



Mai 2023

---

# **Rapport sur les résultats de la consultation (du 25 janvier au 2 mai 2023)**

Révision de la loi fédérale sur le dossier  
électronique du patient :

Financement transitoire et consentement

---



## Table des matières

<b>1</b>	<b>Contexte</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Procédure de consultation et principes d'évaluation</b> .....	<b>4</b>
2.1	Procédure de consultation.....	4
2.2	Principes d'évaluation .....	5
<b>3</b>	<b>Résumé des résultats</b> .....	<b>5</b>
3.1	Évaluation statistique .....	5
3.2	Vue d'ensemble.....	6
3.2.1	Positions générales concernant le projet.....	6
3.2.2	Positions générales concernant les éléments spécifiques du projet.....	7
3.2.3	Positions générales contre le projet.....	12
<b>4</b>	<b>Prises de position concernant les différentes dispositions</b> .....	<b>17</b>
4.1	LDEP.....	17
4.1.1	Préambule.....	17
4.1.2	Art. 1 Objet et but .....	17
4.1.3	Art. 3 Consentement .....	18
4.1.4	Art. 23a Principes .....	19
4.1.5	Art. 23b Montant maximal.....	36
4.1.6	Art. 23c Procédure .....	37
4.1.7	Art. 26a Dispositions transitoires relatives à la modification du ... ..	37
4.2	OFDEP.....	38
4.2.1	Préambule.....	38
4.2.2	Art. 1 Objet.....	38
4.2.3	Art. 2 Principe.....	38
4.2.4	Art. 3 Montant par dossier électronique du patient ouvert.....	39
4.2.5	Art. 4 Montant maximal par communauté de référence .....	43
4.2.6	Art. 5 Demande .....	44
4.2.7	Art. 6 Décision.....	46
4.2.8	Art. 7 Obligation d'informer.....	46
4.2.9	Art. 8 Versement .....	47
4.2.10	Art. 9 Modification d'un autre acte législatif.....	47
4.2.11	Art. 10 Disposition transitoire.....	48
4.2.12	Art. 11 Entrée en vigueur.....	48
4.3	Remarques générales .....	48
<b>5</b>	<b>Avis concernant le rapport explicatif</b> .....	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>Autres points soulevés</b> .....	<b>50</b>
6.1	Procédure législative .....	50
6.2	Obligation pour tous les professionnels de la santé de s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence.....	50
6.3	Obligation pour les professionnels de la santé de saisir des données dans le DEP.....	52
6.4	Nombre de communautés de référence .....	52
6.5	Consentement / <i>opt-out</i> / ouverture de DEP .....	53
6.6	Accès au HPD.....	53

6.7	Processus d'ouverture.....	54
6.8	Lacunes dans la mise en œuvre du DEP et de la LDEP .....	55
6.9	Points divers.....	61
<b>7</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>63</b>
7.1	Listes des destinataires et participants à la procédure de consultation.....	63
7.2	Abréviations .....	72

## **1 Contexte**

Le 11 août 2021, le Conseil fédéral a adopté le rapport « Dossier électronique du patient. Que faire encore pour qu'il soit pleinement utilisé ? », dans lequel il constate que le financement des communautés de référence et, partant, du dossier électronique du patient (DEP), représente un défi majeur. La révision complète de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient (LDEP ; RS 816.1) lancée par le Conseil fédéral le 27 avril 2022 vise à réglementer clairement les rôles de la Confédération et des cantons en ce qui concerne le DEP et à garantir un financement durable. En parallèle, différentes mesures seront prises en vue de développer le DEP et d'accroître son utilité pour toutes les parties prenantes.

Il est toutefois possible qu'environ cinq ans s'écoulent avant que cette révision complète entre en vigueur, ce qui constituerait une période critique pour l'introduction et la diffusion du DEP. Un financement transitoire limité dans le temps jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision totale de la loi doit permettre d'assurer le financement des communautés de référence.

Pour ouvrir un DEP, il est nécessaire que le patient donne son consentement soit par signature manuscrite, soit sous forme numérique, par le biais d'une signature électronique qualifiée (SEQ) au sens de la loi fédérale du 18 mars 2016 sur la signature électronique (SCSE ; RS 943.03). La SEQ ne s'étant cependant pas encore suffisamment imposée sur le marché, il convient, pour simplifier le processus d'ouverture, d'autoriser d'autres formes de consentement électronique.

## **2 Procédure de consultation et principes d'évaluation**

Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a ouvert la consultation relative à la révision de la LDEP : financement transitoire et consentement (y compris le droit d'exécution). Cette consultation s'est déroulée jusqu'au 2 mai 2023, compte tenu de la période de Pâques.

### **2.1 Procédure de consultation**

Ont été invités à prendre part à la procédure de consultation les gouvernements des 26 cantons, les Conférences des gouvernements cantonaux, 11 partis politiques, 3 associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne œuvrant au niveau national, 8 associations faîtières de l'économie œuvrant au niveau national ainsi que 62 autres organisations.

Parmi les destinataires contactés, 25 cantons (tous les cantons hormis le canton de Vaud) et la CDS, 5 partis politiques (Le Centre, PLR, Les VERT-E-S, PS et UDC), 3 associations faîtières de l'économie (Economiesuisse, USS, USAM) et 23 organisations (notamment des organisations de patients et de consommateurs, des organisations professionnelles, des assureurs et des acteurs techniques) ont communiqué une prise de position.

Par ailleurs, 35 autres organisations et institutions, en particulier des organisations professionnelles et des acteurs techniques, ont émis un avis sur le fond.

Au total, 97 prises de position ont été reçues. Quatre participants (UPS, KAV, SNV, SUVA) ont renoncé à se prononcer sur le fond. L'évaluation s'appuie donc sur un total de 93 prises de position.

Catégorie	Nombre total d'invitations	Réponses sur invitation	Réponses spontanées	Total des réponses
Cantons/CdC/CDS	27	25	1	26
Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale	11	5	-	5
Associations faïtières des communes / villes / régions de montagne qui œuvrent au niveau national	3	-	-	-
Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national	8	3	-	3
Autres organisations invitées	62	24	-	24
Organisations et particuliers non sollicités	-	-	35	35
<b>Total des réponses</b>	<b>111</b>	<b>57</b>	<b>36</b>	<b>93</b>

Tableau 1 : Aperçu des réponses reçues

## 2.2 Principes d'évaluation

Dans l'optique de fournir une vue d'ensemble aussi complète que possible, les nombreuses et diverses prises de position sont résumées dans le présent rapport et classées suivant les différentes dispositions du projet dans le chapitre 4.

## 3 Résumé des résultats

### 3.1 Évaluation statistique

L'évaluation statistique de 93 prises de position est résumée dans le tableau 2 (détails au ch. 2.1). Les prises de position y sont classées suivant les considérations ci-après :

- **Approbation** : le projet est salué sans réserve. Le participant approuve le projet.
- **Réserves** : le projet est salué sur le principe, mais des modifications sont souhaitées.
- **Rejet** : le projet est fondamentalement rejeté.

Catégorie	Approbation	Réserves	Rejet	Total
Cantons / CdC / CDS	-	23	3	26
Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale	-	3	2	5
Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national	1	2	-	3
Autres organisations invitées	4	18	2	24
Organisations et particuliers non sollicités	3	28	4	35
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>74</b>	<b>11</b>	<b>93</b>

Tableau 2 : Évaluation statistique des prises de position

## 3.2 Vue d'ensemble

### 3.2.1 Positions générales concernant le projet

#### Cantons

Les cantons *AG, BS, FR, GE, JU, NE, NW, TI, UR, VS* ainsi que la *CDS*<sup>1</sup> approuvent le projet sur le principe, mais souhaitent que des modifications y soient apportées.

Les cantons *BE* et *GR* expriment des doutes quant à la capacité du projet à sauver le DEP. Le canton *TG* rejette le projet.

#### Partis

*Le Centre* et le *PS* approuvent le projet sur le principe, mais souhaitent des modifications. Les *VERT-E-S* soutiennent le projet afin de ne pas mettre en péril les investissements réalisés jusqu'à présent et d'éviter de retarder davantage la diffusion du DEP.

Le *PLR* estime que le projet est pertinent sous certaines conditions et l'*UDC* rejette le projet.

#### Associations faitières œuvrant dans toute la Suisse

L'*USS* soutient le projet sur le principe.

*Economiesuisse* et l'*USAM* sont en faveur du projet sur le principe, mais souhaitent que des modifications y soient apportées.

#### Organisations de patients et de consommateurs

*GELIKO* salue le projet et renonce à une appréciation.

Les organisations *ACSI, DVSP, FRC* et *SKS* approuvent le projet sur le principe, mais souhaitent que des modifications y soient apportées.

<sup>1</sup> *AI, AR, BL, GL, GR, LU, OW, SG, SH, SO, SZ, ZG, ZH* se rallient à la prise de position de la CDS pour autant qu'ils n'aient pas exprimé d'avis contraire.

## Organisations professionnelles

*FSP*, *Senesuisse* et *VSAO* saluent le projet et le soutiennent pleinement. *FAMH* salue également le projet, mais renonce à une prise de position concernant les éléments spécifiques.

*ADTG*, *ARTISET*<sup>2</sup>, *ASPS*, *IGMG*, *Interpharma*<sup>3</sup>, *IPAG*, *SBAP*, *SBK*, *Spitex*, *SVBG*, *SVDG* et *VGI.ch* approuvent le projet sur le principe mais souhaitent que des modifications y soient apportées. *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* peuvent comprendre la division en deux étapes de la révision partielle du DEP et estiment également qu'un financement transitoire est judicieux.

*AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse* et *Sphf* estiment que le financement transitoire est nécessaire, mais voient d'un œil critique le financement volontaire par les cantons et l'aide financière qui en dépend.

*FMH*<sup>4</sup>, *MFE*<sup>5</sup> et *SGAIM* se montrent critiques à l'égard du projet.

*H+* exprime des doutes quant à la capacité du projet à contribuer au sauvetage du DEP. *BEKAG*, *SGMI* et *SMVS* rejettent le projet et le qualifient d'insuffisant.

## Assureurs

*Curafutura* estime que le projet est judicieux, *Santésuisse* le salue également.

## Acteurs techniques

*Abilis*, *Axsana*, *CARA*<sup>6</sup>, *eSanita*, *KSG* et *Post* approuvent le projet sur le principe, mais souhaitent que des modifications y soient apportées.

*AD Swiss* et *HIN* trouvent qu'il est problématique que seules les communautés de référence puissent profiter des aides financières alors que les communautés et les fournisseurs d'identité (*Identity Provider*, *IDP*) restent les mains vides.

*SwissSign* s'exprime uniquement à propos de la version simplifiée de la déclaration de consentement et rejette le format proposé.

## Autres organisations, cercles intéressés

Les organisations *CVCI*, *SDA*, *SSR* et *Swico* approuvent le projet sur le principe, mais souhaitent que des modifications y soient apportées.

Pour *CH++*, le financement transitoire est certes nécessaire, mais demeure insuffisant.

*WEKO* a une réserve au sujet d'une disposition.

Le *D<sup>r</sup> Beat Gafner* rejette le projet. *EKK* estime que le projet n'est pas adapté à l'objectif visé.

## 3.2.2 Positions générales concernant les éléments spécifiques du projet

### 3.2.2.1 Le DEP en tant qu'instrument de l'assurance obligatoire des soins

Les cantons *AG*, *BE*, *NW*, *SG*, *ZH*, la *CDS* et les partis *Les VERT-E-S* et *FSP* saluent la considération du DEP en tant qu'instrument de l'assurance-maladie et la volonté de faire reposer la LDEP sur l'article 117, al. 1 de la Constitution fédérale (Cst. ; RS 101). Cette façon de procéder donne en effet à la Confédération une plus grande marge de manœuvre permettant de réglementer en détail les tâches et les compétences de la Confédération et des cantons dans le cadre de l'exploitation du DEP, notamment de définir clairement les responsabilités, les compétences et les instruments de mise en œuvre. *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* soutiennent également l'adaptation de l'article énonçant le but de l'acte, suivant lequel

<sup>2</sup> Organisation faitière de l'association sectorielle *CURAVIVA*.

<sup>3</sup> *Scienceindustries* se rallie à la position d'*Interpharma*.

<sup>4</sup> *AGZ* se rallie pleinement à la position de la *FMH*.

<sup>5</sup> *SGP* appuie pleinement la position de la *FMH*.

<sup>6</sup> L'association *CARA* a été fondée par les cantons *GE*, *VS* et *VD*. Les cantons *FR* et *JU* l'ont rejointe par la suite.

la LDEP contribue désormais aussi à des soins de santé de haute qualité et à la maîtrise des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie.

Le *Centre* se félicite que soit inscrit dans la loi le fait que le DEP contribue à des soins de santé de haute qualité ainsi qu'à la maîtrise des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie.

Le canton *TG* et les organisations *ARTISET*, *MFE* et *SGAIM* considèrent que l'utilisation de l'art. 117, al. 1, Cst. en tant que fondement est problématique.

### **3.2.2.2 Article énonçant le but de l'acte**

Les organisations *SKS*, *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* estiment que l'ajout proposé à l'article énonçant le but de l'acte est judicieux.

### **3.2.2.3 Financement transitoire**

#### **3.2.2.3.1 Bénéficiaires de l'aide financière**

Les cantons *AG*, *AI*, *BE*, *NW*, *SG*, *VS*, *ZH* et les organisations *FRC*, *Scienceindustries*, *KSG* et *SDA* saluent la création, dans la LDEP, d'une base légale permettant à la Confédération d'octroyer des aides financières aux communautés de référence pour l'exploitation et le développement du DEP. *SSR* voit également d'un œil positif le financement accordé par la Confédération.

*IG eHealth* et *SHV* sont d'avis qu'un financement transitoire pour « faire le pont » est pertinent à ce stade, notamment parce qu'il serait difficile pour les communautés de référence de financer leurs prestations si un modèle de financement était nécessaire. Le financement transitoire permet donc d'aménager le temps nécessaire pour que tous les cantons puissent mettre en place un modèle de financement durable. *Post* salue l'intention du Conseil fédéral de faire intervenir des aides financières, en tant que financement intermédiaire ponctuel, pour la période allant jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision complète de la loi.

La communauté de référence *Axsana* accueille très favorablement la proposition de soutenir les communautés de référence au moyen d'un financement transitoire. Selon elle, ces contributions supplémentaires sont vitales pour la diffusion du DEP.

Le *Centre*, *PLR*, *Economiesuisse*, *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse*, *Sphf*, *ARTISET*, *Interpharma*, *Abilis*, *CVCI* et *WEKO* craignent que certaines communautés de référence (nationales ou qui ne sont soutenues par aucun canton) ne puissent pas bénéficier des aides financières dans le cadre de la réglementation prévue. *ADTG*, *BEKAG*, *FMH*, *IG eHealth*, *IPAG*, *MFE*, *SHV*, *Spitex*, *AD Swiss*, *HIN* et le *D' B. Gafner* indiquent qu'outre les communautés de référence, les communautés devraient elles aussi avoir droit à des aides financières. *AD Swiss* et *HIN* demandent par ailleurs des aides financières pour les fournisseurs d'identité.

Les organisations *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse*, *SBK*, *Sphf* et *SVBG* estiment qu'en plus d'accorder un soutien financier aux communautés de référence, il est nécessaire également de soutenir financièrement la mise en œuvre auprès des fournisseurs de prestations.

*FMH*, *MFE*, *IPAG* et *SGAIM* demandent des aides financières pour la gestion de dossiers par les professionnels de la santé et une réglementation relative au financement des médecins de famille.

*IG eHealth* et *SHV* estiment que le succès du DEP dépend aussi de son utilisation par les fournisseurs de prestations/professionnels de la santé des communautés, c'est pourquoi ceux-ci devraient également bénéficier d'une aide.

*SBAP* souhaiterait que les petites entreprises établies en tant que cabinet individuel ou les organisations de psychologues-psychothérapeutes puissent également demander une aide financière.

#### **3.2.2.3.2 Rattachement de l'aide financière au nombre d'ouvertures de DEP**



Le canton *NE* a expressément salué le fait que les aides financières sont fondées sur le nombre d'ouvertures de DEP, car il s'agit d'une incitation déterminante. Le canton *ZH* salue également l'aménagement des aides financières suivant le nombre de dossiers du patient ouverts. *ARTISET* se félicite également du fait que les communautés de référence puissent être soulagées grâce au financement de l'exploitation et du développement du DEP jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision complète de la LDEP, et que l'aide financière prenne la forme d'une contribution par ouverture de DEP. Les communautés de référence sont ainsi encouragées, et il est ainsi possible de promouvoir l'exploitation effective du DEP. *SSR* considère le financement par dossier comme une source de motivation.

Le *Centre* se demande s'il est pertinent de rattacher le montant des aides financières uniquement au nombre d'ouvertures de DEP. *SVDG*, *VGI.ch* et *eSANITA* estiment également que le projet est trop unilatéralement lié à l'ouverture de dossiers et devrait prévoir, en complément, des contributions substantielles aux frais d'exploitation annuels des communautés (de référence).

Le *PLR*, les associations de l'économie *Economiesuisse* et *SGV*, les organisations *FRC*, *ADTG*, *ARTISET*, *ASPS*, *IG eHealth*, *SDV*, *SHV*, *Spitex* ainsi que *AD Swiss*, *Axsana* et *Post* demandent que l'aide financière ne soit pas uniquement liée au nombre d'ouvertures de DEP, mais aussi au nombre de professionnels de la santé raccordés (et qui enregistrent véritablement des documents dans le DEP). Certains de ces participants réclament en outre que l'intégration de services supplémentaires (p. ex. cybermédication) soit rémunérée. *FRC* propose un montant de base déterminé pour tout DEP ayant été exploité pendant une année entière (12 mois). *SKS* estime également que le nombre d'ouvertures de DEP est une base de calcul insuffisante sur le long terme, car il ne dit rien de l'exploitation ni de l'utilisation du DEP après son ouverture.

### 3.2.2.3.3 Montant de l'aide financière

Le *PS* est en faveur du montant proposé de 15 francs par DEP. Le plafond des dépenses s'élève (au maximum) à 30 millions de francs, ce qui permet à cette modification de la loi d'être financièrement viable. L'Assemblée fédérale aura ici le dernier mot, car c'est elle qui définit le montant maximal.

*ARTISET* salue le fait que le montant de l'aide financière soit fondé sur les coûts inhérents au moyen d'identification efficace émis conformément à la LDEP. De son point de vue, cette base de calcul est adéquate.

Pour *Santésuisse*, l'indemnisation sous forme de montant forfaitaire par DEP contribuera à diffuser le DEP et à maintenir des structures efficaces en termes de coûts au sein des communautés de référence. De plus, l'indemnisation forfaitaire par DEP constitue une méthode de financement simple et transparente. Les documents disponibles ne permettent pas de déterminer si le montant de l'indemnisation par DEP versée par la Confédération (15 francs) est adéquat. Ce montant doit toutefois rester inférieur aux coûts effectifs pour les communautés de référence. Par conséquent, le soutien octroyé n'est pas un financement intégral, mais un partage des coûts, ce que *Santésuisse* approuve. Il est toutefois difficile de chiffrer les effets de l'incitation financière sur la poursuite de la diffusion du DEP. La publication régulière des montants versés par communauté de référence mériterait d'être soutenue à des fins de transparence et en vue d'évaluer l'efficacité des mesures.

*Spitex* ne peut pas se prononcer sur le montant accordé par ouverture de DEP. Toutefois, s'il est décidé de soutenir financièrement le raccordement de professionnels de la santé/fournisseurs de prestations également, les montants y relatifs devront être coordonnés.

Les cantons *AG*, *AI*, *BE*, *BS*, *FR*, *GE*, *JU*, *NE*, *NW*, *TI*, *VS*, *GDK* ainsi que les organisations *ACSI*, *DVSP*, *AAV*, *ADTG*, *AVKZ*, *CLPh*, *IPAG*, *LAV*, *PharmaSuisse*, *Scienceindustries*, *Sphf*, *CARA*, *eSANITA*, *KSG* et *Post* considèrent que le montant fixé de 15 francs est trop bas. Le canton *SO* demande que soit défini non pas un montant fixe, mais un montant maximal par ouverture de DEP.

### 3.2.2.3.4 Double aménagement des aides financières

Le canton *BS*, les partis *Le Centre*, *PLR* et les *VERT-E-S*, l'association économique *USS* et *Interpharma* soutiennent le double aménagement des aides financières. Les cantons *FR*, *GE*, *JU*, *VS* ainsi que *CARA* et *KSG* trouvent que le principe de cofinancement à parts égales de la Confédération et des cantons est approprié. *eSANITA* est également d'avis que le principe de cofinancement du DEP par la Confédération et les cantons est pertinent sur le principe, car il incombe aux cantons de garantir et d'organiser les soins de santé.

Concernant le financement transitoire, le *PS* et *DVSP* saluent en particulier la prise en compte du principe de subsidiarité et du principe d'équivalence fiscale : la Confédération n'offre de contributions par ouverture de DEP que si le canton concerné participe déjà à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du DEP. Cette uniformisation en matière de partage des coûts avec les cantons est accueillie très favorablement, car il existe actuellement des conditions différentes pour les six communautés de référence. Certaines bénéficient d'un soutien important à l'échelon cantonal, tandis que d'autres ne sont que peu ou pas soutenues. Cette uniformisation permet à toutes les communautés de référence d'être sur un pied d'égalité et met également les cantons à contribution à juste titre ; les soins de santé relèvent après tout de leur compétence.

*Curafutura* salue spécifiquement l'obligation pour les cantons de participer au financement avant le versement d'une contribution de la Confédération. Cette disposition constitue une incitation à agir pour les cantons qui, pour l'instant, font encore preuve de trop peu d'initiative.

*EKK* salue le double aménagement de l'aide financière, mais fait toutefois remarquer que la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons n'est pas réglementée dans ce projet. Il s'agit pourtant précisément du prérequis pour une application réussie de la loi.

Les cantons *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *BS*, *GL*, *LU*, *NW*, *SG*, *UR*, *ZH*, la *CDS* ainsi que *ADTG*, *eSANITA* et *Post* signalent que l'octroi d'aides financières de la Confédération ne doit pas dépendre de paiements déjà effectués, mais qu'une garantie de participation par les cantons devrait suffire, notamment parce que certains cantons n'auront pas de bases légales pour leur participation à part égale au financement d'ici l'entrée en vigueur du projet.

Les cantons *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *BS*, *GL*, *LU*, *NW*, *SO*, *TI*, *UR* et la *CDS* voient d'un œil critique l'aménagement double des aides financières à octroyer, car plusieurs communautés de référence peuvent couvrir le territoire d'un canton, et à l'inverse une communauté de référence peut couvrir plusieurs cantons. Une coordination entre la Confédération et les cantons et entre les cantons serait donc nécessaire pour l'octroi des aides financières, ce qui compliquerait davantage l'introduction d'un financement transitoire. On peut alors se demander pourquoi la Confédération n'assume pas directement la responsabilité du financement transitoire, étant donné qu'elle définit également les conditions générales et les règles relatives à l'exploitation.

Les cantons *BE* et *TI* demandent d'envisager une participation des assureurs-maladie au financement. Les organisations *ADTG*, *IG eHealth* et *SDV* demandent que des tiers puissent également participer à l'octroi d'aides financières.

Les *VERT-E-S* estiment qu'une participation nettement supérieure devrait être imposée aux cantons, car les soins de santé relèvent de leur compétence.

*CVCI* demande que soit également déterminée la contribution que doivent verser les cantons par DEP.

*Interpharma* déplore qu'aucune solution n'ait été prévue pour les cas où certains cantons n'honoreraient pas leurs obligations.

*Scienceindustries* et *SDA* sont d'avis que le financement transitoire ne devrait pas dépendre de la participation à parts égales des cantons.

*SSR* trouve que l'idée est bonne, mais indique dans sa prise de position que la procédure est trop compliquée et ne fonctionne pas.

### **3.2.2.3.5 Effet rétroactif des aides financières**

Les cantons *AG*, *BE*, *BS*, *FR*, *GE*, *JU*, *NW*, *VS*, *ZH*, la *CDS*, les organisations *ARTISET*, *SBK*, *Scienceindustries*, *SDV* ainsi que *CARA* et *KSG* saluent la proposition et estiment qu'il est

déterminant de veiller à ce que les aides financières soient rétroactives. En effet, les communautés de référence ayant déployé des efforts importants jusqu'à présent seraient ainsi encouragées. En outre, le versement rétroactif des aides financières permettrait d'éviter que les communautés de référence ayant investi dans la diffusion du DEP doivent attendre l'entrée en vigueur des dispositions du projet relatives au financement transitoire. Les organisations *IG eHealth*, *SHV* et *Post* saluent également la proposition de verser les aides financières de façon rétroactive, mais estiment que l'effet rétroactif doit être limité à début 2022.

### 3.2.2.3.6 Limitation du montant maximal

Les cantons *AG*, *BE*, *BL*, *BS*, *LU*, *SO*, *TI*, *UR*, la *CDS* et *CH++* font remarquer que la limitation du montant maximal par communauté de référence à 15 millions de francs pourrait constituer un obstacle à d'éventuelles fusions de communautés de référence.

*SVDG* et *VGI.ch* demandent que soit prévu un montant récurrent plus élevé que 30 millions de francs sur cinq ans.

### 3.2.2.3.7 Points divers

Le *PS* et *DVSP* considèrent qu'il est important que le système décentralisé existant soit reconnu en tant que base dans le cadre du financement transitoire prévu afin qu'il soit possible de s'appuyer dessus et en particulier de l'améliorer. Ils indiquent que les communautés de référence doivent aussi être mises à contribution en vue de simplifier, pour les patients, le processus d'ouverture d'un DEP. Les communautés de référence devraient en outre s'abstenir d'exiger de la part des fournisseurs de prestations une cotisation plus importante.

*ARTISET* salue l'intention de veiller à ce que la mise en œuvre demande une charge de travail minimale. À cet égard, elle estime que la procédure de demande et de versement relative aux aides financières est appropriée. Elle est en faveur du mécanisme de réduction des aides financières si les moyens financiers ne permettent pas d'accorder l'intégralité de l'aide financière à toutes les communautés de référence requérantes. *ARTISET* soutient également la procédure de versement proposée pour les aides financières de la Confédération, car celle-ci permet d'éviter que les communautés de référence et les fournisseurs de prestations doivent attendre la décision de l'OFSP concernant ces aides financières.

*Santésuisse* propose que la Confédération définisse ou soit en mesure de définir des conditions et exigences relatives à l'utilisation des aides financières (finalité). Cette mesure devrait avoir lieu après l'identification des besoins prioritaires en matière de financement, tels que l'ouverture du DEP (en ligne, points d'ouverture), l'émission du moyen d'identification ou le raccordement des fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire.

### 3.2.2.4 Consentement

Les cantons *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *FR*, *GE*, *JU*, *SG*, *SO*, *LU*, *NE*, *NW*, *UR*, *VS*, *ZH*, la *CDS*, les partis *Le Centre*, *PLR*, *PS*, *SGB*, les organisations *DVSP*, *FRC*, *SKS*, *ADTG*, *ARTISET*, *ASPS*, *H+*, *IG eHealth*, *SBK*, *Scienceindustries*, *SDV*, *SHV*, *SVBG*, *SVDG*, *VGI.ch*, *VSAO*, *Santésuisse*, *Axsana*, *CARA*, *eSANITA*, *KSG*, *Post* ainsi que *SSR* soutiennent et accueillent favorablement la simplification du processus de consentement dans le cadre de l'ouverture d'un DEP.

Les cantons *FR* et *VS* et *CARA* expliquent que ces méthodes non seulement sont plus simples pour les patients, mais aussi permettent de renforcer la sécurité, car les signatures manuscrites peuvent être falsifiées de manière relativement simple, tandis qu'une identification (p. ex. avec un moyen d'identification qui nécessiterait une authentification à deux facteurs) rend l'approbation beaucoup plus sécurisée. Le canton *SH* salue le maintien dans son intégralité de l'exigence relative au consentement sur la base d'informations suffisantes. L'autodétermination en matière d'information exigée par le droit fondamental est ainsi prise en considération. *ARTISET* se félicite que le consentement des patients concernant l'ouverture d'un DEP doive être explicitement exprimé et doive pouvoir être prouvé à tout moment. Le canton *FR* et *CARA* soutiennent le principe de neutralité technologique prévu par la loi.

