

Guide d'intégration à l'Espace de Confiance MSSanté

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| 1. <u>Étapes d'intégration de l'Espace de Confiance</u> | 3 |
| 2. <u>Remplissage du Pack Opérateur MSSanté</u> | 6 |
| 1. <u>F414</u> | 7 |
| 2. <u>F413</u> | 12 |
| 3. <u>Contrat Opérateur</u> | 14 |
| 3. <u>Intégration dans l'Espace de Test</u> | 16 |
| 1. <u>Annexe 1 de Test</u> | 17 |
| 4. <u>Intégration dans l'Espace de Production</u> | 21 |
| 1. <u>Annexe 1 de Production</u> | 22 |

-
- 1. Etapes d'intégration de l'Espace de Confiance

Toute correspondance sur les sujets de la MSSanté auprès de l'ANS est à adresser à
monserviceclient.mssante@esante.gouv.fr

1. Etapes d'intégration de l'Espace de Confiance de production



L'intégration à l'Espace de Confiance débute par la signature du Contrat Opérateur MSSanté

L'Espace de Confiance MSSanté est composé d'un ensemble de messageries administrées par des Opérateurs MSSanté.

Afin de proposer un service de messagerie MSSanté (devenir Opérateur MSSanté), il est nécessaire de contractualiser avec l'ANS à travers :

- Le contrat d'adhésion (https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Contrat_adhesion.pdf)
- Le pack Opérateur MSSanté (<https://mssante.fr/is/doc-technique>)

Tout nouvel Opérateur MSSanté, qui développe son connecteur MSSanté, intègre dans un premier temps l'Espace de Confiance de test qui est dédié à la mise à niveau de son architecture technique. Suite à un contrôle de conformité au Référentiel #1 courant, l'intégration en Espace de Confiance de production s'effectue.

Tout autre Opérateur s'appuyant sur un connecteur MSSanté développé par un tiers Opérateur, peut intégrer directement l'Espace de Confiance de production.

Ci-dessous, le détail des étapes d'intégration à l'Espace de Confiance de production.

REEMPLIR LE PACK OPERATEUR

Le pack Opérateur contient les documents suivants :

- Le contrat Opérateur MSSanté (instruction de remplissage page 14 et 15)
- Le formulaire 414 vous permet de commander des cartes CPS de test et d'obtenir des certificats IGC Santé de test (instruction de remplissage page 7 à 11)
- Le formulaire 413 vous permet de commander des cartes CPS de production et d'obtenir des certificats IGC Santé de production (instruction de remplissage page 12 et 13)
 - Prérequis : avoir déclaré un représentant légal, qui détient une CPx nominative. Déclaration par le formulaire 101 (https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/F101.pdf)
- L'annexe 1 (instruction de remplissage page 17 à 20 et 22 à 25)
- Le guide d'intégration à l'Espace de Confiance

INTEGRER L'ESPACE DE CONFIANCE DE TEST

Dès le certificat IGC Santé de test obtenu, il est nécessaire de faire parvenir à l'ANS une annexe 1 renseignée, cochée 'test', pour ajout du ou des noms de domaines souhaités en liste blanche de test (<https://espacedeconfiance.test.mssante.fr/listeblanchemssanteigcsante.xml>).

Après intégration, l'Opérateur obtient un délai de 6 mois afin de mettre à niveau son architecture technique aux exigences de la dernière version du Référentiel #1 et produire un rapport de test,

INTEGRER L'ESPACE DE CONFIANCE DE PRODUCTION

Lorsque le rapport de test est concluant, l'intégration en Espace de Confiance de production peut être effectuée. Il est nécessaire de faire parvenir à l'ANS une annexe 1 renseignée, cochée production, pour intégration du ou des noms de domaine à la liste blanche de production (<https://espacedeconfiance.mssante.fr/listeblanchemssante.xml>).

Les Opérateurs utilisant un connecteur MSSanté fourni par un Opérateur tiers devront faire parvenir une annexe 1 renseignée, cochée production, accompagnée du rapport de conformité technique des interfaces du connecteur et du bon de commande (ou devis signé) de ce dernier.

