



Évaluation formative de la mise en œuvre de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP)

Rapport de travail – phase 2

Ricarda Ettlin
Samuel Wetz

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

4 avril 2019

Impressum

Numéro de contrat :	17.009053
Durée de l'évaluation :	Juin 2017 – juin 2020
Période de relevé des données :	Phase 2 : novembre 2018 – février 2019
Direction du projet d'évaluation à l'OFSP	Christine Heuer, Service Évaluation et recherche (E+F)
Évaluation formative :	<p>L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un mandataire externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent par conséquent diverger de l'avis et de la position de l'OFSP.</p> <p>Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, effectuée par le service Évaluation et recherche de l'OFSP. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Le résultat de la méta-évaluation a été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.</p>
Commande :	Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne Service Évaluation et recherche (E+F), www.bag.admin.ch/rapports-evaluation
Traduction :	Traduit de l'allemand par Lionel Felchlin
Proposition de citation :	Ettlin, R. ; Wetz, S. (2019). Évaluation formative de la mise en œuvre de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) : rapport de travail – phase 2. socialdesign ag sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), avril 2019, Berne.
Adresse de correspondance :	socialdesign ag Thunstrasse 7, 3005 Berne
Langage épïcène :	Le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes, afin de faciliter la lecture du document.

Table des matières

Condensé	5
Préambule	6
1 Introduction	7
1.1 Contexte	7
1.2 Objet et but de l'évaluation	7
1.3 Questions d'évaluation	9
1.4 Structure du rapport.....	10
2 Méthodologie	10
2.1 Enquête auprès des acteurs de la mise en œuvre	10
2.2 Analyse des données secondaires et des documents	11
2.3 Monitoring de la LDEP	11
3 Résultats	12
3.1 État général de la mise en œuvre	12
3.2 Développement des communautés et communautés de référence.....	14
3.3 Position des professionnels de la santé	18
3.4 Services supplémentaires	20
3.5 Cohérence de la mise en œuvre avec les objectifs de la LDEP	23
3.6 Financement des communautés et communautés de référence et aides financières.....	25
3.7 Adéquation des structures organisationnelle et opérationnelle d'eHealth Suisse	28
3.8 Certification.....	30
3.9 Caractère doublement facultatif	33
3.10 Contribution des associations (faitières)	37
3.11 Autres défis.....	38
4 Bilan et perspectives	41
5 Bibliographie et autres sources d'information	43
5.1 Documents et littérature	43
5.2 Bases légales	44
5.3 Sites Web	44
6 Annexe	46
6.1 Annexe I : Organisation de l'évaluation de la LDEP	46
6.2 Annexe II : Aperçu des questions d'évaluation des phases 1 à 3.....	48
6.3 Annexe III : Liste des partenaires des entretiens de la phase 2 de l'évaluation ...	53
6.4 Annexe IV : Enquête en ligne de la phase 2 de l'évaluation	54
6.5 Annexe V: Instruments de collecte des données	56
6.6 Annexe VI: Le dossier électronique du patient –activités dans les cantons	78

Liste des tableaux

Tableau 1 : Questions de l'évaluation formative – phase 2	9
Tableau 2 : CR cantonales bénéficiant du soutien financier du canton d'implantation	15
Tableau 3 : CR supracantonales bénéficiant du soutien financier des cantons d'implantation	16
Tableau 4 : C/CR supracantonales ou nationales ne bénéficiant pas du soutien financier des cantons d'implantation.....	16
Tableau 5 : Potentiel d'optimisation en lien avec eHS et ses tâches d'exécution	29
Tableau 6 : Membres du groupe d'accompagnement de l'évaluation (janvier 2019)	46
Tableau 7 : Les questions d'évaluation et critères d'évaluation de l'évaluation formative	48

Table des illustrations

Figure 1 : Réalisation des objectifs selon l'art. 1, al. 3, LDEP	23
Figure 2 : Satisfaction concernant les services d'eHealth Suisse	29

Liste des abréviations

OFSP	Office fédéral de la santé publique
B2B	Business to business
B2C	Business to customer
DFI	Département fédéral de l'intérieur
eHS	eHealth Suisse
DEP	Dossier électronique du patient
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
ODEP	Ordonnance sur le dossier électronique du patient
OFDEP	Ordonnance sur les aides financières pour le dossier électronique du patient
ODEP-DFI	Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur le dossier électronique du patient
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
C/CR	Communautés et communautés de référence
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
SIH	Système informatique hospitalier
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OrTra	Organisation du monde du travail
SPID-DEP	Numéro d'identification du patient visé par la LDEP
SIC	Système d'information de cabinet médical
SAS	Service d'accréditation suisse
CR	Communauté de référence
CTO	Critères de certification techniques et organisationnels
CdC	Centrale de compensation

Condensé

Ce rapport fait partie intégrante de l'évaluation formative de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) et en décrit les résultats de la seconde phase (période de relevé des données : novembre 2018 à février 2019). À l'heure actuelle, onze communautés ou communautés de référence sont en cours de constitution. Sur la base des rayons d'activité définis et des groupes cibles des communautés et communautés de référence, la Suisse entière sera ainsi couverte, c'est-à-dire que la disponibilité du DEP sera assurée pour la population comme pour les fournisseurs de prestations stationnaires et ambulatoires dans toutes les régions de fourniture des soins. Les résultats de l'évaluation montrent qu'une introduction du DEP au 15 avril 2020 est encore jugée possible par la plupart des acteurs interrogés. Onze des douze communautés de référence consultées indiquent qu'elles auront procédé aux certifications d'ici là. De plus, près des trois quarts des représentants des cantons partent du principe que tous les fournisseurs de prestations stationnaires (hôpitaux et cliniques) seront en mesure de saisir et de consulter les données dans le DEP le 15 avril 2020 sur le territoire cantonal. Les acteurs interrogés évoquent cependant un degré d'incertitude élevé pour plusieurs facteurs (questions de financement non résolues, notamment au sujet des moyens d'identification et de la certification des communautés et communautés de référence) qui pourraient avoir une influence déterminante sur l'introduction du DEP dans les délais prévus.

Préambule

Ce rapport fait partie intégrante de l'évaluation formative de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient. Comme la mise en œuvre de cette loi s'inscrit dans un environnement dynamique, les présents résultats doivent être mis en relation avec le moment du relevé des données, à savoir la période entre novembre 2018 et février 2019 pour cette seconde phase de l'évaluation formative. Plusieurs affirmations ne sont le cas échéant plus d'actualité au moment de l'approbation du rapport, et certaines recommandations ont déjà été appliquées.

L'évaluation a été réalisée par un mandataire externe. Dans ce rapport, l'équipe d'évaluation externe a cherché à utiliser la terminologie adoptée par les acteurs de la mise en œuvre. Il se peut que des divergences surviennent çà et là, car les éléments de langage sont en partie de nature purement informelle et certaines notions et définitions, en cours d'élaboration.

Les conclusions et recommandations formulées dans ce rapport reflètent l'opinion des auteurs, qui ne se recoupe pas forcément avec la position du mandant.

1 Introduction

Le présent document est un rapport intermédiaire sur la seconde phase de l'évaluation formative de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP). En introduction, il présente le contexte, l'objet, le but et les questions de l'évaluation. Les explications s'appuient sur le concept-cadre de l'évaluation de la LDEP¹ et sur le cahier des charges correspondant.² Elles se basent également sur le modèle d'effets de la LDEP.³

1.1 Contexte

Avec sa stratégie Santé2020, le Conseil fédéral entend augmenter la qualité des soins dans le domaine de la santé. La promotion des services de santé en ligne (« cybersanté »), et notamment du dossier électronique du patient (DEP), constitue un élément essentiel de cette stratégie. Le DEP doit permettre à toute personne en Suisse de rendre à l'avenir ses données médicales accessibles en ligne aux professionnels de la santé. Les données sont disponibles en tout temps et en tout lieu. Il est ainsi possible de prodiguer aux patients des soins de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces.⁴

Le 19 juin 2015, le Conseil des États et le Conseil national ont adopté la LDEP.⁵ Elle est entrée en vigueur le 15 avril 2017. Selon l'art. 18 LDEP, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) veille à ce que les mesures adoptées en vertu de la loi soient évaluées périodiquement et rend compte des résultats au Conseil fédéral.

1.2 Objet et but de l'évaluation

La LDEP et ses mesures constituent l'objet de l'évaluation. Le droit d'exécution en fait partie intégrante.⁶

S'agissant de l'exécution de la LDEP, il est possible de faire la distinction entre la constitution des structures nécessaires à l'introduction et à la mise en œuvre du DEP dans un premier temps (ci-après « introduction du DEP ») et l'utilisation proprement dite du DEP dans la pratique dans un second temps. L'évaluation formative se concentre sur l'avancement et l'état de l'introduction du DEP.⁷

Les prescriptions de la Confédération relatives au DEP précisent que les professionnels de la santé doivent être en mesure, sur le plan technique, de lire des documents dans le DEP d'ici au 14 avril 2020 dans les hôpitaux et les cliniques et d'ici au 14 avril 2022 dans les établissements médico-sociaux. De plus, ils doivent pouvoir enregistrer des informations pertinentes pour le traitement ultérieur des patients.

D'après le cahier des charges de l'évaluation formative⁸ et le plan d'introduction du DEP⁹, la mise en place du DEP se divise globalement en trois phases :

- La phase 1 porte sur la période allant de l'entrée en vigueur de la LDEP le 15 avril 2017 jusqu'à celle prévue des annexes révisées de l'ordonnance du DFI sur le dossier électronique du patient (ODEP-DFI). Pendant cette période, les différents acteurs impliqués ont dû veiller à la mise en œuvre technique et organisationnelle des dispositions du droit d'exécution. En outre, la réalisation du projectathon DEP, l'accréditation des

¹ Cf. BAG (2016).

² Cf. BAG (2017).

³ Cf. Sager et al. (2016).

⁴ De plus amples explications sur l'objet et le contexte de l'évaluation formative figurent dans Sager et al. (2016).

⁵ Voir aussi <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20130050> (1.3.2019).

⁶ Cf. section 5.2 – Bases légales.

⁷ Cela correspond en particulier au niveau des produits selon le modèle d'effets de la LDEP, le niveau de la réalisation n'est couvert que dans une certaine mesure par l'évaluation formative (cf. Sager et al. 2016, p. 15-20).

⁸ Cf. BAG (2017, p. 3).

⁹ La planification de l'introduction esquissée ci-après se fonde principalement sur la version du 20 mars 2017 du plan d'introduction du DEP (cf. eHealth Suisse, 2017). Celui-ci reflète l'état de la planification au printemps 2017 et sert de point de référence à l'évaluation. Les adaptations de la planification qui sont apportées au fil de la mise en œuvre en réaction à l'évolution des conditions-cadres ne sont pas prises en compte.

organismes de certification, la constitution des nouveaux organes d'eHealth Suisse (eHS) et l'évaluation des premières demandes d'aide financière étaient prévues au cours de la phase 1. Sur la base des activités de mise en œuvre et des enseignements tirés du projectathon, il s'agissait aussi de réviser l'ODEP-DFI et ses annexes, et d'adopter les premiers formats d'échange.

- La phase 2 s'achève une fois le DEP opérationnel, c'est-à-dire au moment où deux communautés de référence décentralisées peuvent échanger des documents en recourant aux services de recherche centraux. Elle comprend la certification des deux à trois premières communautés ou communautés de référence. Le « système du DEP opérationnel » était ainsi programmé pour le troisième trimestre 2018 d'après le plan d'introduction.¹⁰
- La phase 3, enfin, porte sur la période entre le « système du DEP opérationnel » et l'expiration du délai transitoire pour les hôpitaux le 15 avril 2020.