### 3.2.3 Positions générales contre le projet

#### Cantons

Le canton *BE* fait remarquer que l'objectif d'augmenter le nombre de DEP pourrait être atteint beaucoup plus rapidement et à un coût moindre si, lors de l'ouverture du DEP et avec le consentement des patients, les quelque 6,5 millions de dossiers de vaccination COVID-19 étaient transférés et utilisés. Cette approche serait plus efficace que toute aide financière.

Le canton *GR* explique que le soutien financier prévu à l'ouverture de nouveaux dossiers ne remédie pas au manque de praticabilité du DEP.

Le canton *LU* estime que la période prévue jusqu'à la seconde révision de la LDEP est extrêmement longue pour un secteur aussi dynamique et face à une numérisation croissante. On peut craindre que l'intérêt de la population pour le DEP diminue d'ici 2027. Il existe en outre des doutes quant à la capacité de l'aide financière proposée à véritablement assurer l'avenir du DEP. Seul un engagement plus marqué encore de la Confédération permettrait de sauver le DEP. Le canton *LU* s'attend donc à ce que la Confédération optimise sa planification dans l'optique de viser un délai maximal de trois ans pour le financement transitoire.

Le canton *TG* n'est pas convaincu par le contenu du projet. Le financement de 15 francs par DEP est octroyé par la Confédération à condition que les cantons participent au moins à parts égales aux coûts annuels des communautés de référence pour l'exploitation et le développement du DEP. Il s'agirait ainsi d'inciter les communautés de référence à promouvoir la diffusion du DEP. Les communautés de référence ont pourtant été fondées dans ce but. Il est difficile de comprendre la mise en place d'une incitation supplémentaire pour que les communautés de référence réalisent leur tâche principale. Le canton *TG* doute que cette incitation favorise la diffusion du DEP.

#### Partis

Le *Centre* se demande pourquoi une aide financière est encore nécessaire pour le DEP actuel en plus du premier financement de départ. Les communautés de référence devraient en principe avoir disposé de suffisamment de temps pour mettre au point leur offre sur des bases financières durables.

Bien que le *PLR* partage l'avis du Conseil fédéral selon lequel le projet relatif au financement transitoire doit rapidement entrer en vigueur, il estime que toutes les adaptations qui ne sont pas ou peu contestées sur le plan politique devraient être adoptées (voir à ce sujet les explications relatives aux motions 19.3955 et 22.3015 au ch. 6).

Le *PS* trouve regrettable la situation actuelle concernant le DEP. Celle-ci ne contribue que très peu aux efforts nécessaires et urgents en matière de numérisation dans le secteur de la santé. Les adaptations annoncées et prévues dans un deuxième temps sont nécessaires de toute urgence. Les facteurs suivants sont décisifs pour que le DEP puisse remplir son objectif avec succès : une intégration simple, des contenus utiles, des fournisseurs de prestations raccordés (obligation), des patients raccordés (modèle *opt-out*) et une interopérabilité fonctionnelle. Le projet actuel ne va malheureusement pas assez loin pour favoriser tous les facteurs menant au succès du DEP pour tous.

L'*UDC* refuse catégoriquement le projet, car compte tenu de la situation actuellement très tendue des finances de la Confédération et du fait qu'une réforme du DEP visant à couvrir les coûts n'est pas pour demain, il serait irresponsable d'investir 30 millions de francs de fonds publics dans un programme déficitaire sans une demande existante de la population.

#### Organisations de patients et de consommateurs

ACSI s'inquiète de constater que ni le présent projet relatif au financement transitoire, ni la révision complète de la LDEP ne semblent viser une amélioration des mécanismes de gouvernance. Une description de cette situation fait défaut dans le rapport explicatif.

#### Organisations professionnelles

*BEKAG* estime qu'axer le montant des aides financières sur les coûts inhérents au moyen d'identification efficace émis conformément à la LDEP est une approche erronée. À tous les niveaux, le projet est lacunaire. Il ne résout aucun des problèmes urgents. Le complexe « systèmes d'information des cabinets – systèmes d'information des hôpitaux – communautés – communautés de référence » forme un tout sur le plan fonctionnel qui, en tant que tel, doit également faire l'objet d'un soutien financier complet. *BEKAG* rejette par conséquent l'aide financière sous forme d'indemnisation par dossier existant pour les raisons suivantes : le montant ne couvre qu'une part des coûts engendrés à tous les niveaux au moment de l'ouverture. *BEKAG* doute que l'accent mis sur le nombre de dossiers du patient ouverts permette de parvenir à la sécurité financière nécessaire et souhaitée pour une communauté de référence. En outre, le rôle des médecins de premier recours et des médecins spécialistes en tant que multiplicateurs déterminants et indispensables à l'introduction et à l'exploitation à grande échelle du DEP n'a pas été pris en compte. L'objectif primaire est une large diffusion de DEP fonctionnels et bénéfiques reliés entre de nombreux fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier. Outre les hôpitaux, le corps médical établi en cabinet est la composante la plus importante des communautés de référence. La charge de travail nécessaire de la part des professionnels de la santé pour transférer la documentation conventionnelle dans un système d'information adapté à une mise en réseau, mettre en place et continuellement tenir à jour le DEP, de même que la charge de travail accrue requise pour la maintenance technique, la formation et les audits récurrents, etc. n'ont pas été prises en considération. *BEKAG* déplore également que les communautés soient exclues du financement transitoire. En effet, les communautés contribuent à l'objectif principal de numérisation dans le cadre des activités quotidiennes du secteur médical entre médecins établis en cabinet et entre ces médecins et les autres fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire. Les communautés servent en outre à assurer le transfert de données entre les hôpitaux en tant que « voies de transport » pour les applications (services supplémentaires) *business-to-business* (B2B). Les communautés assument donc un rôle indispensable étant donné que le DEP n'a été conçu, sur le plan technique, que pour remplir partiellement les fonctions décrites ci-dessus et que la mise au point des liaisons DEP-B2B existe (uniquement) sur le papier. Le raccordement à une communauté satisfait aux dispositions légales, est avantageux en termes de coûts et constitue donc une solution privilégiée par les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire. Le « systèmes d'information des cabinets – systèmes d'information des hôpitaux – communautés – communautés de référence » forme un tout sur le plan fonctionnel qui, en tant que tel, doit également faire l'objet d'un soutien financier complet. *BEKAG* critique par ailleurs la mise entre parenthèses dans le projet du fait qu'outre les objectifs « d'améliorer la qualité et maîtriser les coûts dans le domaine de l'assurance-maladie », l'introduction du DEP en soi et l'ajout indispensable de services supplémentaires B2B conduiraient ultérieurement à une hausse des coûts des cabinets, ainsi que l'ont prouvé des études, sans que les tarifs médicaux dans le secteur ambulatoire ne puissent être adaptés. L'intégration en profondeur doit donc être financée de manière anticipée par la Confédération et les cantons, faute de quoi l'amélioration des soins de santé au moyen du numérique serait inutilement retardée de plusieurs années.

*FMH* estime également qu'axer le montant des aides financières sur les coûts inhérents au moyen d'identification efficace émis conformément à la LDEP est une approche erronée. Le montant prévu de 15 francs par dossier ouvert pourrait donc être un montant de couverture pour les coûts assumés au moment d'une ouverture.

*FMH*, *BEKAG* et *IPAG* relèvent que la hausse du nombre de dossiers ouverts n'est un objectif que partiellement efficace. Si l'on suppose que le DEP ne présente une valeur ajoutée que pour une certaine part des groupes de patients, on peut s'attendre à ce qu'un nombre important de dossiers ne soient pas exploités. C'est ce qu'a montré l'expérience d'autres pays ayant adopté une approche semblable à celle de la Suisse en matière de dossiers du patient.

*H+* est d'avis que la révision partielle de la LDEP est principalement superficielle et que les questions les plus urgentes concernant le DEP sont reportées. Le financement transitoire permet certes de maintenir en vie les communautés de référence, mais dans le même temps, il fige pour plusieurs années une architecture défaillante. *H+* estime que l'architecture actuelle du DEP rend sa mise en œuvre complexe, et que dès lors qu'une grande quantité de

données y sera enregistrée, il ne fonctionnera pas comme souhaité. Cependant, des données dynamiques et enregistrées de manière centralisée sont nécessaires au bon fonctionnement du DEP. Pour atteindre ce but, une nouvelle architecture est nécessaire. En adoptant la motion 22.3015<sup>7</sup>, le Conseil fédéral a en réalité déjà anticipé ce changement de système. Dans sa prise de position, H+ suggère donc que ce changement de système soit au moins amorcé dans le cadre de l'actuelle révision partielle de la loi. H+ recommande que la procédure de consultation complète prévue pour l'été 2023 ne porte pas uniquement sur l'entrée en vigueur d'une LDEP révisée en 2027, mais aussi sur les corrections profondes à apporter au système. Il importe en particulier de mettre en place des conditions générales annulant le double consentement (p. ex. modèle *opt-out*), permettant aux différents systèmes d'interagir (norme d'interopérabilité) et qui, à moyen terme, conduiraient à un stockage de données structuré. De plus, il serait essentiel pour H+ que le DEP soutienne et autorise les processus B2B. Dans le cadre de la « solution transitoire » actuelle, il faudrait avoir songé à faire en sorte que seuls les données et les documents puissent être verrouillés, mais qu'un accès soit en principe possible pour les fournisseurs de prestations et que cet accès soit justifiable au moyen du mandat de traitement. À cet effet, il pourrait davantage être fait usage des ordonnances. Le processus fastidieux de modification de la loi conduirait ainsi à moins de blocages. H+ doute également que le financement transitoire soit une incitation suffisante pour permettre l'ouverture de deux millions de DEP d'ici 2027. L'ouverture d'un DEP nécessite une incitation non seulement du côté des communautés de référence, mais aussi et impérativement du côté des patients et des fournisseurs de prestations (hôpitaux et médecins établis en cabinets). Cet aspect n'a pas du tout été pris en compte. En outre, d'après les informations de l'OFSP/Office fédéral de la statistique (OFS), seuls 112 hôpitaux sur 276 (41 %) sont affiliés au DEP (état au 13.01.2023). Il ne fait aucun doute que les raisons de cette situation sont diverses et doivent être analysées dans le cadre de discussions techniques avec des représentants de H+, d'Unimedsuisse, de l'OFSP et de la CDS. Les résultats de ces discussions doivent impérativement éclairer la révision partielle de la LDEP. Il est toutefois déjà possible d'affirmer que des incitations financières sont indispensables au niveau des fournisseurs de prestations. L'introduction du DEP dans les hôpitaux a engendré des coûts se montant plus d'une dizaine de millions de francs, sans que cette prestation ne soit indemnisée ne serait-ce que dans une certaine mesure, quel que soit l'organisme de financement, et sans le moindre bénéfice pour les patients. À ce stade, il n'est pas possible de juger de quelle manière et à hauteur de quel montant les incitations financières pour les hôpitaux doivent être aménagées. Fondamentalement, H+ maintient fermement que la proposition du DFI concernant le financement ne va pas assez loin. Indépendamment du fait que l'on parle d'un service public, une prise en charge partielle des frais d'ouverture ne couvre pas les frais d'exploitation réels de gestion et d'alimentation du DEP, tâches qui incombent non pas aux communautés de référence, mais aux établissements de santé. H+ considère que l'exploitation constitue l'aspect réellement coûteux et attend à cet égard une position fondamentalement différente de la part du DFI. Par ailleurs, le DEP et son développement continu entraîneront des coûts supplémentaires dans les systèmes internes des hôpitaux. Ceux-ci doivent être couverts par des positions de prestations pouvant être décomptées dans les systèmes de financement existants. De manière générale, on peut dire que les hôpitaux subissent déjà une pression financière, et on ne peut comprendre que, même si les communautés de référence doivent être soutenues par la Confédération et les cantons, les hôpitaux encore davantage sous pression.

SGMI critique en particulier le manque de création de valeur / d'utilité et les processus complexes liés à l'enregistrement et à l'identification. Les solutions proposées n'ont pas recueilli de large assentiment de la part des professionnels de la santé, et il n'existe pas non plus de demande importante du côté des patients. L'état actuel des fonctions du DEP ne révèle pas véritablement de progrès en vue d'atteindre l'objectif de créer un écosystème numérique permettant une efficacité renforcée et une assurance qualité dans le système de santé, notamment en raison d'une séparation stricte du DEP et des processus B2B. En matière de financement, le choix a porté sur une variante sous-financée et d'ores et déjà quasiment sans espoir. Compte tenu des moyens évoqués et des mesures prises, la mise en œuvre peut donc déjà être qualifiée par l'expression « trop peu, trop tard », ce qui doit changer. Avant la

---

<sup>7</sup> Motion xxx

révision complète de la LDEP, les adaptations actuelles doivent aboutir à des améliorations rapides et pertinentes, l'utilisation doit avoir une place centrale et les activités de toutes les parties prenantes doivent être rémunérées/indemnisées/dédommagées. Sans une optimisation rapide sur une période d'un an à un an et demi, le DEP se ferait distancer par des fournisseurs privés et les réalisations de base du DEP, qui pour une partie sont tout à fait importantes et louables, deviendraient obsolètes, ce qu'il faudrait éviter. Dans ce contexte, il est impératif de mettre l'accent sur une révision axée sur des mesures incitatives et des processus. Seules des améliorations rapides, tangibles et efficaces des conditions générales pourraient entraîner un effet boule de neige et une diffusion à grande échelle du DEP. Les incitations financières doivent correspondre à une certaine vision (« *you get what you pay for* »), mais, dans le même temps, être rattachées à des conditions claires. Ces conditions ne doivent pas uniquement être liées à de simples quantités (p. ex. nombre de nouvelles ouvertures), mais aussi porter sur la création de valeur / l'utilité, par exemple le fait qu'un dossier a été utilisé toute l'année ou des éléments totalement fonctionnels (dossier de vaccination, plan de médication, etc.) proposés par les communautés de référence. La fenêtre disponible pour utiliser les bases louables en soi (telles que l'identification claire des patients et des professionnels de la santé et les formats d'échange définis et testés) avec des avantages suffisants est courte. Ainsi, un enregistrement facilité et une utilisation simple du DEP ainsi qu'une application pragmatique de conditions générales et un accent rigoureusement mis sur les processus B2B constitueraient des paramètres fondamentaux pour les prochaines étapes.

SMVS critique le fait que rien ne prouve encore que le DEP permette de proposer des soins de santé de qualité et de maîtriser les coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. Jusqu'à présent, le DEP a simplement montré qu'il n'était pas en mesure de fédérer les différents partenaires ni de servir d'instrument de travail. Pour SMVS, il s'agit là d'une nouvelle preuve qu'un manque de collaboration avec les fournisseurs de prestations conduit à des projets trop bureaucratiques, inadéquats et inutilisables. Tant que le DEP ne sera considéré que sous l'angle de la sécurité et de la protection des données, sans véritable réflexion quant au fait qu'il s'agit en premier lieu d'un outil de travail, tout financement supplémentaire ne serait qu'un gaspillage de fonds s'ajoutant aux montants colossaux déjà gaspillés aujourd'hui. Dans sa prise de position, SMVS conclut qu'un financement supplémentaire ne peut pas combler les lacunes structurelles et fonctionnelles du DEP sans une réflexion approfondie sur les fonctions de celui-ci et des modifications urgentes. Ce n'est que de cette manière que le DEP pourra être utilisé dans le cadre des activités quotidiennes des cabinets médicaux. Compte tenu des efforts de certaines communautés pour revaloriser certains éléments du DEP, p. ex. avec la mise en œuvre d'un module de médication ou de plans de soins communs, un financement supplémentaire pourrait être justifié. SMVS qualifie de ridicule le montant de 15 francs proposé aux communautés de référence par dossier du patient ouvert et indique que cette mesure n'aura aucune influence sur le rejet du DEP par la population ou les partenaires. Le financement du DEP, y compris son exploitation, ne saurait être assuré de façon durable de cette manière lors de l'ouverture d'un dossier. Le DEP n'étant pas, intrinsèquement, un modèle commercial viable pour les communautés de référence et les communautés et comme il est à craindre que le financement à long terme pèse sur les prestataires de soins de santé. Le financement de l'exploitation ne peut donc en aucun cas être reporté sur les professionnels de la santé (p. ex. sous la forme de cotisations plus élevées). Il est impératif de veiller à ce que le soutien financier destiné à l'administration des dossiers par le professionnel de la santé puisse être pris en compte. Les cabinets médicaux sont confrontés à une charge de travail supplémentaire considérable pour la mise à disposition de données pertinentes pour le traitement, s'agissant aussi bien de l'administration du DEP que de la formation des collaborateurs. SMVS demande comment le soutien financier des partenaires de la santé est envisagé pour la mise en œuvre du DEP.

### **Autres organisations et cercles intéressés**

Le *D' B. Gafner* rejette l'aide financière sous forme d'indemnisation par dossier du patient existant pour les mêmes raisons que *BEKAG*.

*CH++* est d'avis que la présente révision s'attaque aux symptômes et non aux véritables causes des problèmes. Ces causes sont le manque d'incitations financières et non

financières ainsi que le manque d'avantages économiques dus au manque de cas d'utilisation (p. ex. cybermédication et carnet de vaccination électronique). S'agissant des cas d'utilisation, on se limite pour le moment à la définition de formats d'échange sans aborder les processus qui, eux seuls, permettent de produire une valeur ajoutée. Aujourd'hui, le DEP fonctionne sur le plan technique (actuellement dans la limite des communautés), mais les communautés de référence n'auraient pas les moyens de développer des contenus bien qu'il s'agisse d'une priorité. Cette révision de la loi devrait par conséquent être complétée d'une obligation de prendre part aux processus tels que l'actualisation du plan de médication, la validation du carnet de vaccination, etc.

*EKK* doute que les patients assument sans autre le rôle que la LDEP leur attribue. Il est notamment exigé des patients qu'ils soient bien plus actifs dans le système de santé ; il s'agit certes d'une bonne idée au regard du concept de médecine intelligente, mais celle-ci n'est pas réalisable sans le soutien de tous les acteurs du système de santé. Pour l'heure, un tel soutien n'est toutefois pas garanti dans le cadre des modifications de la LDEP actuellement proposées, pour diverses raisons.



## 4 Prises de position concernant les différentes dispositions

Les sections ci-après comprennent les retours spécifiques, c'est-à-dire les prises de position critiques ou exprimant un rejet ainsi que les propositions d'ajout et/ou de modification des différentes dispositions de la loi. Les prises de positions exprimant une approbation explicite d'un article donné ne sont pas représentées.

### 4.1 LDEP

#### 4.1.1 Préambule

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu les art. 95, al. 1, 117, al. 1 et 122, al. 1, de la Constitution,  
vu le message du Conseil fédéral du 29 mai 2013,

*arrête :*

Le canton *TG* déplore que, dans l'optique de légitimer l'aide financière octroyée par la Confédération, l'art. 117, al. 1, Cst. soit mentionné dans le préambule de la LDEP afin que le DEP puisse être considéré comme un instrument de l'assurance-maladie, contrairement à sa conception actuelle. Ce lien est fabriqué de toutes pièces et la base constitutionnelle du cofinancement du DEP par l'État fait défaut.

*ARTISET* recommande d'examiner avec une grande prudence les réflexions du Conseil fédéral concernant le caractère constitutionnel de la législation de la Confédération au sujet du DEP et les aides financières de la Confédération qui y sont liées : l'idée selon laquelle le DEP peut (également) avoir une base constitutionnelle au titre de l'art. 117 Cst. trouve certes une justification politique dans la nécessité de garantir le maintien et le développement du DEP. D'un point de vue formel, toutefois, l'ancrage dans l'art. 117 Cst. s'apparente à la ruse juridique, ce qui en outre n'est pas à considérer comme anodin. De cette manière, la Confédération et en particulier le DFI/l'OFSP s'assurent un pouvoir d'exécution considérablement renforcé de même que le pouvoir correspondant d'émettre des directives à l'intention des cantons.

Les organisations *MFE* et *SGAIM* considèrent qu'il est problématique de justifier l'ancrage du DEP dans la LAMal par la volonté de renforcer la qualité des soins médicaux et les processus thérapeutiques, d'augmenter la sécurité des patients, de renforcer l'efficacité du système de santé et d'encourager le développement des compétences des patients en matière de santé.

L'essence de l'art. 117a Cst. vise plutôt à soutenir les soins de santé primaires et en particulier les médecins de famille et les pédiatres. Ces derniers doutent sérieusement de la valeur ajoutée du DEP avec ses fonctionnalités actuelles et sont plutôt d'avis que les fonds résultant de l'art. 117a Cst. devraient être investis ailleurs, notamment dans l'encouragement de la relève parmi les médecins de famille et les pédiatres et dans le renforcement des conditions générales pour ces métiers.

#### 4.1.2 Art. 1 Objet et but

<sup>1</sup> La présente loi règle les conditions de traitement des données du dossier électronique du patient.

<sup>2</sup> Elle détermine les mesures qui soutiennent l'introduction, la diffusion et le développement du dossier électronique du patient.

<sup>3</sup> Le dossier électronique du patient vise à améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des processus thérapeutiques, à augmenter la sécurité des patients, à accroître l'efficacité du système de santé ainsi qu'à encourager le développement des compétences des patients en matière de santé. Il doit par là même contribuer à assurer des prestations de santé de qualité et à maîtriser les coûts dans le domaine de l'assurance-maladie.

<sup>4</sup> La responsabilité des communautés, des communautés de référence, des portails permettant aux patients d'accéder à leurs données (portails d'accès), des éditeurs de moyens d'identification, des professionnels de la santé ainsi que des patients est régie par les dispositions qui leur sont applicables.

#### 4.1.2.1 Alinéa 2

*EKK* explique qu'un changement culturel entre les professionnels de la santé et les patients demande du temps. En effet, les seconds ne disposent pas du même niveau de compétence décisionnelle que les premiers. La loi actuelle, en vigueur jusqu'à la fin de 2023, comprend à l'**alinéa 2** une disposition relative aux moyens d'opérer ce changement et d'introduire progressivement le DEP. Étant donné que l'alinéa 2 est abrogé, le projet relatif au financement transitoire ne tiendra plus compte de cet aspect. *EKK* estime par conséquent que la LDEP devrait davantage intégrer ce facteur temps lors de la mise en œuvre de ce changement culturel.

#### 4.1.2.2 Alinéa 3

*SDA* estime qu'il est nécessaire, dès l'énoncé du but, de mentionner l'utilisation sécurisée et pertinente des données sur la santé, car celles-ci sont essentielles pour l'avenir du système de santé suisse. Elle propose par conséquent les modifications suivantes (soulignées) de la **première phrase de l'alinéa 3** : « Le dossier électronique du patient vise à améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des processus thérapeutiques, à augmenter la sécurité des patients, à accroître l'efficacité du système de santé ainsi qu'à encourager l'utilisation pertinente des données et le développement des compétences des patients en matière de santé. »

*ACSI* et *FRC* trouvent que la formulation de la **deuxième phrase de l'alinéa 3** est trop restrictive. Le DEP a un fort potentiel d'amélioration de la qualité des soins de santé, mais au-delà d'une « réduction des coûts », il doit permettre une meilleure « économicité ». En effet, les dépassements de coûts liés à des examens réalisés en double ou triple et les prescriptions de prestations ou de médicaments superflues peuvent ainsi être évités. Ces organisations proposent donc la modification suivante : « Il doit par là même contribuer également, en tenant compte des principes de rentabilité, à assurer des prestations de santé de qualité ~~et à maîtriser les coûts~~ dans le domaine de l'assurance-maladie. »

Selon *SDV*, le principe de prévention relève également de la maîtrise des coûts. Celle-ci comprend également l'automédication en tant que compétence-clé des drogueries. *SDV* propose les modifications suivantes de la **deuxième phrase de l'alinéa 3** : « Il doit par là même contribuer à assurer des prestations de santé de qualité, à promouvoir les compétences de la population en matière de santé (prévention) et à maîtriser les coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. »

### 4.1.3 Art. 3 Consentement

<sup>1</sup> La constitution d'un dossier électronique requiert le consentement explicite du patient. Ce consentement n'est valable que si la personne concernée le donne de son plein gré après avoir été dûment informée sur la manière dont les données sont traitées et sur les conséquences qui en résultent. Le Conseil fédéral règle les modalités du consentement.

<sup>1bis</sup> Les communautés de référence doivent en tout temps être en mesure de prouver le consentement du patient.

<sup>2</sup> Le patient qui a donné son consentement à la constitution d'un dossier électronique est présumé accepter que les professionnels de la santé y saisissent des données en cas de traitement médical. Les professionnels de la santé travaillant pour des institutions de droit public ou pour des institutions qui assument une tâche publique qui leur a été confiée par un canton ou une commune sont, dans ce cas, autorisés à saisir et à traiter des données dans le dossier électronique du patient.

<sup>3</sup> Le patient peut révoquer son consentement en tout temps et sans motif.

<sup>4</sup> Il ne peut être contraint de rendre accessibles des données de son dossier électronique.

#### 4.1.3.1 Remarques générales

Les cantons *NW* et *SG* ainsi que les organisations *FMH*, *BEKAG*, *MFE* et *SGAIM* indiquent que même dans le cadre d'un consentement explicite, le devoir d'informer, y compris la possibilité de s'opposer, doivent être maintenus (consentement éclairé). Le caractère volontaire du consentement est également un prérequis pour que le consentement puisse être accordé. Au niveau de l'ordonnance, il est impératif de réglementer quelle forme doit

prendre le consentement légal. Un cadre juridique est en outre nécessaire aux communautés de référence à des fins de contrôlabilité. Dans ce contexte, il convient en effet de veiller à ce que le consentement puisse être contrôlé et prouvé. Dès lors que le consentement est accordé par le patient, il doit être remis au patient. Dans le cadre de cette notification du consentement, il est impératif de prévoir que le patient confirme à nouveau le processus afin de renforcer le droit à l'autodétermination (modèle *opt-in* double). *MFE* et *SGAIM* demandent que la mise en œuvre soit la même dans tous les cantons.

*FRC* et *SKS* indiquent que les processus de consentement simplifiés doivent répondre aux normes de sécurité les plus élevées et faire l'objet d'un suivi régulier.

*ADTG* et *H+* font remarquer que malgré la suppression de la forme écrite, une discussion personnelle demeure nécessaire dans certains cas. Aujourd'hui déjà, la procédure d'auto-identification dans le contexte d'une signature électronique qualifiée (SEQ) est valide conformément à la SCSE. La procédure reprend les caractéristiques biométriques des passeports et comprend de vérifier que la personne et les données figurant sur le passeport concordent. On peut supposer que cette forme d'identification sera rapidement mise en œuvre au sein des communautés de référence pour l'ouverture de dossiers. Une modification de la loi deviendrait alors superflue. *eSANITA* fait également remarquer qu'une part de la population requiert une assistance personnelle lors de l'ouverture d'un DEP, ainsi cette possibilité doit continuer d'être proposée en parallèle.

*ARTISET* et *SBK* soulignent que les données enregistrées dans le DEP sont des données de santé et sont par conséquent hautement personnelles et sensibles. *SBK* indique donc que la protection des données et la protection contre les abus doivent être garanties en tout temps et que des mesures appropriées sont nécessaires contre les abus liés au consentement.

*IPAG* estime qu'il est important que le consentement juridiquement valable des patients concernant l'utilisation du DEP soit clairement réglementé et vérifiable. *IPAG* soutient la proposition de recourir à un processus fondé sur un modèle *opt-in* double visant à renforcer le droit à l'autodétermination des patients.