2. Remplissage du Pack Opérateur MSSanté



Le Formulaire 414 (F414) vous permet d'obtenir des cartes CPx de test et des certificats IGC Santé de test

Tableau n°2 : Identification de votre structure

| 2. Identification de la structure bénéficiaire <i>(L'ensemble des champs doit être complété)</i> | | | | |
|---|--------------------|--|---|--|
| Dénomination de la structure | | | | |
| Mention complémentaire | | | | |
| FINESS géographique <small>(uniquement pour les structures prenant en charge des patients/usagers)</small> | | | | |
| ou N° SIRET | | | | |
| Adresse | N° | | Type de voie <small>(avenue, rue...)</small> | |
| | Libellé de la voie | | | |
| | Code postal | | Commune | |
| 3. Identification du demandeur <i>(L'ensemble des champs doit être complété)</i> | | | | |
| Nom | | | | |
| Prénom(s) | | | | |
| Téléphone | | | | |
| E-mail professionnel | | | | |

A remplir si ma structure est un établissement de santé

A remplir si ma structure ne possède pas de numéro FINESS (i.e. si ma structure est une société privée)

Informations personnelles du demandeur.
Formulaire accessible à tout collaborateur de la structure

Le Formulaire 414 (F414) vous permet d'obtenir des cartes CPx de test et des certificats IGC Santé de test

Tableau n°4 : Commande de CPx de test

4. Détails de la commande de CPS de test (L'ensemble des champs doit être complété)

4.1 Usage des CPS de test

Précisions sur l'usage des cartes CPS de test

Préciser mon usage de la MSSanté pour la carte de test
Exemple : test de développement pour le service MSSanté

Précisions sur votre projet
 (MSSanté, DMP, INSi, ROR, ...)

Détailler tous mes usages
Exemple : test de développement pour le service MSSanté et le DMP

4.2 Offre de CPS de test souhaitée

Cochez l'offre souhaitée et renseignez les quantités souhaitées.

Les CPS de test sont gratuites. La quantité recommandée par l'ANS pour les cartes IGC-Santé est : 5 références avec 4 quantités de chaque maximum.

Offre Kit d'intégration CPS (1 Kit est composé de 5 CPx de test)

Cocher cette case pour recevoir un kit. Chaque kit de ce type comprend 5 cartes de test : 1 carte CPS Médecin, 1 carte CPS Médecin ayant 8 activités, 1 carte CPS infirmier, 1 carte CPE opposée et 1 carte CPA

Offre comprenant :

IGC-Santé : quantité

Kit CPx de test (CPS Médecin / CPS Médecin 8 activités / CPS Infirmier / CPE opposée / CPA)

Préciser le nombre de KIT voulu

Offre de CPS de test individuelles

Cocher cette case pour recevoir des cartes de tests individuelles

Carte de Professionnel de Santé

IGC-Santé : quantité

Médecin généraliste

Médecin spécialiste (pneumologue)

Préciser le nombre de carte souhaitée par profession. Possibilité de commander des cartes pour différentes professions (Dentiste, Infirmier, ...).
Exemple : « 5 » dans la case entourée, pour un envoi de 5 cartes CPS de tests pour des médecins spécialistes

Offre de Jeux de CPx de test

Cocher cette case pour recevoir des jeux de cartes CPx de tests. Chaque jeu comprend plusieurs cartes (le nombre est précisé à côté du nom du jeu).