Le report, dans la phase 1, de l'entrée en vigueur de la révision de l'ODEP-DFI au 1^{er} juillet 2019¹¹ et le retard enregistré dans la constitution des communautés et communautés de référence et dans la certification en raison de la grande complexité de l'entreprise entraînent également des reports dans les phases subséquentes. D'après le plan d'introduction actuel, le « système du DEP opérationnel » et donc la fin de la seconde phase seront effectifs au quatrième trimestre 2019.¹²

L'évaluation formative (en cours de processus) fait partie intégrante de l'évaluation de la LDEP. Elle est complétée par le système de monitoring de la LDEP et l'évaluation sommative.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé l'évaluation. Un groupe de pilotage la dirige. La direction opérationnelle de l'évaluation incombe au service Évaluation et recherche (E+F) de l'OFSP. La division Stratégies de la santé de l'OFSP se charge de la direction opérationnelle du système de monitoring de la LDEP, qui fournit des données centrales pour l'évaluation. Aussi bien l'évaluation (formative et sommative) que le système de monitoring sont encadrés par un groupe d'accompagnement intervenant à titre consultatif.¹³

Alors que l'évaluation sommative de la LDEP étudie les effets de la loi et de ses mesures, la présente évaluation formative se concentre sur l'analyse et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce faisant, elle doit :¹⁴

- évaluer l'avancement et l'état de la mise en œuvre ;
- évaluer l'adéquation des mesures prévues dans la loi et l'économicité des prestations et produits fournis ;¹⁵
- identifier le potentiel d'optimisation et mentionner les actions nécessaires.

L'évaluation formative accompagne le processus de mise en œuvre. Sur ce point, les phases de l'évaluation formative sont prévues tout au long de la mise en œuvre de la LDEP. Comme la phase de mise en œuvre de la LDEP est différée, l'évaluation formative prend aussi du retard par rapport au calendrier d'origine prévu dans le cahier des charges.¹⁶

Les résultats de l'évaluation formative visent à déclencher des processus d'apprentissage chez les personnes impliquées et, ainsi, à optimiser la mise en œuvre de la LDEP. Par ailleurs, ils doivent servir de base aux décisions relatives au développement de la LDEP. Les recommandations ne s'adressent pas uniquement à l'OFSP, mais à tous les acteurs concernés.

¹⁰ Cf. eHealth Suisse (2017).

¹¹ Cf. eHealth Suisse (2018c).

¹² Cf. eHealth Suisse (2018d).

¹³ Voir aussi la figure à l'annexe I.

¹⁴ Cf. cahier des charges (BAG 2017).

¹⁵ L'évaluation de l'« economicité des prestations et produits fournis » ne figure pas dans le cahier des charges de l'évaluation formative (BAG 2017), mais dans le concept-cadre (BAG 2016). S'agissant du cahier des charges, cet objectif se limite à l'économicité des prestations et des produits d'eHealth Suisse.

¹⁶ Cf. BAG (2017).

1.3 Questions d'évaluation

Le cahier des charges fait la distinction entre questions générales, questions pour l'ensemble des phases et questions spécifiques à chaque phase. Le Tableau 1 présente les questions déterminantes pour la seconde phase. Les questions prévues d'après le cahier des charges¹⁷ ont été concrétisées en collaboration avec l'OFSP et approuvées par le groupe de pilotage comme faisant partie intégrante du design de l'évaluation. À l'issue de la première phase, trois questions supplémentaires ont été définies et adoptées par le groupe de pilotage pour la seconde phase (en vert dans le Tableau 1).¹⁸

Tableau 1 : Questions de l'évaluation formative – phase 2

Questions d'évaluation		Méthode*			Renvoi
N°	Question	B	Mon	SDA	Section dans le rapport
Questions générales					
Q.1	Comment se présente la mise en œuvre de la LDEP ? Quels sont les points positifs ? Où sont les problèmes/défis, quels sont-ils ?	X	X	X	Chap. 3, en particulier 3.1
Q.2	Où est-il nécessaire d'agir ? Quelles recommandations peut-on en déduire ?	X	X	X	Chap. 3
Questions pour l'ensemble des phases					
Q.4	Les structures organisationnelle et opérationnelle d'eHealth Suisse sont-elles appropriées pour accomplir les tâches de manière générale et spécifique s'agissant des critères de certification, de l'information (formation et qualification des soignants et des patients à l'utilisation du DEP), de la coordination ?	X			Section 3.7
Q.5	Comment progresse la constitution des différentes communautés et communautés de référence ? Aussi bien s'agissant des modèles d'organisation choisis, des établissements de santé et des professionnels de la santé qui y participent qu'en ce qui concerne le nombre de dossiers et de patients ? Dans quelle mesure cette évolution correspond-elle aux besoins des régions de fourniture des soins ? Quel rôle les cantons jouent-ils dans cette évolution ?	X	X	X	Section 3.2
	<i>État des connaissances et position des professionnels de la santé au sujet du DEP. (Question complémentaire d'après la décision du groupe de pilotage du 1.5.18)</i>				Section 3.3
Q.6	Quels services supplémentaires sont proposés ? Quel est leur rapport au DEP en termes de contenu et de quantité ? L'interopérabilité des services supplémentaires est-elle garantie au-delà des communautés et communautés de référence ? À quel point sont-ils compatibles avec la technique d'autres prestataires ? Observe-t-on des développements en parallèle (communication numérique en dehors du DEP) et, si oui, comment les évaluer en lien avec le DEP ?	X		X	Section 3.4
Q.7	Quels défis se présentent dans la mise en œuvre organisationnelle (structurelle/culturelle/financière) et technique de la LDEP ?	X			Chap. 3
Q.8	Quels sont les premiers effets – volontaires et involontaires – de la LDEP perceptibles dans la collaboration des professionnels de la santé ou des communautés et communautés de référence ? Y a-t-il des évolutions contraires aux objectifs de la LDEP ?	X	X		Section 3.5
Q.10	Qui finance la constitution des communautés et communautés de référence ? Des aides financières sont-elles sollicitées ? Quel est leur rapport avec l'investissement global ? Quelles sont les motivations des investisseurs de participer au financement ?	X		X	Section 3.6

¹⁷ Cf. BAG (2017).

¹⁸ Une présentation des questions d'évaluation pour toutes les phases, y c. critères d'évaluation et méthodes d'analyse, figure à l'annexe II.

Questions d'évaluation		Méthode*			Renvoi
N°	Question	B	Mon	SDA	Section dans le rapport
Questions spécifiques à la phase					
Q.11	Comment le financement de l'exploitation des communautés et communautés de référence est-il prévu ? Qui participe au financement (cantons, contributions des membres, services supplémentaires, etc.) ? Quelles sont les motivations des investisseurs de participer au financement ? Quels sont les modèles commerciaux des communautés pour financer leur exploitation ? (<i>Question complémentaire d'après le procès-verbal de la séance de planification du 15.3.2018</i>)	X		X	Section 3.6
Q.12	Comment les acteurs évaluent-ils les critères de certification ? La certification conduit-elle à l'interopérabilité technique et organisationnelle dans la mesure souhaitée ? Si non, pour quelle raison ?	X			Section 3.8
Q.13	Quelle est la charge liée aux procédures de certification ? Comment la procédure et la charge sont-elles évaluées par les acteurs concernés (y c. caractère obligatoire, délais, émoluments) ?				Note de bas de page ¹⁹
Q.14	Quelles activités et incitations des communautés et communautés de référence font leurs preuves pour attirer les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire et les patients ? Lesquelles sont particulièrement efficaces ? Quelle contribution les associations (faitières) fournissent-elles pour inciter leurs membres à s'affilier à une C/CR ? (<i>Question complémentaire d'après la décision du groupe de pilotage du 1.5.2018</i>)	X			Section 3.9 Section 3.10

* Légende : enquête (B), monitoring de la LDEP (Mon), analyse des données secondaires et des documents (SDA)

1.4 Structure du rapport

Après une introduction générale (chap. 1), le chapitre 2 décrit l'approche méthodologique. Le chapitre 3 comprend les résultats de la seconde phase de l'évaluation formative. Les résultats sont réunis en domaines thématiques selon des sous-chapitres définis sur la base des questions d'évaluation (voir aussi le Tableau 1). Les conclusions et recommandations pour chaque domaine thématique sont formulées par sous-chapitre et reflètent l'opinion des évaluateurs. Le chapitre 4 propose un bilan final et des perspectives pour la mise en œuvre de la LDEP.

2 Méthodologie

L'approche méthodologique de l'évaluation formative s'appuie sur les relevés de données et sources d'information décrits ci-après. Le tableau 7 à l'annexe II offre une vue d'ensemble des questions d'évaluation pour toutes les phases de l'évaluation formative, comprenant les méthodes de collecte de données et les critères d'évaluation.

2.1 Enquête auprès des acteurs de la mise en œuvre

L'enquête réalisée auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre a constitué une base essentielle pour l'évaluation formative. Pendant la seconde phase de l'évaluation formative, elle s'est déroulée, d'une part, sous la forme d'entretiens collectifs et individuels semi-directifs et, d'autre part, sous la forme d'une enquête en ligne. Les entretiens ont été réalisés entre

¹⁹ La réponse à cette question aurait dû intervenir au cours de l'accompagnement du *witness audit* (accréditation des organismes de certification par le Service d'accréditation suisse [SAS]). Comme ce *witness audit* n'avait pas encore eu lieu au moment de la collecte des données pour la seconde phase de l'évaluation formative, il n'est pas possible d'y répondre dans le cadre du présent rapport.

novembre 2018 et février 2019, l'enquête en ligne entre novembre 2018 et janvier 2019.²⁰ Les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, des Grisons et de Neuchâtel n'ont pas pris part à cette enquête. La perspective de ces cantons n'a donc pas pu être prise en compte dans le présent rapport d'évaluation. D'autres indications méthodologiques sur l'enquête en ligne et une liste des personnes interrogées figurent en annexe de ce rapport.²¹

2.2 Analyse des données secondaires et des documents

L'analyse des documents comprend le traitement des bases légales et spécifiques à l'évaluation, l'analyse secondaire des expériences systématiquement documentées et publiées concernant la mise en œuvre ainsi que l'analyse continue des sources d'information écrites qui documentent les avancées de la mise en œuvre.²²

2.3 Monitoring de la LDEP

En complément de l'évaluation de la LDEP prévue par la loi, l'OFSP met en place un système de monitoring, qui à la fois sert de base pour l'évaluation formative et sommative et permet à l'OFSP de disposer, à un rythme approprié, d'informations sur la mise en œuvre de la loi et la diffusion du DEP.

Le monitoring de la LDEP s'appuie sur deux types de données. Il s'agit, d'une part, de données d'exploitation (p. ex., sur la diffusion et l'utilisation du DEP), fournies en particulier par les communautés et communautés de référence. D'autre part, le monitoring repose sur des données provenant d'enquêtes au cours desquelles les acteurs du système de santé, la population et les patients sont interrogés sur leurs expériences et leurs appréciations au sujet du DEP.²³

Si aucune donnée d'exploitation du monitoring n'était disponible pour la seconde phase de l'évaluation formative, les données du baromètre suisse de la cybersanté (Swiss eHealth Barometer) de décembre 2018 à février 2019 sur les professionnels de la santé ont été utilisées dans la section 3.3 pour répondre aux questions de l'évaluation. Ce baromètre est une enquête en ligne réalisée chaque année par gfs.bern auprès des professionnels de la santé et de la population.

²⁰ Trois communautés ou communautés de référence ont répondu à l'enquête en ligne en janvier 2019, les autres en novembre 2018. Toutes les communautés et communautés de référence ont répondu au même questionnaire.

²¹ Cf. annexes III & IV.

²² Cf. bibliographie et liste des documents du présent rapport.

²³ Cf. Bolliger und Rüefli (2016, p. 8 s.).

3 Résultats

Ce chapitre expose les résultats de la seconde phase de l'évaluation formative. Les sous-chapitres se fondent sur les différentes questions d'évaluation (cf. Tableau 1). Sauf précision contraire, les résultats s'appuient sur les informations de l'enquête en ligne et les entretiens avec les experts.

3.1 État général de la mise en œuvre

Cette section donne une vue d'ensemble de l'état général de la mise en œuvre de la LDEP. Les sections suivantes approfondissent les différentes questions.