#### 4.1.3.2 Alinéa 1<sup>bis</sup>

Le canton *Tl* attire l'attention sur le fait que le terme « en tout temps » peut admettre, à l'ère du numérique, de nouvelles interprétations que la loi n'avait pas encore prévues. De nuit ou en dehors des heures de bureau, il n'est pas possible de répondre à toutes les demandes, en particulier si le consentement est enregistré au format papier. Le terme « en tout temps » semble excessif et superflu. Le canton *Tl* propose par conséquent la modification suivante de l'**alinéa 1<sup>bis</sup>** : « Les communautés de référence doivent en tout temps, sur demande, être en mesure de prouver le consentement du patient. » *SGMI* indique également que l'expression « en tout temps » figurant à l'**alinéa 1<sup>bis</sup>** n'apporte aucune valeur ajoutée notable si une preuve est exigée. Il existe un risque que cela donne lieu à des services de recherche de données ou à des solutions techniques coûteuses. *SGMI* demande par conséquent la suppression du terme « en tout temps ».

#### 4.1.4 Art. 23a Principes

<sup>1</sup> La Confédération peut allouer aux communautés de référence des aides financières aux fins de garantir le financement de l'exploitation et du développement du dossier électronique du patient.

<sup>2</sup> Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient. Le Conseil fédéral fixe ce montant.

<sup>3</sup> Les aides financières de la Confédération sont allouées uniquement si les cantons participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence.

<sup>4</sup> Lorsque plusieurs subventions fédérales peuvent être demandées pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient, l'ensemble des aides financières allouées par la Confédération ne peut dépasser la moitié des coûts en question.

#### 4.1.4.1 Alinéa 1

##### 4.1.4.1.1 Remarques générales

Le *Centre* critique le fait que l'aménagement double des aides financières (financement par la Confédération et les cantons) pourrait mettre en péril la communauté de référence des pharmacies (Abilis). Il estime que, des aides financières devraient être octroyées à toutes les communautés de référence fonctionnelles, par exemple grâce à la possibilité de garantir un cofinancement au moins équivalent de la part d'autres acteurs également.

Le *PLR* craint que la procédure choisie entraîne la discrimination potentielle de communautés privées. En conséquence, il ne serait pas intéressant pour les cantons ayant mis sur pied ou repris une communauté de financer une entité privée concurrente, bien que celle-ci remplisse les conditions requises. Cette obligation doit donc être réglementée de façon claire et contraignante, par exemple en introduisant une contribution fixe (minimale) provenant des cantons.

*Economiesuisse* indique qu'une inégalité de traitement entre les communautés de référence fondées par les cantons et les autres communautés de référence est à éviter. Dans tous les cas, le financement du dossier électronique du patient doit être garanti suivant les mêmes conditions, indépendamment de la communauté de référence choisie. Ainsi, toutes les communautés de références seraient sur un pied d'égalité dans le cadre de l'exploitation et du développement du DEP.

Les organisations *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse* et *Sphf* estiment que l'endroit où le patient a ouvert son dossier importe peu pour le système dans son ensemble, qui profite du fait qu'un grand nombre de patients ouvrent un DEP. L'exploitation et l'ouverture de nouveaux dossiers doivent donc être encouragées. Il convient de prévoir un financement couvrant l'ensemble des cantons, réparti de manière égale entre les communautés de référence cantonales, supra-cantonales et nationales et assumé à parts égales par la Confédération et les cantons. Du point de vue de l'égalité de traitement, ces organisations considèrent que le projet est problématique. La solution proposée réglemente uniquement le soutien financier accordé aux communautés de référence qui sont déjà soutenues par un canton. *AAV* mentionne l'exemple du canton d'Argovie, qui soutient la communauté de référence eHealth Aargau SteHAG à raison de montants considérables. Ce soutien financier n'est toutefois nullement réglementé. Les cantons participant au développement ou à l'exploitation d'une communauté de référence n'auraient aucun intérêt à fournir une aide financière au-delà de cette participation. En conséquence, seules ces communautés de référence profiteraient des contributions des cantons, tandis que des communautés de référence œuvrant au niveau national, comme Abilis, ne seraient pas prises en compte dans le cadre des contributions cantonales. *AAV* fait remarquer que les aides financières ne tiennent pas suffisamment compte du fait que les personnes ou les organisations d'un autre canton peuvent recourir aux services d'une communauté de référence cantonale. Pour *AAV* et les organisations *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse* et *Sphf*, cette inégalité de traitement est à éviter. Le soutien financier doit être déterminé uniquement suivant les dossiers du patient effectivement ouverts. Les organisations susmentionnées jugent en outre que dans le cadre de la réglementation présentée, les communautés de référence nationales n'auraient aucune possibilité de faire valoir leur droit à un soutien, qu'il soit cantonal ou national. Les communautés de référence nationales telles qu'Abilis seraient par conséquent clairement désavantagées par rapport aux communautés de référence cantonales. Afin de garantir l'égalité de traitement prévue par la Constitution, une modification de l'art. 23a LDEP est proposée. Le libellé proposé doit obliger un canton, en fonction du nombre de dossiers ouverts pour des personnes résidant sur son territoire, à octroyer un financement à la communauté de référence correspondante. Dans ce contexte, les cantons sont naturellement libres de renoncer à leurs contributions financières. De plus, le financement n'est accordé qu'aux communautés de référence certifiées, ce qu'approuve *LAV*. Pour *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse* et *Sphf*, le lieu de résidence est un critère approprié. En effet, conformément à la LDEP, un patient ne peut appartenir qu'à une seule communauté de référence, et l'interopérabilité entre les communautés de référence est un

prérequis à la certification et un élément central du DEP. Enfin, grâce à des aides financières identiques de la part de la Confédération et des cantons (c'est-à-dire un montant fixe par ouverture de DEP), il est facile de veiller à ce que les aides financières cantonales soient au moins égales à celles de la Confédération. Le LDEP actuellement en vigueur ne semble pas permettre à la Confédération d'obliger les cantons à apporter un soutien financier aux communautés de référence. Toutefois, elle n'empêche pas la Confédération de définir des dispositions pour le financement de l'exploitation et du développement des communautés de référence. Au moyen de ces critères, la Confédération pourrait garantir le respect du principe d'égalité de traitement, comme elle l'a fait dans le cadre de la loi COVID-19 par exemple. Subsidiairement, si l'on suppose que la Confédération ne peut pas obliger les cantons à financer le DEP ni ne peut définir des critères pour le financement des communautés de référence par les cantons, la LDEP doit alors garantir une égalité de traitement des communautés de référence. Comme on peut supposer que les cantons n'accorderont aucun soutien financier aux communautés de référence nationales s'ils ne sont pas tenus de le faire, un paiement proportionnel au nombre de dossiers du patient ouverts dans le canton devrait être garanti dans le cas des aides financières nationales, indépendamment de la participation financière du canton.

Les organisations *CLPh* et *Sphf* expliquent que le canton de Fribourg a signé un accord intercantonal en faveur du développement et du financement dans une large mesure de la plateforme CARA. Dans la pratique, les fournisseurs de prestations ne sont pas incités à prendre part au développement et à l'enregistrement. Ainsi, une égalité de traitement favoriserait grandement la participation active des pharmacies à l'échange de données par le biais du DEP. *CLPh* et *Sphf* rappellent qu'une grande part des pharmacies sont affiliées à la communauté de référence Abilis xHealth et profitent d'ores et déjà d'une intégration optimale du DEP d'Abilis dans leur système primaire. On peut ici se demander comment déployer un outil dans le système de santé si celui-ci ne suscite pas l'intérêt des fournisseurs qui doivent l'utiliser, ou pire encore, si son utilisation demande du temps et de l'argent alors qu'il existe une autre solution. De plus, comment susciter l'intérêt des patients si les fournisseurs de prestations ne sont pas convaincus et ne sont pas impliqués dans le processus ? L'interopérabilité, de même que l'égalité de traitement, doivent être garanties, ce qui n'est pas le cas dans les cantons de Suisse romande qui sont soumis à l'accord intercantonal CARA. Selon *CLPh* et *Sphf*, il s'agit là d'un obstacle clair au libre choix des patients et d'un frein considérable au développement du DEP.

Pour les organisations *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *PharmaSuisse* et *Sphf*, le financement des prestataires de soins fait défaut. Les adaptations de leur système d'information en vue de satisfaire à l'exigence d'interopérabilité ne seraient pas indemnisées. En Autriche, les prestataires de soins aussi bien que les fournisseurs de systèmes primaires ont été pris en considération lors du développement de la carte de santé électronique (ELGA) afin que de nouveaux services tels que la cybermédication puissent être mis en place. Ce financement des systèmes est inexistant dans le présent projet. Ce n'est que de cette manière qu'il sera possible de veiller à ce que de nouveaux services soient introduits dans toute la Suisse.

*ADTG* déplore que le financement transitoire soit uniquement réservé aux communautés de référence, car cette disposition donne lieu à une inégalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national. Les soins de santé des patients ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales. Aujourd'hui déjà, les établissements de santé actifs dans plusieurs cantons doivent s'affilier à différentes communautés de référence. Les communautés ou les communautés de référence œuvrant au niveau suprarégional sont attrayantes pour de tels établissements de santé, car, sans elles, ils devraient supporter des coûts excessivement élevés pour le raccordement organisationnel et technique à ces communautés. Le présent projet engendrerait donc une concurrence qui ne contribuerait pas à la diffusion du DEP. *ADTG* demande par conséquent que les communautés et les communautés de référence suprarégionales aient également droit à des aides financières.

*ARTISET* refuse que les aides financières de la Confédération soient accordées uniquement si les cantons participent au moins à parts égales aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du DEP. Un tel mécanisme désavantagerait certaines communautés de référence (y compris les établissements médico-sociaux qui lui

sont affiliés). Pour illustrer son propos, *ARTISET* explique que le canton des Grisons a refusé jusqu'à présent un engagement lié à la communauté de référence eSANITA. Par conséquent, la part cantonale des coûts en question de cette communauté de référence n'a pas été versée, contrairement à la part cantonale des coûts des communautés de référence Emedo et Axsana, par exemple. Compte tenu du besoin urgent d'action en vue d'assurer la diffusion du DEP et pour que toutes les communautés de référence soient traitées de manière égale sur le plan financier, il est pertinent de répartir les aides financières de la Confédération et des cantons suivant une clé de répartition respectant le principe d'égalité de traitement. *ARTISET* plaide donc pour que le principe de subsidiarité prévu par le fédéralisme soit pondéré de manière différenciée dans le contexte actuel. Au titre de la compétence des cantons dans le domaine de la santé, ceux-ci doivent être tenus de participer au financement des communautés de référence. Toutefois, pour que l'absence d'une telle obligation n'ait pas de conséquences indésirables pour les communautés de référence, la communauté de référence requérante doit pouvoir bénéficier du montant cumulé des aides financières (parts) de la Confédération et du canton. Pour cette raison, la Confédération devrait verser le montant total cumulé des aides financières, le canton devant lui rembourser sa part si son paiement est illégalement retardé.

Du point de vue de *BEKAG*, *FMH*, *IPAG* et *MFE*, exclure les communautés du financement transitoire constitue une ingérence dans le développement du marché au profit des communautés de référence. Du point de vue des patients, les médecins de famille et les médecins du secteur ambulatoire, qui sont pour la plupart affiliés au DEP au sein de l'unique communauté certifiée (AD Swiss), jouent un rôle central s'agissant des informations contenues dans un dossier. Les soins de santé du secteur ambulatoire ne dépendent pas des frontières cantonales. Les cabinets collectifs ou les chaînes de cabinets peuvent être répartis entre plusieurs cantons et prennent en charge des patients issus de différents cantons. Il en va de même pour les établissements de santé ou de réadaptation actifs dans plusieurs cantons. L'affiliation d'un établissement de santé à plusieurs communautés de référence est inacceptable sur le plan organisationnel et financier. *AVKZ* déplore également que seules les communautés de référence certifiées puissent bénéficier de l'aide financière. *MFE* et *SGAIM* critiquent le manque d'explications concernant les besoins de financement des communautés de référence.

*FMH* et *MFE* demandent que des aides financières soient également octroyées pour la tenue à jour des dossiers par les professionnels de la santé. Le financement de l'exploitation ne doit en aucun cas être reporté sur les professionnels de la santé (p. ex. sous la forme de frais d'adhésion plus élevés). On peut supposer que la mise à disposition dans le DEP des données pertinentes pour le traitement engendra des frais supplémentaires considérables pour les cabinets du secteur ambulatoire. Ces frais, liés notamment à la formation des collaborateurs, ou ceux engendrés dans le cadre d'un audit ne sont pas indemnisés à l'heure actuelle. Les moyens technologiques adaptés, tels qu'une intégration en profondeur du DEP dans le dossier médical électronique, sont en grande partie indisponibles. En raison du manque de main-d'œuvre, cette charge supplémentaire ne peut pas être assumée.

*IG eHealth* et *SHV* expliquent que l'Assemblée fédérale s'est prononcée en faveur d'une concurrence entre les communautés de référence, et la loi prévoit explicitement des communautés de référence et des communautés. Le soutien unilatéral des communautés de référence, qui ne seraient cofinancées que par les cantons, est problématique d'un point de vue juridique. Objectivement, cette approche est également erronée, car il n'est pas judicieux de raccorder uniquement les patients. *IG eHealth* et *SHV* indiquent que la campagne d'information prévoit deux phases :

- Information auprès des fournisseurs de prestations (du secteur ambulatoire) ;
- Information auprès des citoyens.

*IG eHealth* et *SHV* estiment que la manière dont la procédure est conçue est juste et recommandent également un financement « double » du raccordement au DEP (patients et fournisseurs de prestations/professionnels de la santé). Le DEP ne peut pas pleinement réaliser son potentiel si ce sont principalement les citoyens qui s'y raccordent et que, dans le même temps, il n'y a pas suffisamment de fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire qui l'utilisent et y ajoutent des informations utiles. *IG eHealth* et *SHV* constatent une

rupture entre la campagne d'information de la Confédération au sujet du DEP, cohérente dans sa conception, et la présente proposition de financement transitoire, qui se concentre uniquement sur le raccordement des citoyens.

*IGMG* considère que non seulement les communautés de référence doivent être dirigées de manière entrepreneuriale, mais aussi les établissements des fournisseurs de prestations. La mise en place des conditions techniques nécessaires doit également être financée au moyen de crédits adaptés, de même que la saisie dans les dossiers. Pour financer cette approche, *IGMG* propose que a) les communautés de référence soient rassemblées en une plateforme DEP et que b) le crédit soit augmenté en conséquence.

*Interpharma* souligne qu'il faut éviter une inégalité de traitement entre les communautés de référence fondées par les cantons et les autres communautés de référence. Le financement du DEP doit dans tous les cas être garanti sous les mêmes conditions, indépendamment de la communauté de référence choisie. De cette manière, toutes les communautés de référence seraient sur un pied d'égalité pour l'exploitation et le développement du DEP.

*IPAG* souligne que les aides financières doivent également tenir compte de la tenue à jour des dossiers par les professionnels de la santé. Le financement de l'exploitation ne doit pas se répercuter sur les professionnels de la santé, par exemple sous la forme de frais d'adhésion plus élevés ou de divers droits de licence.

*SBAP* fait remarquer que la charge financière pesant sur les cabinets de psychothérapie (fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire) est élevée et souhaiterait que les communautés de référence ne soient pas les seules à pouvoir demander une aide financière de la Confédération, mais que les petites entreprises établies en tant que cabinet individuel ou organisation de psychologues-psychothérapeutes puissent le faire également.

Pour *SBK* et *SVBG*, la sécurité des patients et la qualité du système de santé sont étroitement liées à l'échange d'informations dans la pratique. Pour que le DEP puisse être employé de manière pérenne et contribue à des soins de santé de qualité ainsi qu'à une maîtrise des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie, le soutien financier accordé aux communautés de référence doit s'accompagner d'un soutien financier destiné à la mise en œuvre assurée par les fournisseurs de prestations. Accorder uniquement des moyens financiers aux communautés de référence pour l'ouverture de DEP est insuffisant pour atteindre ces objectifs. Le DEP doit constituer une valeur ajoutée pour la population et les fournisseurs de prestations.

*SGAIM* estime que l'absence de réglementation relative au financement du travail des médecins de famille dans ce domaine est problématique. En effet, le raccordement au DEP engendre une charge de travail et des coûts supplémentaires pour les professionnels de la santé, notamment pour la formation des collaborateurs, les explications à fournir aux patients, le transfert de données et l'intégration des logiciels. Cependant, aucun financement n'est prévu à cette fin pour le moment. *SGAIM* regrette que les médecins et en particulier les médecins de famille, clé de voûte de l'intégration des informations dans le DEP, aient été oubliés et demande qu'un financement approprié soit compris dans la réglementation. En outre, les médecins de famille craignent que le financement de l'exploitation du DEP soit reporté sur les professionnels de la santé (p. ex. sous la forme de cotisations plus élevées). Elle demande donc des garanties afin d'éviter cette situation.

*Spitex* déclare que les aides financières doivent être accordées à toutes les communautés et communautés de référence certifiées au moment de l'octroi.

La communauté de référence *Abilis* condamne elle aussi le mécanisme prévu, qui est problématique sous l'angle du principe d'égalité de traitement en général et entre les communautés de référence en particulier. *Abilis* constate que la Confédération fait dépendre ses aides financières d'un financement préalable au moins équivalent de la part des cantons. L'avant-projet n'établit aucune règle définissant quel canton finance quel dossier électronique ouvert et quelle forme doit prendre ce financement cantonal. *Abilis* explique que les cantons ayant mis sur pied ou repris une communauté de référence et qui la financent seront probablement incités à financer les dossiers nouvellement ouverts. Toutefois, elle ne voit pas comment un canton pourrait vouloir participer aux frais d'exploitation d'un dossier ouvert en son sein. On peut supposer que les cantons refuseraient d'apporter un soutien financier

aux résidents du canton ayant ouvert un DEP auprès d'Abilis. Le canton pourrait justifier ce refus par le fait qu'Abilis est une communauté de référence « privée » faisant concurrence à la communauté de référence cantonale et ayant, en outre, un rayon d'activité national. En outre, les cantons qui participent à une communauté de référence et la financent ne verseront d'aide que pour les ouvertures de DEP réalisées au sein de cette même communauté de référence. En conséquence, Abilis n'aurait droit ni à une aide cantonale, ni à une aide fédérale. Les communautés de référence qui ne relèvent pas d'un seul canton, et en particulier les communautés nationales telles qu'Abilis feraient donc l'objet d'une discrimination flagrante. Afin de garantir une égalité de traitement des communautés de référence conformément aux art. 8 et 27 Cst. et à la LDEP en vigueur, les cantons doivent déjà se déclarer prêts à accorder un financement sous forme de montant fixe par DEP en vue de l'exploitation de ces derniers par les communautés de référence (pour les patients résidant sur leur territoire et ouvrant un DEP). Cette disposition devrait s'accompagner de l'indication que les cantons sont libres de refuser un tel financement indépendamment de la communauté de référence au sein de laquelle les patients ont ouvert leur DEP, et naturellement à condition que la communauté de référence soit certifiée par la Confédération. *Abilis* est d'avis que le lieu de résidence est un critère approprié, car, conformément à la LDEP, un patient ne peut appartenir qu'à une seule communauté de référence et l'interopérabilité entre les communautés de référence est un prérequis à la certification ainsi qu'un élément central du DEP. Les avantages du DEP en matière de santé publique, en particulier le fait qu'il puisse être consulté par tous les fournisseurs de prestations, s'appliqueraient donc pour le canton de résidence du patient, indépendamment de la communauté de référence auprès de laquelle le DEP a été ouvert. Enfin, une aide financière identique de la part de la Confédération et des cantons (c'est-à-dire un montant fixe par ouverture de DEP) permettrait de garantir facilement que le soutien financier cantonal soit au moins équivalent à celui fourni par la Confédération. *Abilis* relève également que la LDEP en vigueur n'autorise pas la Confédération à imposer aux cantons de financer le DEP. D'un autre côté, il n'est pas interdit à la Confédération de définir des critères à suivre par les cantons dans le cadre du cofinancement de l'exploitation par les communautés de référence. En effet, la Confédération a pour obligation de définir des critères garantissant une égalité de traitement des communautés de référence. À cet égard, *Abilis* indique que la Confédération a déjà eu l'occasion d'établir, dans la législation visant à lutter contre l'épidémie de COVID-19 (en particulier l'art. 12 de la loi COVID-19 du 25 septembre 2020), des critères et des conditions devant être suivis par les cantons dans le cadre des aides publiques qu'ils se partagent. Dans l'éventualité où la Confédération serait d'avis que la LDEP en vigueur l'empêcherait d'exiger non seulement un financement du DEP par les cantons, mais aussi l'utilisation de critères identiques pour le financement, la modification en cours de la loi devrait néanmoins garantir l'égalité de traitement des communautés de référence. Pour les raisons mentionnées ci-dessus, il est assez certain que les cantons ayant leurs propres communautés de référence ne financeraient pas les autres. L'unique moyen d'atteindre l'objectif constitutionnel d'égalité de traitement serait donc de renoncer à un préfinancement cantonal équivalent pour les communautés de référence nationales, et d'au moins doubler le financement de la part de la Confédération (c'est-à-dire deux fois 15 francs, soit 30 francs par ouverture de DEP pour les communautés de référence n'ayant pas bénéficié d'une aide financière cantonale).

*AD Swiss* demande l'égalité des droits de tous les acteurs (communautés de référence et communautés, patients et fournisseurs de prestations).

*HIN* critique le fait que le financement transitoire ne se limite qu'à l'ouverture de DEP tandis que les communautés et les fournisseurs d'identité restent les mains vides. Elle demande que toutes les communautés et communautés de référence certifiées ainsi que tous les fournisseurs d'identité certifiés bénéficient d'aides financières, car celles-ci doivent stimuler l'utilisation de l'ensemble de l'écosystème du DEP.

*CVCI* estime qu'on ne sait toujours pas clairement quel canton financerait les ouvertures de DEP. Suivant l'interprétation de la disposition, les cantons ayant leur propre communauté de référence pourraient décider de ne pas financer les communautés privées, qu'elles soient cantonales ou nationales, car celles-ci font concurrence aux communautés publiques. Par conséquent, seules les communautés de référence publiques bénéficieraient du



financement cantonal et donc du financement fédéral, au détriment des communautés privées. Un tel mécanisme constituerait une violation du principe d'égalité de traitement et une discrimination des communautés de référence privées. En vue d'une égalité de traitement de toutes les communautés de référence, *CVCI* propose de choisir le lieu de résidence des patients comme critère déterminant pour l'octroi d'un financement cantonal, indépendamment de la communauté de référence auprès de laquelle le DEP a été ouvert. Elle propose également de prévoir qu'un canton qui se dirait prêt à accorder un financement pour l'exploitation par les communautés de référence doit l'accorder sous forme de montant déterminé et fixe par DEP. Il serait ainsi possible de garantir que le soutien financier cantonal soit au moins égal à celui de la Confédération.

Il a été signalé à *WEKO* que la formule proposée pourrait conduire à une inégalité de traitement entre les communautés de référence fondées par les cantons et les autres communautés de référence s'agissant de la participation financière des cantons à l'exploitation et au développement du dossier électronique du patient.

#### 4.1.4.1.2 Demandes de modification

Selon *IG eHealth*, *SDV* et *SHV*, la LDEP se réfère aux communautés de référence et aux communautés. Elles proposent donc la modification suivante de l'**alinéa 1** : « La Confédération peut allouer aux communautés de référence et aux communautés des aides financières aux fins de garantir le financement de l'exploitation et du développement du dossier électronique du patient. » *ADTG* soutient également cette modification de l'alinéa 1 pour des raisons d'égalité de traitement des communautés de référence et communautés œuvrant au niveau national. *SVDG* et *VGI.ch* suggèrent la même modification au motif que les communautés de référence ne doivent pas être privilégiées par rapport aux communautés. Les communautés pourraient ainsi proposer une option financièrement intéressante pour le raccordement des fournisseurs de prestations qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas prendre en charge l'ouverture d'un dossier.

*SBK* et *SVBG* approuvent, outre le soutien financier accordé aux communautés de référence, le soutien financier destiné à la mise en œuvre au niveau des fournisseurs de prestations afin que le DEP puisse être employé de façon pérenne. Il n'est pas suffisant de prévoir uniquement des fonds pour les communautés de référence à l'ouverture de DEP. *SBK* et *SVBG* proposent donc les modifications suivantes de l'**alinéa 1** : « La Confédération peut allouer aux communautés de référence et aux fournisseurs de prestations des aides financières aux fins de garantir le financement de l'exploitation et du développement du dossier électronique du patient. »

*AD Swiss* attire l'attention sur le fait que la LDEP se réfère aux communautés de référence et aux communautés et propose que l'**alinéa 1** soit adapté comme suit : « La Confédération peut allouer aux communautés de référence, aux communautés ainsi qu'aux fournisseurs d'identité des aides financières aux fins de garantir le financement de l'exploitation et du développement du dossier électronique du patient. » *HIN* se rallie à cette proposition.

#### 4.1.4.2 Alinéa 2

##### 4.1.4.2.1 Remarques concernant le point de rattachement

*Le Centre* se demande s'il est judicieux de ne rattacher le montant des aides financières qu'au nombre d'ouvertures de DEP, ou s'il existe d'autres critères pouvant contribuer à une diffusion aussi large que possible du DEP.

*Le PLR* est également d'avis que le nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté de référence qui enregistrent effectivement des données dans le DEP ainsi que l'intégration de services supplémentaires sont également des éléments déterminants pour le bon fonctionnement du système dans son ensemble. Ainsi, les incitations prévues dans le projet doivent être complétées au cas où les conditions générales incontestées ne peuvent pas être mises en place dès à présent.

*Economiesuisse* estime qu'il est important d'aménager le financement (transitoire) du point de vue des prestations. L'ouverture d'un dossier constitue certes une première étape, mais

celle-ci est insuffisante. Le dossier doit être activement tenu à jour et, si possible, tous les fournisseurs de prestations doivent y participer. Le financement actuellement prévu ne garantit pas de véritable utilisation du DEP.

SGV est d'avis qu'il faut tenir compte non seulement de la diffusion, mais aussi de l'adhésion des professionnels de la santé. Les aides financières ne doivent en aucun cas cimenter des structures inefficaces ; elles doivent plutôt contribuer à un DEP utilisé de manière pérenne par les professionnels de la santé et par la population. Le DEP doit pouvoir faire preuve de son utilité et de sa fonctionnalité auprès de la population et des acteurs du système de santé.

FRC plaide pour la prise en compte, lors de l'aménagement des aides financières, du nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté de référence et qui enregistrent effectivement des données dans le DEP. Elle propose en outre qu'un montant de base soit défini pour un DEP exploité pendant une année entière (12 mois). Il serait complété par le versement d'un montant à déterminer pour chaque service supplémentaire utile, clairement défini par la Confédération et les cantons, qui serait proposé pendant une année entière et jusqu'à un montant maximal par processus et dossier exploité durant toute l'année.

SKS estime que le nombre d'ouvertures de DEP est une méthode de calcul insuffisante sur le long terme qui ne dit rien de l'exploitation et de l'utilisation du DEP après son ouverture. La participation active des fournisseurs de prestations est indispensable pour que le potentiel du DEP puisse être pleinement exploité. SKS recommande par conséquent l'application d'indicateurs supplémentaires pour le calcul du financement, rendant compte non seulement des ouvertures de DEP, mais aussi de leur exploitation, par exemple au moyen de données relatives au nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté de référence et qui utilisent activement le DEP de leurs patients.