Jeux de Cartes de Professionnel de Santé

IGC-Santé : quantité

Cabinet médical, comprenant 2 CPx test

Cabinet de radiologie, comprenant 2 CPx test

Cabinet sage-femme comprenant 2 CPx test

Préciser le nombre de carte souhaitée par type de structure.
Exemple : « 3 » dans la case entourée, pour un envoi de 6 cartes CPx de tests pour des cabinets de radiologie

Le Formulaire 414 (F414) vous permet d'obtenir des cartes CPx de test et des certificats IGC Santé de test

Tableau n°4 : Commande de CPx de test

| Adresse de livraison : | | | | |
|------------------------------|--------------------|--|----------------------------------|--|
| Dénomination de la structure | | | | |
| Mention complémentaire | | | | |
| Adresse | N° | | Type de voie (avenue, rue...) | |
| | Libellé de la voie | | | |
| | Code postal | | Commune | |
| | Pays | | | |

Renseigner l'adresse de livraison des cartes de test choisies dans le tableau précédent

Le Formulaire 414 (F414) vous permet d'obtenir des cartes CPx de test et des certificats IGC Santé de test

Tableau n°5 : Commande de certificat logiciel de test

5. Détails de la demande de certificat logiciel de test (L'ensemble des champs doit être complété)

Ces parties techniques peuvent être complétées par l'éditeur ou le distributeur de la solution logicielle que vous utilisez, sous votre responsabilité.

5.1 Usage des certificats de test et solution utilisée

Précisions sur l'usage des certificats de test

Préciser mon usage de la MSSanté pour le certificat logiciel
Exemple : test de développement pour le service MSSanté

Précisions sur votre projet
 (MSSanté, DMP, INSi, ROR, ...)

Détailler tous les usages
Exemple : test de développement pour les services MSSanté et DMP

5.2 Type de certificats souhaités

Cochez les types de certificats souhaités et remplissez les informations complémentaires associées

Certificat ORG (Personne morale) usage AUTH_CLI, SIGN, CONF (Ex : DMP, ROR, Annuaire Santé...)

1. Cocher les cases correspondant aux types de certificats voulus

Certificat logiciel SERVEUR usage SSL_SERVEUR (Ex : MSSanté, Diapason, PSIG...)

Remplir l'une des lignes suivantes :

Certificat pour le nom de domaine suivant :
 (Veuillez indiquer le nom de domaine souhaité / adresse web,
 ex : domaine.fr.)

2. Renseigner le FQDN (url) du serveur de messagerie qui correspond au champ CN dans le DN du certificat retiré

OU certificat restreint au serveur suivant :
 (Veuillez indiquer le nom de serveur spécifique,
 ex : nomdeserveur.domaine.fr)

Exemple valide : nomserveur.*nomdomaineOpérateur*
 Exemple NON valide : nomserveur.*mssante.fr* (car nécessite une délégation)

Certificat logiciel SERVEUR usage SMIME, SIGN, CONF (Ex : Messagerie HPRIM NET...)

Remplir la ligne suivante :

Certificat pour le nom de domaine de messagerie suivant :
 (Veuillez indiquer uniquement le nom de domaine souhaité, ex : @domaine.fr.)

Certificat logiciel PRO (Personne physique) usage AUTH, SIGN, CONF (Ex : Dossier Pharmaceutique...)

Remplir la ligne suivante :

Certificat pour le nom de domaine de messagerie suivant :
 (Veuillez indiquer uniquement le nom de domaine souhaité, ex : @domaine.fr.)

Le Formulaire 414 (F414) vous permet d'obtenir des cartes CPx de test et des certificats IGC Santé de test

Tableau n°5 : Commande de certificat logiciel de test

5.3 Désignation des cartes de test utilisées en tant qu'administrateur technique

Renseignez les informations concernant les administrateurs techniques.

Disposez-vous déjà de cartes de test en cours de validité ?

Non, les cartes de test à associer sont celles commandées dans la partie 3 de ce formulaire.