État de la mise en œuvre pour les cantons

Les représentants des cantons interrogés par le biais de l'enquête en ligne estiment que le développement des communautés et communautés de référence correspond à quelques exceptions près aux besoins dans leur canton.

Près de trois quarts des cantons partent du principe que tous les fournisseurs de prestations stationnaires seront en mesure de saisir et de consulter des données dans le DEP le 15 avril 2020 sur leur territoire. D'après les entretiens réalisés pour approfondir les résultats de l'enquête en ligne, les raisons susceptibles d'expliquer que les fournisseurs de prestations stationnaires ne soient pas tous prêts sont les suivantes :

- Les hôpitaux et les cliniques n'ont pas (encore) conscience de la complexité de l'introduction du DEP et ne s'y préparent donc pas suffisamment (cf. section 3.11).
- D'aucuns se demandent si les prestataires techniques de la plateforme DEP (Swisscom et La Poste) seront en mesure de raccorder tous les hôpitaux à la plateforme dans les plus brefs délais.

Les cantons romands notamment ont répondu par « non » ou « ne sais pas » à la question du degré de préparation des fournisseurs de prestations au DEP (*EPD-Readiness*). Il est difficile de déterminer pour quelles raisons les représentants des cantons romands évaluent la situation différemment des représentants des cantons alémaniques et du Tessin.

D'après les dires des représentants, la plupart des cantons ont clarifié la question de savoir comment et où les fournisseurs de prestations stationnaires (y c. établissements médico-sociaux) peuvent s'affilier à une communauté de référence (à la communauté de référence du canton d'implantation). Cette question n'est pas résolue pour six cantons selon l'enquête en ligne.

État de la mise en œuvre pour les communautés et communautés de référence

Au 18 février 2019, onze projets de constitution d'une communauté ou communauté de référence étaient en cours en Suisse.²⁴ Les thèmes suivants étaient traités en priorité par les communautés et communautés de référence au moment de la collecte des données (novembre 2018 et janvier 2019) :

- négociations contractuelles et coordination avec les prestataires techniques ;
- développement technique de la plateforme DEP, notamment développement de solutions pour la gestion des identités des patients (Master Patient Index), l'accès au répertoire central des professionnels de la santé (Health Provider Directory), le procédé technique pour le raccordement des fournisseurs de prestations et la procédure concrète pour l'ouverture d'un DEP (ou *onboarding*) ;

²⁴ D'après les données d'eHealth Suisse (<https://www.e-health-suisse.ch/fr/mise-en-oeuvre-communautés/communautés-dep/communautés-en-cours-de-constitution.html>, 18.12.2018) ainsi que l'enquête en ligne et les entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation. La page récapitulative d'eHealth Suisse ne mentionne pas les deux projets Stammgemeinschaft Region Ost et Stammgemeinschaft Region Zentral de Stammgemeinschaften Schweiz AG. Le projet « eHealth Liechtenstein » n'est pas pris en compte dans l'évaluation. Lors de l'enquête en ligne, douze communautés ou communautés de référence étaient en cours de planification, un entretien avec eHealth Nordwestschweiz en février 2019 a révélé que le nord-ouest de la Suisse s'affiliera à axvana AG / XAD-Stammgemeinschaft, il y avait donc onze communautés ou communautés de référence prévues/constituées en février.

- choix d'un moyen d'identification et d'un fournisseur de moyens d'identification appropriés ;
- choix d'un organisme de certification approprié ;
- examen des critères de certification et développement des systèmes (technique) et structures (organisation) jusqu'à un degré de maturité qui peut faire l'objet d'une certification.

D'après leurs dires, onze des douze communautés et communautés de référence interrogées par le biais de l'enquête en ligne²⁵ disposeront des certifications nécessaires au 15 avril 2020 pour pouvoir entamer leurs activités en tant que communauté ou communauté de référence selon la LDEP. Les certifications correspondantes sont prévues par la plupart des communautés ou communautés de référence du milieu à la fin de l'année 2019 (certification organisationnelle) et de fin 2019 à début 2020 (certification technique) (cf. section 3.8.2).

La communauté de référence qui, d'après sa déclaration, ne disposera pas de la certification au 15 avril 2020 a des fournisseurs de prestations ambulatoires comme groupe cible primaire. Partant, une éventuelle non-certification de cette communauté de référence ne remet pas en question l'affiliation de tous les hôpitaux dans les délais fixés au 15 avril 2020. La communauté de référence mentionne les raisons suivantes pour une éventuelle non-certification à cette date : le manque de temps pour satisfaire à des exigences très élevées et complexes, les différentes questions en suspens concernant les exigences techniques et l'incertitude quant à la procédure avec l'organisme de certification.

L'introduction du DEP sur l'ensemble du territoire au 15 avril 2020 est jugée vraisemblable par les experts

Dans le cadre des entretiens téléphoniques, une majorité des personnes interrogées a estimé qu'il est plutôt vraisemblable que l'introduction du DEP puisse être concrétisée sur l'ensemble du territoire au 15 avril 2020. L'expression « sur l'ensemble du territoire » est définie comme suit : à l'échelle suisse, tous les hôpitaux de soins somatiques aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques ont la possibilité de saisir des données dans le DEP et tous les habitants de Suisse peuvent ouvrir un DEP sur demande.

De nombreux répondants ont toutefois indiqué explicitement ou implicitement qu'il s'agit d'un objectif modeste. D'une part, il suffit qu'une seule communauté de référence ait commencé ses activités d'ici là pour permettre potentiellement à tous les habitants de Suisse d'ouvrir un DEP. D'autre part, les fournisseurs de prestations stationnaires peuvent remplir leur « obligation » en se raccordant à un portail en ligne sans que le DEP soit utilisé au quotidien. D'après ces répondants, cela prendra nettement plus de temps que jusqu'au 15 avril 2020 pour que le DEP devienne une pratique courante et soit véritablement utilisé (cf. section 3.5).

Plusieurs personnes ont signalé qu'un raccordement du DEP au moyen d'un portail en ligne, c'est-à-dire sans intégration dans les systèmes informatiques hospitaliers (SIH), dépend encore de nombreux facteurs qui n'étaient pas (complètement) clarifiés au moment de la collecte de données. Elles ont mentionné les points les plus importants et urgents ci-après :

- questions de financement non résolues, notamment s'agissant des moyens d'identification pour les habitants et les professionnels de la santé (cf. section 3.11) ;
- certification des communautés et communautés de référence, notamment s'agissant des critères de certification techniques et des organismes de certification (cf. section 3.8).

3.1.1 Conclusions et recommandations

Onze des douze communautés ou communautés de référence interrogées partent du principe qu'elles disposeront de toutes les certifications nécessaires au délai fixé pour l'introduction du DEP. Le comité de pilotage d'eHealth Suisse (eHS), composé de la Confédération et des cantons, parvient également à la conclusion qu'en dépit du report entre la première et la

²⁵ Au moment de l'enquête en ligne, l'affiliation d'eHealth Nordwestschweiz à axvana AG n'était pas encore décidée, la communauté de référence eHealth Nordwestschweiz a donc été interrogée séparément.

seconde phase (cf. section 1.2), la date d'introduction du 15 avril 2020 peut être maintenue.²⁶ En même temps, il s'agit de garder à l'esprit que les entretiens ont fortement mis en évidence le travail qui reste à fournir d'ici là et la nécessité que tous les acteurs impliqués collaborent de manière optimale pour atteindre l'objectif commun.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.1)	Pour pouvoir répondre aux questions en suspens et aux défis existants concernant la mise en œuvre de la LDEP d'ici au 15 avril 2020, l'engagement de tous les acteurs impliqués est indispensable. Du fait de leur fonction primordiale dans la mise en œuvre de la LDEP, il faut en particulier s'assurer qu'eHS et l'OFSP disposent, au regard de la charge de travail potentiellement croissante, de ressources suffisantes en personnel pour pouvoir répondre à ces défis.	eHS OFSP
(R.2)	Si les fournisseurs de prestations stationnaires devaient renoncer (dans un premier temps) à une intégration du DEP dans le SIH et procédaient à un raccordement au DEP par le biais d'un portail en ligne, les efforts visant à favoriser une assimilation ²⁷ dans le SIH (et les systèmes d'information de cabinet médical [SIC]) devraient être maintenus après l'introduction du DEP. Les travaux correspondants doivent être poursuivis même durant la phase de transition jusqu'à l'introduction du DEP.	eHS OFSP Cantons
(R.3)	Eu égard à la brève phase de certification et compte tenu du fait qu'onze communautés ou communautés de référence sont en cours de constitution et doivent donc être certifiées, il est nécessaire de garantir que l'organisme de certification est en mesure de faire face à un volume de travail considérable en très peu de temps (voir aussi la recommandation (R.23)).	OFSP Organisme de certification
(R.4)	Il convient de vérifier si les prestataires techniques peuvent assumer l'affiliation d'un grand nombre d'établissements stationnaires aux plateformes DEP en un laps de temps relativement court.	C/CR

3.2 Développement des communautés et communautés de référence

Plusieurs cantons ont déjà réfléchi sérieusement à la cybersanté en général et au DEP en particulier avant l'entrée en vigueur de la LDEP. Pour une présentation des activités dans les différents cantons, nous renvoyons ici au récapitulatif de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)²⁸ et nous limitons ci-après au développement dans la perspective des communautés et communautés de référence.

L'état de développement des communautés et communautés de référence décrit ci-après a été validé par écrit mi-février 2019 par les communautés et communautés de référence. Au 18 février 2019, onze projets visant à constituer une communauté ou communauté de référence sont en cours²⁹. Parmi eux, dix portent sur une communauté de référence (selon l'art. 2, al. 1, let. b, ODEP) et un seul sur une communauté (selon l'art. 2, al. 1, let. a, ODEP).³⁰

²⁶ Cf. eHealth Suisse (2018c).

²⁷ Dans l'idéal, une assimilation implique une transition entre le DEP et le système informatique hospitalier ou le système d'information de cabinet médical qui n'est pas perceptible pour les utilisateurs.

²⁸ Cf. GDK (2018) et annexe VII.

²⁹ Pendant l'enquête en ligne, douze communautés ou communautés de référence était en cours de planification, un entretien avec eHealth Nordwestschweiz en février 2019 a révélé que le nord-ouest de la Suisse s'affiliera à axvana AG / XAD-Stammgemeinschaft, il y avait donc onze communautés ou communautés de référence prévues/constituées en février.

³⁰ Contrairement à une communauté « classique », une communauté de référence propose aux patients des services supplémentaires, en particulier la création d'un dossier électronique ainsi que les tâches administratives liées à sa gestion, et éventuellement la conservation du consentement écrit ou la gestion des droits d'accès au dossier.

Les tableaux ci-dessous montrent les différentes communautés et communautés de référence avec leur forme d'organisation. Nous distinguons trois groupes sur la base du rôle (financier) des cantons (critère financier) et du rayon d'activité prévu (critère régional) des communautés et communautés de référence :

- communautés de référence cantonales bénéficiant du soutien financier des cantons d'implantation ;
 - communautés de référence supracantonales bénéficiant du soutien financier des cantons d'implantation ;
 - communautés ou communautés de référence supracantonales ou nationales ne bénéficiant pas du soutien financier des cantons d'implantation.
- a) Communautés de référence cantonales bénéficiant du soutien financier des cantons d'implantation

Ce groupe compte les communautés de référence qui visent un rayon d'activité défini au niveau cantonal et dans lesquelles les cantons d'implantation jouent un rôle actif dans la constitution et en partie dans l'exploitation de la communauté de référence. Le rôle actif du canton s'exprime à la fois à travers sa participation financière et sa participation dans les différentes organisations responsables.