ADTG relève que le DEP n'est utile pour les patients et ne peut être utilisé véritablement et de manière efficace que si les informations pertinentes pour le traitement contenues dans le DEP sont accessibles à tous les professionnels de la santé participant au processus de traitement. En outre, ces informations doivent être clairement présentées dans le DEP et accessibles ou disponibles rapidement, y compris en dehors des situations d'urgence. À l'heure actuelle, seuls 41 % des hôpitaux auxquels s'appliquent l'obligation au titre de l'art. 39, al. 1, let. f, LAMal sont raccordés au DEP. Cette situation augmente le risque qu'un nombre croissant de dossiers ouverts ne soit plus exploité. Du côté de la population, il est à craindre qu'en raison de son peu d'actualité, le DEP ne soit plus utilisé après un bref laps de temps. L'association des aides financières au nombre de dossiers ouverts n'est donc pas judicieuse. La base de calcul des aides financières devrait donc absolument tenir compte du nombre de fournisseurs de prestations participant au DEP.

ARTISET et ASPS considèrent également qu'il serait judicieux de faire en sorte que les aides financières dépendent non pas uniquement du nombre d'ouvertures de DEP, mais aussi du nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté de référence qui enregistrent effectivement des informations dans le DEP, ainsi que de l'intégration de services supplémentaires.

Pour IG eHealth et SHV, il n'est pas pertinent que le financement transitoire soit focalisé sur le nombre d'ouvertures de DEP. Il est certes important d'encourager la diffusion, cependant il ne s'agit pas de l'unique facteur déterminant. Le raccordement de fournisseurs de prestations/professionnels de la santé et l'intégration en profondeur dans leur système primaire sont également des éléments essentiels. Par conséquent, le nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté de référence qui enregistrent effectivement des informations dans le DEP ainsi que l'intégration de services supplémentaires doivent être pris en considération dans le cadre de l'aménagement des aides financières.

Selon SDV, le soutien unilatéral des communautés de référence n'est pas approprié. SDV suggère que le nombre de professionnels de la santé affiliés à une communauté (de référence) soit également pris en compte dans le cadre de l'aménagement des aides financières. De cette manière, les communautés (de référence) ayant raccordé plus de professionnels de la santé que la moyenne seraient récompensées. En outre, une part des aides financières devrait être accordée suivant l'intégration de services supplémentaires (p. ex. cybermédication). Cette

approche donnerait lieu à une égalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national.

*Spitex* indique qu'il lui paraît important que les fournisseurs de prestations s'affilient à une communauté (de référence) afin que soit garantie la valeur ajoutée du DEP. Pour cette raison, il est pertinent de coupler les aides financières au nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté (de référence).

*SVDG* et *VGI.ch* trouvent que le projet met trop unilatéralement l'accent sur l'ouverture de dossiers et devrait également inclure des contributions substantielles aux frais d'exploitation annuels des communautés de référence ainsi que des communautés. Un DEP « vide » n'encourage pas la diffusion au sein de la population.

*AD Swiss* évoque le fait que l'écosystème du DEP ne se compose pas uniquement de patients. Les fournisseurs de prestations et les professionnels de la santé participants sont tout aussi importants. Le raccordement et la participation active des fournisseurs de prestations à cet écosystème sont déterminants pour une large diffusion du DEP au sein de la population. Le succès du DEP est fondé sur trois critères : des contenus utiles et un nombre important de fournisseurs de prestations ainsi que de citoyens / patients raccordés. La proposition du Conseil fédéral se concentre uniquement sur le raccordement de patients. Il est difficile de comprendre pourquoi le Conseil fédéral ne souhaite pas indemniser également le raccordement de fournisseurs de prestations, car ceux-ci enregistrent des informations et des données utiles dans le dossier. De plus, les fournisseurs de prestations contribuent grandement à l'ouverture d'un dossier par le patient (initiative du fournisseur de prestations). *AD Swiss* propose donc que le nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté (de référence) et qui enregistrent effectivement des données dans le DEP soit également pris en considération. De cette manière, il est possible de récompenser ceux qui se sont attachés à raccorder autant de fournisseurs de prestations que possible et ont ainsi contribué à faire du DEP un écosystème. L'intégration de services supplémentaires est également à prendre en considération (p. ex. cybermédication). L'utilisation accrue du DEP constitue une condition essentielle de son succès à l'avenir. *AD Swiss* propose donc qu'une part des aides financières soit consacrée aux efforts déployés pour le développement du contenu au moyen de services pertinents. Une part de l'aide financière pourrait être prévue pour chaque service clé du DEP intégré.

*Axana* critique le fait que la méthode de calcul choisie pour déterminer les contributions financières octroyées se concentre uniquement sur le nombre de DEP. Le DEP est un écosystème dans lequel patients et établissements de santé échangent des données. Prendre en considération uniquement les patients ne correspond pas à cette réalité. Le DEP ne peut réaliser son potentiel que grâce à une mise en réseau couvrant les deux groupes. Le financement transitoire doit en tenir compte. *Axana* se prononce donc en faveur d'une méthode de calcul double, fondée à la fois sur le nombre de DEP et sur le nombre de professionnels de la santé productifs.

*eSANITA* estime que le financement transitoire est trop unilatéralement axé sur l'ouverture de dossiers, car l'expérience a montré qu'un DEP « vide » n'est d'aucune utilité à la population. Des contributions fondées sur les prestations devraient donc également être accordées pour les frais d'exploitation annuels des communautés de référence suivant le nombre d'institutions effectivement raccordées et productives. Cette approche permettrait d'encourager le raccordement numérique des systèmes primaires des fournisseurs de prestations à la communauté de référence et la mise à disposition automatique des documents médicaux dans le dossier du patient qui y est associée.

Pour *Post*, axer les aides financières uniquement sur le nombre de dossiers ouverts n'est pas pertinent. Cette approche entraîne une inégalité de traitement des communautés de référence et accentue la concurrence entre celles-ci, alors même que la collaboration étroite entre toutes les parties prenantes est plus que jamais nécessaire pour la diffusion du DEP. Alors qu'au cours des dernières années, les uns ouvraient des DEP pour certains vides, d'autres investissaient dans une forme d'organisation efficace et dans le raccordement des établissements de santé, et n'avaient par conséquent pas vraiment eu l'occasion d'ouvrir des DEP. En outre, l'environnement économique, organisationnel et politique des

communautés de référence peut grandement varier. Certaines communautés de référence bénéficient déjà de contributions financières de la part d'un ou de plusieurs cantons, tandis que d'autres ont dû s'en sortir sans aucun soutien ou doivent encore demander ce soutien pour bénéficier des aides de la Confédération. Les structures de coûts des différentes communautés de référence ne sont donc pas comparables. Un DEP utile et une plateforme du DEP effective/efficace dépendent de nombreux facteurs. Outre l'ouverture d'un dossier par le patient, le nombre d'établissements de santé véritablement enregistrés en tant qu'utilisateurs du DEP dans le *Health Provider Directory* (HPD) ainsi que le développement continu du système, y compris avec des services pertinents, ont leur importance. Les aides financières ne doivent pas figer des structures inefficaces, mais plutôt contribuer à un DEP pérenne à l'avenir. L'organisation des aides financières doit donc être réalisée suivant les deux critères ci-après :

- nombre de fournisseurs de prestations affiliés à une communauté de référence qui enregistrent effectivement des données dans le DEP ;
- intégration de services supplémentaires (p. ex. cybermédication).

Pour *Post*, la manière dont l'activation en masse sera réalisée, notamment dans le cadre des carnets de vaccination, n'est pas claire.

#### 4.1.4.2.2 Remarques concernant le montant des aides financières

Les cantons *AG, AI, BE, BS, NE, NW, TI* et la *CDS* ainsi que les organisations *ACSI, DVSP, AAV, ADTG, AVKZ, CLPh, LAV, PharmaSuisse, Scienceindustries* et *Sphf* trouvent que le montant de 15 francs est trop bas. Les cantons *FR, GE, JU, VS* et *CARA* font remarquer que dans le cas de *CARA*, les cantons vont verser une contribution nettement plus élevée que la Confédération. Les cantons *FR, GE, JU, VS, CARA* et *KSG* relèvent que l'aide financière de 15 francs prévue est loin de couvrir le coût moyen de l'ouverture d'un DEP, qui s'élève à 120 francs. Le montant de l'aide doit être fixé à 50 francs. *eSANITA* se rallie à cette exigence et demande en outre que le montant fixé soit doublé en cas d'ouverture physique d'un DEP.

Le canton *BS* propose un montant de 20 francs par DEP.

Le canton *SO* souhaite que soit établi non pas un montant fixe, mais un montant maximal par ouverture de DEP, faute de quoi la Confédération, en raison d'une participation financière plus basse du canton, n'aurait aucun moyen d'encourager l'ouverture de DEP de manière plus efficace.

Le canton *NE* estime que 30 francs serait un montant approprié, car le montant prévu ne repose que sur les coûts relatifs à l'émission d'un moyen d'identification, alors que des coûts élevés sont engendrés non seulement par les moyens d'identification, mais aussi par l'exploitation par les communautés de référence (coûts liés à la plateforme, à la certification des communautés de référence, à la communication, à la formation, à l'ouverture de DEP et à l'établissement d'un moyen d'identification ainsi qu'à l'assistance).

*ACSI* considère qu'il est indispensable que la Confédération et les cantons définissent conjointement une procédure et des montants garantissant de manière efficace le financement des communautés de référence durant la période transitoire.

*IPAG* indique que l'aide de 15 francs prévue par dossier ouvert ne couvre qu'une part des coûts réels engendrés par une ouverture. La manière dont les besoins financiers ont été évalués n'est pas claire, et fonder les aides financières sur les coûts inhérents au moyen d'identification efficace émis conformément à la LDEP semble être une approche insuffisante.

*ADTG* propose que le montant, y compris le crédit-cadre, soit au moins doublé ou augmenté à 50 francs.

*Post* fait également remarquer que le montant de 15 francs ne couvre pas les coûts et est trop bas pour atténuer les problèmes financiers. En outre, le rapport explicatif n'indique pas clairement pourquoi le montant de 15 francs est fondé sur les moyens d'identification employés.

#### 4.1.4.2.3 Demandes de modification

ADTG propose de coupler les aides financières au nombre de fournisseurs de prestations affiliés et de modifier l'**alinéa 2** comme suit : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient. En outre, un montant est alloué suivant le nombre de professionnels de la santé affiliés à une communauté de référence ou à une communauté. Le Conseil fédéral fixe ce montant. »

ASPS demande qu'en complément des dispositions relatives au nombre de dossiers du patient, des incitations soient prévues pour promouvoir le raccordement des fournisseurs de prestations et encourager leur participation active. Elle propose la modification suivante de la **première phrase de l'alinéa 2** : « Les aides financières prennent la forme d'une contribution fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient et/ou par fournisseur de prestations participant. »

IG eHealth, SDV et SHV demandent un soutien pour le raccordement des professionnels de la santé. Le stockage (*backend*) y compris les autorisations et registres ainsi que le portail pour les professionnels de la santé (*frontend*) constituent une part importante de l'infrastructure. Pour cette raison, l'**alinéa 2** doit être modifié comme suit : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient. En outre, un montant est alloué suivant le nombre de professionnels de la santé affiliés à une communauté de référence ou à une communauté. Des aides financières peuvent être accordées aux communautés de référence/communautés pour l'intégration de services-clés du DEP. Le Conseil fédéral fixe ce montant. »

Concernant l'**alinéa 2**, SGMI et CH++ indiquent que les nouvelles ouvertures de dossier ne constituent une valeur de mesure que partiellement pertinente. Il serait mieux de fonder le soutien financier sur l'exploitation du DEP pendant toute l'année, car le patient ne peut être enregistré qu'au sein d'une seule communauté de référence. Une telle approche permettrait de soutenir l'organisation pérenne et de qualité d'une communauté de référence. La modification suivante est donc proposée : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe ~~par ouverture d'un dossier électronique du patient~~ par processus proposé et par dossier du patient exploité durant toute l'année. Le Conseil fédéral fixe les processus utiles et les montants. »

Spitex propose de coupler les aides financières aux fournisseurs de prestations affiliés et propose la modification suivante de la **première phrase de l'alinéa 2** : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe ~~par ouverture d'un dossier électronique du patient~~ par dossier du patient déjà ouvert ou ouvert au cours de la période de transition. En outre, un montant est alloué aux communautés de référence et aux communautés par professionnel de la santé/fournisseur de prestations affilié. Le Conseil fédéral fixe ce montant. »

SVDG et VGI.ch relèvent que le nombre de dossiers ouverts encourage la diffusion du DEP auprès des « patients ». À l'échelle de la Suisse, moins de 50 % des fournisseurs de prestations hospitaliers et seulement un tiers environ de tous les EMS sont raccordés au DEP. Des incitations doivent également être prévues au sein des communautés (de référence) pour augmenter le taux de fournisseurs de prestations raccordés et productifs, p. ex. au moyen d'avantages. La modification suivante de l'**alinéa 2** est proposée : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient, complété annuellement en fonction du nombre de fournisseurs de prestations raccordés et productifs enregistrant activement des documents. Le Conseil fédéral fixe ce montant. »

AD Swiss indique que le stockage (*backend*) y compris les autorisations (moyens d'identification) et registres ainsi que le portail pour les professionnels de la santé (*frontend*) constituent une part importante de l'infrastructure. Elle propose d'adapter l'**alinéa 2** comme suit : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient. En outre, un montant est alloué en fonction du nombre de professionnels de la santé affiliés à une communauté de référence ou à une communauté, de même qu'un montant par identité électronique établie. Le Conseil fédéral fixe ces montants. » HIN se rallie à cette proposition.

Axsana relève que le DEP n'est utile que si l'ensemble de l'écosystème y est raccordé. Outre les patients, cela inclut également les établissements de santé. La participation active des

établissements de santé doit être prise en considération en vue d'encourager la diffusion du DEP. Pour que le calcul reste simple, *Axsana* propose de définir non seulement un montant fixe par ouverture de DEP, mais aussi par professionnel de la santé nouvellement productif. L'**alinéa 2** serait à modifier comme suit : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier électronique du patient et par professionnel de la santé nouvellement productif. Le Conseil fédéral fixe ce montant. »

#### 4.1.4.3 Alinéa 3

##### 4.1.4.3.1 Remarques concernant la première phrase

Les cantons *AG, AI, BE, BL, BS, GL, LU, NW, SO, TI, UR* et la *CDS* voient d'un œil critique l'aménagement double des aides financières devant être accordées, car plusieurs communautés de référence peuvent couvrir un même canton ou, à l'inverse, une communauté de référence peut couvrir plusieurs cantons. Une coordination est donc nécessaire entre la Confédération et les cantons pour l'octroi des aides financières, ce qui rend l'introduction d'un financement transitoire plus difficile. On peut alors se demander pourquoi la Confédération n'assume pas directement la responsabilité du financement transitoire étant donné qu'elle définit également les conditions générales et les règles de l'exploitation. Le canton *SO* demande que soit clarifié de manière contraignante le processus de financement prévu si plusieurs communautés de référence couvrent un même canton ou si, à l'inverse, une communauté de référence couvre plusieurs cantons. Si un cofinancement de la part des cantons est obligatoire, les cantons doivent pouvoir faire en sorte que leur appui financier dépende de l'approbation, par la Confédération, d'une demande d'aide financière correspondante de la part d'une communauté de référence.

Le canton *AG* explique qu'il a fourni, dès 2022, une contribution financière à la communauté de référence eHealth Aargau et prévoit de lui verser une nouvelle contribution en 2023. Les aides financières sont accordées sans tenir compte des aides actuellement prévues par la Confédération. S'il avait eu connaissance plus tôt et avec certitude des aides financières actuellement prévues par la Confédération, *AG* aurait prévu de plus petites enveloppes financières pour la communauté de référence eHealth Aargau. *AG* ne peut donc pas exclure que la communauté de référence eHealth Aargau, en raison des aides financières supplémentaires de la Confédération, bénéficie ultérieurement d'un avantage disproportionné. Dans sa prise de position, *AG* souligne qu'il fait partie des cantons ayant soutenu le projet du DEP dès le départ au moyen de contributions et a ainsi fait figure de pionnier. D'autres cantons, par contre, n'ont jusqu'à présent engagé que peu voire aucun frais en matière de DEP. Dans ce contexte, il n'est pas possible que des cantons ayant déjà (volontairement) effectué des paiements auprès de communautés de référence soient en fin de compte considérablement désavantagés sur le plan financier. *AG* demande que les législateurs fédéraux tiennent compte de ce point et prévoient, par exemple, un remboursement pour ces cantons.

Le canton *BL* suggère que les montants déjà alloués par les cantons qui ne sont pas complétés de contributions équivalentes de la Confédération soient pris en compte dans la part que les cantons devront verser à l'avenir.

Pour le canton *BE*, la signification du terme « annuels », à l'**alinéa 3**, n'est pas claire dans ce contexte. *BE* escompte un financement de la Confédération pour la mise en œuvre des objectifs de la LAMal (augmentation de la qualité et efficacité des coûts) selon ses prescriptions. *BE* regrette par ailleurs que les assureurs-maladie ne participent pas au financement transitoire.

Le canton *TI* estime également qu'une participation financière des assureurs-maladie au financement devrait être envisagée.

Les *VERT-E-S* et *USS* estiment que les cantons devraient être tenus de verser une participation nettement supérieure, le système de santé relevant de leur compétence.

*ADTG, IG eHealth* et *SDV* demandent que non seulement les cantons, mais aussi des tiers participent aux aides financières.

*CVCI* indique qu'il serait impératif de veiller à ce que le soutien apporté par les cantons soit au moins égal à celui de la Confédération en fixant également le montant par DEP devant être versé par le canton.

*Interpharma* demande à la Confédération de trouver une solution en vue de garantir le financement durable du DEP si certains cantons n'honorent pas leurs obligations.

*Scienceindustries* et *SDA* jugent que le financement transitoire ne devrait pas dépendre de la participation à parts égales des cantons.

*SSR* trouve que l'idée est bonne. Elle pourrait conduire à une maîtrise des coûts, mais la procédure prévue est trop complexe et ne fonctionne pas.

#### **4.1.4.3.2 Remarques concernant la deuxième phrase**

Les cantons *AG, AI, BE, BL, GL, SG, UR*, la *CDS* et *eSANITA* font remarquer que dans certains cantons, il n'existera aucune base légale pour la participation à parts égales des cantons au financement jusqu'à l'entrée en vigueur du projet. Ils apprécieraient une réglementation plus claire à l'échelon fédéral concernant les bases légales potentiellement nécessaires à l'échelon cantonal. Le canton *NW* accueillerait tout aussi favorablement de telles dispositions, bien que les bases légales nécessaires existent déjà dans son cas. Le canton *GR* indique qu'il dispose d'une base légale pour l'octroi d'aides financières.

Les cantons *AG, AI, BE, BL, GL, NW, SG, UR* et la *CDS* demandent que le versement d'aides financières de la Confédération ne dépende pas de paiements déjà effectués, mais qu'une garantie de participation des cantons suffise. Le canton *ZH* voit également d'un œil critique le fait que la participation des cantons doit déjà avoir été versée au moment où la demande est soumise. Cette règle requiert une coordination considérable lors de la mise en œuvre et retarderait le versement des aides financières. Si les aides financières de la Confédération demeurent liées à un cofinancement déjà versé par les cantons, il faudrait alors au moins renoncer à la règle selon laquelle les contributions cantonales doivent être versées avant les fonds de la Confédération. Les fonds alloués par la Confédération aux communautés de référence devraient plutôt dépendre uniquement d'une garantie de participation des cantons. *eSANITA* se rallie à cette déclaration. Les cantons *AG, BE, GL* et *NW* demandent que les cantons aient la possibilité d'accorder leur soutien financier sous certaines conditions et de le retirer si la Confédération répond négativement à une demande.

Le canton *BE* indique qu'une promesse de paiement présuppose une autorisation de dépenses des organes compétents. Les cantons auraient donc besoin d'un délai non négligeable pour que ces organes puissent autoriser les dépenses. Concrètement, cela signifie que le Grand Conseil du canton *BE* doit se charger de l'autorisation de dépenses. En outre, il serait nécessaire d'attendre la fin du délai référendaire de trois mois avant qu'une approbation soit possible.

En vue de faciliter l'aménagement des aides financières, le canton *BS* propose également qu'une garantie de cofinancement soit suffisante pour le versement des premières aides financières en 2024. Le canton *BE* se rallie à cette demande.

Le canton *LU* fait remarquer que les moyens financiers supplémentaires nécessitent une approbation du budget par le parlement du canton.

*ADTG* souligne également que la preuve demandée ne pourrait être disponible en temps voulu dans la pratique. Au lieu d'une preuve, le projet devrait également prévoir qu'il soit possible pour le canton de garantir sa participation afin que les aides financières puissent être demandées aussi rapidement que possible.

Concernant l'**alinéa 3**, *Post* relève des difficultés en termes de processus pour ce qui est de la preuve de la participation des cantons. La formulation actuelle exige que la participation des cantons soit « versée avant » le dépôt de la demande d'aide financière par la communauté de référence auprès de la Confédération. Il manque aux cantons les informations de l'art. 5, al. 2, let. a de l'ordonnance sur les aides financières pour le dossier électronique du patient (OFDEP) pour pouvoir i) budgétiser et ii) débloquer leur participation financière. En outre, le terme « preuve » et la manière dont celle-ci doit être fournie ne sont pas clairs (cf. art. 5 OFDEP).

Étant donné que le contexte politique des communautés de référence diffère, celles-ci ne bénéficient pas toutes des mêmes conditions de départ pour l'obtention des aides financières. *Post* est d'avis qu'une garantie du canton sous un format approprié devrait déjà suffire. Les communautés de référence disposeraient ainsi d'une plus grande marge de manœuvre.



#### 4.1.4.3.3 Demandes de modification

Les cantons *AG, AI, BE, BL, LU, SG, TI, UR* et la *CDS* déplorent qu'il ne soit possible de prouver une participation qu'avec un justificatif de paiement avec valeur dans le passé. Les cantons qui ne disposent pas de base légale à l'heure actuelle pourraient ne pas avoir effectué de paiement d'ici le 15 septembre 2024 (conformément à l'art. 10, al. 1) et en conséquence, la communauté de référence ne pourrait pas soumettre de demande valable. Dans le cadre de la législation cantonale en vigueur, les cantons pourraient tout au plus produire, sous forme écrite, une promesse de paiement dans un futur proche. Il serait donc souhaitable de modifier la **deuxième phrase de l'alinéa 3** comme suit : « La participation des cantons doit être ~~versée~~ garantie avant le au moment du dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. »

Le canton *ZH* estime également que si les aides financières de la Confédération sont liées à un cofinancement des cantons, il faudrait renoncer à la règle suivant laquelle les contributions cantonales doivent être versées avant celles de la Confédération. Il demande que la **deuxième phrase de l'alinéa 3 soit supprimée**.

Le *Centre* demande que l'**alinéa 3** soit adapté afin d'énoncer que non seulement les cantons, mais aussi d'autres acteurs peuvent participer à parts égales aux aides financières.

Les organisations *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, PharmaSuisse* et *Sphf* estiment que l'alinéa 3 n'est pas pertinent pour le financement et la diffusion du DEP. Le financement destiné à un projet national doit être fixé à l'échelon national. Concrètement, les cantons doivent être tenus de soutenir et de financer le système. Dans ce contexte, les aides financières de la Confédération et des cantons doivent intervenir indépendamment de la participation ou du soutien d'un canton et doivent donc être liées à la personne résidente du canton qui ouvre du DEP auprès d'une communauté de référence cantonale ou nationale. Chaque communauté de référence recevrait ainsi une aide financière proportionnellement au nombre d'ouvertures de DEP auprès d'elle pour des patients résidant dans le canton. Les communautés de référence œuvrant au niveau national seraient ainsi sur un pied d'égalité avec les communautés de référence cantonales ou régionales. Les modifications suivantes sont proposées à l'**alinéa 3** : « Les aides financières de la Confédération sont allouées uniquement si les cantons participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons est versée sous la forme d'un montant fixe par ouverture de dossier pour une personne domiciliée dans le canton, indépendamment de la communauté de référence choisie par la concernée. La participation des cantons doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. »

En raison de la potentielle absence de soutien de la part des cantons, *ARTISET* propose la reformulation suivante de l'**alinéa 3** : « Les cantons sont tenus de participer au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. Si la participation des cantons n'a pas été versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence et que, en conséquence, le montant de l'aide financière cantonale n'a pas effectivement été distribué, la Confédération assure la part de l'aide financière due par le canton. Le cas échéant, le canton est tenu de rembourser sa part de l'aide financière à la Confédération dans l'année qui suit. »

*ASPS* indique que la condition préalable énoncée à l'alinéa 3 pourrait retarder inutilement le financement. Une garantie de la part du canton sous une forme adaptée pourrait donc constituer une preuve suffisante de sa participation. Elle propose la modification suivante de la **deuxième phrase de l'alinéa 3** : « La participation des cantons doit être ~~versée~~ confirmée sous une forme appropriée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. »

*IG eHealth, SDV* et *SHV* font remarquer que les aides financières doivent être accordées aux communautés de référence et aux communautés pour des raisons d'égalité des droits. À cet égard, le critère appliqué doit être le même que pour le financement de départ. Une participation de la part des cantons ou de tiers doit donc être une condition préalable à

l'octroi de fonds fédéraux. La modification suivante de l'**alinéa 3** est donc proposée : « Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons ou des tiers participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence ou de la communauté pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons ou de tiers doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. ~~Les communautés de référence/communautés œuvrant au niveau national (sans structure cantonale) ne reçoivent qu'une part des aides financières.~~ »

Concernant l'**alinéa 3**, *SGMI* et *CH++* indiquent que si le DEP est d'intérêt national et que la participation des cantons est importante, les aides financières doivent être accordées sur le principe et ne doivent pas dépendre des éventuelles décisions des cantons. *SGMI* propose la modification suivante : « Les aides financières font partie intégrante du mandat en matière de santé publique et sont partagées à part égale entre la Confédération et les cantons. »

Pour *SVDG* et *VGI.ch*, la manière dont les communautés (de référence) œuvrant au niveau intercantonal doivent prouver les contributions des cantons n'est pas claire. De plus, comme les aides actuelles, les aides octroyées par des tiers doivent être prises en considération. La modification suivante de l'**alinéa 3** est proposée : « Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons ou des tiers participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté (de référence) pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. Le montant déterminant est la valeur totale des aides cantonales ou de celles accordées par des tiers. La participation des cantons ou de tiers doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés (de référence). »

*Abilis* indique que le moyen le plus simple et le plus pratique de vérifier si la participation cantonale est au moins équivalente à celle de la Confédération consisterait à prévoir que la participation cantonale prenne également la forme d'un montant fixe par ouverture de DEP (comme prévu par l'art. 23a, al. 2 s'agissant de la participation de la Confédération). En outre, seule une participation cantonale sous la forme d'un montant fixe par ouverture de DEP serait conforme au principe constitutionnel d'égalité de traitement (énoncé aux art. 8 et 27 Cst.). *Abilis* propose donc les modifications suivantes de l'**alinéa 3** : « Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons doit également prendre la forme d'un montant fixe par ouverture de dossier du patient pour une personne domiciliée sur leur territoire, indépendamment de la communauté de référence choisie par la personne concernée. La participation des cantons doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. » **Subsidiairement**, *Abilis* propose l'ajout suivant à l'**alinéa 2** « Ce montant est doublé pour les communautés de référence qui ne reçoivent pas de financement cantonal. » ainsi qu'un nouvel **alinéa 3<sup>bis</sup>** : « Pour les communautés de référence nationales, une participation préalable de la part des cantons n'est pas nécessaire. »

Par souci d'égalité des droits, *AD Swiss* demande que les aides financières soient accordées aux communautés de référence et aux communautés (œuvrant au niveau national). À cet égard, le critère appliqué doit être le même que pour le financement de départ. Une participation des cantons ou de tiers doit donc être une condition préalable à l'octroi de fonds fédéraux. La modification suivante de l'**alinéa 3** est proposée : « Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons ou des tiers participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence, de la communauté ou du fournisseur d'identité pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons ou de tiers doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence, les communautés ou les fournisseurs de prestations. » *HIN* se rallie à cette proposition.