Oui, merci de saisir le numéro des cartes CPS, CDE, CPE nominative, CDA ou CPA de test :

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Cocher **NON** s'il s'agit de la première commande de carte

Le Formulaire 413 (F413) vous permet d'obtenir des certificats IGC Santé de production

Tableau n°3 : Identification de la structure et de la personne

| 3. Identification de la structure bénéficiaire (L'ensemble des champs doit être complété) | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3.1 Identification de la structure | | | | | | | | | | | |
| Dénomination de la structure | | | | | | | | | | | |
| FINESS géographique (sauf structures ne prenant pas en charge d'usagers) | | | | | | | | | | | |
| ou N° SIRET | | | | | | | | | | | |
| RPPS rang ⁽¹⁾ (uniquement pour les cabinets de radiologie, hors sociétés d'exercice) | 1. | | | | | | | | | | |
| | 2. | | | | | | | | | | |
| | 3. | | | | | | | | | | |
| | 4. | | | | | | | | | | |
| 3.2 Identification du représentant légal ou du mandataire ou titulaire du cabinet (uniquement pour les RPPS Rang) | | | | | | | | | | | |
| Êtes-vous le : | <input type="radio"/> Responsable légal | <input type="radio"/> Mandataire | <input type="radio"/> Titulaire du cabinet | | | | | | | | |
| Nom | | | | | | | | | | | |
| Prénom(s) | | | | | | | | | | | |
| Téléphone | | | | | | | | | | | |
| Email professionnel | | | | | | | | | | | |
| N° de carte | | | | | | | | | | | |

A remplir si ma structure est un établissement de santé

A remplir si ma structure ne possède pas de numéro FINESS (i.e. si ma structure est une société privée)

A remplir si ma structure est concernée par le RPPS Rang

Cocher la case correspondant à ma situation. « Titulaire du cabinet » ne s'applique que si je suis concerné par le RPPS Rang

Informations du représentant légal. Celles-ci doivent correspondre à celles déclarées sur le contrat d'adhésion.

Tous les champs du Contrat Opérateur MSSanté doivent être renseignés. Le document doit être signé et présenter un cachet portant le FINESS/SIRET de votre structure



Toutes les pages du contrat Opérateur exceptée la dernière doivent être paraphées en bas à droite

Contrat « Opérateur MSSanté » relatif à l'intégration à l'Espace de Confiance « messageries sécurisées de santé »

Entre :

L'Agence du numérique en santé (ANS), Groupement d'intérêt public prévu à l'article L.1111-24 du code de santé publique, dont la convention constitutive a été approuvée par arrêté du 8 septembre 2009, modifiée en dernier lieu par l'arrêté du 8 avril 2021 et dont le siège social est situé au 9 rue Georges Pitard, 75015 Paris, Représentée par Annie PREVOT, agissant en qualité de Directrice ;

Service clients : monserviceclient.mssante@esante.gouv.fr

ci-après dénommée « l'ANS »,
d'une part,

Et :

Nom de la Structure

Le nom de la structure doit être le même que celui déclaré dans le contrat d'adhésion

Forme juridique : établissement de santé, groupement, société.....
Dont le siège social est situé au.....

Indiquer la raison sociale de la structure, la forme juridique et l'adresse du siège social.

Immatriculation au RCS ou N° SIRET, N° SIREN, N° FINESS de la structure :

Indiquer un SIRET (si ma structure est une société privée) ou un FINESS (si ma structure est un établissement de santé)

Représenté(e)
par.....
Agissant en qualité de.....

Indiquer le représentant légal ou le cas échéant un mandataire. Le mandataire devra avoir été déclaré préalablement par un formulaire 502

ci-après dénommée « Opérateur professionnels »

d'autre part,
dénommées ensemble « les Parties »

Tous les champs du Contrat Opérateur MSSanté doivent être renseignés. Le document doit être signé et présenter un cachet portant le FINESS/SIRET de votre structure



Toutes les pages du contrat Opérateur exceptée la dernière doivent être paraphées en bas à droite

En principe, les notifications adressées par l'Opérateur professionnels sont réalisées par courrier recommandé avec accusé de réception. Toutefois, le présent contrat peut définir expressément d'autres modes de notification.