Tableau 2 : CR cantonales bénéficiant du soutien financier du canton d'implantation

Nom	Forme d'organisation	Rayon d'activité/groupe cible	Rôle du canton
e-Health Ticino (communauté de référence) ³¹	L'association e-Health Ticino a été créée en juillet 2016 pour transformer le projet pilote reTIsan en communauté de référence e-Health Ticino.	Fournisseurs de prestations du Tessin et habitants de la Suisse italienne.	Le canton du Tessin a financé le projet pilote reTIsan et soutient aussi financièrement la constitution de la CR. L'exploitation doit être financée par les fournisseurs de prestations.
DEP Neuchâtel (communauté de référence)	Fin septembre 2017, le Grand Conseil neuchâtelois a approuvé un crédit de 3 millions de francs pour la constitution d'une communauté de référence neuchâteloise. En décembre, les associations « Communauté de référence Dossier électronique du patient Neuchâtel » et « Structure porteuse Dossier électronique du patient Neuchâtel » ont été créées. La constitution et l'exploitation de la CR sont assurées par la structure porteuse.	Fournisseurs de prestations et habitants du canton de Neuchâtel.	Le canton de Neuchâtel soutient financièrement la constitution d'une communauté de référence cantonale. L'exploitation doit être financée conjointement par le canton et les fournisseurs de prestations.
eHealth Aargau (communauté de référence)	L'association eHealth Aargau a été créée en septembre 2014 en tant qu'organisme responsable largement soutenu, l'association Stammgemeinschaft eHealth Aargau en novembre 2015. Cette dernière assume – sur la base de conventions de prestations avec le canton d'Argovie – la responsabilité de la constitution et de l'exploitation de l'écosystème de la cybersanté, y compris du DEP, et se fera certifier au sens de la LDEP.	Fournisseurs de prestations et habitants du canton d'Argovie. Les fournisseurs de prestations hors canton qui font partie de la région de fourniture des soins peuvent aussi devenir membres de la communauté de référence. Les patients qui se font traiter dans le canton d'Argovie ont aussi la possibilité de créer un DEP s'ils n'en ont pas encore.	Le canton d'Argovie encourage et coordonne les activités de cybersanté dans son rayon d'activité et les soutient sur le plan financier (en particulier la constitution jusqu'en 2018 et au minimum l'exploitation dès 2018 pour une durée de dix ans) et du personnel.

Source : divers documents et sites internet, validation par les communautés ou communautés de référence.

³¹ Communauté de référence au sens de l'art. 2, al. 1, let. b en relation avec l'art. 8, al. 2, OFDEP.

b) Communautés de référence supracantonales bénéficiant du soutien financier des cantons d'implantation

Ce groupe compte les communautés de référence qui visent un rayon d'activité supracantonale et sont soutenues financièrement par les cantons d'implantation.

Tableau 3 : CR supracantonales bénéficiant du soutien financier des cantons d'implantation

Nom	Forme d'organisation	Rayon d'activité/groupe cible	Rôle du canton
XAD-Stammgemeinschaft (communauté de référence)	axsana ag a été créée pour constituer et exploiter XAD-Stammgemeinschaft (=organisation opérationnelle à but non lucratif). L'entreprise est à 50 % aux mains de cantosana AG et à 50 % aux mains de l'association XAD. ³²	Fournisseurs de prestations et habitants des cantons de Zurich, Berne, Saint-Gall, Schaffhouse, Zoug, Lucerne, Nidwald, Obwald, Uri, Schwyz, Bâle-Ville, Soleure, Bâle-Campagne.	Les cantons de Berne, Zurich et Zoug sont membres de Cantosana et donc associés pour moitié à axsana AG. D'autres cantons examinent la possibilité de participer et de contribuer au financement initial.
CARA (communauté de référence)	En mars 2018, l'association CARA a été fondée par les cantons de Genève, Vaud et Valais pour constituer une communauté de référence intercantonale. Les cantons de Fribourg et du Jura ont également adhéré à l'association. Les différents projets cantonaux migrent sur la plateforme commune CARA.	Tous les fournisseurs de prestations et habitants des cantons de Genève, Jura, Valais, Vaud et Fribourg.	Les cantons de Genève, Jura, Valais, Vaud et Fribourg soutiennent financièrement la constitution et l'exploitation.

Source : divers documents et sites internet, validation par les communautés ou communautés de référence.

c) Communautés ou communautés de référence supracantonales ou nationales ne bénéficiant pas du soutien financier des cantons d'implantation

Le troisième groupe compte des communautés et communautés de référence qui ne sont soutenues financièrement par aucun canton. Toutes les communautés et communautés de référence de ce groupe ont un rayon d'activité supracantonale ou, dans le cas d'Abilis AG, de l'association AD Swiss et de Georgis Stammgemeinschaft, un rayon d'activité nationale.

Les deux communautés ou communautés de référence qui se concentrent sur une catégorie précise de fournisseurs de prestations font également partie de ce groupe. Il s'agit notamment des pharmaciens (Abilis AG) et des cabinets médicaux ambulatoires (association AD Swiss).

Tableau 4 : C/CR supracantonales ou nationales ne bénéficiant pas du soutien financier des cantons d'implantation

Nom	Forme d'organisation	Rayon d'activité/groupe cible	Rôle du canton
Association AD Swiss (communauté)	AD Swiss Net AG, créée conjointement par Health Info Net AG (HIN) et la Caisse des médecins, fait fonction de société d'exploitation.	Les médecins, infirmiers et thérapeutes de la Suisse entière forment le groupe cible.	Aucun
Abilis AG (communauté de référence)	La société anonyme à but non lucratif Abilis AG est aux mains de l'ofac (80 %) et de pharmaSuisse (20 %), la participation d'autres associations étant envisageable. La mise en place et l'exploitation de la communauté de référence sont assurées par l'ofac par le biais d'une convention de prestations.	Tous les fournisseurs de prestations et habitants de Suisse, avec une orientation particulière sur les pharmacies.	Aucun
Georgis Stammgemeinschaft – Zusammenarbeit,	L'association GeS a été créée le 22 décembre 2017. Georgis GmbH sert de société de	Tous les fournisseurs de prestations et habitants de Suisse, avec une	Aucun

³² L'association eHealth Zentralschweiz, composée des cantons de Lucerne et de Nidwald et de fournisseurs de prestations des cantons de Lucerne, Nidwald et Obwald, et l'association eHealth Nordwestschweiz (BL, BS, SO) ont décidé de s'affilier à XAD-Stammgemeinschaft.

Nom	Forme d'organisation	Rayon d'activité/groupe cible	Rôle du canton
Organisation, Technologie (GeS) (communauté de référence)	services à GeS et a été inscrite au registre du commerce le 11 janvier 2018.	orientation particulière sur les fournisseurs de prestations.	
Stammgemeinschaft Südost (STG-SO) (communauté de référence)	L'association eHealth Südost a été créée en janvier 2016, elle soutient et permet la constitution et l'exploitation d'une communauté de référence pour la région du sud-est de la Suisse (cantons des Grisons et de Glaris et régions environnantes). Stammgemeinschaft Südost a été créée le 8 décembre 2017 à partir de l'association par le biais d'une adaptation des statuts. Plus de 90 % des fournisseurs de prestations stationnaires dans la région de fourniture des soins y sont désormais affiliés.	Fournisseurs de prestations et habitants des cantons des Grisons et de Glaris.	Aucun soutien financier de la part des cantons. Les cantons des Grisons et de Glaris sont membres passifs de l'association eHealth Südost.
Association Stammgemeinschaften Region Ost (communauté de référence)	L'organisation responsable Stammgemeinschaften Schweiz AG a été créée par les deux organisations de managed care eastcare AG et grisomed AG. Les organisations opérationnelles de la communauté de référence Region Ost sont grisomed AG et eastcare AG.	Fournisseurs de prestations et habitants des cantons de Saint-Gall, Thurgovie, Appenzell Rhodes-Extérieures et Intérieures, Grisons et Glaris. Groupe cible primaire : médecins de famille de la région de fourniture des soins qui participent au managed care.	Aucun
Association Stammgemeinschaften Region Zentral (communauté de référence)	L'organisation responsable Stammgemeinschaften Schweiz AG a été créée par les deux organisations de managed care eastcare AG et grisomed AG. L'organisation opérationnelle de la communauté de référence Region Zentral est eastcare AG.	Fournisseurs de prestations et habitants des cantons de Lucerne, Nidwald, Obwald, Schwyz et Uri. Groupe cible primaire : médecins de famille de la région de fourniture des soins qui participent au managed care.	Aucun

Source : divers documents et sites Internet, validation par les communautés ou communautés de référence.

3.2.1 Conclusions et recommandations

Le regroupement des différents projets cantonaux en Suisse romande (Infomed dans le canton du Valais, MonDossierMedical.ch dans celui de Genève, des projets dans les cantons de Fribourg et de Vaud) en une communauté de référence supracantonale, attendu dans la première phase de l'évaluation, a été effectué, ce qui entraîne une consolidation du nombre de projets. La tendance, déjà prévisible dans la dernière phase de l'évaluation, à des solutions supracantonales s'est poursuivie (affiliation d'autres cantons ou déclaration de l'intention de s'affilier à XAD-Stammgemeinschaft) ou manifestée (création de CARA). Malgré tout, le nombre total de projets n'a que légèrement diminué par rapport à la première phase de l'évaluation, car un nouveau prestataire est arrivé sur le marché – Georgis Stammgemeinschaft.

Plusieurs représentants des cantons ont indiqué dans l'enquête en ligne qu'une consolidation du nombre de communautés et communautés de référence est en principe souhaitable. D'aucuns ont l'impression que le marché des communautés et des communautés de référence est encore trop grand et pourrait conduire à une situation de concurrence contreproductive entre les communautés et communautés de référence. À cet égard, la démarche à suivre pour une fusion de communautés ou communautés de référence a été évoquée comme une question organisationnelle qui reste à clarifier.

Le nombre de communautés et communautés de référence a également été abordé par les représentants des communautés et communautés de référence. Les avis divergent à ce sujet. D'une part, certains signalent qu'un trop grand nombre de communautés ou communautés de

référence est en cours de constitution pour un seul et même service. De plus, d'après les répondants aux entretiens, les grandes communautés ou communautés de référence peuvent vraisemblablement proposer leurs services à moindre coût grâce à des volumes plus importants et il serait donc judicieux de soutenir essentiellement les grandes communautés ou communautés de référence. D'autre part, d'aucuns renvoient à l'importance de solutions régionales (à l'échelle de la région de fourniture des soins), qui pourraient favoriser une collaboration efficace des fournisseurs de prestations au sein de la communauté ou communauté de référence du fait de la confiance ambiante. Par ailleurs, les personnes interrogées lors des entretiens ont mentionné qu'une concurrence (souhaitable) entre communautés et communautés de référence est en partie entravée par les cantons, ce qui empêche le déploiement des communautés ou communautés de référence à l'échelle régionale et nationale.

Sur la base des rayons d'activité et groupes cibles communiqués actuellement par les communautés et communautés de référence, toutes les régions sont couvertes.³³

S'agissant du financement par les cantons, on peut constater des disparités entre les régions linguistiques. Les différences qui existent dans le soutien financier apporté par les cantons aux communautés et communautés de référence montrent que le DEP est soutenu par les pouvoirs publics en Suisse romande au sens d'un service public. La preuve en est que les cantons fournissent un financement initial important aux communautés et communautés de référence. Au Tessin et dans les cantons alémaniques, on est plutôt d'avis que les communautés et communautés de référence doivent se constituer comme des organisations autonomes privées, le cas échéant avec un financement initial des cantons (cf. section 3.6).

Les fortes disparités dans le degré du soutien (financier) apporté par les cantons aux communautés et communautés de référence indiquent par ailleurs une conception très différente des rôles de la part des cantons. La LDEP n'attribue aucun rôle concret aux cantons concernant la mise en œuvre de la loi. Il incombe donc en grande partie au canton de définir lui-même ses tâches en lien avec la mise en œuvre de la LDEP.