*eSANITA* relève que certains cantons mentionnent l'absence de bases légales cantonales pour une participation financière au DEP et de longs délais ainsi qu'une incertitude concernant la définition de bases légales nécessaires. Dans les cantons de Suisse orientale, en particulier, le DEP était jusqu'à présent perçu comme relevant de la responsabilité des fournisseurs de prestations et non des cantons. Le financement de la communauté de référence *eSANITA* s'appuie exclusivement sur les contributions des fournisseurs de prestations affiliés. En

raison de l'absence (pour le moment) de bases légales dans les cantons, elle ne recevrait aucune aide financière de la Confédération non plus, bien que les coûts soient assumés par la communauté de référence et ses fournisseurs de prestations (en tant que tiers). Compte tenu des modifications de la législation prévues dans les cantons, les garanties fournies par les cantons ou par des tiers devraient déjà suffire pour le dépôt des demandes par les communautés de référence. **eSANITA** émet la proposition suivante pour la **deuxième phrase de l'alinéa 3** : « Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons ou, de manière transitoire, des tiers participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons ou de tiers doit être ~~versée avant le~~ garantie au moment du dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. » En outre, **eSANITA** fait remarquer qu'il manque aux cantons les informations pertinentes des communautés de référence indiquant quelles institutions de santé de leur territoire tenues d'être raccordées au DEP sont affiliées à quelles communautés de référence du DEP. Les communautés de référence doivent être tenues de communiquer périodiquement ces informations aux cantons pour bénéficier des aides financières de ceux-ci. **eSANITA** propose l'**ajout suivant à l'alinéa 3** : « Dans cette optique, chaque trimestre les communautés de référence déclarent aux cantons les professionnels de la santé et les institutions de santé enregistrées dans le répertoire national du DEP. Les cantons peuvent ainsi surveiller le respect de l'obligation de raccordement au DEP par les institutions de santé situées sur leur territoire. Il s'agit également d'une base pour déterminer quelles communautés de référence méritent d'être soutenues et pour la participation à la campagne d'information cantonale sur le DEP. »

En raison d'une potentielle inégalité de traitement entre les communautés de référence fondées par les cantons et les autres communautés de référence, **WEKO** propose que **l'alinéa 3** soit modifié comme suit : « Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient. La participation des cantons doit également prendre la forme d'un montant fixe par ouverture de dossier de patient pour une personne domiciliée sur leur territoire, indépendamment de la communauté de référence choisie par la personne concernée. La participation des cantons doit être versée avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. »

#### 4.1.4.4 Alinéa 4

Concernant la volonté d'éviter un subventionnement excessif, **SVDG** et **VGI.ch** ne saisissent pas clairement si les aides financières liées aux ouvertures de dossier doivent désormais correspondre à 50 % au maximum des coûts effectifs (15 francs pour le moyen d'identification) ou à un maximum de 100 % d'aide de la part de la Confédération et des cantons ou de tiers. Ils proposent la modification suivante de **l'alinéa 4** : « Lorsque plusieurs subventions fédérales peuvent être demandées pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient, l'ensemble des aides financières allouées par la Confédération ne peut dépasser la moitié ~~des coûts en question~~ des aides financières octroyées par la Confédération et les cantons ou des tiers. »

#### 4.1.4.5 Demandes de modification de plusieurs alinéas

Le canton **ZG** indique que, comme la plupart des autres cantons, il ne dispose pas des bases légales suffisantes pour garantir l'octroi d'aides financières aux communautés de référence conformément à l'art. 23a LDEP. Si les cantons doivent participer au financement du DEP, il convient de vérifier si des bases légales peuvent être créées au niveau fédéral pour les paiements correspondants effectués par les cantons, d'autant plus qu'il est peu probable que les procédures législatives puissent être conclues en temps voulu dans les cantons. Le canton **ZG** propose la modification suivante de l'art. 23a LDEP :

##### Première phrase de l'alinéa 1 :

« ~~Les aides financières sont allouées uniquement si les cantons participent au moins à part égale aux coûts annuels de la communauté de référence pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient.~~ La Confédération et les cantons allouent

des aides financières aux communautés de référence pour qu'elles garantissent le financement de l'exploitation et du développement du dossier électronique du patient. »

### Suppression de l'alinéa 3.

#### Alinéa 4 :

« La Confédération et les cantons contribuent chacun à la moitié des aides financières. Lorsque plusieurs subventions fédérales peuvent être demandées pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient, l'ensemble des aides financières allouées par la Confédération ne peut dépasser la moitié des coûts en question. »

Dans l'optique de garantir, au moyen d'une indemnisation de la Confédération, une égalité de traitement entre les communautés de référence bénéficiant d'un soutien financier des cantons et celles ne bénéficiant d'aucune aide, les organisations AAV, AVKZ, CLPh, LAV, PharmaSuisse et Sphf proposent **subsidièrement** la modification suivante de l'**alinéa 2** : « Les aides financières prennent la forme d'un montant fixe par ouverture d'un dossier du patient. Le Conseil fédéral fixe ce montant. En l'absence de soutien cantonal, une demande de soutien supplémentaire peut, au cas par cas, être adressée à la Confédération. Le montant de ce soutien se limite à la valeur des contributions cantonales calculées selon le nombre d'ouvertures de dossier. »

Les organisations AAV, AVKZ, CLPh, LAV, PharmaSuisse et Sphf voient d'un œil critique le fait que le financement du développement soit lié à celui accordé par les cantons. Concrètement, les communautés de référence ne bénéficiant pas d'un soutien de la part d'un ou de plusieurs cantons, ou bénéficiant d'un faible soutien, n'auraient pas droit à un financement. Cette situation engendre une inégalité entre les communautés de référence financées au niveau cantonal et celles qui ne le sont pas. Cette inégalité pourrait avoir un impact considérable sur la feuille de route du DEP et la numérisation dans le système de santé. Ce n'est ainsi ni la performance ni la qualité de la communauté de référence qui priment, mais uniquement le fait que le financement puisse être garanti par le canton ou non. La reformulation suivante de la **première phrase de l'alinéa 3** est donc proposée **subsidièrement** : « Les aides financières prévues pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient ne sont allouées que si le canton dans lequel réside le patient participe aux coûts annuels pour l'exploitation et le développement du dossier électronique du patient de la communauté de référence auprès de laquelle le patient a ouvert le dossier. » LAV propose l'ajout suivant à la **deuxième phrase de l'alinéa 3** : « L'accord des cantons à verser une participation doit être obtenu avant le dépôt des demandes d'aide financière par les communautés de référence. »

Pour les organisations AAV, AVKZ, CLPh, LAV, PharmaSuisse et Sphf, les contributions cantonales aux communautés de référence ne doivent pas être versées à nouveau par la Confédération ; ce sont les communautés de référence ayant ouvert des DEP dans le canton concerné qui doivent bénéficier d'un soutien financier. Le soutien financier de la Confédération ne serait donc pas indépendant du soutien financier des cantons, cependant il ne serait pas nécessairement destiné aux mêmes communautés de référence, mais à celles qui sont responsables de la plupart des ouvertures de DEP. De cette manière, les communautés de référence œuvrant au niveau national et les communautés de référence cantonales ou régionales seraient sur un pied d'égalité. La modification suivante est donc proposée **subsidièrement** à l'**alinéa 4** : « Le soutien financier de la Confédération est alloué aux communautés de référence proportionnellement aux dossiers électroniques du patient ouverts dans le canton concerné. » **Subsidièrement**, l'actuel **alinéa 4** deviendrait l'**alinéa 5**.

#### 4.1.5 Art. 23b Montant maximal

L'Assemblée fédérale fixe le montant maximal des aides financières de la Confédération en définissant un plafond des dépenses.
--

*Post* ne comprend pas clairement ce qu'il se passera si le montant maximal de 30 millions de francs est atteint avant l'entrée en vigueur de la révision complète.

#### 4.1.6 Art. 23c Procédure

<sup>1</sup> Les demandes d'aides financières doivent être adressées à l'OFSP.

<sup>2</sup> L'OFSP alloue les aides financières par voie de décision.

*Aucune remarque.*

#### 4.1.7 Art. 26a Dispositions transitoires relatives à la modification du ...

Les aides financières visées dans la section 7a. sont également allouées pour les dossiers électroniques du patient ouverts avant l'entrée en vigueur de la modification du ...

##### 4.1.7.1 Remarques

Les cantons *AG, AI, BE, BL, LU, SO, TI, UR* et la *CDS* relèvent que le rapport explicatif indique ce qui suit : « En principe, les communautés de référence peuvent percevoir des aides financières pour tous les dossiers ouverts entre la certification et la fin de l'année précédente. ». Cette précision importante ne figure pas dans l'ordonnance.

Le canton *BE* constate que la mise en œuvre de la disposition transitoire selon laquelle, conformément à la section 7a., les aides financières sont également accordées pour les ouvertures de DEP avant l'entrée en vigueur de la modification requiert une précision au niveau de l'ordonnance. *BE* suppose qu'il faudra faire valoir les dossiers concernés dans le cadre de la première demande.

*IG eHealth, SHV* et *Post* demandent que l'effet rétroactif soit limité à début 2022.

*Post* est d'avis que les aides financières ne doivent pas figer des structures inefficaces, mais contribuer à la pérennité du DEP. Elle propose deux critères supplémentaires (nombre de fournisseurs de prestations affiliés et publiant des informations et intégration de services supplémentaires pertinents).

##### 4.1.7.2 Demandes de modification

*IG eHealth, SDV, SHV* et *AD Swiss* rappellent que la LDEP en vigueur prend en considération les communautés de référence et les communautés. Pour des raisons juridiques, celles-ci doivent être traitées sur un pied d'égalité. *IG eHealth, SHV* et *AD Swiss* proposent que des aides financières soient prévues pour le raccordement de citoyens (conformément à la proposition du Conseil fédéral), pour le raccordement de fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire (nouveau) et pour l'intégration de services-clés du DEP (nouveau). Il s'agit maintenant d'établir qui définit ces services-clés. En premier lieu, il pourrait s'agir du Conseil fédéral, de l'OFSP, d'eHealth Suisse ou de la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP). La modification suivante de l'**article 26a** est proposée : « ~~Les aides financières visées dans la section 7a. sont également allouées pour les dossiers électroniques du patient ouverts avant l'entrée en vigueur de la modification du ...~~ Les aides financières visées dans la section 7a. sont allouées pour :

- a. les dossiers électroniques du patient ouverts à partir de l'entrée en vigueur de la modification du DATE ;
- b. les professionnels de la santé qui se sont raccordés à une communauté de référence/communauté à partir de l'entrée en vigueur de la modification du DATE ;
- c. l'intégration de services-clés du DEP.

Le Conseil fédéral fixe les détails. »

*ATDG* et *HIN* se rallient à cette proposition.

*Axsana* demande d'adapter l'article comme suit : « Les aides financières visées dans la section 7a. sont également allouées pour les dossiers électroniques du patient ouverts avant l'entrée en vigueur de la modification du ... et les professionnels de la santé productifs avant celle-ci. »

## 4.2 OFDEP

### 4.2.1 Préambule

*Le Conseil fédéral suisse,*

vu l'art. 23a, al. 2 de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient (LDEP)<sup>8</sup>,

arrête:

*Aucune remarque.*

### 4.2.2 Art. 1 Objet

La présente ordonnance règle l'octroi des aides financières visées à la section 7a de la LDEP.

*Aucune remarque.*

### 4.2.3 Art. 2 Principe

<sup>1</sup> Les communautés de référence peuvent demander des aides financières sur la base de l'art. 2, let. e, LDEP.

<sup>2</sup> Il n'existe aucun droit à des aides financières.

#### 4.2.3.1 Alinéa 1

ASPS explique qu'à côté de l'incitation à ouvrir autant de dossiers du patient que possible, le raccordement de fournisseurs de prestations devrait également être encouragé. L'implication rapide de tous les participants permettra de bénéficier rapidement des effets positifs du DEP (p. ex. réduction des coûts). L'**alinéa 1** doit être complété en conséquence.

Concernant cet article, *IGMG* a la même position que pour l'article 23a LDEP. La modification suivante de l'**alinéa 1** est proposée : « Les communautés de référence et les fournisseurs de prestations peuvent demander des aides financières. ~~sur la base de l'art. 2, let. e.~~ »

Par souci d'égalité de traitement des communautés de référence/communautés œuvrant au niveau national, *ATDG*, *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* proposent la modification suivante de l'**alinéa 1** : « Les communautés de référence et les communautés peuvent demander des aides financières sur la base de l'art. 2, let. e, LDEP. » *Axsana* se rallie à cette proposition, car les professionnels de la santé nouvellement productifs doivent être pris en compte dans la méthode de calcul, et les communautés seraient par conséquent elles aussi bénéficiaires.

*Spitex* demande qu'à l'**alinéa 1**, comme dans d'autres articles de l'OFDEP, les adaptations nécessaires soient effectuées afin que les communautés et les communautés de référence soient visées de la même manière.

En raison de l'égalité de traitement requise des communautés de référence/communautés œuvrant au niveau national, *AD Swiss* demande la modification suivante de l'**alinéa 1** : « Les communautés de référence et les communautés ainsi que les fournisseurs d'identité certifiés peuvent demander des aides financières sur la base de l'art. 2, let. e, LDEP. » *HIN* se rallie à cette proposition.

#### 4.2.3.2 Alinéa 2

Le canton *ZH* indique qu'il existe un droit aux aides financières dès lors que les conditions d'octroi dans le cadre des moyens financiers disponibles sont remplies. Il demande la suppression de l'**alinéa 2**.

<sup>8</sup> SR 816.1

#### 4.2.4 Art. 3 Montant par dossier électronique du patient ouvert

<sup>1</sup> Les communautés de référence reçoivent 15 francs par dossier électronique du patient ouvert.

<sup>2</sup> Si les ressources disponibles ne suffisent pas pour allouer à toutes les communautés de référence requérantes l'intégralité de l'aide financière, le montant par dossier électronique du patient ouvert est réduit pour l'année de requête de sorte que toutes les communautés de référence reçoivent un montant identique par dossier électronique du patient ouvert.

##### 4.2.4.1 Alinéa 1

Le canton *BE* fait remarquer que le montant de 15 francs est trop bas.

Le canton *BS* explique que le montant total de 30 francs (15 francs octroyés par la Confédération et 15 francs octroyés par le canton) ne couvre pas l'intégralité des coûts par DEP. Il propose donc un montant total de 40 francs. Le canton *AG* propose également que le montant fixé à l'**alinéa 1** soit porté à au moins 20 francs.

Les cantons *FR*, *VS* et *CARA* ainsi que *KSG* trouvent que les 15 francs proposés par ouverture de DEP est un montant insuffisant. Ces participants ont ouvert un grand nombre de DEP de diverses manières (inscription au guichet ou en ligne) et avec différents moyens d'identification. Cette position s'appuie donc sur leur propre expérience. Les tâches suivantes ont été effectuées dans le cadre de la procédure complète d'ouverture sur place : informations communiquées au patient ; établissement du compte lié au moyen d'identification ; confirmation de l'identité ; déclaration de consentement ; établissement du DEP ; réalisation de la première connexion ou, en cas d'ouverture en ligne, envoi du code temporaire au patient. *CARA* accompagne également les patients lors de la première attribution de droits d'accès et lors de la demande de publication de documents auprès d'institutions de santé. Même sans prendre en compte la demande de documents ou l'attribution de droits d'accès, l'ouverture d'un DEP coûte entre 75 et 100 francs. À ce montant s'ajoute le coût lié à l'exploitation de l'outil que le fournisseur facture à la communauté de référence, de même que le moyen d'identification lui-même et éventuellement l'identification par vidéo, les outils permettant d'administrer le consentement ou la part de la plateforme Post-E-Health utilisée pour l'établissement du DEP. Un appui financier d'au moins 50 francs est donc nécessaire. Il n'est certes pas prescrit par la loi qu'un soutien doit être apporté aux patients pour la demande de documents auprès d'institutions de santé ou l'attribution des premiers droits d'accès, mais ces mesures peuvent contribuer à une augmentation rapide de l'utilisation du DEP. La modification suivante de l'**alinéa 1** est proposée : « Les communautés de référence reçoivent 15-50 francs par dossier électronique du patient ouvert. »

Le canton *JU* est également d'avis qu'un soutien financier d'au moins 50 francs est nécessaire pour encourager et véritablement stimuler le déploiement du DEP en Suisse pendant la phase de transition. Compte tenu des montants déjà investis par les cantons romands, cette aide financière est fortement attendue. *JU* se rallie donc à la demande de modification avec l'ajout suivant : « Les communautés de référence reçoivent [au minimum] 15-50 francs par dossier électronique du patient ouvert. »

Le canton *NE* indique que le montant de 15 francs par DEP ouvert est trop faible. Il est trop restrictif de ne fonder le soutien financier que sur les coûts relatifs à l'émission du moyen d'identification. Les communautés de référence doivent supporter des coûts de fonctionnement annuels conséquents pour fournir un service de qualité. Il s'agit de coûts liés à la plateforme, à la certification de la communauté de référence, à la communication, à la formation, à l'ouverture de DEP (stand et personnel), à l'émission d'un moyen d'identification au sens de la LDEP et à l'assistance. Le coût de l'émission d'un moyen d'identification oscille entre 25 et 30 francs. *NE* demande la modification suivante de l'**alinéa 1** : « Les communautés de référence reçoivent 15-30 francs par dossier électronique du patient ouvert. »

Le canton *SO* pense qu'en raison de la formulation de l'art. 3, al. 1 en lien avec l'art. 5, al. 2, let. b, la Confédération ne peut attribuer aucun montant si le canton verse un montant inférieur par DEP ouvert et présente l'exemple suivant : une communauté de référence peut ouvrir un DEP pour 28 francs. Le canton participe à hauteur de 14 francs par DEP. Dans un cas comme celui-ci d'ouverture (efficace) d'un DEP, la Confédération ne peut attribuer aucun montant. *SO*

propose donc la modification suivante de l'**alinéa 1** : « Les communautés de référence reçoivent 15 francs au maximum par dossier électronique du patient ouvert. »

*IGMG* indique que l'ouverture d'un dossier ou la mise à disposition de la plateforme technique ne permettra pas encore de bénéficier des avantages du DEP. Des données doivent y être enregistrées. En outre, la communauté de référence pourrait bénéficier d'un effet d'économie d'échelle, alors que le fournisseur de prestations doit saisir des données individuellement pour chaque dossier, l'économie d'échelle étant alors minime. Les médecins de premier recours, en particulier, doivent être incités à enregistrer les données de santé de leurs patients. La modification suivante de l'**alinéa 1** est proposée : « ~~Les communautés de référence reçoivent 15 francs par dossier électronique du patient ouvert.~~ Les communautés de référence reçoivent 15 francs pour les 10 000 premiers dossiers ouverts, 10 francs pour les 90 000 dossiers suivants et 5 francs par DEP supplémentaire. Les professionnels de la santé reçoivent 5 francs par dossier dans lequel ils déposent des rapports et 10 francs par dossier et par trimestre pour l'enregistrement de données structurées. »

*SGMI* et *CH++* relèvent que les nouvelles ouvertures constituent une donnée trompeuse, car il est possible, au moyen de mesures publicitaires, de faire ouvrir rapidement des DEP qui par la suite demeurent inutilisés. De plus, en cas de changement de communauté de référence, le montant serait dû plusieurs fois. La Confédération a intérêt à ce que le DEP soit utilisé de manière durable, et son fonctionnement doit donc être garanti. La modification suivante de l'**alinéa 1** est proposée : « Une communauté de référence reçoit un montant de base de 15 5 francs par dossier électronique du patient ouvert pour un dossier patient exploité durant une année entière (12 mois). La Confédération et les cantons établissent ensemble une liste de processus clairement définis et utiles, qui sont mis à disposition de manière entièrement fonctionnelle, à raison de 5 francs par processus et dossier exploité toute l'année, jusqu'à concurrence d'un montant maximal (aide financière totale, contribution de base comprise) de 15 francs par processus et dossier exploité toute l'année.»

*Axsana* indique que si l'accent est mis sur l'instauration de l'écosystème et que, en conséquence, aussi bien le DEP que les professionnels de la santé sont pris en considération, la logique de calcul figurant dans le projet doit être modifiée. D'après les calculs de la Confédération, deux millions de dossiers seront ouverts d'ici la révision complète de la LDEP. De ces calculs découle le plafond des dépenses de 30 millions de francs indiqué dans le projet. Si les professionnels de la santé productifs étaient également pris en compte, les calculs devraient être adaptés. *Axsana* propose de maintenir le montant de 15 francs par DEP ouvert et d'ajouter 15 francs pour les professionnels de la santé nouvellement productifs. L'obligation de se raccorder à une communauté s'applique actuellement aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux au sens de l'art. 39, al. 1 ou 3 ou art. 49, al. 4, LAMal ainsi qu'aux médecins et aux institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins lorsque ceux-ci demandent une autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (AOS). Ils s'attendent à ce qu'environ 200 000 professionnels de la santé soient productifs d'ici 2027, ce qui donnerait lieu à un plafond des dépenses de 30 millions de francs pour les DEP et de trois millions de francs pour les professionnels de la santé d'ici 2027. Le montant maximal total serait de 33 millions de francs. Un nouvel **alinéa 2** devrait être inséré : « Les communautés (de référence) reçoivent 15 francs par professionnel de la santé nouvellement productif. »

*eSANITA* fait remarquer que les coûts totaux présentés dans le rapport explicatif ne couvrent que partiellement les dépenses réelles pour un moyen d'identification émis conformément à la LDEP, y compris pour un dossier du patient intégralement ouvert en ligne avec un moyen d'identification. Des points d'ouverture physiques de DEP seraient également nécessaires, par exemple pour les personnes ayant besoin d'une aide individuelle pour ouvrir un DEP ou dans le cadre d'un traitement médical (p. ex. hôpital, établissement médico-social). L'exploitation de points d'ouverture de DEP physiques étant bien plus coûteuse, la contribution par DEP ouvert devrait être doublée dans de tels cas. La modification suivante de l'**alinéa 1** est proposée : « Les communautés de référence reçoivent 50 francs par dossier électronique du patient ouvert. Ce montant est doublé pour les dossiers du patient intégralement ouverts physiquement. »



Le financement transitoire est trop unilatéralement axé sur l'ouverture de dossiers, eSANITA demande qu'il soit également prévu de contribuer aux coûts d'exploitation annuels des communautés de référence suivant le nombre d'institutions raccordées et productives. Habituellement, le nombre de professionnels de la santé et d'auxiliaires d'une institution enregistrés comme participants au DEP correspond à la taille de l'institution et à la charge associée. Les professionnels de la santé et les auxiliaires doivent également disposer d'un moyen d'identification conforme au DEP. Le raccordement numérique de systèmes primaires à la communauté de référence et ainsi la mise à disposition de documents médicaux dans le DEP qui y est associée sont des tâches complexes et coûteuses et doivent faire l'objet d'un soutien financier. Un DEP « vide » n'est d'aucune utilité à la population. eSANITA demande **un alinéa supplémentaire** : « Pour chaque professionnel de la santé ou auxiliaire enregistré comme participant au DEP, les communautés de référence reçoivent 150 francs par an. Ce montant est doublé si des documents médicaux issus du système primaire d'un fournisseur de prestations sont mis à disposition dans le dossier du patient. »

Concernant l'**alinéa 1**, *Post* ne comprend pas bien pourquoi le montant de 15 francs est axé sur le moyen d'identification mis en place. Elle indique que SwissSign, un de ses spécialistes de la sécurité des données, propose aujourd'hui un moyen d'identification certifié. À l'heure actuelle, le montant défini ne couvre pas les coûts assumés. Pour les petites communautés de référence en particulier, l'aide financière de 15 francs ne couvre pas les frais à engager et serait trop faible pour atténuer les problèmes financiers. De plus, le sens du terme « efficace » n'est pas clair. *Post* propose de tenir compte de deux critères supplémentaires (nombre de fournisseurs de prestations raccordés et publiant des informations, intégration de services supplémentaires pertinents).

*EKK* déplore que cette disposition ne tienne pas compte du nombre réel de nouveaux DEP potentiels et du fait que les cantons devront contribuer au financement à concurrence de 50 %.

#### 4.2.4.2 Alinéa 2

*ASPS* déplore la réduction prévue à l'**alinéa 2**, qui n'est pas tolérable du point de vue de la sécurité de la planification des communautés de référence et n'encourage pas l'ouverture du plus grand nombre possible de DEP. Elle propose, si les ressources disponibles ne suffisent pas pour allouer à toutes les communautés de référence requérantes l'intégralité de l'aide financière, que les communautés de référence soient tenues d'intégrer une part des DEP ouverts à l'exercice financier suivant et de reporter leur décompte.

*SVDG* et *VGI.ch* relèvent que selon l'alinéa 2, les aides financières doivent être réparties de manière linéaire entre les années jusqu'à 2027, ce qui pourrait par exemple freiner artificiellement l'augmentation exponentielle pourtant souhaitée du nombre de DEP ouverts ou de fournisseurs de prestations raccordés au cours d'une année. Les contributions ne doivent pas donner lieu à une limitation annuelle du droit aux aides financières. Par conséquent, il est proposé que l'**alinéa 2** soit purement et simplement supprimé.

*Post* relève des difficultés dans l'application de la réglementation prévue à l'**alinéa 2**. La modifier au cours du processus engendrerait, pour les communautés de référence et les cantons, une incertitude en matière de planification.

*Axsana* critique la réduction prévue à l'**alinéa 2** si le montant total à octroyer est supérieur aux ressources disponibles. Cette disposition pénaliserait une croissance supérieure aux hypothèses de la Confédération. *Axsana* suggère donc une possibilité de report et la modification suivante : « Si les ressources disponibles ne suffisent pas pour allouer à toutes les communautés de référence requérantes l'intégralité de l'aide financière, l'excédent de dossiers ou de professionnels de la santé des communautés de référence est reporté à l'année suivante. le montant par dossier électronique du patient ouvert est réduit pour l'année de requête de sorte que toutes les communautés de référence reçoivent un montant identique par dossier électronique du patient ouvert. ».

#### 4.2.4.3 Demandes de modification portant sur l'ensemble de l'article

ADTG suggère que le montant soit augmenté à 50 francs. Pour que le soutien soit aussi substantiel que l'écrit la Confédération, il doit être largement supérieur aux 15 francs proposés. La modification suivante de l'article est proposée :

«<sup>1</sup> Les communautés de référence reçoivent ~~45~~ 50 francs par dossier électronique du patient ouvert.

<sup>1bis</sup> Les communautés de référence ou les communautés reçoivent un financement fédéral de 50 francs par professionnel de la santé raccordé au DEP.

<sup>2</sup> Si les ressources disponibles ne suffisent pas pour allouer à toutes les communautés de référence et communautés requérantes l'intégralité de l'aide financière, le montant par dossier électronique du patient ouvert est réduit pour l'année de requête de sorte que toutes les communautés de référence reçoivent un montant identique par dossier électronique du patient ouvert. »

*IG eHealth*, *SDV* et *SHV* relèvent que d'après le rapport explicatif, les coûts totaux liés à l'émission d'un moyen d'identification au sens de la LDEP oscillent entre 15 et 20 francs. Ce montant ne représente qu'une part des coûts totaux d'ouverture d'un dossier du patient. Pour être aussi substantielle que l'écrit la Confédération, l'aide doit être largement supérieure aux 15 francs proposés. *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* proposent donc de doubler le montant prévu afin qu'il s'élève à 30 francs. Cela ne couvre pas les frais à assumer si le DEP est ouvert dans un point d'ouverture physique (ou avec une assistance en ligne). Dans l'optique d'encourager l'intégration de services essentiels utiles du DEP, la Confédération doit soutenir cette dernière à concurrence de 100 000 francs (*SDV*, *SHV*, *AD Swiss*, *HIN*) à 150 000 francs (*IG eHealth*) par application. Pour cette raison, les modifications suivantes de l'**article 3** sont proposées :

« <sup>1</sup> Les communautés de référence reçoivent ~~45~~ 30 francs par dossier électronique du patient ouvert.