Fait en deux exemplaires originaux

Paris, le.....

| |
|---|
| L'ANS Madame Annie Prévot Directrice Signature |
|---|

| |
|--|
| L'Opérateur professionnels, Nom, Prénom |
| Signature et cachet de la structure |

La signature doit être précédée du nom et prénom, en toutes lettres, du signataire avec le cachet de la structure

3. Intégration dans l'Espace de Confiance de Test



Certains Opérateurs n'ont pas besoin d'intégrer l'Espace de Confiance de Test, à condition que :

1. ceux-ci ne développent pas leur connecteur MSSanté. Ils s'appuient sur une solution développée par un fournisseur tiers qui est lui-même Opérateur MSSanté par ailleurs.
2. la solution de leur fournisseur soit conforme au dernier Référentiel #1 publié
3. qu'ils produisent le rapport de tests de leur fournisseur et tout document attestant du déploiement de la même version du connecteur testé sur leur architecture.

Se reporter aux précisions pages 18 à 21.

3. Intégration dans l'Espace de Confiance de Test

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines de Test

Ce tableau est à remplir en entier obligatoirement.

Je renseigne l'annexe 1 pour l'espace de

PRODUCTION

TEST

* ne cocher qu'une seule case

1. Identification de l'opérateur

Nom de l'opérateur et détails du certificat

Nom de l'opérateur (tel que déclaré sur votre contrat d'adhésion)

DN du certificat d'authentification SSL :

CN=.....OU=.....O=.....ST=.....
LC=.....

Exemples : « CN=serveur.ch-xxx.fr,OU=1012345678,O=CHxxx-xxx,ST=Bas-Rhin (67),C=FR » (se reporter au guide de remplissage du pack opérateur disponible sur le site mssante.fr).

Afin d'assurer l'interopérabilité avec les opérateurs réalisant un contrôle de cohérence ~~basé sur~~ le CN, il est nécessaire d'avoir le nom du serveur de messagerie (système enregistré dans le champ MX) identique au CN du certificat déclaré au sein de la présente annexe.

Si plusieurs certificats, DN du second certificat d'authentification SSL :

CN=.....OU=.....O=.....ST=.....
LC=.....

Boîte aux lettres de réponse automatique*

Nom de l'éditeur de connecteur

Cocher l'une des deux cases :

- l'option « TEST » permet d'intégrer OU de faire des modifications sur la liste blanche de Test.
- l'option « PRODUCTION » permet d'intégrer OU de faire des modifications sur la liste blanche de Production

Remplir le DN du certificat :

- CN = nom du serveur de messagerie MSSanté
- OU = (1 ou 3) + identifiant de la structure
- O = nom de la structure (en majuscule sans accents)
- OU = nom du département + espace + chiffre du département
- C = FR

Saisir l'adresse mail de réponse automatique

Renseigner le fournisseur du proxy utilisé si différent de ma structure

• 3. Intégration dans l'Espace de Confiance de Test

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines de Test

Ces tableaux ne sont pas à remplir si vous ne souhaitez pas modifier les coordonnées que nous avons déjà enregistrées.

Dans le cas contraire, tous les champs sont obligatoires

| 2. Coordonnées des contacts utilisés par le gestionnaire de l'espace de confiance | | | | | |
|--|--|-----------------|---|--|--|
| Coordonnées du représentant légal de l'opérateur Pour une modification de coordonnées, veuillez adresser votre demande directement par mail à l'adresse monserviceclient.mssante@asipsante.fr | | | | | |
| Nom de la structure | | | | | |
| Identifiant structure | | | | | |
| Nom | | Prénom | | | |
| Adresse postale | | | | | |
| Téléphone | | | Courriel | | |
| Coordonnées du chef de projet | | | Coordonnées du responsable technique <small>(si différent du chef de projet)</small> | | |
| Nom | | Prénom | | | |
| Tél | | Tél | | | |
| Courriel | | Courriel | | | |
| Coordonnées des contacts en cas d'incident rencontré entre opérateurs <small>(coordonnées affichées publiquement au sein de la liste blanche)</small> | | | | | |
| Contact projet MSSanté de l'opérateur <small>(utilisé pour les incidents et la communication de l'Espace de Confiance)</small> | | | Contact technique MSSanté de l'opérateur <small>(utilisé pour les incidents et la communication de l'Espace de Confiance)</small> | | |
| Nom | | Prénom | | | |
| Tél | | Tél | | | |
| Courriel | | Courriel | | | |