Les recommandations suivantes (R.5) et (R.6) correspondent à celles de la première phase de l'évaluation et restent valables.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.5)	Il faut suivre avec attention le développement dans les différentes régions de fourniture des soins. S'il devait apparaître que des communautés ou communautés de référence prévues ne peuvent pas se réaliser, il faudrait évaluer les implications pour la couverture régionale et la nécessité de prendre d'éventuelles mesures.	Cantons
(R.6)	Une consolidation ultérieure des communautés et communautés de référence (état actuel mi-février 2019 : 11 C/CR) ces prochaines années n'est pas à exclure. Il faut donc clarifier les éventuelles implications (p. ex., s'agissant des aides financières promises) d'une fusion de deux communautés ou communautés de référence.	OFSP

3.3 Position des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé sont des acteurs clés pour l'utilisation et la diffusion du DEP car, avec les patients, ils appliqueront le DEP. C'est pourquoi leur position actuelle à l'égard du DEP est particulièrement intéressante.³⁴ La présente section s'appuie sur les données du

³³ Cette assertion se réfère aux rayons d'activité et groupes cibles centraux des communautés et communautés de référence qui ont été formulés. Certaines communautés et communautés de référence se montrent toutefois ouvertes à admettre également des professionnels de la santé en dehors du rayon d'activité primaire ou du groupe cible primaire.

³⁴ La question d'évaluation définie par le groupe de pilotage de l'évaluation formative le 1^{er} mai 2018 concerne aussi l'état des connaissances des professionnels de la santé en matière de DEP, qui n'a pas été spécifiquement relevé dans le baromètre de la cybersanté. Aucune conclusion ne peut donc être faite à ce sujet.

baromètre de la cybersanté (décembre 2018 à février 2019). Dans ce cadre, des professionnels de la santé et des établissements des secteurs stationnaire (médecins hospitaliers, infirmiers, hôpitaux, maisons de retraite et établissements médico-sociaux) et ambulatoire (médecins en cabinet, pharmaciens, services d'aide et de soins à domicile) ont été interrogés. Comme l'utilisation du DEP est facultative pour les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire, obligatoire en revanche pour ceux qui travaillent dans un environnement stationnaire (cf. section 3.9), l'évaluation aborde ci-après spécifiquement la différence de position des acteurs du domaine stationnaire et ambulatoire.³⁵

Entre 66 et 83 % des professionnels et des établissements du secteur stationnaire soutiennent par principe l'introduction d'un DEP, qui recueille le taux d'adhésion le plus faible dans les maisons de retraite et les établissements médico-sociaux. Il ressort des réponses des professionnels exerçant en ambulatoire que l'introduction du DEP rencontre une adhésion comparativement élevée chez les pharmaciens (81 %) et plutôt faible chez les médecins qui exercent en cabinet (54 %). En outre, 69 % des professionnels des services d'aide et de soins à domicile soutiennent l'introduction du DEP.

À une question portant sur l'appréciation générale du DEP, 62 à 76 % des professionnels et des établissements du secteur stationnaire ont répondu qu'il s'agit d'une très bonne ou d'une bonne chose. Dans le domaine ambulatoire, 54 % des médecins en cabinet sont de cet avis, 72 % des pharmaciens et 73 % des professionnels des services d'aide et de soins à domicile. Sur ce point, les médecins en cabinet sont les plus critiques à l'égard du DEP.

Dans le domaine stationnaire, 74 % des médecins hospitaliers, 76 % des maisons de retraite et des établissements médico-sociaux et 79 % des infirmiers recommanderaient l'ouverture d'un DEP à leurs clients. Dans le domaine ambulatoire, les réponses sont une nouvelle fois hétérogènes : 54 % des médecins en cabinet recommanderaient le DEP, 69 % des professionnels des services d'aide et de soins à domicile et 84 % des pharmaciens.

3.3.1 Conclusions et recommandations

Dans l'ensemble, les résultats du baromètre de la cybersanté concernant la position des professionnels de la santé montrent que les médecins exerçant en cabinet sont les plus critiques à l'égard du DEP, alors que les pharmaciens le soutiennent le plus fortement. L'adhésion au DEP est généralement plus importante chez les professionnels et les établissements du secteur stationnaire que chez les professionnels exerçant en ambulatoire, à l'exception précitée des pharmaciens.

Le rôle des fournisseurs de prestations ambulatoires dans la diffusion et l'utilisation du DEP est jugé important par différents acteurs (cf. section 3.9). Les résultats du baromètre de la cybersanté montrent que ces fournisseurs de prestations ambulatoires ne forment pas un groupe homogène dans leur position à l'égard du DEP. Partant, différentes stratégies semblent nécessaires pour inciter les fournisseurs de prestations ambulatoires à utiliser le DEP. Comme les médecins en cabinet sont les plus critiques envers le DEP, il est indispensable de mener un important travail de persuasion auprès de ce groupe de prestataires.

Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.7) L'information au sujet du DEP doit notamment convaincre les médecins qui exercent en cabinet de l'utilité du DEP pour que la diffusion du DEP soit un succès (voir aussi les recommandations de la section 3.9.3).	eHS C/CR Cantons FMH

³⁵ Pour une présentation détaillée des résultats, nous renvoyons au rapport de gfs.bern sur le baromètre de la cybersanté (<https://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/swiss-ehealth-barometer-2019> [26.3.2019]).

3.4 Services supplémentaires

Les services supplémentaires (appelés également « services à valeur ajoutée » ou « applications proches du DEP ») sont des processus qui ne font pas partie de la palette de fonctions du DEP prévue par la loi. Sur le fond, il est difficile de délimiter les composants qui relèvent du DEP et ceux qui doivent être compris dans les services supplémentaires, d'autant plus que la LDEP ne spécifie pas les contenus du DEP plus en détail.³⁶ La délimitation entre le DEP (au sens strict) et les services supplémentaires est plus compréhensible dans une perspective fonctionnelle. Tandis que le DEP offre l'infrastructure indispensable au stockage décentralisé des données pertinentes pour le traitement et un accès en tout lieu, les services supplémentaires portent sur l'échange d'informations hors législation sur le DEP entre deux institutions ou plus qui font partie d'une communauté. Les institutions impliquées peuvent aussi faire partie de différentes communautés, à condition que l'interopérabilité du service supplémentaire soit donnée (cf. section 3.4.2). Il s'agit notamment de l'utilisation de l'infrastructure disponible grâce au DEP pour la communication entre professionnels de la santé, même si le patient concerné ne dispose pas d'un DEP. Ainsi, l'infrastructure du DEP permet par exemple l'échange d'un plan de médication structuré entre deux fournisseurs de prestations, si bien qu'il peut être intégré directement dans leurs systèmes primaires. Les services supplémentaires sont imaginables aussi bien comme des processus *business to business* (B2B) entre fournisseurs de prestations ou professionnels de la santé que comme des processus *business to customer* (B2C), c.-à-d. des services qui s'adressent aux patients ou à la population.

3.4.1 Portée et signification

Sur la base des données de l'enquête en ligne, une seule communauté ou communauté de référence ne proposera pas de services supplémentaires au 15 avril 2020. Toutes les autres communautés et communautés de référence devraient en proposer avec l'introduction du DEP, en particulier dans les domaines *admission électronique*, *référence électronique*, *envoi de rapport électronique*, *ordonnance électronique* et *plan de médication électronique*.

D'après les entretiens, les communautés et communautés de référence n'accordent plus (pour la plupart) la même importance, dans la phase de constitution actuelle, aux services supplémentaires qu'elles ne le faisaient encore fin 2017. Certains répondants supposent que les communautés et communautés de référence doivent actuellement se concentrer davantage sur la constitution des structures du DEP afin de pouvoir finaliser les étapes et processus nécessaires d'ici au 15 avril 2020 (en particulier pour remplir les critères de certification requis). Par conséquent, moins de ressources peuvent être utilisées pour la mise en place des services supplémentaires. La complexité du raccordement des services supplémentaires à l'infrastructure du DEP est même en partie considérée comme un obstacle pour la phase de constitution des communautés et communautés de référence.

Mais pour l'exploitation des communautés et communautés de référence, le rôle des services supplémentaires est presque unanimement jugé très important, aussi bien par les communautés et communautés de référence interrogées que par les experts. Les services supplémentaires sont décrits comme un moyen essentiel pour diffuser et utiliser le DEP de la part des fournisseurs de prestations, en particulier dans le secteur ambulatoire. Et ce, au motif que ces services offrent aux fournisseurs de prestations un avantage économique réel qui peut être communiqué simplement. Une large utilisation du DEP et des services supplémentaires qui y sont associés sert à son tour, par le biais des cotisations des membres, de base de financement pour l'exploitation des communautés et communautés de référence (cf. section 3.6.2).

³⁶ La LDEP ne décrit pas les données qui doivent impérativement figurer dans le DEP ou qui doivent pouvoir être consultées par ce biais. En l'espèce, l'art. 2, let. a, LDEP précise uniquement que le DEP permet de rendre accessibles les « données pertinentes pour [l]e traitement qui sont tirées du dossier médical d'un patient ». Les contenus concrets ne sont définis qu'avec les formats d'échange à l'annexe 4 de l'ODEP-DFI. Cette annexe fait toutefois partie du droit d'exécution et, au regard de la révision prévue de ce dernier, elle est ainsi l'objet de la mise en œuvre et ne peut pas servir de base pour la délimitation à l'heure actuelle.

Dans le cadre de l'enquête en ligne et des entretiens, plusieurs communautés et communautés de référence ont signalé qu'elles ne comprennent pas les services supplémentaires comme un « ajout », mais considèrent le DEP et les autres services électroniques comme équivalents. Sur ce point, les communautés et communautés de référence proposent un certain nombre de services électroniques, dont un DEP conçu d'une façon globalement cohérente avec les autres services électroniques (p. ex., la mise à jour automatique du DEP en cas d'admissions électroniques, ce qui intéresse les fournisseurs de prestations et les patients d'un point de vue informatif). Cette conception des services électroniques peut évoluer vers des réflexions sur la façon dont les fournisseurs de prestations déposent et traitent ensemble des données dans les comptes de santé de leurs patients dans le cadre des modèles de *managed care* ou d'autres formes de soins intégrés.

Les services supplémentaires doivent pouvoir se fonder sur l'infrastructure nécessaire pour le raccordement au DEP ; ils généreraient ainsi une valeur ajoutée supplémentaire pour les fournisseurs de prestations. Du fait de la révision en cours du droit d'exécution (ODEP-DFI), il existe quelques incertitudes sur le plan technique quant à savoir si et moyennant quel investissement l'utilisation de l'infrastructure du DEP sera possible pour les services supplémentaires.

3.4.2 Interopérabilité des services supplémentaires

L'interopérabilité désigne la capacité de systèmes informatiques indépendants d'échanger des informations sans que d'autres processus soient nécessaires. Pour y parvenir, il faut notamment garantir l'interopérabilité technique (les documents à échanger doivent avoir le même format) et l'interopérabilité sémantique (la signification d'une information doit être la même dans chaque système).³⁷ Dans le contexte du DEP, l'interopérabilité est régie et garantie par le biais de la LDEP et de l'ODEP-DFI. Il n'existe en revanche aucune base légale pour la réglementation et la définition de l'interopérabilité des services supplémentaires proposés. Et pourtant, en particulier les experts interrogés accordent une grande importance à l'interopérabilité des services supplémentaires. Les « limites » techniques entre les communautés et communautés de référence et donc entre les fournisseurs de prestations et les cantons ou les régions de fourniture des soins pourraient avoir un impact défavorable sur l'ampleur de l'utilisation du DEP.

Le groupe de travail « Formats d'échange », coordonné par eHealth Suisse, formule actuellement des recommandations concernant les formats d'échange à utiliser. De plus, le groupe de travail « Services supplémentaires » (également coordonné par eHS) est spécifiquement chargé d'élaborer une recommandation nationale relative à la garantie de l'interopérabilité technique et sémantique des services supplémentaires.³⁸ Il incombe aux prestataires de déterminer s'ils donnent suite aux recommandations émises par les groupes de travail sur l'interopérabilité des services supplémentaires. Selon les dires de plusieurs acteurs, on peut douter que les communautés ou communautés de référence et leurs prestataires techniques soient intéressés par des services supplémentaires interopérables. En particulier parce que les services supplémentaires peuvent servir de caractéristique de différenciation pour la communication extérieure. À la différence de l'offre d'un DEP, qui dispose des mêmes fonctionnalités chez l'ensemble des prestataires en raison des prescriptions légales.