<sup>1bis</sup> Les communautés de référence ou communautés reçoivent 30 francs par professionnel de la santé raccordé au DEP. »

<sup>2</sup> Si les ressources disponibles ne suffisent pas pour allouer à toutes les communautés de référence et communautés requérantes l'intégralité de l'aide financière, le montant par dossier électronique du patient ouvert et par professionnel de la santé raccordé est réduit pour l'année de requête de sorte que toutes les communautés de référence reçoivent un montant identique par dossier électronique du patient ouvert.

<sup>3</sup> Un montant maximum de 100 000 francs (ou 150 000 francs) par application peut être alloué aux communautés de référence/communautés pour l'intégration de services essentiels pertinents du DEP. »

ADTG propose également un **alinéa 1<sup>bis</sup>**, mais avec un montant plus élevé : « Les communautés de référence ou communautés reçoivent 50 francs par professionnel de la santé raccordé au DEP. » Sa proposition pour l'**alinéa 2** rejoint celle d'*IG eHealth*, de *SDV* et de *SHV*. *AD Swiss* et *HIN* encouragent la prise en compte du moyen d'identification aux **articles 1<sup>bis</sup> et 2** :

« <sup>1bis</sup> Les communautés de référence ou communautés reçoivent 30 francs par professionnel de la santé raccordé au DEP. Les fournisseurs d'identité reçoivent 15 francs par e-ID émise. »

<sup>2</sup> Si les ressources disponibles ne suffisent pas pour allouer à toutes les communautés de référence et communautés requérantes l'intégralité de l'aide financière, le montant par dossier électronique du patient ouvert et par professionnel de la santé raccordé ainsi que par identité émise est réduit pour l'année de requête de sorte que toutes les communautés de référence organisations certifiées conformément à la LDEP reçoivent un montant identique par dossier électronique du patient ouvert, professionnel de la santé habilité ou e-ID établie. »

#### 4.2.5 Art. 4 Montant maximal par communauté de référence

Une communauté de référence peut recevoir un montant maximal de 15 millions de francs.

Les cantons *AG, BE, BL, BS, LU, SO, TI, UR* ainsi que la *CDS* et *CH++* notent que limiter le montant maximal par communauté de référence à 15 millions de francs constitue un obstacle à d'éventuelles fusions de communautés de référence. *BE* craint que certaines grandes communautés de référence (telles qu'*Axsana*) soutenues par plusieurs cantons soient désavantagées par cette disposition. En outre, celle-ci fait obstacle à une consolidation qui serait bienvenue sur le marché. L'objectif « Un DEP » ne doit pas être entravé dès les bases légales. *BE* et *CH++* demandent donc que l'article 4 soit supprimé. *BE* suggère de prévoir une dérogation pour les communautés de référence ayant fusionné.

Le canton *ZH* indique que le seuil maximal correspond au plafond des dépenses prévu de 30 millions de francs. Ce montant pouvant changer, le montant maximal pouvant être alloué à une communauté de référence ne doit pas être formulé de manière absolue. La modification suivante est proposée : « Une communauté de référence peut recevoir un montant maximal total de 15 millions de francs correspondant à la moitié du plafond des dépenses visé à l'art. 23b LDEP. » *Axsana* se rallie à cette proposition en suggérant un libellé légèrement différent : « ~~Une communauté de référence peut recevoir un montant maximal de 15 millions de francs.~~ Une communauté de référence peut recevoir un montant maximal total correspondant à la moitié de l'aide financière disponible. »

*ASPS* demande que le montant maximal par communauté de référence soit déterminé et communiqué au préalable à des fins de sécurité de la planification. L'article doit être modifié en conséquence.

En vue de l'égalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national, *IG eHealth, SDV* et *SHV* proposent la modification suivante : « Une communauté de référence/communauté peut recevoir un montant maximal de 15 millions de francs. » *ADTG* propose la même modification, mais avec un montant de 30 millions de francs.

Pour *IGMG*, le plafond défini est bien trop élevé et « grignote » une part trop importante du crédit pour la seule mise à disposition de la plateforme. Dans son commentaire, *IGMG* se limite à dire qu'un plafond doit également être défini pour les cabinets médicaux, en supposant par exemple qu'un médecin de premier recours puisse « remplir » deux fois 1000 dossiers par an. *IGMG* propose donc un plafond de 30 000 francs par médecin de premier recours, en supposant des montants toutefois moins élevés pour les spécialistes. Il serait également possible de limiter ces paiements à une période de cinq ans, ce qui constituerait une incitation supplémentaire à faire en sorte que les dossiers soient remplis le plus tôt possible et le mieux possible (avec des structures efficaces en *backoffice*).

*SGMI* indique qu'un montant maximal a peu de sens, car tout le monde aurait intérêt à ce qu'il existe le moins possible de communautés de référence (efficacité, passage à l'échelle, problèmes de transfert de données). L'ordonnance sur les aides financières permettrait de contrôler indirectement la contribution maximale (en cas de mise à l'échelle des processus). *SGMI* propose que l'article soit purement et simplement supprimé.

*AD Swiss* demande que les communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national ainsi que les fournisseurs d'identité soient traités sur un pied d'égalité et propose la modification suivante : « Une communauté de référence/communauté ou fournisseur d'identité peut recevoir un montant maximal de 15 millions de francs ». *HIN* se rallie à cette proposition.

#### 4.2.6 Art. 5 Demande

<sup>1</sup> Les demandes d'aides financières doivent être soumises à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mai.

<sup>2</sup> Elles doivent comporter les indications suivantes:

- a. le nombre de dossiers électroniques du patient ouverts jusqu'à la fin de l'année précédente;
- b. la preuve de la participation cantonale;
- c. le rapport d'activité et les comptes annuels;
- d. toute autre subvention fédérale reçue.

<sup>3</sup> En cas de dossier incomplet, l'OFSP renvoie la demande en fixant un délai supplémentaire raisonnable pour le compléter. Si le délai supplémentaire expire sans remise ultérieure ou sans que les données n'aient été complétées, l'OFSP n'entre pas en matière sur la demande.

<sup>4</sup> L'OFSP édicte un guide concernant le dépôt des demandes et élabore les formulaires correspondants.

##### 4.2.6.1 Remarques générales

Les cantons *AG, AI, BE, BL, LU, SO, TI, UR* et la *CDS* constatent que la précision « ... peuvent percevoir des aides financières pour tous les dossiers ouverts entre la certification et la fin de l'année précédente. » (p. 4, art. 5, al. 2 du rapport explicatif) fait défaut dans l'OFDEP, et que ce point devrait être explicitement repris dans l'ordonnance. *BE* propose qu'il soit réglementé à l'article 5 ou dans une disposition transitoire.

##### 4.2.6.2 Alinéa 2

Les cantons *AG, AI, BE, LU, SG, TI, UR* et la *CDS* indiquent qu'il n'est pas possible d'estimer quand les premiers versements pourront être réalisés par les cantons. Ils proposent la modification suivante de l'alinéa 2, lettre b : « la preuve de la garantie de la participation cantonale; » (*AG, BE, LU, TI, UR, CDS*) ou « la preuve de la participation cantonale envisagée; » (*AI*). *SG* se rallie à cette proposition du moment que la lettre en question n'est pas supprimée.

Le canton *ZH* estime également que l'aide financière ne doit pas être allouée uniquement après le versement de la part des cantons, mais plutôt dès que ces derniers ont émis une garantie. Il demande que l'alinéa 2, lettre b soit modifié comme suit : « la preuve de la participation cantonale prévue; »

Concernant la modification subsidiairement proposée à l'art. 23a LDEP, les organisations *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, PharmaSuisse* et *Sphf* expliquent que le dépôt de la demande doit être modifié afin que les aides financières ne puissent pas uniquement être versées à des communautés de référence soutenues par le canton, mais aussi, de manière proportionnelle, à celles ayant ouvert des DEP dans le canton correspondant (obligation d'égalité de traitement). Ces organisations demandent que l'alinéa 2, lettre b soit supprimé et proposent un **nouvel alinéa 3** : « Les cantons déclarent chaque année les aides financières qu'ils ont versées pour l'exploitation et le développement du DEP. » La numérotation des alinéas suivants est à modifier en conséquence.

*ADTG* souhaite prendre en compte la participation de tiers et propose donc, en vue également de simplifier les aspects procéduraux, la modification suivante de l'alinéa 2 :

« Elles doivent comporter les indications suivantes :

- a. le nombre de dossiers électroniques du patient ouverts jusqu'à la fin de l'année précédente;
- a<sup>bis</sup> le nombre exact de professionnels de la santé raccordés au cours de l'année précédente;
- b. la preuve de la participation ~~cantonale~~ des cantons ou de tiers;
- c. le rapport d'activité et les comptes annuels;
- d. toute autre subvention fédérale reçue. »

ASPS est d'avis qu'au lieu de la preuve d'une participation versée par les cantons, une garantie devrait suffire et propose d'adapter l'**alinéa 2, lettre b** comme suit : « la preuve garantie de la participation des cantons. »

En vue de l'égalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national, *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* proposent la modification suivante de l'**alinéa 2** : « Elles doivent comporter les indications suivantes :

- a. le nombre de dossiers électroniques du patient ouverts jusqu'à la fin de l'année précédente;
- a<sup>bis</sup> le nombre de professionnels de la santé raccordés au cours de l'année précédente;
- b. la preuve de la participation des cantons ou de tiers;
- c. le rapport d'activité et les comptes annuels;
- d. toute autre subvention fédérale reçue. »

*IGMG* explique que les professionnels de la santé donnent un aperçu du nombre de dossiers remplis conformément aux prescriptions. Ce travail ne devrait pas être facturé via l'AOS en cas d'aide financière.

*Axsana* et *Post* relèvent quelques difficultés procédurales concernant la preuve de la participation des cantons. Suivant la formulation actuelle, le co-financement des cantons devrait déjà avoir été versé au moment du dépôt de la demande d'aide financière de la communauté de référence auprès de la Confédération. Il manque aux cantons les informations de l'art. 5, al. 2, let. a de l'OFDEP afin de i) budgétiser et ii) débloquer leur participation financière. D'après l'art. 4, al. 3, let. c de l'ancienne OFDEP du 22 mars 2017, en vigueur jusqu'au 14 avril 2020, la confirmation du co-financement assuré par le canton aurait suffi dans le cadre des avis cantonaux prévus à l'époque. Le fondement de cette confirmation relève de la souveraineté et de la responsabilité des cantons. Ceux-ci doivent veiller à mettre en place en temps opportun une base légale adéquate. Il convient donc ici de tenir compte de la garantie de la participation cantonale et non de la preuve de celle-ci. La modification suivante est demandée à l'**alinéa 2, lettre b** : « la garantie preuve de la participation cantonale; ».

*eSANITA* propose que les communautés de référence reçoivent une contribution annuelle à leurs frais d'exploitation pour chaque professionnel de la santé ou auxiliaire enregistré comme participant au DEP. Elle propose le libellé suivant pour une nouvelle **lettre a<sup>bis</sup> de l'alinéa 2** : « le nombre de professionnels de la santé et d'auxiliaires raccordés au cours de l'année précédente; ».

Concernant l'**alinéa 2, lettre b**, *eSANITA* mentionne l'absence de bases légales cantonales relatives à la participation financière au DEP et les longs délais ainsi que l'incertitude liés à la définition des bases légales nécessaires. Dans les cantons de Suisse orientale, en particulier, le DEP était jusqu'à présent perçu comme relevant de la responsabilité des fournisseurs de prestations et non de celle des cantons. Le financement de la communauté de référence *eSANITA* s'appuie exclusivement sur les contributions des fournisseurs de prestations affiliés. En raison de l'absence (pour le moment) de bases légales dans les cantons, elle ne recevrait absolument aucune aide financière (y c. de la Confédération), bien que les coûts soient assumés par la communauté de référence et ses fournisseurs de prestations (en tant que tiers). Compte tenu des modifications de la législation prévues dans les cantons, les garanties fournies par les cantons devraient suffire pour le dépôt des demandes par les communautés de référence. La modification suivante est demandée : « la preuve de la participation ~~cantonale~~ assurée par les cantons ou, à titre transitoire, par des tiers; ».

*eSANITA* estime en outre que les demandes d'aide financière des communautés de référence ne devraient être prises en considération que s'il est prouvé auprès de la Confédération qu'elles satisfont aux prescriptions légales et pertinentes en matière de certification en vue de l'enregistrement correct des DEP de leurs participants au DEP et de l'échange de données du DEP avec d'autres communautés de référence. *eSANITA* demande l'ajout d'une nouvelle **lettre e** à l'**alinéa 2** : « la preuve de la part de la communauté de référence que les professionnels de la santé et les institutions de santé sont correctement inscrits dans le

répertoire national du DEP, et que l'échange de données du DEP avec d'autres communautés de référence fonctionne ».

En vue d'une égalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national, *AD Swiss* propose la modification suivante de **l'alinéa 2, lettre a** : « le nombre de dossiers électroniques du patient, ouverts jusqu'à la fin de professionnels de la santé raccordés et d'e-ID émises au cours de l'année précédente; » *HIN* se rallie à cette proposition.

#### 4.2.7 Art. 6 Décision

<sup>1</sup> L'OFSP prend en général sa décision jusqu'au 31 août.

<sup>2</sup> La décision indique en particulier:

- a. le nombre de dossiers électroniques du patient pris en compte;
- b. les contributions cantonales imputables;
- c. le montant de l'aide financière à verser;
- d. les modalités de paiement;
- e. un renvoi à l'obligation d'informer visée à l'art. 7;

f. un renvoi aux dispositions pénales et aux sanctions administratives au sens de la section 6 du 3<sup>e</sup> chapitre de la loi fédérale du 5 octobre 1990 sur les subventions.

##### 4.2.7.1 Alinéa 1

*Post* demande que soit précisé, à **l'alinéa 1**, à quel 31 août il est fait référence.

##### 4.2.7.2 Alinéa 2

Pour des raisons d'égalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national, *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* proposent la modification suivante de **l'alinéa 2, lettre a** : « le nombre de dossiers électroniques du patient pris en compte. Pour les communautés de référence et les communautés, le nombre de professionnels de la santé raccordés l'année précédente; ».

En raison de l'égalité de traitement nécessaire des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national ainsi que des fournisseurs d'identité, *AD Swiss* demande que **l'alinéa 2, lettre b** soit adapté comme suit : « le nombre de dossiers électroniques du patient pris en compte. Pour les communautés de référence et les communautés, le nombre de professionnels de la santé raccordés l'année précédente. Pour les fournisseurs d'identité, le nombre d'e-ID émises; ». *HIN* se rallie à cette proposition.

*Axsana* demande que le nombre de professionnels de la santé nouvellement productifs soit pris en compte dans la méthode de calcul. Les communautés devraient alors elles aussi être bénéficiaires. Une nouvelle **lettre a<sup>bis</sup>** devrait alors être ajoutée à **l'alinéa 2** : « le nombre de professionnels de la santé nouvellement productifs; ».

*Post* estime que **l'alinéa 2, lettre a** n'indique pas clairement quels DEP peuvent ne pas être pris en compte.

#### 4.2.8 Art. 7 Obligation d'informer

Les bénéficiaires d'aides financières sont tenus d'informer sans délai l'OFSP de changements substantiels des conditions requises pour les aides financières.

*Aucune remarque.*

#### 4.2.9 Art. 8 Versement

Les aides financières sont versées aux communautés de référence dans un délai de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de la décision.

Pour des raisons d'égalité de traitement des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national, *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* et *SHV* suggèrent la modification suivante : « Les aides financières sont versées aux communautés de référence/communautés dans un délai de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de la décision. »

En raison de l'égalité de traitement nécessaire des communautés et communautés de référence œuvrant au niveau national ainsi que des fournisseurs d'identité, *AD Swiss* propose l'adaptation suivante : « Les aides financières sont versées aux communautés de référence/communautés et fournisseurs d'identité dans un délai de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de la décision. » *HIN* se rallie à cette proposition.

#### 4.2.10 Art. 9 Modification d'un autre acte législatif

L'ordonnance du 22 mars 2017<sup>9</sup> sur le dossier électronique du patient est modifiée comme suit :

##### *Art. 16 Consentement*

La communauté de référence doit obtenir le consentement du patient à la tenue d'un dossier électronique du patient. La déclaration de consentement doit:

- a. porter la signature manuscrite du patient ou sa signature électronique qualifiée arborant un horodatage qualifié au sens de la loi fédérale du 18 mars 2016<sup>10</sup> sur la signature électronique; ou
- b. être confirmée par le patient à l'aide d'un moyen d'identification émis par un éditeur certifié au sens de l'art. 31.

Le canton *BE* relève que cette disposition ne précise pas si, dans le cadre du consentement, il doit être fait usage d'une signature électronique qualifiée ou d'un autre moyen d'identification mis à disposition par un fournisseur d'identité certifié.

Le canton *SH* estime qu'il est important que les exigences de sécurité liées aux autres moyens d'identification ne donnent lieu à aucune concession dangereuse sur le plan de la protection des données lors de la simplification de la procédure de consentement. À cet égard, l'art. 31 de l'ordonnance du 22 mars 2017 sur le dossier électronique du patient (ODEP ; RS 816.11), auquel il doit être fait référence dans la nouvelle disposition de l'art. 16, let. b, est déterminant. Bien qu'elle soit déjà réglementée au niveau de l'ordonnance, la disposition de l'art. 31 ODEP semble trop vague, notamment en raison de la délégation de compétences au DFI à l'alinéa 2 et de la possibilité de délégation supplémentaire à l'Office fédéral de la santé publique à l'alinéa 3. Pour garantir une protection des données suffisante, les conditions énoncées aux art. 23 à 27 ODEP doivent absolument être maintenues. Dans le cadre de la certification d'autres éditeurs de moyens d'identification, il convient d'accorder une grande importance aux exigences en matière de protection des données à appliquer aux moyens d'identification nouvellement autorisés.

*IGMG* estime qu'il existe bien d'autres options pour ouvrir un dossier, par exemple avec un ordinateur muni d'une caméra ou un téléphone mobile associés à un service de certification (comme le font les opérateurs mobiles), par l'intermédiaire d'un facteur à la porte du domicile ou auprès de la commune municipale.

*SGMI* estime que le consentement du patient doit pouvoir être donné le plus simplement possible du moment qu'il existe une procédure *opt-in*. En d'autres termes : les communautés de référence ou les institutions qui leur sont affiliées (par le biais d'interfaces) confirment d'une part qu'elles disposent du consentement du patient pour l'ouverture d'un DEP. L'ouverture automatique d'un dossier du patient (depuis le système primaire) est possible après l'obtention du consentement du patient auprès de l'institution. Les institutions de santé prouvent qu'elles ont obtenu le consentement du patient. Les exigences en matière de certification s'appliquant aux services d'ouverture de dossiers doivent être assouplies. Il doit être possible d'utiliser

<sup>9</sup> RS 816.11

<sup>10</sup> RS 943.03

des identités électroniques existantes, le cas échéant. Les incitations destinées aux patients doivent être examinées. Pour permettre l'ouverture d'un DEP sur un lieu de soin, les ordonnances applicables à l'ouverture de dossiers (certification, etc.) doivent également être adaptées afin de pouvoir être mises en œuvre sur les plans pratique et financier. La modification suivante de l'**article 16, lettre a, ODEP** est proposée : « La communauté de référence doit pouvoir fournir une preuve du consentement du patient pour la gestion d'un dossier électronique du patient. » L'**article 16, lettre b, ODEP** doit être purement et simplement supprimé.

*SwissSign* formule la même demande, car, au titre de l'art. 3, let. c de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD ; RS 235.1), les données de santé sont des données sensibles et doivent être protégées en conséquence (art. 7 LPD). Si « seul » un moyen d'identification est déclaré suffisant, alors le principe de protection appropriée n'est pas respecté. La SEQ n'est certes pas encore assez courante pour que tout le monde l'utilise ou souhaite l'utiliser, mais la signature physique reste une option et elle ne peut donc pas être utilisée comme fondement justifiant l'introduction d'un « moyen d'identification » pour confirmer le consentement.

#### 4.2.11 Art. 10 Disposition transitoire

<sup>1</sup> L'année de l'entrée en vigueur de la présente ordonnance, les demandes doivent être soumises avant le 15 [septembre/octobre/novembre].

<sup>2</sup> L'OFSP prend sa décision jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre.

<sup>3</sup> Les aides financières sont versées dès l'adoption de la décision. [L'art. 10 n'est pertinent que si l'ordonnance entre en vigueur au 1<sup>er</sup> juin ou plus tard.]

*Aucune remarque.*

#### 4.2.12 Art. 11 Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le [date].

*Aucune remarque.*

### 4.3 Remarques générales

Le canton *NE* estime que la prévision de 2 millions de DEP ouverts d'ici 2027 est ambitieuse.

Concernant la protection des données, le canton *SH* et les *VERT-E-S* attirent l'attention sur le fait que dans le cadre du DEP, des données de santé « sensibles » doivent être traitées et qu'il est donc impératif d'accorder une importance primordiale à la protection des données. Le canton *NW* fait également remarquer que suivant les dispositions correspondantes de la législation cantonale sur la protection des données, il est nécessaire de prendre et de mettre en œuvre des mesures techniques et organisationnelles en vue de protéger les données personnelles des personnes non autorisées et de tout traitement non intentionnel ainsi que des dommages et pertes. Cette approche est tout particulièrement nécessaire pour le consentement par voie électronique.

*Santésuisse* soutient le fait que le projet ne comprenne pas des mesures supplémentaires. L'expérience a en effet montré que trop mélanger les thèmes au sein d'un projet pouvait entraver la mise en œuvre rapide des mesures.

*SDA* se demande s'il est suffisant de prévoir 0,2 équivalent plein temps pour un traitement rapide des demandes d'aide.

*SDA* fait remarquer que tous les efforts en vue de mettre en place une infrastructure adéquate pour les données de santé en Suisse doivent tenir compte des travaux réalisés à l'échelle européenne en matière de données de santé, et qu'il convient d'examiner les conséquences éventuelles sur la capacité de la Suisse à être raccordée à l'Espace européen des données de santé.



*Swico* demande que le financement transitoire reste réellement temporaire. Celui-ci ne doit pas figer des structures existantes inefficaces. Pour *Swico*, il est essentiel qu'il ne devienne pas régulier par la suite. Une telle situation entraverait le remaniement durable de l'écosystème et empêcherait de résoudre la question du financement.

## 5 Avis concernant le rapport explicatif

Pour le canton *BE*, les explications relatives à l'article 23c (p. 14 ss.) n'indiquent pas clairement comment et quand le montant total (30 millions de francs) est fixé ni comment il est réparti entre les années de requête. On peut donc se demander si les 30 millions de francs seront disponibles dans leur intégralité dès la première année, en conséquence de quoi il est possible qu'aucun paiement ne soit effectué les années suivantes ou que le paiement soit réduit, ou s'il est prévu que les ressources soient (uniformément) réparties entre les années. Le rapport explicatif doit être complété en conséquence. *BE* demande en outre que le rapport (Conséquences pour les cantons, p. 15) soit plus précis sur le fait que, dans des délais très brefs – et sans connaître les bases légales fédérales –, des autorisations de dépenses devront être accordées et des budgets établis, ainsi que sur les besoins en personnel considérables qui en découleront au niveau des cantons.

Les cantons *FR* et *VS* ainsi que la *CDS* souhaitent que les explications concernant l'art. 3 OFDEP soient complétées afin d'expliquer qu'il est relativement simple de falsifier une signature manuscrite, tandis qu'une identification avec, par exemple, le moyen d'identification nécessitant une authentification à deux facteurs, rend l'approbation beaucoup plus sûre.

*FRC* déplore que le rapport explicatif ne fournisse que peu de précisions concernant le choix du montant forfaitaire de 15 francs pour couvrir les coûts de l'ouverture d'un DEP. Il est fait mention d'une fourchette de 15 à 20 francs, mais les raisons ayant amené le Conseil fédéral à choisir le bas de cette fourchette ne sont pas mentionnées. Certaines communautés de référence attirent déjà l'attention sur le fait que ce montant est insuffisant. On peut alors se demander si le montant forfaitaire par DEP ouvert ou le plafond de 30 millions de francs doit être adapté. Les bases fournies par le Conseil fédéral (dans le cadre de cette consultation) ne permettent malheureusement pas de répondre clairement à cette question.

*SVDG* demande que soit supprimée la phrase « Pour les assureurs, la mise en place du DEP devrait signifier une amélioration de l'efficacité du système de santé et donc une réduction des coûts. » (p. 16) car cet effet n'a pas encore été démontré et suscite de fausses attentes. *SVDG* demande en outre que la phrase « Telles qu'elles sont conçues actuellement, les activités des communautés de référence ne constituent pas une tâche prescrite par l'État, mais choisie par l'allocataire. » (p. 17) soit correctement présentée, car « l'allocataire », c'est-à-dire le fournisseur de prestations et sa communauté (de référence) doivent établir et exploiter le DEP conformément à la loi, ce qui constitue, dans les faits, la délégation auprès d'eux d'une tâche qui incombe à l'État.

*Axsana* demande que le rapport explicatif soit adapté afin de prendre en compte, comme demandé, les critères relatifs aux professionnels de la santé productifs ainsi que différents autres points.

## 6 Autres points soulevés

### 6.1 Procédure législative

Les cantons *AG*, *BE*, *NW* ainsi que la *CDS* déplorent que la première révision partielle ne puisse déployer ses effets qu'à la mi-2024 au plus tôt, et qu'une révision totale ne prenne pas effet avant 2027. *NW* et la *CDS* indiquent que d'ici là, tous les acteurs devront s'efforcer de soutenir la diffusion du DEP au sein de la population, parmi les professionnels de la santé et les institutions sur le plan juridique et financier. Il ne s'agira pas d'une tâche aisée et il est possible que le DEP ne sorte pas indemne de cette période. Cela doit être dit explicitement au Parlement afin que la procédure législative puisse être accélérée en conséquence. *BE* trouve qu'il est irresponsable de ne pas faire prendre effet la révision complète de la LDEP avant 2027, ce qui conduirait à faire persister pendant encore plusieurs années des lacunes essentielles et connues depuis longtemps dans la conception du DEP. Cette situation met gravement en péril l'ensemble du projet d'introduction du DEP, outil dont la Suisse a pourtant urgemment besoin. *LU* estime également que le délai de transition jusqu'à l'application prévue de la révision complète de la LDEP est très long, et craint que celui-ci ait pour conséquence une baisse de l'acceptation générale du DEP.

Le *Centre* attend qu'une base financière durable pour le DEP et les communautés de référence soit enfin créée. Il demande au Conseil fédéral de mettre en place, au moyen de la révision complète, les conditions générales permettant de mettre au point aussi rapidement que possible un DEP fonctionnel, utilisable et financièrement stable qui pourrait être mis en œuvre à grande échelle. La période transitoire doit être aussi brève que possible, et les retards supplémentaires évités. Le *PS* estime également que l'introduction de mesures simplifiées, qui devrait être effectuée dans cinq ans dans le cadre de la révision de la LDEP, prend trop de temps.

*ACSI* et *FRC* déplorent le bilan négatif du DEP : en novembre 2022, une fiche d'information de la Confédération et de la CDS faisait état de 13 000 DEP. Il apparaît donc que six ans après l'introduction de la loi, seuls deux Suisses sur 1000 ont ouvert un DEP. *ACSI* et *FRC* trouvent curieux que la Confédération semble se contenter d'un délai de cinq ans pour réviser un projet dont le potentiel en matière de maîtrise des coûts est considérable. *CH++* se rallie à ce commentaire.

*IG eHealth* et *SHV* font remarquer que la Suisse a beaucoup de retard en matière de transformation numérique. À cause de ce retard, des inefficiences coûteuses sont à prévoir dans le cadre des soins et de l'administration. Dans le contexte de la transformation numérique, il est donc essentiel de définir une feuille de route ambitieuse, car celle-ci peut contribuer à une meilleure qualité des soins et à la maîtrise des coûts.