- saisir le FINESS si ma structure est un établissement de santé
- saisir le SIRET si ma structure ne possède pas de numéro FINESS (i.e. si ma structure est une société privée)

Saisir les contacts de ma structure en cas d'incident sur la MSSanté. Ceux-ci figureront publiquement dans la liste blanche. Il est recommandé une adresse organisationnelle

| 3. Ajout/Modification du DN inscrit en liste blanche | |
|--|--|
| Modification du DN du certificat <small>(si modification du CN, veuillez joindre un formulaire 413 pour l'espace de production ou un 414 pour l'espace de test)</small> | |
| Modification du DN du certificat d'authentification SSL | |
| CN=....._OU=.....,O=.....,ST=.....[.....]C=..... | |
| Si plusieurs certificats, DN du second certificat d'authentification SSL : | |
| CN=....._OU=.....,O=.....,ST=.....[.....]C=..... | |

Remplir le DN de mon certificat :

- CN = nom du serveur de messagerie MSSanté
- OU = (1 ou 3) + identifiant de la structure
- O = nom de la structure (en majuscule sans accents)
- OU = nom du département + espace + chiffre du département
- C = FR

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines de Test

Tous les champs sont obligatoires

4. Choix de la méthode de résolution DNS

Zone DNS (l'opérateur ne peut cocher qu'une seule case correspondant à son choix ; pour plus de détails, se reporter à la page 17 (Test) ou 22 (Production) du Guide d'Intégration à l'Espace de Confiance)



Méthode 1 : la délégation (à privilégier)

Nom des serveurs DNS (primaire / secondaire) de l'opérateur :

Primaire : Secondaire :

.....

(63 caractères max / Format : seuls les lettres, les chiffres, le point (.) et le trait d'union (-) sont acceptés) ; FQDN (Nom d'hôte pleinement nommé), par ex : ns.oh-xyz.fr

Dans le cas d'une délégation : cocher la case délégation et indiquer vos serveurs de DNS externes



Méthode 2 : la redirection

Nom du serveur de messagerie MSSanté de l'opérateur :

.....

(63 caractères max / Format : seuls les lettres, les chiffres, le point (.) et le trait d'union (-) sont acceptés) ; FQDN (Nom d'hôte pleinement nommé), par ex : ns.oh-xyz.fr

Dans le cas d'une redirection : cocher la case redirection et indiquer votre serveur de messagerie MSSanté (identique au CN)

• 3. Intégration dans l'Espace de Confiance de Test

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines de Test

| 5. Ajout/retrait/bascule de domaines dans la liste blanche MSSanté Inscrire les domaines à ajouter, supprimer ou qui doivent faire l'objet d'une bascule | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Identifiant de la structure bénéficiant du nom de domaine (FINESS, SIRET) | Nom et Description du domaine de messagerie MSSanté <i>Les informations concernant le DN du certificat d'authentification SSL sont présentes dans le « Tableau 1 » de ce document</i> | AJOUT | SUPPRESSION | BASCULE* |
| <i>(Indiquer l'identifiant)</i> | Nom du domaine <i>(Exemple : oh-xyz.mssante.fr)</i> Description du domaine <i>(Exemple : Domaine de messagerie MSSanté du CH xyz)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nom du domaine Description du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Renseigner le nom de domaine concerné par ma demande, comprenant la mention mssante.fr
Exemple valide : **nomserveur.mssante.fr**

Cocher l'une de ces deux cases pour ajouter ou retirer un nom de domaine.
Vous devez obligatoirement cocher l'une de ces deux cases, en plus de la case « bascule » si nécessaire.