3.4.3 Développements parallèles

S'agissant d'éventuels développements parallèles au DEP, différentes perspectives sont représentées parmi les experts et les communautés ou communautés de référence interrogés pour le présent rapport. Certaines personnes sont d'avis qu'on n'observe aucun développement parallèle, alors que d'autres en repèrent une quantité. Les développements parallèles seraient encouragés par la LDEP. D'une part dans le domaine B2B, car il existe des incertitudes quant aux conditions-cadres fixées par l'ODEP, ce qui favorise la constitution d'une infrastructure parallèle pour les services supplémentaires. Et, d'autre part, dans le

³⁷ Cf. <https://www.e-health-suisse.ch/fr/header/glossaire.html#l> (18.12.2018).

³⁸ Cf. eHealth Suisse (2018a).

domaine de l'assurance-maladie, où il y a un grand intérêt pour les processus d'échange numériques dans la communication avec les fournisseurs de prestations³⁹ et la population. De plus, le DEP est mis en relation avec le contexte élargi de la numérisation dans le système de santé et l'administration (cyberadministration, vote électronique), notamment à cause de la question des moyens d'identification qui concernent tous ces domaines.

3.4.4 Conclusions et recommandations

Comme les services supplémentaires ne sont pas des éléments du DEP au sens strict, il n'existe pas de prescriptions définitives concernant leur conception au sens de la LDEP. Leur interopérabilité technique est néanmoins un facteur essentiel pour la diffusion et l'utilisation du DEP, au regard également des objectifs de la LDEP (voir aussi la section 3.5). Par conséquent, la « Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 » consacre plusieurs objectifs aux services supplémentaires. La Confédération et les cantons s'engagent notamment pour que les formats d'échange recommandés par eHealth Suisse soient appliqués (objectif A4). Par ailleurs, des formats d'échange uniformes sont élaborés à l'échelon national par eHealth Suisse (mesure A5.1) et les moyens possibles de garantir l'interopérabilité technique et sémantique de services complémentaires sont déterminés dans une recommandation nationale d'eHealth Suisse (mesure A7.1).⁴⁰

Pour l'heure, les services supplémentaires ne sont guère utilisés comme une caractéristique de différenciation, de l'avis des évaluateurs. Cela tient d'une part à la concentration actuelle sur les processus propres au DEP et, d'autre part, à la différenciation régionale des communautés de référence. Sauf exceptions⁴¹, les communautés de référence disposent d'une zone régionale fixe sans concurrence avec d'autres communautés ou communautés de référence, aussi n'est-il pas nécessaire de se différencier par rapport à d'autres communautés de référence, par exemple par le biais de services supplémentaires. Il est toutefois probable que des communautés de référence axées sur l'économie de marché veuillent élargir leur rayon d'activité à l'avenir et entrent ainsi en concurrence avec d'autres communautés de référence. Pour les évaluateurs, il est cependant difficile de déterminer si les services supplémentaires en tant que caractéristique de différenciation entre plusieurs communautés de référence ne sont possibles qu'au détriment de l'interopérabilité, ou si cela est aussi envisageable avec des services supplémentaires interopérables, avec de « meilleures » ou d'« autres » fonctions toutefois.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.8)	Même si le développement de services supplémentaires figure moins au premier plan que par le passé, on peut supposer que ces services regagneront fortement en importance au plus tard à compter d'avril 2020. S'il s'agit d'atteindre l'objectif de services supplémentaires interopérables, eHealth Suisse doit fortement en assumer la responsabilité thématique. Notamment par le biais de séances régulières du groupe de travail « Services supplémentaires ».	eHS
(R.9)	Les présents résultats confirment l'importance des mesures et des objectifs formulés dans la « Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 » concernant l'interopérabilité des services supplémentaires. Ces mesures et objectifs doivent être poursuivis en engageant suffisamment de ressources.	eHS

³⁹ Dans ce domaine, il existe une plateforme d'échange fonctionnelle de santésuisse (eKARUS).

⁴⁰ Cf. eHealth Suisse (2018a).

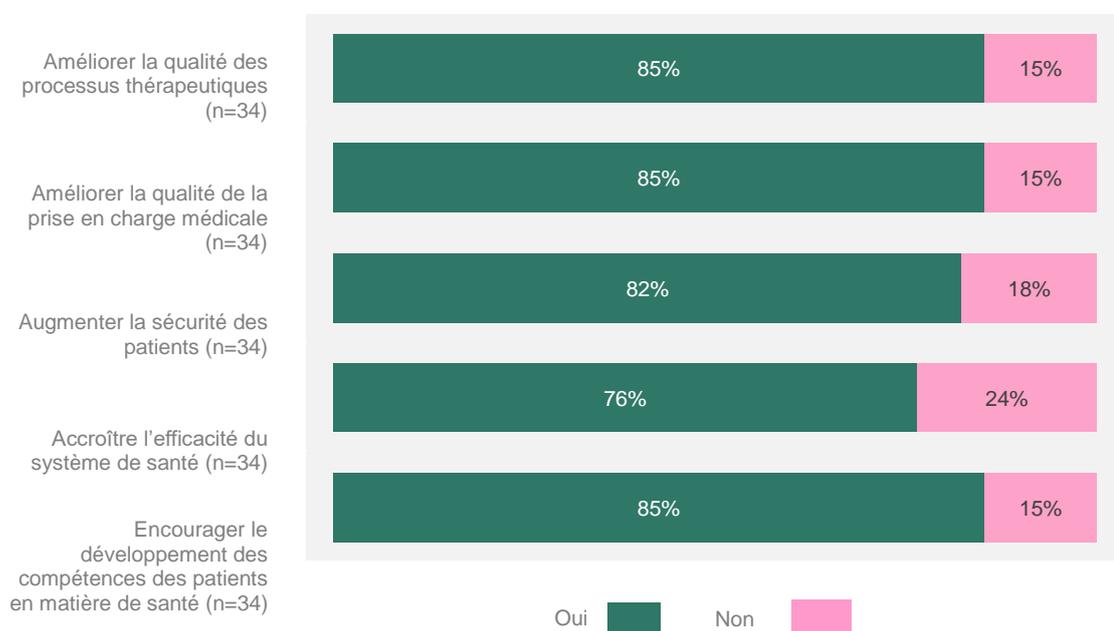
⁴¹ Les deux communautés ou communautés de référence spécifiques aux fournisseurs de prestations, AD Swiss et Abilis AG, devraient être actives à l'échelle nationale. Il existe également plusieurs communautés de référence sur le même territoire en Suisse centrale (XAD-Stammgemeinschaft et l'association Stammgemeinschaften Region Zentral) et en Suisse orientale (Stammgemeinschaft Südost et l'association Stammgemeinschaften Region Ost). Georgis Stammgemeinschaft (GeS) prévoit en outre d'établir son rayon d'activité à l'échelle nationale.

3.5 Cohérence de la mise en œuvre avec les objectifs de la LDEP

En vertu de l’art. 1, al. 3, LDEP, le DEP 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. La mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints ne fait pas l’objet de l’évaluation formative, car il n’est pas possible de l’évaluer à l’heure actuelle. Néanmoins, l’évaluation formative doit établir le rapport aux objectifs généraux de la LDEP. En l’espèce, l’enquête en ligne a demandé si la mise en œuvre de la LDEP pouvait, de l’avis des acteurs, conduire à la réalisation des objectifs visés à l’art. 1, al. 3, LDEP (cf. Figure 1).

Figure 1 : Réalisation des objectifs selon l’art. 1, al. 3, LDEP⁴²

À votre avis, la mise en œuvre de la LDEP conduira-t-elle à la réalisation des objectifs visés à l’art. 1, al. 3, LDEP ?



Source : Enquête en ligne auprès des cantons et des communautés ou communautés de référence

Une grande majorité des cantons et des communautés ou communautés de référence interrogés sont d’avis que les objectifs formulés peuvent être potentiellement atteints, même si les doutes sont proportionnellement plus importants pour l’objectif « Accroître l’efficacité du système de santé ».

L’interprétation des résultats ci-dessus doit tenir compte du fait que la plupart des répondants ont relativisé leur réponse. Et ce, dans la mesure où les objectifs peuvent être potentiellement atteints avec la mise en œuvre de la LDEP, mais que certaines conditions-cadres doivent être réunies d’ici là. Les principales conditions évoquées par les acteurs interrogés (cantons, communautés ou communautés de référence et experts) sont énumérées ci-après :

⁴² Une question correspondante a également été posée dans le cadre des entretiens téléphoniques avec les experts. Comme la forme qualitative du relevé ne permet pas toujours un classement indiscutable des réponses, ces données ne sont pas prises en compte pour l’analyse quantitative.

- Diffusion : l'utilisation du DEP, aussi bien par la population que par les fournisseurs de prestations, est la condition préalable à la réalisation des objectifs (cf. « chaîne de traitement » ci-dessous).
- Horizon : les objectifs ne pourront pas être atteints pour l'introduction du DEP le 15 avril 2020, mais seulement dans un délai de dix à quinze ans voire, pour les objectifs « Accroître l'efficacité du système de santé » et « Encourager le développement des compétences des patients en matière de santé », à plus long terme.
- Chaîne de traitement : l'ensemble de la chaîne de traitement, c'est-à-dire les fournisseurs de prestations aussi bien stationnaires qu'ambulatoires (médecins de premier recours, services d'aide et de soins à domicile, etc.), les pharmacies et les autres professionnels de la santé, doit participer à la mise en œuvre du DEP ou utiliser le DEP.
- Exhaustivité : les informations déposées dans le DEP doivent être complètes. Cela nécessite d'une part la prise en compte de l'ensemble de la chaîne de traitement (cf. « Chaîne de traitement ») et, d'autre part, que tous les professionnels de la santé aient accès aux documents pertinents (cf. recommandation (R.12)).
- Accès : l'accès aux informations déposées dans le DEP doit être simple pour les professionnels de la santé. En d'autres termes, le DEP et les informations qui y sont déposées doivent être rapidement accessibles (= avec le moins de clics possible) et il doit être facile d'avoir une vue d'ensemble et de consulter les informations déposées (= pas de « cimetière de documents »).
- Structuration : une éventuelle augmentation de l'efficacité dépend notamment du fait que les données soient disponibles dans le DEP sous une forme structurée.⁴³

3.5.1 Conclusions et recommandations

Dans l'ensemble, le potentiel fondamental du DEP concernant la réalisation des buts visés à l'art. 1, al. 3, LDEP est évalué avec optimisme, même si l'atteinte des objectifs dépend d'aspects qui vont au-delà de la mise en œuvre de la LDEP. Ce résultat correspond dans une large mesure aux résultats obtenus dans la première phase de l'évaluation, raison pour laquelle les conclusions et recommandations ci-après sont une nouvelle fois très semblables.

Des opportunités et des risques majeurs quant à la réalisation des buts visés à l'art. 1, al. 3, LDEP tiennent à une large utilisation du DEP, raison pour laquelle l'information des fournisseurs de prestations ambulatoires et de la population ainsi que leur motivation à utiliser le DEP jouent un rôle essentiel. Étant donné le caractère facultatif inscrit dans la LDEP pour les patients et les fournisseurs de prestations ambulatoires, ceux-ci doivent être convaincus de l'utilité du DEP (cf. section 3.9). S'agissant des fournisseurs de prestations ambulatoires, les personnes interrogées estiment que les services supplémentaires et leur interopérabilité notamment seront déterminants dans la perception de l'utilité du DEP.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.10)	Les services supplémentaires du DEP doivent être activement pris en compte dans l'information et la communication à l'égard des fournisseurs de prestations ambulatoires, car ils peuvent leur démontrer l'utilité directe du DEP pour eux. Des exemples de bonnes pratiques qui révèlent la plus-value du DEP dans la pratique ou dans des processus thérapeutiques concrets seraient utiles à cet égard.	eHS C/CR
(R.11)	En plus d'eHS et des communautés et communautés de référence, les cantons sont aussi sollicités s'agissant de l'information des professionnels	Cantons

⁴³ Des données structurées signifient que les données disponibles peuvent être triées et utilisées directement par les systèmes informatiques. Contrairement aux données non structurées, p. ex. sous la forme d'un document PDF, qui ne peuvent pas être utilisées directement et devraient donc être transférées manuellement dans le système informatique.