*Axsana* relève que certaines mesures correctives de nature principalement organisationnelle, le plus souvent peu controversées, doivent autant que possible être mises en œuvre parallèlement à la révision complète. Elle suggère de réaliser sans plus attendre une enquête auprès des communautés de référence à ce sujet.

*CH++* trouve que la révision totale prévue est prometteuse, mais craint qu'elle n'intervienne trop tard.

### 6.2 Obligation pour tous les professionnels de la santé de s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence

Le canton *SG* demande que tous les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire aient l'obligation de tenir un DEP afin que l'obligation de s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence soit une condition requise pour facturer à la charge de l'AOS. Cette obligation doit déjà être prévue dans la première révision de la LDEP avec un délai de transition adéquat. Le canton *TG*, *Interpharma* et *Scienceindustries* se rallient à cette demande. Le *PLR*, le *PS*, *svg-usam* et *DVSP* renvoient à la motion 19.3955 intitulée « Un dossier électronique du patient pour tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus de traitement », largement adoptée par le Parlement le 8 mars 2021, et demandent que cette obligation soit

déjà intégrée dans la première révision, ou que la possibilité de l'inclure soit examinée. *FRC* et *CH++* se rallient à cette demande.

*SKS* indique que de nombreux fournisseurs de prestations ne semblent pas se préoccuper de convaincre leurs patients des avantages du DEP. Les patients ayant ouvert un DEP ne peuvent souvent pas réellement l'utiliser, notamment parce que de nombreux fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire ne sont encore affiliés à aucune communauté de référence, ne sont pas disposés à le faire ou ne sont pas en mesure d'exploiter le DEP des patients. D'après les déclarations de patients, il arrive aussi que des hôpitaux effectivement affiliés à une communauté de référence refusent néanmoins d'utiliser le DEP. Les patients sont donc peu incités à ouvrir un DEP. En vue de résoudre ce problème en temps utile, *SKS* recommande vivement d'inclure dans la première phase de la révision l'obligation pour tous les professionnels de la santé du secteur ambulatoire de participer au DEP, et de prévoir une application rapide de la révision. Sans ces mesures, on peut craindre que la présente révision permette certes de maintenir le DEP en vie, mais sans atteindre en temps voulu les résultats espérés en matière de qualité et de coordination des soins et d'économicité. Si cette approche n'aboutit pas à des améliorations rapides, il se peut que des fournisseurs privés interviennent à la place du DEP, ce qui serait très problématique du point de vue de la protection des données.

*Economiesuisse* suggère de recourir à un financement unique et limité dans le temps afin d'inciter les groupes de fournisseurs de prestations ambulatoires à participer plus rapidement au DEP. L'indemnisation devrait là aussi être axée sur les prestations afin de n'être versée qu'en cas d'ouverture et d'utilisation du DEP.

*MFE* et *SGAIM* trouvent inadmissible l'obligation de se raccorder pour les professionnels de la santé du secteur ambulatoire, évoquée dans le rapport explicatif et qui devrait être appliquée dans le cadre de la révision complète de la LDEP. Le cas échéant, ils demandent un délai de transition de plusieurs années (p. ex. cinq ans), sans lequel de nombreux médecins pourraient arrêter de travailler, ce qui exacerberait la pénurie actuelle de médecins de famille et de pédiatres.

*SDV* fait remarquer que la temporalité de la deuxième phase de la révision encourage l'existence de systèmes parallèles qui persisteraient même après la deuxième révision partielle du DEP et plaide pour la mise en œuvre des mandats que le Parlement a déjà confiés au Conseil fédéral lors de la première phase de révision du DEP. La motion 19.3955 « Un dossier électronique du patient pour tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus de traitement » doit ainsi être incluse dans la première révision partielle de la LDEP. Celle-ci oblige le Conseil fédéral à instaurer une obligation de participer au DEP pour les fournisseurs de prestations. Le raccordement au DEP serait facultatif pour d'autres professionnels de la santé, tels que ceux travaillant dans des drogueries. Selon *SDV*, *IG eHealth* et *SHV*, le DEP ne peut pas déployer tout son potentiel si les fournisseurs de prestations du secteur stationnaire et ceux du secteur ambulatoire nouvellement autorisés sont les seuls à devoir s'affilier à une communauté (de référence) conformément à la LAMal. Ils proposent donc la modification suivante de l'art. 36 LAMal : « Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, let. a à g, m et n, ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que si :

- a. ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité; et
- b. ils se sont affiliés à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de l'art. 11, let. a de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient. »

*SDA* trouve décevant qu'aucune obligation de tenir un DEP n'ait été prévue dans l'actuelle révision pour tous les professionnels de la santé. En conséquence, le DEP n'aura d'avantages que minimes pendant encore plusieurs années. Une infrastructure de données ne peut apporter de valeur ajoutée que si des données sont disponibles. L'obligation de tenir un DEP devrait dès à présent être appliquée en consultation avec les professionnels de la santé et par la mise en place de mesures incitatives.

*KSG* souhaite également la mise en place d'une telle obligation pour les fournisseurs de prestations travaillant dans le secteur ambulatoire avec un délai de transition de cinq ans.

### **6.3 Obligation pour les professionnels de la santé de saisir des données dans le DEP**

Pour les cantons *AG*, *GE*, *JU*, *SO*, *VS* ainsi que *DVSP*, *CARA* et *KSG*, le succès du DEP dépend également du dépôt de documents pertinents dans celui-ci. Bien souvent, l'obligation pour les professionnels de la santé de s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence ne suffit pas à garantir que ceux-ci remplissent ensuite systématiquement le DEP. Il est donc impératif d'énoncer dans la loi l'obligation de déposer les documents essentiels dans le DEP. Le canton *BS* et la *CDS* soutiennent cette demande. Le canton *NW* demande lui aussi que les professionnels de la santé et les institutions raccordés au DEP soient astreints de manière contraignante à déposer des documents dans le DEP. *Interpharma* partage cet avis et fait remarquer qu'élargir l'obligation de tenir un DEP dans la révision complète qui s'achèvera en 2027 seulement retarderait de plusieurs années encore les efforts en vue d'instaurer un espace suisse des données de santé. Le canton *FR* soutient également une telle obligation. *BEKAG* et *FMH* déplorent que cinq ans après l'entrée en vigueur de l'ordonnance sur le DEP, seule une partie des hôpitaux (art. 39, al. 1, let. f, LAMal) s'y soient raccordés et qu'au sein de ces hôpitaux, une faible proportion de professionnels de la santé dispose d'un accès au DEP. Sous sa forme actuelle, le DEP ne présente pas d'avantages considérables pour les patients ainsi que pour les médecins travaillant dans le secteur ambulatoire. *DVSP* demande que la Confédération prévienne quels documents doivent impérativement être déposés dans le DEP.

*Swico* explique que le montant forfaitaire par dossier du patient ouvert est une bonne incitation sur le principe. Cependant, celle-ci ne tient compte que d'un acteur de l'écosystème du DEP, à savoir les communautés de référence. Aucune mesure incitative n'est malheureusement prévue pour l'ouverture et l'utilisation du DEP par les professionnels de la santé. La valeur ajoutée du DEP est finalement limitée si des dossiers sont ouverts, mais que l'écosystème n'est pas utilisé. Il conviendrait de prévoir des mesures encourageant l'utilisation active du DEP. À cet égard, l'accent devrait être mis sur les professionnels de la santé. Il convient donc d'examiner si une obligation, pour les professionnels de la santé, d'utiliser le DEP serait pertinente dans le cadre de ce projet.

### **6.4 Nombre de communautés de référence**

Le canton *TG* trouve qu'il serait plus efficace d'avoir une seule communauté de référence, car il n'y aurait ainsi aucun problème d'interface. Dans d'autres pays tels que le Danemark, cette solution a clairement fait ses preuves.

Les *VERT-E-S* attendent un réexamen fondamental du principe des communautés de référence et souhaitent que soit sérieusement examinée la possibilité de n'avoir qu'un seul prestataire (naturellement géré par les pouvoirs publics). La deuxième révision doit permettre de corriger les erreurs fondamentales dans la construction du DEP, notamment l'idéologie de marché qui la sous-tend et la pseudoconcurrence entre les communautés de référence qui en résulte. Sans une réduction progressive du nombre de communautés de référence et sans la création, au niveau de la Confédération, d'un organe supérieur habilité à donner des directives, le parti se réserve la possibilité de refuser le projet.

Le *PS* et *DVSP* suggèrent que la question du nombre de communautés de référence nécessaires soit prise en considération dans la deuxième phase. En tant que seul fournisseur, la Poste dispose d'un monopole vis-à-vis des communautés de référence, et l'on comptait encore six de ces dernières en avril 2023. Le *PS* et *DVSP* voient d'un œil critique le besoin de maintenir les différentes communautés de référence. L'expérience a montré que le marché est trop petit pour plusieurs fournisseurs. Il est donc suggéré d'examiner dans quelle mesure il est judicieux d'avoir différentes communautés de référence, d'autant plus qu'il n'existe plus qu'un seul fournisseur de système, à savoir la Poste.

*IGMG* fait remarquer que la maîtrise des coûts sera difficilement atteignable tant que le DEP ne pourra pas être géré de manière adéquate sur le plan technique, et estime qu'il serait judicieux de n'autoriser qu'un seul fournisseur de DEP avec des consignes claires quant à

la création d'interfaces vers tous les systèmes (systèmes d'information des hôpitaux, des cabinets, etc.).

## 6.5 Consentement / *opt-out* / ouverture de DEP

Pour le *PS* et *DVSP*, il est clair qu'une utilisation généralisée du DEP dans le système de santé permettrait de réaliser des économies et de rendre les processus plus efficaces. Les risques de médication multiple diminueraient, de même que le risque qu'un professionnel ne soit pas joignable au bon moment pour rechercher dans un dossier physique des données sur l'évolution de la maladie. Le *PS* et *DVSP* sont d'avis que l'utilisation du DEP ne doit pas dépendre des processus d'ouverture exigeants actuellement en place et plaident pour un modèle *opt-out*. Ils demandent que les obstacles à la création d'un DEP soient levés rapidement et simplement. Ils estiment que les certificats de vaccination COVID-19 constituent une possibilité d'ouverture de DEP. En effet, plusieurs vérifications de l'identité sont nécessaires pour obtenir un certificat COVID, notamment pour réaliser un test COVID et se faire vacciner. En outre, ce certificat répond aux critères de sécurité et permet donc à six millions de personnes en Suisse d'ouvrir un DEP sans difficulté et sans formalités administratives. Ils suggèrent donc que le Conseil fédéral concrétise cette option sur la base des modifications proposées à l'art. 3. *DVSP* explique que le modèle *opt-out* doit absolument s'accompagner de mesures visant à renforcer les compétences des patients en matière de santé et de numérique. Le DEP constitue un changement de paradigme : jusqu'à présent, c'est le corps médical qui disposait des informations de santé d'une personne. Grâce au DEP, chaque personne a directement accès à ses propres données. En vue d'une utilisation pertinente de ces données et d'une responsabilité accrue des patients, les compétences en matière de santé de ces derniers doivent également être renforcées. À cette fin, *DVSP* attend que la Confédération prévoie une base légale permettant aux organisations de patients de jouer le rôle important de *sparring-partner* pour les patients et de bénéficier pour cela d'une aide financière de la Confédération.

*BEKAG* plaide pour une solution plus simple et mieux gérable pour la grande majorité de la population, y compris les personnes malades, âgées ou socialement affaiblies. En effet, le système de consentement actuellement prévu n'est pas pratique. La complexité du processus d'ouverture entrave l'ouverture du plus grand nombre possible de DEP. Pour certains groupes de population (par exemple les personnes âgées et/ou gravement malades), le processus présente tant d'obstacles qu'on ne peut pas escompter obtenir de leur part le consentement nécessaire.

D'après *IG eHealth* et *SHV*, le raccordement volontaire au DEP pour les citoyens est peu attrayant, car les cas d'utilisation font défaut. Le dossier de vaccination à lui seul ne suffit pas pour donner de l'élan. Aujourd'hui, le DEP fonctionne certes sur le plan technique (actuellement dans les limites de la communauté), mais il manque aux communautés de référence les moyens permettant son développement urgent sur le plan du contenu.

*SBAP* est d'avis que le consentement de l'utilisateur tel que défini doit être transformé en une solution fondée sur l'opposition (« *opt out* »).

*SVDG* fait observer que, dans le cadre de la révision complète de la LDEP, il faut absolument choisir le principe *opt-out*, avec création préalable et automatique d'un dossier et, le cas échéant, opposition du patient.

*SSR* approuve le caractère volontaire pour les patients et estime qu'il doit être maintenu lors de l'introduction définitive.

## 6.6 Accès au HPD

Les cantons *AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NW, SG, SO, TI, UR, VS* ainsi que la *CDS* et *CARA* demandent un accès formel des cantons au HPD afin que ceux-ci puissent accomplir la tâche qui leur incombe, à savoir vérifier l'affiliation des professionnels de la santé ainsi que de leur institution de santé. *AG, BE* et *NW* indiquent que l'intérêt des cantons à ce que les fournisseurs de prestations déposent dans le DEP de leurs patients des documents pertinents pour le traitement et accèdent à des documents déjà présents dans le DEP pourrait

augmenter en raison de leur co-responsabilité sous la forme de contribution financière par dossier ouvert. Le HPD, qui répertorie tous les professionnels de la santé et organisations enregistrés en tant que participants au DEP, permettrait de vérifier si les fournisseurs de prestations sont aptes à le faire, ne serait-ce que sur le plan technique et organisationnel. Cependant, seules la Confédération et les communautés de référence auraient accès à ce service. Cet accès serait interdit aux cantons. Cette situation a déjà engendré de nombreuses contrariétés et incompréhensions pour ce qui est du nouveau critère d'admissibilité appliqué aux médecins depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour pouvoir facturer à la charge de l'AOS (à savoir l'obligation de s'affilier à une communauté de référence ou à une communauté), et de l'obligation de vérification et de surveillance associée qui incombe aux cantons dans le cadre de la nouvelle procédure formelle introduite elle aussi le 1<sup>er</sup> janvier 2022. De leur point de vue, il n'est pas possible d'attendre la révision complète concernant ce droit d'accès ; un accès est nécessaire dès à présent pour l'application du droit fédéral en vigueur. *AG* et *BE* font remarquer que les données traitées dans le cadre des services de recherche ne sont pas des données sensibles au sens du droit fédéral et qu'une telle disposition serait donc simple à mettre en œuvre.

## 6.7 Processus d'ouverture

Les cantons *AG*, *BE*, *BL*, *BS*, *LU*, *NW*, *UR* et la *CDS* demandent d'examiner si le processus d'ouverture ne pourrait pas être encore simplifié, par exemple au niveau de l'établissement d'une e-ID. Le canton *ZH* suggère d'intégrer davantage de facilités dans la révision de la loi. Il conviendrait, en particulier, d'assouplir les exigences légales relatives au processus d'ouverture, à l'e-ID et à la certification. À cet égard, il existe un potentiel d'optimisation qui pourrait être utilisé sans qu'il ne soit nécessaire de faire des concessions importantes en matière de sécurité. La révision de la loi doit permettre de rendre le DEP plus simple, plus accessible et plus attrayant pour ses participants.

Le canton *AG* estime également que la procédure de demande de moyen d'identification numérique/électronique (e-ID) est complexe et trop peu conviviale. Il demande que le message relatif à la loi fédérale sur l'identité électronique et autres moyens de preuve électroniques (LeID) soit transmis rapidement au Parlement et que la Confédération démarre les travaux préliminaires en vue de sa mise en œuvre.

Le canton *BE* est aussi d'avis que l'e-ID constitue le principal obstacle à la diffusion du DEP. La nécessité de disposer d'une identité électronique réduit l'attractivité du DEP. En outre, il faut garder à l'esprit que la population a refusé les e-ID actuelles. Des améliorations ne seront possibles que si une solution est trouvée concernant l'e-ID. Une procédure entièrement électronique serait un prérequis pour permettre la diffusion du DEP.

Le canton *GL* estime que les lacunes du DEP résident dans les procédures visant à obtenir une e-ID, qui sont nécessaires pour l'ouverture d'un DEP par voie électronique et qui demeurent peu conviviales et compliquées. Dans l'optique de permettre un nouveau départ réussi du DEP, le message relatif à la LeID doit être transmis rapidement au Parlement et les travaux préliminaires en vue de sa mise en œuvre doivent être amorcés.

Le canton *JU* estime que le moyen d'identification constitue le principal obstacle à l'introduction du DEP en Suisse. Les différents niveaux de sécurité du moyen d'identification en circulation rendent le processus d'ouverture et l'accès au DEP nettement plus complexes. Du point de vue d'un citoyen ou d'un professionnel de la santé, cette situation est tout simplement incompréhensible. Une citoyenne qui a par exemple fait vérifier son identité en ligne par le biais de l'application SwissID doit à nouveau se plier à une procédure complète sur site afin d'ouvrir un DEP et d'y accéder. Sur le plan technique et de la sécurité, ces deux procédures n'apportent rien et restreignent considérablement l'accès au DEP. Compte tenu de la complexité du système actuel, des mesures d'accompagnement spécifiques sont *de facto* nécessaires pour l'obtention d'un moyen d'identification compatible avec le DEP, qui par ailleurs est largement financé par les cantons de Suisse romande. La mise en place d'un fournisseur d'identité unique, certifié automatiquement dans différents contextes après son activation, pourrait être une solution. Par la suite, on peut escompter que la Confédération accélère les travaux sur la future e-ID. Le canton *TI* demande des précisions quant à la manière dont les frais relatifs

au moyen d'identification seront couverts, les fournisseurs d'identité n'étant pas en mesure de facturer directement leurs services aux citoyens à l'heure actuelle. Il convient donc de préciser par qui ces frais doivent être assumés.

SKS estime que s'agissant de la mise en œuvre et de l'utilisation du DEP, la situation n'est pas satisfaisante du tout pour les consommateurs et les patients. Le processus d'ouverture d'un DEP est complexe et chronophage.

SDV souligne que les services d'ouverture physiques utilisés jusqu'à présent doivent également être garantis à l'avenir, car les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier de conseils personnels si besoin, aussi bien pour l'enregistrement de l'e-ID que pour l'ouverture du DEP. Le conseil/soutien personnel et fondé sur la confiance qui va de pair avec l'utilisation d'un outil essentiel et innovant pour la communication entre les professionnels de la santé et les patients ainsi que pour la gestion de ses propres données de santé doit continuer d'être promu, pas seulement au bon vouloir des communautés de référence, mais surtout au même titre que les nouvelles formes de consentement (électronique). Cette approche contribuerait finalement à la réalisation des objectifs du DEP.

SHV suggère que les professions réglementées dans la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan ; RS 811.21) n'aient pas à proposer l'ouverture de DEP parmi leurs prestations, car le processus d'ouverture s'accompagne d'une charge de travail importante qui n'est pas indemnisée à l'heure actuelle.

SVBG fait remarquer que le processus d'ouverture d'un dossier demeure long et exigeant et constitue donc un obstacle de taille pour de nombreuses personnes. Pour une diffusion à grande échelle du DEP, il est impératif d'œuvrer pour rendre ce processus aussi simple que possible.

## 6.8 Lacunes dans la mise en œuvre du DEP et de la LDEP

D'après le canton *GL*, la diffusion du DEP souffre des défaillances relatives à sa mise en œuvre sur le plan technique. On peut comprendre pourquoi cet outil est surnommé « cimetière de PDF » avec une technologie datée et qui freine le progrès. En outre, la LDEP ne définit pas clairement les responsabilités, les compétences et les outils d'exécution.

Le canton *GR* estime que le DEP n'est pas fonctionnel sous sa forme actuelle.

Le canton *LU* attend un engagement accru de la part de la Confédération, car ce n'est qu'ainsi que le DEP pourra encore être sauvé. Il attend également que la Confédération optimise sa planification afin de pouvoir viser un délai maximal de trois ans pour le financement transitoire.

Le canton *SO* demande des mesures permettant de faciliter l'accès et la gestion du DEP pour les patients.

Le canton *TG* estime que sous sa forme actuelle, la LDEP est un échec et demande sa révision en profondeur en tenant compte des aspects qu'il a présentés. Il déplore des erreurs dans la construction du DEP :

- La saisie des données est réalisée de manière sélective suivant la maladie et le médecin, par conséquent un médecin traitant ne peut jamais savoir si les documents électroniques déposés sont complets ou s'il existe un risque de traitement erroné en raison d'une saisie sélective. Un traitement réussi présuppose que les fournisseurs de prestations disposent d'un accès total à des données exhaustives.
- La construction du DEP n'est pas convaincante sur le plan technique. Plutôt que de permettre la sauvegarde de données dynamiques et structurées, la LDEP ne mentionne que des données statiques (images et textes statiques). Les données doivent donc péniblement être enregistrées dans les différents systèmes des fournisseurs de prestations.
- Il manque des mesures incitatives pour l'ouverture d'un DEP.
- Les fournisseurs de prestations pourraient difficilement utiliser les données du DEP, car ils ne savent à aucun moment si celles-ci sont complètes. Ils ne sont donc nullement incités à ouvrir des DEP ou à promouvoir leur ouverture.

- Les patients ne verraient pas non plus l'utilité du DEP et il y a trop d'obstacles à son ouverture (signature ou signature électronique certifiée). C'est la raison pour laquelle peu de DEP ont été ouverts jusqu'à présent.
- Il est impossible de comprendre pourquoi, dans un pays de petite taille comme la Suisse, il doit y avoir diverses communautés de référence alors que les patients sont mobiles entre les différents fournisseurs de prestations, cantons et systèmes (médecin, pharmacies, hôpitaux, etc.).
- Les assureurs n'auraient pas accès aux données, ce qui complique inutilement leur mandat légal de vérification du caractère efficace, approprié et économique des prestations et engendre une charge administrative ayant des conséquences sur les coûts assumés par les payeurs de primes.
- Sur le plan économique, personne ne profite de l'ouverture complexe d'un DEP.

Pour le canton *ZH*, le peu de progrès réalisés et les lacunes de financement sont notamment dus aux défaillances fondamentales de la LDEP. La Confédération a insuffisamment réglementé les compétences et obligations des acteurs et a supposé l'existence d'une multitude de communautés de référence, ce qui n'est pas réalisable sur le plan organisationnel et technique et engendre une inefficacité et des retards. En outre, la Confédération et les communautés de référence ont sous-estimé les coûts d'identification, de certification et de développement. *ZH* est convaincu que la LDEP doit être rapidement et entièrement révisée, et que les modifications apportées doivent entrer en vigueur avant 2027. Les travaux nécessaires en ce sens doivent être immédiatement entrepris et accélérés. Le canton estime que les éléments suivants sont importants :

- une réglementation et une délimitation claires des tâches et des compétences de la Confédération et des cantons ainsi que l'implication de tiers tels que les assureurs-maladie ;
- l'assurance d'un financement durable ;
- l'obligation pour tous les professionnels de la santé du secteur ambulatoire de tenir un DEP ;
- l'introduction de l'obligation pour la population d'ouvrir un DEP avec un modèle *opt-out* (au lieu du caractère volontaire actuel) ;
- l'utilisation de l'infrastructure technique pour les services supplémentaires tels que, par exemple, le transfert de patients à d'autres professionnels de la santé.

*ZH* se rallie à l'observation de la *CDS*, qui voit l'absence de définition claire des responsabilités, des compétences et des outils d'exécution dans les bases légales comme la principale cause des lacunes de financement engendrées et des faibles progrès réalisés dans la diffusion du DEP.

Le *PLR* demande l'application (partielle) de la motion 22.3015 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, intitulée « Concevoir un dossier électronique du patient adapté à la pratique et garantir son financement ». Du point de vue du *PLR*, la deuxième demande devant permettre de réduire la complexité du DEP sur le plan technique et organisationnel peut être mise en œuvre au niveau de la loi. *IG eHealth* et *SHV* sont du même avis et recommandent que les données du DEP circulent sur une seule plateforme technique. L'architecture choisie par le Parlement il y a de nombreuses années est trop compliquée à mettre en œuvre. L'échange de données entre communautés (de référence) (*cross-community*) ne fonctionne pas à l'heure actuelle. On peut s'attendre à ce que le système ne fonctionne pas comme souhaité une fois qu'un grand nombre de données y seront enregistrées. La mise en place du dépôt centralisé de données dynamiques, prévue lors de la deuxième phase, accroît encore le degré de complexité entre les données devant être déposées de manière centralisée et celles devant être déposées de manière décentralisée. Pour un DEP attrayant, des données dynamiques et déposées de manière centralisée sont indispensables. Compte tenu de cette réalité, le *PLR* estime qu'une approche différente s'impose concernant l'architecture. Le Parlement a déjà anticipé ce changement de système auprès du Conseil fédéral en adoptant la motion 22.3015. *IG eHealth* et *SHV* formulent une proposition concrète d'article de loi fondée sur la solution visée à l'art. 67a de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPT<sub>H</sub> ; RS 812.21) :



<sup>1</sup> Le Conseil fédéral met à disposition une infrastructure centralisée du DEP. Celle-ci est utilisée pour:

- a. l'enregistrement des données des patients;
- b. l'échange de données entre les professionnels de la santé;
- c. l'échange de données entre les professionnels de la santé et les registres obligatoires.

<sup>2</sup> La Confédération peut, à cette fin, confier la création et l'exploitation d'une banque de données à des tiers.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral:

- a. fixe les exigences fondamentales quant au contenu, à l'exploitation et à la qualité de la banque de données, et règle les conditions d'accès aux données et leur utilisation;
- b. désigne le service chargé de gérer la banque de données.

<sup>4</sup> L'exploitant de la banque de données au sens de l'al. 2 garantit la protection et la sécurité des données contenues dans la banque de données ainsi que l'interopérabilité des données entre toutes les personnes et registres autorisés.

*H+* se demande également pourquoi ce changement de système n'a pas été au moins introduit dans le cadre de l'actuelle révision partielle.

Les *VERT-E-S* expliquent que le présent projet mis en consultation et la nécessité d'un financement transitoire sont la preuve flagrante que la LDEP n'a pas fait ses preuves. Un organe supérieur habilité à donner des directives fait défaut, le grand nombre de communautés de référence ne mène à rien et des lacunes considérables sont à déplorer en matière de financement.

Pour l'*UDC*, le problème du DEP réside dans l'insuffisance de la demande au sein de la population. De son point de vue, chaque personne doit pouvoir décider elle-même si elle souhaite créer un DEP, sans que cette décision ne soit forcée par des mesures gouvernementales. Si la population n'est pas disposée à créer un tel dossier, cette volonté indirectement exprimée doit être respectée. Ce n'est pas à l'État d'imposer sa volonté à l'individu et de la financer à concurrence de plusieurs millions avec l'argent des contribuables. L'*UDC* demande que soit envisagée une option autofinancée.

Selon *DVSP*, la pratique montre que l'interopérabilité entre les différentes communautés (de référence) n'est pas garantie, ce qui engendre une complexité superflue. La Confédération doit prévoir les mesures nécessaires pour garantir l'interopérabilité.

*SGB* estime qu'il est important de déterminer « dans quelle mesure les tâches actuellement assumées par les communautés et les communautés de référence lors de l'exploitation privée du DEP doivent être considérées comme des tâches publiques. » (rapport explicatif, p. 17). *Post* tient également compte de ce point. À titre d'exemple, *SGB* mentionne les dossiers électroniques du patient d'Estonie et de Finlande, qui fonctionnent au mieux depuis des années et sont devenus indispensables dans le domaine des soins de santé, et estime qu'une approche centralisée et intégralement pilotée par les pouvoirs publics est une nécessité évidente. En Suisse cependant, cette approche est jusqu'à présent entravée par le fédéralisme d'une part et l'idéologie de marché d'autre part, notamment l'exploitation privée par des communautés de référence qui se retrouvent en concurrence les unes avec les autres.

