitation	
Medical Prescription record	Prescription de médicaments / ordonnance	Cf. commentaire du <i>classCode</i> correspondant « Prescription record ».
Non-drug prescription record	Prescription sans médicaments / ordonnance	Cf. commentaire du <i>classCode</i> correspondant « Prescription record ».
Allergy record	Carnet des allergies	
Immunization record	Carnet de vaccination	
Medical certificate	Certificat médical	
Emergency department record	Rapport d'urgence	Sont classés ici les rapports de soins d'urgence.
Professional allied to medicine clinical report	Document hors contexte de traitement	Sont classés ici les rapports hors contexte de traitement, par exemple les rapports de police suite à un accident.

Tableau 2 : DocumentEntry.typeCode

Documents autorisés : types par catégories ⁶			
DocumentEntry.classCode		DocumentEntry.typeCode correspondant	
Code	Désignation	Code	Désignation
405624007	Document administratif	772786005	Certificat médical
		419891008	Document non précisé
371538006	Directives anticipées	419891008	Document non précisé
722160009	Traçabilité des accès aux DEP	419891008	Document non précisé
734163000	Plan de traitement	737427001	Plan de traitement
		773130005	Plan de soins

⁶ Cf. annexe 3, al. 2.7 de l'ODEP-DFI ; ensemble de valeurs (value set) : DocumentEntry.classCode_DocumentEntry.typeCode_mapping (OID : 2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.30)

		736055001	Plan de réhabilitation
		419891008	Document non précisé
371525003	Rapport d'intervention / résultat de l'analyse	371526002	Rapport d'opération
		4241000179101	Rapport de laboratoire
		371528001	Rapport d'examen pathologique
		4201000179104	Rapport de résultat relatif à l'imagerie
		90000000000047 1006	Image
		419891008	Document non précisé
371537001	Consentement au traitement	419891008	Document non précisé
722216001	ID d'urgence / carte d'urgence	419891008	Document non précisé
2171000195109	Rapport de grossesse / de naissance	419891008	Document non précisé
721963009	Mandat d'analyse	721965002	Mandat d'analyse en laboratoire
		721966001	Mandat de rapport d'examen pathologique
		2161000195103	Mandat d'imagerie
		419891008	Document non précisé
772790007	Carte de donneur d'organes	419891008	Document non précisé
184216000	Documentation à long terme	722446000	Carnet des allergies
		41000179103	Carnet de vaccination
		419891008	Document non précisé
440545006	Prescription / ordonnance	761938008	Prescription de médicaments / ordonnance
		765492005	Prescription sans médicaments / ordonnance
		419891008	Document non précisé
417319006	Document sur l'événement sanitaire	445300006	Rapport d'urgence
		445418005	Document hors contexte de traitement
		419891008	Document non précisé
721927009	Lettre de référence	419891008	Document non précisé
371531000	Rapport suite à une consultation	371530004	Évaluation par des spécialistes
		371529009	Anamnèse / rapport d'analyse
		371532007	Rapport d'historique
		419891008	Document non précisé
422735006	Rapport de synthèse	373942005	Rapport de sortie
		371535009	Rapport de transfert
		721912009	Liste de médication
		419891008	Document non précisé
419891008	Document non précisé	419891008	Document non précisé

Tableau 3 : Documents autorisés : types par catégories