Recommandation(s)	Destinataire(s)
de la santé. En vertu de l'art. 15 LDEP et du message du Conseil fédéral concernant la LDEP ⁴⁴ , cette information incombe aux cantons.	
(R.12) En vertu de l'art. 1 ODEP, le patient peut attribuer aux données médicales de son dossier électronique un niveau de confidentialité (<i>normal, restreint</i> ou <i>secret</i>) et définir des droits d'accès différents pour des professionnels de la santé spécifiques. En outre, l'utilisation du DEP n'est pas obligatoire pour les fournisseurs de prestations ambulatoires du fait du caractère doublement facultatif, ce qui peut également conduire à des lacunes quant aux informations visibles dans le DEP. La connaissance de l'exhaustivité (ou non) d'un DEP est mentionnée à plusieurs reprises comme une condition-cadre importante pour la réalisation des buts visés à l'art. 1, al. 3, LDEP, car le professionnel de la santé traitant choisit le cas échéant un autre processus thérapeutique s'il sait qu'il ne dispose peut-être pas de toutes les informations pertinentes. Il faut continuer d'accorder de l'attention à cette circonstance et, si nécessaire, examiner la possibilité de prendre des mesures pour minimiser une information lacunaire dans le DEP ou faire face à cette incertitude.	OFSP eHS

3.6 Financement des communautés et communautés de référence et aides financières

3.6.1 Financement de la constitution des communautés et communautés de référence et aides financières

Pour faire avancer l'introduction et la diffusion du DEP, la Confédération soutient la constitution et la certification des communautés et communautés de référence au moyen d'aides financières. Elle dispose à cet effet d'une enveloppe de 30 millions de francs. Les aides financières sont octroyées uniquement si les cantons ou des tiers participent au financement au moins à parts égales avec la Confédération. En vertu de l'ordonnance sur les aides financières pour le dossier électronique du patient (OFDEP), il n'est pas nécessaire, au moment du dépôt de la demande, qu'une communauté ou communauté de référence bénéficie déjà d'une certification au sens de la LDEP, ni qu'elle se trouve en cours de constitution ou qu'elle soit déjà constituée.⁴⁵

Des explications et des analyses détaillées sur les demandes d'aides financières déposées par les communautés et communautés de référence et leur rapport avec les investissements totaux (prévus) pour la constitution des communautés et communautés de référence figurent dans le rapport d'évaluation de la première phase.⁴⁶ Dans l'ensemble, onze communautés ou communautés de référence ont déposé une demande d'aide financière à l'OFSP, une l'a annoncé.⁴⁷ Parmi les demandes déposées, sept ont été approuvées (état au 30 novembre 2018), émanant des communautés de référence suivantes :⁴⁸

- Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau ;
- Trägerverein eHealth Nordwestschweiz ;
- axsana AG ;
- Associazione e-Health Ticino ;

⁴⁴ Cf. Bundesrat (2013, p. 5390).

⁴⁵ Cf. eHealth Suisse (2016, p. 6).

⁴⁶ Cf. Jörg et al. (2018).

⁴⁷ Cf. 53^e newsletter eHealth Suisse du 17.12.2018 (<https://www.e-health-suisse.ch/de/footer/newsletter/newsletter-ehealth-suisse.html>, 19.12.2018).

⁴⁸ Cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/umsetzung-vollzug/finanzhilfen.html> (19.12.2018).

- Verein eHealth Südost ;
- Verein Stammgemeinschaften Region Ost ;
- Verein Stammgemeinschaften Region Zentral.

La constitution de quatre communautés de référence ayant obtenu des aides financières de la Confédération (eHealth Aargau, eHealth Nordwestschweiz, axsana AG, e-Health Ticino, cf. Tableau 2 et Tableau 3) est soutenue financièrement par les cantons d'implantation. Trois des communautés ou communautés de référence au bénéfice de ces aides financières sont également soutenues par des tiers.

Dans le cadre des entretiens réalisés avec les communautés et communautés de référence à l'issue de l'enquête en ligne, les questions ouvertes suivantes ont été mentionnées concernant les aides financières de la Confédération : les communautés et communautés de référence qui ont obtenu des aides financières de la Confédération et décident ultérieurement de s'affilier à une autres communauté ou communauté de référence ne savent actuellement pas si les aides financières perçues doivent être remboursées à la suite du regroupement. D'aucuns soulignent par ailleurs que l'exploitation pilote n'est pas considérée comme une « constitution » de communauté ou communauté de référence et n'est donc pas couverte par les aides financières de la Confédération, alors qu'elle est essentielle pour la préparation de la mise en œuvre concrète du DEP (cf. section 3.11).

En plus du soutien financier de la Confédération par le biais des aides financières, la constitution des différentes communautés et communautés de référence est en partie soutenue financièrement par les cantons d'implantation. Près de la moitié des cantons fournit actuellement une contribution financière pour l'introduction du DEP. La communauté de référence CARA, dont les coûts sont intégralement pris en charge par les cantons membres jusqu'en 2022, obtient le soutien financier le plus important. Les fournisseurs de prestations ne paient pas de cotisation pour s'affilier à cette communauté de référence, mais ils ont la responsabilité de préparer leurs systèmes informatiques pour le raccordement au DEP. Les autres cantons qui fournissent des contributions financières aux communautés de référence les conçoivent comme un financement initial qui leur est accordé. Sur les dix cantons qui, à l'heure actuelle, ne soutiennent pas financièrement l'introduction du DEP, sept signalent que cela peut encore changer à l'avenir.

Six des communautés et communautés de référence prévues n'obtiennent pas de soutien financier de la part des cantons (cf. Tableau 4). D'après les indications de l'enquête en ligne, elles financent la constitution, en plus des aides financières de la Confédération, par des investissements de tiers qui ne sont le plus souvent pas spécifiés ou, dans deux cas, par les cotisations des fournisseurs de prestations et, pour une communauté ou communauté de référence, par les contributions personnelles des membres.

3.6.2 Financement de l'exploitation des communautés et communautés de référence

Six des communautés et communautés de référence interrogées dans l'enquête en ligne indiquent avoir assuré le financement de leur exploitation au moyen de taxes/cotisations des fournisseurs de prestations, même si l'on ne sait pas exactement si ces taxes se rapportent uniquement à l'offre DEP ou le cas échéant à des services supplémentaires disponibles. Les autres communautés et communautés de référence se sont abstenues de répondre ou, dans un cas, signalent que les ressources des parties prenantes actuellement disponibles ne sont pas suffisantes pour couvrir les frais d'exploitation. Il n'est pas possible de donner des indications plus détaillées sur les modèles commerciaux des communautés et communautés de référence sur la base de l'enquête en ligne.

Nombre d'experts interrogés tiennent le financement de l'exploitation des communautés et communautés de référence pour une question non résolue ou sont sceptiques à l'égard de l'hypothèse que l'offre de services DEP suffira à elle seule à financer l'exploitation. Plusieurs d'entre eux ont indiqué que les frais d'exploitation, d'une part, seront sans doute plus élevés que ce qui était supposé il y a une année, notamment en raison des coûts liés aux moyens d'identification (cf. section 3.11). Et, d'autre part, l'accent porte actuellement moins sur les services supplémentaires que les communautés et communautés de référence l'avaient prévu

il y a une année. De plus, il faut noter que les communautés et communautés de référence sont des start-ups ou des PME dans un secteur d'activité nouvellement créé et en pleine évolution et, partant, il n'est pas possible de recourir à des valeurs empiriques dans la planification et difficile d'estimer la garantie du financement de l'exploitation.

S'agissant du financement de l'exploitation à long terme, les experts et les communautés ou communautés de référence interrogés ont évoqué plusieurs possibilités qui se divisent globalement en trois stratégies :

- Combinaison DEP et services supplémentaires : le DEP est conçu de telle sorte qu'il est intéressant pour les fournisseurs de prestations (ambulatoires) et qu'ils sont disposés à payer pour ce service (p. ex. parce que des informations pertinentes y sont rendues disponibles). L'offre de services supplémentaires avantageux permet ainsi de financer l'exploitation par le biais d'une taxe d'utilisation ou de cotisations auprès des fournisseurs de prestations (les services supplémentaires sont à la disposition des membres de la communauté ou communauté de référence) ;
- Combinaison services supplémentaires et assureurs-maladie : une taxe est prélevée pour l'utilisation du DEP et des services supplémentaires aussi bien auprès des fournisseurs de prestations que des patients ou de la population. La taxe à payer par les patients est prise en charge par l'assurance-maladie qui, en contrepartie, a accès aux documents enregistrés dans le DEP ;
- DEP en tant que service public : le financement (partiel) de l'exploitation des communautés et communautés de référence est assuré par la Confédération ou les cantons à titre de service public.

3.6.3 Conclusions et recommandations

La constitution des communautés et communautés de référence est financée dans une large mesure d'après les dires des répondants. En même temps, il reste des incertitudes quant à des facteurs de risques potentiels qui n'ont pas encore été (suffisamment) pris en compte, comme c'est par exemple le cas pour les moyens d'identification (cf. section 3.11).

S'agissant du financement de l'exploitation, il n'est pas possible de se prononcer avec certitude à l'heure actuelle, notamment au regard des différences d'évaluation entre les communautés ou communautés de référence elles-mêmes et les experts interrogés. En conséquence, les évaluateurs renoncent à porter une appréciation sur les différentes stratégies de financement proposées.

Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.13) Au moment du délai de dépôt des aides financières, tous les coûts liés à la constitution n'étaient pas encore connus (p. ex. s'agissant des moyens d'identification). Il s'agit donc de vérifier si la Confédération doit prendre des mesures concernant les aides financières.	Confédération
(R.14) S'agissant du financement de l'exploitation des communautés et communautés de référence, il faut chercher et entretenir, dans l'intérêt de tous les acteurs, un échange étroit pour pouvoir agir le plus vite et concrètement possible en cas d'éventuelles difficultés de financement de l'exploitation (voir aussi la recommandation (R.16)).	C/CR eHS OFSP
(R.15) S'agissant des stratégies de financement proposées pour l'exploitation des communautés et communautés de référence, il y a lieu de vérifier si elles sont permises, en particulier en ce qui concerne le financement des taxes par l'assurance-maladie.	OFSP

Recommandation(s)	Destinataire(s)
<p>(R.16) S'agissant d'éventuelles futures difficultés financières d'une communauté ou communauté de référence en exploitation, il est nécessaire de clarifier plusieurs questions, notamment les suivantes :</p> <p>Comment garantir la protection et la préservation des données existantes ? De quelle manière les fournisseurs de prestations et les patients peuvent-ils s'affilier à une nouvelle communauté ou communauté de référence ? Quels délais transitoires sont applicables jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations se soient affiliés à une nouvelle communauté ou communauté de référence ?</p>	<p>OFSP eHS Cantons</p>

3.7 Adéquation des structures organisationnelle et opérationnelle d'eHealth Suisse

Depuis sa création en 2007, l'organe de coordination eHS était chargé d'élaborer des bases spécialisées pour l'introduction du DEP. Les tâches d'exécution suivantes lui incombent depuis l'entrée en vigueur de la LDEP le 15 avril 2017 :

- sélectionner, compléter et actualiser les normes, les standards et les profils d'intégration applicables ;
- élaborer et actualiser les bases conceptuelles et professionnelles pour le développement et l'actualisation des critères de certification ;
- déterminer, compléter et actualiser les exigences posées aux composants techniques ;
- soutenir l'introduction du DEP par le biais de mesures d'information appropriées pour la population et les professionnels de la santé ;⁴⁹
- garantir le transfert des connaissances et l'échange d'expériences entre les acteurs impliqués.