*SKS* indique que d'après l'*OFSP*, seuls 20 000 dossiers ont été ouverts depuis l'introduction de la loi il y a six ans. À l'échelle de la population, il s'agit d'une quantité infime. Ce bilan n'est pas bon, notamment au vu de l'importance et des avantages considérables que représente un DEP fonctionnel : il permet aux patients de disposer de manière immédiate de l'ensemble des documents médicaux les concernant et les aide à prendre des décisions éclairées sur leur traitement avec leur médecin traitant. Il facilite également la coordination, notamment dans le cadre du traitement de maladies chroniques et de multimorbidité. Il permet en outre d'éviter la répétition d'examen et le surtraitement, et par conséquent de réaliser des économies de coûts. Enfin, il offre de nouveaux moyens d'éviter les erreurs de médication et d'améliorer la qualité du traitement dans les secteurs stationnaire et ambulatoire.

*ACSI*, *FRC* et *CH++* expliquent que la LDEP pâtit d'une dilution excessive des responsabilités. Le manque de participation de la Confédération en matière de gouvernance constitue un

point déterminant, les cantons ayant toutes les prérogatives. Il en résulte une gestion des coûts qui ne remplit pas tous les critères de rentabilité. De plus, le grand nombre d'acteurs participants (outre les cantons, les communautés de référence, les fournisseurs d'identité, la Poste, la multinationale Siemens, les logiciels utilisés par les médecins ou établissements de santé, les établissements de santé, etc.) conduit à une administration sous-optimale en cas de problème.

*ARTISET* suppose que le système actuel, qui repose sur plusieurs infrastructures informatiques, est inefficace et engendre des coûts superflus. *ARTISET* note que pour les institutions de soins qui facturent des prestations à la charge de l'AOS, la gestion de DEP s'accompagne de frais considérables. Dans ces institutions, de nombreuses personnes ont besoin d'un soutien médical et de soins hebdomadaires, voire quotidiens. Il incombe au personnel des institutions de soin de saisir et de mettre à jour les données correspondantes, ce qui se reflète sur les coûts (heures de travail et acquisition d'infrastructures). En théorie, ces frais d'exploitation du DEP doivent être entièrement pris en charge dans le cadre du financement des soins. Si le canton prend au sérieux son rôle en matière de co-financement, les institutions de santé ne devraient pas devoir assumer de coûts supplémentaires. Toutefois, cela n'est pas garanti dans la pratique. L'introduction et la tenue de DEP sont onéreuses non seulement pour les communautés de référence, mais aussi pour les fournisseurs de prestations.

*FRC* et *CH++* rappellent que l'introduction du DEP repose sur deux grandes hypothèses qui constituent le fondement de la révision de la loi :

- c. Un modèle d'affaires existe et permet l'auto-financement des communautés.
- d. Les patients font pression sur les professionnels de la santé, en particulier les médecins du secteur ambulatoire, ce qui compense leur non-obligation de participer.

Ces deux hypothèses ne sont pas vérifiées. Le manque d'incitations financières ainsi que les tarifs (en particulier Tarmed) ne permettent pas d'établir un modèle d'affaires, et le nombre de participants, aussi bien les patients que les fournisseurs de services du secteur ambulatoire, est insuffisant pour atteindre une masse critique. Peu de patients ont ouvert un dossier, car peu de professionnels de la santé les y ont invités. Peu de professionnels de la santé ont intérêt à participer, car peu de leurs patients disposent d'un dossier. Aujourd'hui, les incitations nécessaires pour sortir de ce cercle vicieux font défaut. Sans incitations, il est à craindre que la révision actuelle maintienne en vie le DEP (surtout les communautés de référence) sans aboutir aux effets escomptés en matière de qualité et de coordination des soins, d'économicité ou encore à l'adhésion unanime de la population. Ce maintien en vie pourrait également révéler son caractère artificiel pour une autre raison : sans une optimisation rapide (d'ici un an à un an et demi au maximum), le DEP se ferait dépasser par des prestataires privés et les acquis de base du DEP (qui sont parfois importants et louables) deviendraient obsolètes, ce qu'il faut éviter.

*FRC*, *SDV* et *CH++* déplorent l'absence de réglementation de l'intégration en profondeur dans les systèmes primaires des professionnels de la santé. *IPAG* estime également que l'intégration en profondeur du DEP dans les systèmes primaires des professionnels de la santé constitue une étape importante pour faciliter l'utilisation du DEP et faire en sorte qu'il soit mieux accepté. Cette mesure encourage le développement de solutions technologiques favorisant une intégration fluide et minimise la charge de travail des professionnels de la santé.

*FMH* et *BEKAG* critiquent également le fait que le DEP ne soit pas, pour les communautés de référence et les communautés, un modèle d'affaires solide permettant d'assurer un financement durable, y compris pour l'exploitation du DEP. D'après *IG eHealth*, *SDV* et *SHV*, l'expérience de ces dernières années a montré qu'il n'existe aucun « modèle d'affaires du DEP » pour le moment. *IPAG* relève également que le financement durable de l'exploitation du DEP n'est pas garanti, car le DEP en particulier n'est pas un modèle d'affaires solide pour les communautés de référence et les communautés.

*IG eHealth* et *SHV* arguent que la certification des communautés de référence et des communautés serait beaucoup plus simple avec un service centralisé d'exploitation de l'infrastructure du DEP devant se faire certifier. De cette manière, il ne serait plus nécessaire

pour chaque communauté de référence/communauté de certifier individuellement les applications du DEP, car cette tâche serait assumée par l'exploitant de l'infrastructure centralisée du DEP. *IG eHealth* et *SHV* proposent également l'ajout d'une lettre b à l'art. 11 LDEP : « l'exploitant de l'infrastructure centralisée du DEP ».

*IGMG* regrette que la LDEP entrave actuellement le développement d'un dossier du patient moderne et tourné vers l'avenir, de même que l'approche fédéraliste adoptée, qui donne lieu à l'existence de nombreuses communautés de référence. Le caractère doublement volontaire lié à la révision de la LAMal et par conséquent les obligations, pour les médecins nouvellement actifs dans le secteur ambulatoire, de s'affilier à une communauté de référence sont déjà neutralisés. *IGMG* propose les adaptations suivantes :

- Optimiser le DEP sur le plan technique afin qu'il constitue réellement une valeur ajoutée pour les fournisseurs de prestations : il peut s'agir par exemple d'intégrer des solutions logicielles intelligentes convertissant du texte en données. Cette mesure s'accompagnerait d'une obligation pour tous les fournisseurs de systèmes d'information destinés aux cabinets/hôpitaux et les fournisseurs des logiciels d'autres fournisseurs de prestations de saisir de manière uniforme les données définies et de garantir les interfaces avec le DEP.
- Abandonner l'idée d'avoir plusieurs communautés de référence et les rassembler sur une plateforme du DEP. L'approche cantonale initiale est un échec.
- Abroger les dispositions relatives au caractère facultatif et introduire un modèle *opt-out*.
- Ne pas financer que la communauté de référence/plateforme du DEP, mais éviter également les coûts supplémentaires devant être assumés par les fournisseurs de prestations, en particulier les hôpitaux, les EMS et les fournisseurs de prestations ambulatoires. Ces coûts ne doivent toutefois pas être reportés sur les payeurs de primes. Par conséquent, prévoir le financement de la saisie dans le DEP pendant au moins un an à partir du même crédit.
- Simplifier le processus d'inscription.

Pour *IPAG*, il est essentiel que la formation des collaborateurs des cabinets médicaux et des autres établissements de santé soit adéquatement prise en considération et soutenue financièrement. Dans ce contexte, il convient de veiller en particulier à la transmission de connaissances sur la gestion sécurisée des données et la protection des données en vue de renforcer la confiance des patients dans le DEP.

*MFE* et *SGAIM* sont convaincus que la cybersanté ouvre des perspectives positives pour la prise en charge et le traitement des patients, et salue cette évolution. Toutefois, la numérisation dans le secteur de la santé ne sera couronnée de succès que si le DEP apporte une réelle valeur ajoutée aux patients et au corps médical. Actuellement, les avantages du DEP pour les médecins de famille et les pédiatres ne sont toutefois pas perceptibles. De nombreux médecins de famille et pédiatres voient le DEP comme un outil qui alourdit la charge administrative et donne lieu à des doubles emplois : les documents des patients doivent être intégrés dans le logiciel du médecin (dossiers électroniques) et dans le DEP, alors que les deux systèmes ne sont pas nécessairement reliés. Il est ressorti de l'enquête « *International Health Policy Survey (IHP) 2022* » du Commonwealth Fund auprès de médecins assurant les soins médicaux de base que de plus en plus de médecins de famille enregistrent les données de leurs patients au format électronique (82 %), tandis que 3 % des médecins de famille interrogés utilisent le DEP, 57 % prévoient de s'y raccorder et 40 % ne souhaitent pas le faire. L'étude révèle également que les médecins de premier recours travaillant en Suisse arrivent parmi les derniers dans le classement international des professionnels de la santé en matière d'échanges de données électroniques (p. ex. données de laboratoire ou tableaux cliniques). Aux yeux de *MFE* et *SGAIM*, ces résultats illustrent le fait que pour une grande majorité des médecins de famille et des pédiatres, cet outil, à son stade actuel, ne constitue ni un progrès ni un avantage qui justifierait son utilisation. Le DEP est fondé sur une technologie vieille de 20 ans. Si le gouvernement est prêt à investir autant d'argent, les technologies en question doivent pouvoir rivaliser avec celles qui sont disponibles sur le marché, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Il existe de nouveaux outils qu'il vaudrait la peine de développer, tels que Kaiser Permanente aux États-Unis : les documents et les rapports sont scannés et les algorithmes permettent de formuler des propositions de diagnostic. Il existe donc bel et bien des solutions techniques

offrant une valeur ajoutée dans la pratique. *MFE* et *SGAIM* attendent un outil utile dans la pratique, convivial, dynamique et qui comporte les modules interopérables suivants : plan de soins, plan de médication, plan de traitement, ordonnances, radiologie et laboratoire, ainsi qu'une nomenclature.

Du point de vue de *VSAO*, le plus important est de renforcer l'attractivité générale du DEP. Sous sa forme actuelle, le DEP n'a malheureusement aucune valeur ajoutée pertinente pour les patients, les médecins et les autres professionnels de la santé, ainsi que les institutions de santé. C'est pourtant précisément cette valeur ajoutée qui permettrait au DEP de réellement s'imposer, et elle ne peut être créée que si le DEP, à l'avenir, devient plus qu'un simple recueil de documents PDF. Il serait par exemple important d'intégrer le DEP dans le dossier médical électronique. *VSAO* souligne que sous sa forme actuelle, le DEP augmente sensiblement la charge administrative. Cette charge supplémentaire n'est pas indemnisée. À l'avenir, il est donc absolument nécessaire de mettre en place également une réglementation indiquant comment et par qui l'exploitation du DEP doit être assurée. En outre, il est impératif de préciser qui sera indemnisé pour le temps nécessaire à cette exploitation.

*Santésuisse* souligne qu'outre les nouvelles dispositions, des efforts doivent toujours être déployés pour renforcer les avantages du DEP pour les professionnels de la santé et faciliter son raccordement aux systèmes primaires.

*Axsana* fait remarquer que la situation des fournisseurs de DEP pourrait être encore améliorée avec des économies de coûts. L'exploitation d'infrastructures et d'organisations parallèles, en particulier, accroît la complexité et engendre des coûts évitables, ce qui serait par exemple manifeste dans le cadre d'échanges au-delà de la communauté. *Axsana* suggère donc à nouveau de tenir compte de cette problématique déjà pendant la période transitoire précédant la révision complète de la LDEP et de mettre en place des mesures incitatives en vue de consolider les infrastructures et les organisations.

*KSG* formule les propositions suivantes pour rendre le DEP plus utile et plus performant :

- Limiter la durée de validité des droits d'accès de groupe : la limitation dans le temps doit être facultative et non obligatoire.
- Lever les délais de suppression : ces délais sont dénués de sens, tous les documents peuvent être supprimés à tout moment par le patient. Dès lors que des données structurées interviendront (vaccination), le délai de suppression sera encore moins pertinent. Il s'agit là d'efforts superflus sur le plan technique.
- Supprimer les émoluments pour les services de recherche de données.
- Autoriser la vérification de l'identité avec d'autres documents que les pièces d'identité suisses : de nombreux résidents d'EMS ne disposent plus d'une pièce d'identité valide. Il faut laisser davantage de marge de manœuvre aux communautés (par exemple : attestation de l'EMS ou pièce d'identité étrangère).
- Marquer une distinction entre un DEP vide et l'absence de droits d'accès : une telle différenciation aiderait les professionnels de la santé à déterminer si certaines informations sont indisponibles.
- Introduire la possibilité de tracer les accès d'urgence sans consultation de documents : tout accès d'urgence, même sans consultation de documents, doit être inscrit dans l'historique d'accès avec le nom du professionnel de la santé. À l'inverse, si de tels accès ne sont pas inscrits dans l'historique, le patient ne doit pas être notifié.
- Les institutions de santé doivent être juridiquement tenues de vérifier l'existence d'un DEP pour un patient : mise en œuvre organisationnelle et technique auprès des services prenant en charge le patient dans les hôpitaux, les cliniques et les cabinets.

En vue d'un financement durable du DEP, *Post* est convaincue que l'actuelle architecture décentralisée du DEP, caractérisée par des infrastructures techniques et des organisations redondantes, n'est pas finançable sur le long terme. Une infrastructure technique unique pour l'ensemble de la Suisse serait moins coûteuse pour l'ensemble des parties prenantes.

*EKK* estime que les patients devraient pouvoir accéder plus facilement à leur DEP. Cet accès ne doit pas engendrer de coûts supplémentaires pour les patients. À l'heure actuelle, la question du paiement ainsi que celle de la sécurité de l'identification électronique lors de l'accès

des patients à leur propre DEP n'est pas résolue à l'échelle du système de santé suisse dans son ensemble. Cette question doit donc faire l'objet d'un examen approfondi.

SSR formule les remarques suivantes :

- Le DEP doit mieux être mis en route : cette tâche incombe à l'État.
- Les communautés de référence disposent chacune de leur système et ceux-ci ne sont pas compatibles.
- Le dossier doit être simple et sûr, mais ce n'est pas réalisable dans la pratique.
- Les patients aimeraient décider quelles données sont enregistrées dans le dossier.
- En EMS, les patients ne peuvent pas gérer eux-mêmes leur dossier, ce qui engendre une charge de travail supplémentaire pour l'institution et réduit le temps consacré aux soins.
- Jusqu'à présent, seuls 13 000 dossiers ont été ouverts.
- 5 % des médecins de famille l'ont introduit et 40 % ne souhaitent pas le faire.
- Estimation : il devrait y avoir 2 millions de dossiers d'ici 2027.
- Les patients aimeraient décider ce qui doit être déposé dans le dossier, mais cette approche limite la quantité de données.
- La protection des données doit faire l'objet d'une grande attention.

Swico demande que les problèmes structurels du DEP soient résolus dans la révision annoncée de la LDEP. Il est indispensable d'adapter en profondeur et de développer le DEP au-delà des aspects relatifs au financement. Ce n'est qu'ainsi que le potentiel de la numérisation pourra pleinement être mis à profit dans le secteur de la santé.

## 6.9 Points divers

Le canton GL demande que la campagne d'information de la Confédération ne soit lancée qu'après que des améliorations techniques substantielles auront été apportées au DEP, faute de quoi elle se heurtera à des opinions profondément ancrées qui ne pourront pas être modifiées.

*Economiesuisse* souligne combien la capacité du DEP à être raccordé à l'espace européen des données de santé est importante. Il est impératif que le raccordement à ce système soit possible. On pourra décider ultérieurement si ce raccordement doit avoir lieu ou non. Concernant la motivation du corps médical et d'autres fournisseurs de prestations à participer au DEP, des « quick wins » (succès faciles) sont nécessaires. Ceux-ci peuvent être esquissés au niveau de la loi et de l'ordonnance. On pourrait notamment envisager un système simplifié de notification à la Confédération ou une copie des factures dans le DEP.

SGV demande que tous les échelons des soins de santé soient impliqués dans la santé numérique et en particulier dans le DEP. La transformation numérique du système de santé représente un changement de l'environnement dans son ensemble et pas uniquement de quelques paramètres relatifs aux prestations de soins les plus importantes. En outre, SGV estime que les drogueries devraient également être impliquées en matière de santé numérique et de DEP. Ces acteurs prennent part à des étapes importantes du soin des patients, notamment l'automédication, la prévention et le conseil en matière de santé.

ARTISET souligne l'importance de ne pas donner aux assureurs-maladie l'accès au contenu du DEP, et ce même en cas d'ancrage constitutionnel du DEP à l'art. 117 Cst.

BEKAG indique avoir fait remarquer à plusieurs reprises, sans succès, que le DFI, l'OFSP et les milieux politiques sont en train de mener le système de santé droit dans le mur ; en effet, au cours des dernières années, les cabinets médicaux suisses ont été privés de milliards de francs de hausses de tarifs justifiées alors même que de plus en plus de prestations (administratives) gratuites sont inscrites dans la loi ou le seront prochainement. Les conséquences de cette situation sont déjà perceptibles, notamment le manque de médecins de famille ou le manque de médecins hospitaliers qui seront nécessaires à l'avenir, et sont la preuve éloquentes qu'un tel sous-financement permanent réduit continuellement l'attractivité de la profession de médecin au détriment des patients et au profit des payeurs de primes en bonne santé. Si un unique dysfonctionnement survient, quelle qu'en soit la raison, les médias et les milieux politiques le reprochent aux médecins, ce qui donne lieu à l'introduction des

mesures d'assurance qualité supplémentaires et de nouvelles obligations administratives sans aucune contrepartie financière. Si par la suite le législateur réagit pour lutter contre le manque de disponibilité des soins existant et constamment croissant, cette réaction serait trop tardive pour parvenir à une amélioration rapide. Voilà des années qu'il y a tout simplement trop peu de médecins formés et qui à l'avenir ne travailleront qu'à temps partiel.

*Interpharma* explique que tous les efforts déployés en vue de créer un espace suisse des données de santé doivent tenir compte des travaux relatifs à l'espace européen des données de santé. Une possibilité de raccordement doit exister. Il sera possible de décider à un stade ultérieur si la Suisse souhaite se raccorder à cet espace européen.

SVDG estime que l'ancrage à l'art. 117 Cst. « légaliserait » l'utilisation du numéro AVS en tant que moyen d'identification du patient car l'identification du patient au moyen d'un numéro d'identification « secret » de la Centrale de compensation n'est pas pratique. L'art. 4 LDEP doit être modifié comme suit : « <sup>1</sup> Le numéro AVS au sens de l'art. 50c LAVS est employé en tant que moyen d'identification du patient. »

eSANITA explique qu'il incombe aux cantons de garantir et d'organiser les soins de santé de leurs résidents. Cette disposition comprend l'information relative au DEP et les renseignements fournis à la population du canton. eSANITA propose donc un nouvel **alinéa 3** à l'**article 15** : « En outre, et en accord avec les campagnes d'information nationales de la Confédération sur le DEP, les cantons versent une participation financière proportionnellement égale pour la diffusion d'informations sur le DEP à sa propre population. »

## **7 Annexes**

### **7.1 Listes des destinataires et participants à la procédure de consultation**

#### **1. Cantons**

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	oui	oui
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	oui	oui
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	oui	oui
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	oui	oui
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	oui	oui
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	oui	oui
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	oui	oui
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	oui	oui
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	oui	oui
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	oui	oui
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	oui	oui
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	oui	oui
KdK CdC CdC	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	oui	non
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	oui	oui
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	oui	oui
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	oui	oui
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald	oui	oui



	Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo		
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	oui	oui
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	oui	oui
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	oui	oui
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	oui	oui
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	oui	oui
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	oui	oui
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	oui	oui
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	oui	non
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	oui	oui
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	oui	oui
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	oui	oui

## 2. Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
EAG	Ensemble à Gauche	oui	non
EDU	Eidgenössisch-Demokratische Union	oui	non
UDF	Union démocratique Fédérale		
UDF	Unione democratica Federale		
EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz	oui	non
PEV	Parti évangélique Suisse		
PEV	Partito evangelico svizzero		
FDP	FDP. Die Liberalen	oui	oui
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux		
PLR	PLR. I Liberali Radicali		
glp	Grünliberale Partei	oui	non
pvl	Parti vert'libéral		
pvl	Partito verde-liberale		
GRÜNE	GRÜNE Schweiz	oui	oui
Les VERT-E-S	Les VERT-E-S suisses		
VERDI	I VERDI Svizzera		

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
Lega	Lega dei Ticinesi	oui	non
Die Mitte Le Centre	Die Mitte Le Centre	oui	oui
PDA PST PSdL	Partei der Arbeit Parti suisse du travail Partito svizzero del lavoro	oui	non
SP PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	oui	oui
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro	oui	oui

### 3. Associations faitières des communes / villes / régions de montagne qui œuvrent au niveau national

Abréviation	Nom	Sollicitée	Avis
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	oui	non
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	oui	non
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)	oui	non

### 4. Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Abréviation	Nom	Sollicitée	Avis
Economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	oui	oui
KVS SEC Suisse SIC Svizzera	Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	oui	non
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)	oui	oui
SBV USP USC	Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	oui	non
SBV ASB ASB	Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	oui	non
Scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia	non	oui

SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	oui	oui
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)	oui	oui
Travail.Suisse	Travail.Suisse	oui	non

## 5. Autres organisations / cercles intéressés

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
AAV	Aargauischer Apothekerverband	non	oui
Abilis	ABILIS Nationale interprofessionelle Stammgemeinschaft der Medikation AG	non	oui
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	oui	oui
AD Swiss	AD Swiss Net AG	non	oui
ADTG	Allianz für digitale Transformation im Gesundheitswesen	oui	oui
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	non	oui
ARTISET	Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien Federazione dei fornitori de servizi per persone bisognose di assistenza	non	oui
ASPS	Association Spitex Privée Suisse	non	oui
AVKZ	Apothekerverband des Kantons Zürich	non	oui
Axsana	Axsana AG	non	oui
B. Gafner	Beat Gafner	non	oui
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna	non	oui
CARA	Verband CARA Association CARA	non	oui
CH++	Association CH++	non	oui
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse	oui	non
CLPh	Conférence latine des associations cantonales de pharmacie	non	oui
Curafutura	Curafutura	oui	oui
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	oui	oui
CVCI	Chambre vaudoise du commerce et de l'industrie	non	oui
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients	oui	oui
eCH	E-Government Standards	oui	non
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen Commission fédérale de la consommation	non	oui

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
	Commissione federale del consumo		
eSANITA	Verein eSANITA	non	oui
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera	non	oui
FMC	Schweizer Forum für integrierte Versorgung Forum suisse des soins intégrés	oui	non
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	oui	oui
FoDa	Forum Datenaustausch	oui	non
FRC	Fédération romande des consommateurs	oui	oui
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	oui	oui
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	oui	oui
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	oui	oui
HCI	HCI Solutions AG	oui	non
HIN	Health Info Net AG	oui	oui
HL7	HL7 Schweiz HL7 Suisse	oui	non
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth	oui	oui
IGMG	Interessengemeinschaft medizinische Grundversorgung	non	oui
IGPI	Schweizerische Interessengruppe Pflegeinformatik Groupe suisse d'intérêts communs Informatique dans les soins infirmiers Gruppo svizzero d'interesse comune informatica nelle cure infermieristiche	oui	non
IHE Suisse	Schweizer Landesorganisation der internationalen IHE Initiative Organisation nationale suisse de l'initiative internationale IHE	oui	non
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche	oui	oui
IPAG eHealth	Interprofessionnelle Arbeitsgemeinschaft eHealth Communauté de travail interprofessionnelle eHealth	oui	oui
ISSS	Information Security Society Switzerland	oui	non
KAV	Schweizerische Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali	oui	oui
KF	Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori	oui	non

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin Collège de médecine de premier recours Collegio di medicina di base	oui	non
KSG	Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte Conférence des médecins pénitentiaires suisses Conferenza dei medici penitenziari svizzeri	non	oui
LAV	Luzerner Apotheker Verein	non	oui
Medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici	oui	non
MFE	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	oui	oui
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit Organisation faitière nationale du monde du travail en santé Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario	oui	non
Ofac	Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker La coopérative professionnelle des pharmaciens suisses Cooperativa professionale dei farmacisti svizzeri	oui	non
PharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	oui	oui
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	oui	non
Post	Die Schweizerische Post AG La Poste Suisse SA La Posta Svizzera SA	non	oui
PRIVATIM	privatim, Die schweizerischen Datenschutzbeauftragten privatim, Les préposé(e)s suisses à la protection des données privatim, Gli incaricati svizzeri della protezione dei dati	oui	non
Pro Senectute	Pro Senectute Schweiz Pro Senectute Suisse Pro Senectute Svizzera	oui	non
Public Health	Public Health Schweiz Santé publique Suisse	oui	non
Refdata	Stiftung Refdata Fondation Refdata	oui	non
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	oui	non
Santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	oui	oui
SAPI	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patientinnen- und Patienteninteresse	oui	non

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
SATW	Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften Académie suisse des sciences techniques	oui	non
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata	non	oui
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri	oui	oui
SDA	Swiss Data Alliance	non	oui
SDV	Schweizerischer Drogistenverband Association suisse des droguistes Associazione svizzera dei droghieri	oui	oui
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées	non	oui
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale Società Svizzera di Medicina Interna Generale	non	oui
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik Société suisse pour la politique de la santé Società svizzera per la politica della salute	oui	non
SGMI	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik Société suisse d'informatique médicale Società Svizzera d'Informatica Medica	oui	oui
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société suisse de pédiatrie Società svizzera di pediatria	non	oui
SGTMeH	Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth Société Suisse de Télémédecine et eHealth	oui	non
SHV	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	non	oui
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	oui	oui
SMVS	Société médicale du Valais Walliser Ärztegesellschaft	non	oui
SNV	Schweizerische Normen-Vereinigung Association suisse de normalisation	oui	oui
Sphf	Société des pharmaciens fribourgeois	non	oui
Spitex	Spitex Schweiz	oui	oui
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients	oui	non

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
	Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti		
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	oui	non
SSR	Schweizerischer Seniorenrat Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	non	oui
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni	oui	oui
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari	oui	oui
SVDG	Schweizer Verband Digitalisierung des Gesundheitswesens	non	oui
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	oui	non
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	oui	non
Swico	Wirtschaftsverband für die digitale Schweiz Association économique pour la Suisse numérique Associazione economica per una Svizzera digitale	non	oui
Swiss Medtech	Schweizer Medizintechnikverband Association Suisse de la Technologie Médicale Associazione Svizzers delle Tecnologie Mediche	oui	non
Swisscom Health	Swisscom Health	oui	non
SwissSign	SwissSign AG	non	oui
Swissuniversities	Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen Conférence des recteurs des hautes écoles suisses Conferenza dei rettori delle università svizzere Rectors' Conference of Swiss Higher Education Institutions	oui	non
VGI.ch	Vereinigung Gesundheitsinformatik Schweiz Association suisse d'informatique médicale Associazione svizzera di informatica medica	oui	oui
VIPS	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera	oui	non
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali svizzeri	oui	non
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte	non	oui

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica		
WEKO	Wettbewerbskommission Commission de la concurrence Commissione della concorrenza	non	oui

## 7.2 Abréviations

Abréviation	Titre
B2B	Business-to-Business
Cst.	Constitution fédérale (RS 101)
DEP	Dossier électronique du patient
DFI	Département fédéral de l'intérieur
HPD	Health Provider Directory
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LAVS	Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10)
LDEP	Loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient (RS 816.1)
LeID	Loi fédérale sur l'identité électronique et autres moyens de preuve électroniques (pas encore en vigueur)
LPD	Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (RS 235.1)
LPSan	Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (RS 811.21)
LPTth	Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (RS 812.21)
ODEP	Ordonnance du 22 mars 2017 sur le dossier électronique du patient (RS 816.11)
OFDEP	Ordonnance sur les aides financières pour le dossier électronique du patient (pas encore en vigueur)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SCSE	Loi fédérale du 18 mars 2016 sur la signature électronique (RS 943.03)
SEQ	Signature électronique qualifiée