L'identifiant de ma structure est le FINESS ou le SIRET :
- saisir le FINESS si ma structure est un établissement de santé
- saisir le SIRET si ma structure ne possède pas de numéro FINESS (i.e. si ma structure est une société privée)

Cocher cette case afin d'effectuer une bascule de nom de domaine. Une bascule correspond au changement d'Opérateur pour un nom de domaine

L'Annexe 1 vous permet d'ajouter / supprimer / basculer jusqu'à 10 domaines

4. Intégration dans l'Espace de Confiance de Production



L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines en Production

Ce tableau est à remplir obligatoirement

Je renseigne l'annexe 1 pour l'espace de

* ne cocher qu'une seule case



PRODUCTION



TEST

1. Identification de l'opérateur

Nom de l'opérateur et détails du certificat

Nom de l'opérateur (tel que déclaré sur votre contrat d'adhésion)

DN du certificat d'authentification SSL :

CN=.....,OU=.....,O=.....,ST=.....
[.....]C=.....

Exemples : « CN=serveur.ch.vot.fr,OU=1012345678,O=CHxxx-xxx,ST=Bas-Rhin [67],C=FR » (se reporter au guide de remplissage du pack opérateur disponible sur le site mssante.fr).

Afin d'assurer l'interopérabilité avec les opérateurs réalisant un contrôle de cohérence (nom de domaine/CN), il est nécessaire d'avoir le nom du serveur de messagerie (ou nom enregistré dans le champ MX) identique au CN du certificat déclaré au sein de la présente annexe.

Si plusieurs certificats, DN du second certificat d'authentification SSL :

CN=.....,OU=.....,O=.....,ST=.....
[.....]C=.....

Boîte aux lettres de réponse automatique*

Nom de l'éditeur de connecteur

L'option « PRODUCTION » permet d'intégrer OU de faire des modifications sur la liste blanche de Production

Remplir le DN de mon certificat :

CN = nom du serveur de messagerie MSSanté

OU = (1 ou 3) + identifiant de la structure

O = nom de la structure (en majuscule sans accents)

OU = nom du département + espace + chiffre du département

C = FR

Saisir l'adresse mail de réponse automatique

Renseigner le fournisseur du proxy utilisé si différent de ma structure



L'intégration en Espace de Confiance de Production s'effectue **après vérification de conformité** au Référentiel 1 **depuis l'Espace de Confiance de Test**.
Ou production du rapport de test du fournisseur du connecteur MSSanté accompagné de tout document attestant du déploiement du même connecteur

● 4. Intégration dans l'Espace de Confiance de Production

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines en Production

Ces tableaux ne sont pas à remplir si vous ne souhaitez pas modifier les coordonnées que nous avons déjà enregistrées.

Dans le cas contraire, tous les champs sont obligatoires

| 2. Coordonnées des contacts utilisés par le gestionnaire de l'espace de confiance | | | | | |
|--|--|---------------|---|---------------|--|
| Coordonnées du représentant légal de l'opérateur Pour une modification de coordonnées, veuillez adresser votre demande directement par mail à l'adresse monserviceclient.mssante@asipsante.fr | | | | | |
| Nom de la structure | | | | | |
| Identifiant structure | | | | | |
| Nom | | Prénom | | | |
| Adresse postale | | | | | |
| Téléphone | | | Courriel | | |
| Coordonnées du chef de projet | | | Coordonnées du responsable technique <small>(si différent du chef de projet)</small> | | |
| Nom | | Prénom | | Nom | |
| Tél | | Tél | | Prénom | |
| Courriel | | | Courriel | | |
| Coordonnées des contacts en cas d'incident rencontré entre opérateurs <small>(coordonnées affichées publiquement au sein de la liste blanche)</small> | | | | | |
| Contact projet MSSanté de l'opérateur <small>(utilisé pour les incidents et la communication de l'Espace de Confiance)</small> | | | Contact technique MSSanté de l'opérateur <small>(utilisé pour les incidents et la communication de l'Espace de Confiance)</small> | | |
| Nom | | Prénom | | Nom | |
| Tél | | Tél | | Prénom | |
| Courriel | | | Courriel | | |

- saisir le FINESS si ma structure est un établissement de santé
- saisir le SIRET si ma structure ne possède pas de numéro FINESS (i.e. si ma structure est une société privée)

Saisir les contacts de ma structure en cas d'incident sur la MSSanté. Ceux-ci figureront publiquement dans la liste blanche. Il est recommandé une adresse organisationnelle

| 3. Ajout/Modification du DN inscrit en liste blanche | |
|--|--|
| Modification du DN du certificat <small>(si modification du CN, veuillez joindre un formulaire 413 pour l'espace de production ou un 414 pour l'espace de test)</small> | |
| Modification du DN du certificat d'authentification SSL | |
| CN=....._OU=.....,O=.....,ST=.....[.....]C=..... | |
| Si plusieurs certificats, DN du second certificat d'authentification SSL : | |
| CN=....._OU=.....,O=.....,ST=.....[.....]C=..... | |

Remplir le DN de mon certificat :

- CN = nom du serveur de messagerie MSSanté
- OU = (1 ou 3) + identifiant de la structure
- O = nom de la structure (en majuscule sans accents)
- OU = nom du département + espace + chiffre du département
- C = FR

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines en Production

Tous les champs sont obligatoires

4. Choix de la méthode de résolution DNS

Zone DNS (l'opérateur ne peut cocher qu'une seule case correspondant à son choix ; pour plus de détails, se reporter à la page 17 (Test) ou 22 (Production) du Guide d'Intégration à l'Espace de Confiance)

Méthode 1 : la délégation (à privilégier)

Nom des serveurs DNS (primaire / secondaire) de l'opérateur :

Primaire : Secondaire :

.....

(63 caractères max / Format : seuls les lettres, les chiffres, le point (.) et le trait d'union (-) sont acceptés) ; FQDN (Nom d'hôte pleinement nommé), par ex : ns.oh-xyz.fr

Dans le cas d'une délégation : cocher la case délégation et indiquer vos serveurs de DNS externes

Méthode 2 : la redirection

Nom du serveur de messagerie MSSanté de l'opérateur :

.....

(63 caractères max / Format : seuls les lettres, les chiffres, le point (.) et le trait d'union (-) sont acceptés) ; FQDN (Nom d'hôte pleinement nommé), par ex : ns.oh-xyz.fr

Dans le cas d'une redirection : cocher la case redirection et indiquer votre serveur de messagerie MSSanté (identique au CN)

L'annexe 1 vous permet de déclarer, modifier, ou supprimer vos noms de domaines en Production

| 5. Ajout/retrait/bascule de domaines dans la liste blanche MSSanté | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Inscrire les domaines à ajouter, supprimer ou qui doivent faire l'objet d'une bascule | | | | |
| Identifiant de la structure bénéficiant du nom de domaine (FINESS, SIRET) | Nom et Description du domaine de messagerie MSSanté <i>Les informations concernant le DN du certificat d'authentification SSL sont présentes dans le « Tableau 1 » de ce document</i> | AJOUT | SUPPRESSION | BASCULE* |
| <i>(Indiquer l'identifiant)</i> | Nom du domaine <i>(Exemple : oh-xyz.mssante.fr)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine <i>(Exemple : Domaine de messagerie MSSanté du CH xyz)</i> | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |
| | Nom du domaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Description du domaine | | | |

Renseigner le nom de domaine concerné par ma demande, comprenant la mention mssante.fr
Exemple valide : nomserveur.mssante.fr

Cocher l'une de ces deux cases pour ajouter ou retirer un nom de domaine.
 Vous devez obligatoirement cocher l'une de ces deux cases, en plus de la case « bascule » si nécessaire.

L'identifiant de ma structure est le FINESS ou le SIRET :
 - saisir le FINESS si ma structure est un établissement de santé
 - saisir le SIRET si ma structure ne possède pas de numéro FINESS (i.e. si ma structure est une société privée)

Cocher cette case afin d'effectuer une bascule de nom de domaine. Une bascule correspond au changement d'Opérateur pour un nom de domaine

L'Annexe 1 vous permet d'ajouter / supprimer / basculer jusqu'à 10 domaines

Des questions ?

Contactez-nous à :

monservicclient.mssante@asipsante.fr