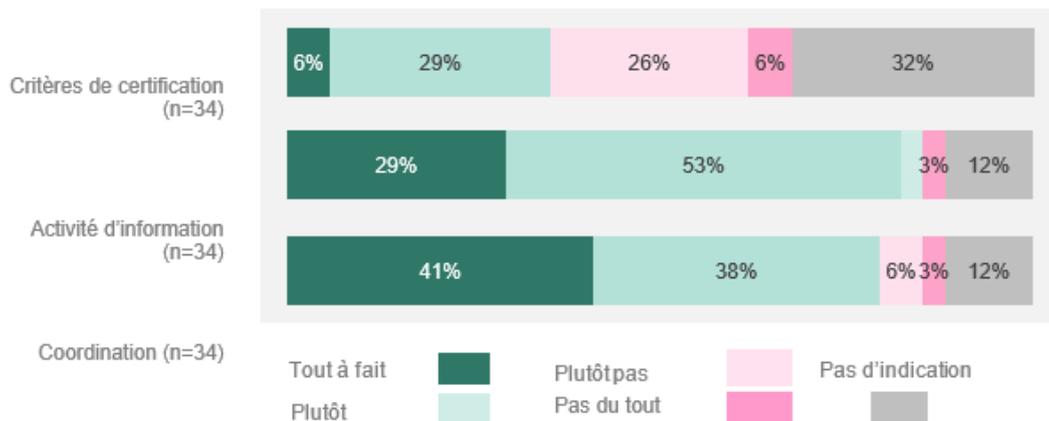
L'enquête en ligne et les entretiens ont relevé dans quelle mesure les offres d'eHS répondent aux besoins des différents acteurs (avec des perspectives et des priorités thématiques en partie très différentes) dans les domaines *Élaborer et actualiser les bases des critères de certification*, *Activité d'information* et *Coordination*. Pour interpréter les résultats, il est nécessaire de tenir compte du fait que, d'après les entretiens réalisés et les commentaires de l'enquête en ligne, de l'avis des évaluateurs, les répondants n'ont pas toujours procédé correctement à la différenciation entre les tâches d'eHS et de l'OFSP.

La Figure 2 présente dans quelle mesure les offres d'eHS correspondent aux besoins des cantons et des communautés ou communautés de référence dans les différents domaines.

⁴⁹ En vertu du message du Conseil fédéral concernant la LDEP, l'information des patients relative aux offres spécifiques et aux possibilités d'accéder au DEP dans les différentes régions de fourniture des soins relève de la compétence des cantons. L'activité d'information de la Confédération au sens de l'art. 15, al. 1, LDEP est de nature subsidiaire et se limite à des informations générales relatives à l'utilisation du DEP. Dans ce contexte, eHS n'est pas seul responsable de l'information, il met à disposition une offre de base nationale et la coordonne avec les cantons et les communautés et communautés de référence.

Figure 2 : Satisfaction concernant les services d'eHealth Suisse

Les offres d'eHealth Suisse correspondent-elles à vos besoins ? Concernant...



Source : Enquête en ligne auprès des cantons et des communautés ou communautés de référence

Une nette majorité des personnes interrogées déclare à chaque fois que les offres d'eHS correspondent *tout à fait* ou *plutôt* à leurs besoins dans les domaines *Activité d'information* et *Coordination*. S'agissant de l'élaboration et de l'actualisation des bases pour le développement des critères de certification, un tiers des répondants s'abstient de répondre. Pour un tiers d'entre eux, l'offre d'eHS dans ce domaine ne correspond pas à leurs besoins, alors qu'un tiers la juge conforme à leurs besoins.

Les participants ont été priés de justifier leurs retours négatifs, qui ont été intégrés dans le Tableau 5 ci-dessous. La même question que dans l'enquête en ligne au sujet des besoins a été posée lors des entretiens téléphoniques avec les experts. Si, en raison de différences méthodologiques en matière de relevés, ces réponses ne sont pas utilisées pour l'analyse quantitative dans la Figure 2, elles sont résumées dans le Tableau 5. À noter cependant qu'une partie de ces réponses sont des opinions individuelles.

Tableau 5 : Potentiel d'optimisation en lien avec eHS et ses tâches d'exécution

eHS en général	Potentiel d'optimisation
	<p>En principe, les répondants attestent à eHS une orientation marketing et souhaitent une plus grande focalisation sur les thèmes et la mise en œuvre. Les documents élaborés par eHS devraient être formulés sous un angle plus pratique, il faut encore souvent séparer le pertinent du non pertinent à l'heure actuelle. De plus, les réponses aux questions viennent en partie avec beaucoup de retard, ce qui entrave les travaux concrets.</p> <p>Une position plus directive de la part d'eHS est souhaitée, en particulier s'agissant de l'intégration des fournisseurs de prestations, mais aussi, en principe, pour les questions en suspens (concernant la mise en œuvre).</p>
Tâches d'exécution eHS *	Potentiel d'optimisation
Critères de certification (art. 12, al. 1, LDEP)	<p>S'agissant des informations relatives aux critères de certification, d'aucuns souhaitent une formulation plus claire, également quant aux possibilités des processus B2B. Les communautés et communautés de référence qui sont déjà à un stade avancé constatent en outre qu'en raison de l'état de leur développement, elles doivent clarifier elles-mêmes les questions juridiques et techniques parce qu'eHS ne l'a pas encore fait.</p> <p>À noter que les critères de certification sont rédigés par l'OFSP et que les critères de certification techniques sont en cours de révision. Un nombre</p>

eHS en général	Potentiel d'optimisation
	relativement important de répondants n'avait pas de besoins dans ce domaine ou ne s'est pas exprimé davantage à ce sujet.
Activité d'information (art. 15 LDEP)	D'après l'appréciation de plusieurs personnes interrogées, un grand travail de qualité est déjà fourni dans le domaine de l'activité d'information, mais d'aucuns identifient encore du potentiel dans l'activité d'information, notamment s'agissant de la communication à l'intention de la population et des fournisseurs de prestations ambulatoires.
Coordination (art. 16 LDEP)	La coordination est trop focalisée sur les institutions publiques, l'économie privée et les fournisseurs de prestations ne sont pas suffisamment intégrés. Elle se fait en partie de manière trop peu transparente (p. ex. la composition des groupes de travail), ce qui explique que tous les acteurs importants ne sont pas toujours pris en compte (dès le début). La coordination pourrait être généralement davantage interprétée comme une tâche de pilotage que comme un service, ce qui nécessiterait une approche plus directive de la part d'eHS.

Source: (*) art. 12 à 16 LDEP

3.7.1 Conclusions et recommandations

Dans l'ensemble, on peut dire que les offres d'eHS correspondent aux besoins d'une majorité des acteurs dans les trois domaines examinés, même si les répondants ont identifié le plus grand potentiel d'optimisation dans le domaine des critères de certification. S'agissant des potentiels d'optimisation exprimés, les évaluateurs estiment nécessaire de tenir compte du rapport entre les ressources en personnel d'eHS et les acteurs concernés par la mise en œuvre de la LDEP. Dans le premier rapport d'évaluation, ils ont déjà constaté qu'eHS dispose de ressources insuffisantes compte tenu de la complexité du sujet et du calendrier serré. En ce sens, eHS doit, avec les ressources disponibles, établir des priorités quant aux champs thématiques à aborder et au traitement souhaité des tâches supplémentaires (activité d'information plus importante et plus vaste, coordination plus directive).

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.17)	Compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la mise en œuvre de la LDEP, il convient de vérifier si eHS devrait être (provisoirement) doté de ressources supplémentaires. Et ce, au regard d'un soutien optimal et dense de tous les acteurs de la mise en œuvre dans le but d'une introduction du DEP dans les délais et à large échelle.	OFSP CDS eHS
(R.18)	Étant donné qu'il reste près d'une année jusqu'à l'introduction du DEP en avril 2020, les réponses aux questions des communautés et communautés de référence, même avancées dans leur développement, doivent intervenir le plus vite possible pour éviter d'autres retards.	OFSP eHS
(R.19)	Pour les prochaines phases de la mise en œuvre, il faut en outre examiner la nécessité d'impliquer davantage les fournisseurs de prestations. Il y a lieu de tenir compte de leurs besoins, notamment dans les futurs efforts de communication en général et dans l'élaboration du matériel d'information, pour l'acceptation et la diffusion du DEP.	eHS C/CR Cantons

3.8 Certification

La présente section comprend l'évaluation des critères de certification organisationnels par les acteurs et la description de l'état actuel des certifications. Il ne sera possible de répondre à la question de savoir si la certification conduit à une interopérabilité technique et

organisationnelle dans la mesure souhaitée qu'une fois que plusieurs communautés et communautés de référence se seront certifiées avec succès.

Les communautés et communautés de référence doivent être certifiées par un organisme reconnu au sens de l'art. 11 LDEP. La certification confirme la réalisation des exigences techniques et organisationnelles fixées dans la LDEP ou les dispositions d'exécution correspondantes par la communauté ou communauté de référence en question. Une certification réussie permet de porter le logo du DEP comme un label de qualité ou comme preuve que la communauté ou communauté de référence appartient à l'« espace de confiance national du DEP ».⁵⁰ La certification des communautés et communautés de référence est assurée par un organisme de certification qui a été accrédité pour cela par le Service d'accréditation suisse (SAS). La certification technique des plateformes se fait par un Test Lab financé par l'OFSP en utilisant le système de test de certification mis à disposition et financé par l'OFSP. Les organismes de certification accrédités ne doivent tester sur le plan technique que les « cas d'application complexes » et le respect des dispositions générales relatives à la protection et à la sécurité des données.

Les portails d'accès et les éditeurs de moyens d'identification doivent également être certifiés en vertu de l'art. 11, let. b et c, LDEP. L'évaluation formative se concentre toutefois en particulier sur la certification des communautés et communautés de référence (cf. section 3.11 pour de plus amples explications sur les moyens d'identification).

L'annexe 2 de l'ODEP-DFI, « Critères techniques et organisationnels de certification applicables aux communautés et aux communautés de référence » (CTO), énumère les critères qui doivent être remplis pour une certification réussie.

La certification des communautés et communautés de référence se fera de manière échelonnée sur les aspects organisationnels et techniques. L'examen des critères organisationnels peut être réalisé depuis le printemps/été 2018, celui des critères techniques dès que les systèmes techniques seront testés et fixés dans le droit d'exécution révisé, probablement au 1^{er} juillet 2019.⁵¹ La finalisation des spécifications techniques se fera en étroite concertation avec les trois principaux prestataires de plateformes DEP qui, par cette procédure, sont toujours à la pointe concernant la mise en œuvre technique et peuvent régulièrement concrétiser les spécifications dans leurs plateformes.

Les enquêtes réalisées au cours de l'évaluation se sont limitées à l'opinion sur les critères de certification organisationnels, car les critères techniques ne sont pas encore définis de manière définitive. Il faut aussi tenir compte du fait qu'au moment de la collecte de données pour le présent rapport d'évaluation, aucune certification n'était réalisée. C'est pourquoi les évaluateurs ne peuvent formuler que des généralités sur les critères de certification organisationnels.

3.8.1 Critères de certification organisationnels

À une exception près, les critères de certification organisationnels sont jugés *plutôt appropriés* par les communautés et communautés de référence interrogées dans l'enquête en ligne, dix d'entre elles (sur douze C/CR interrogées) les ont estimés *réalisables*. Les commentaires concernaient le fait que les critères, d'une part, étaient trop détaillés et trop restrictifs et que, d'autre part, il restait de nombreuses questions en suspens de la part des communautés et communautés de référence malgré le niveau de détail existant. Cela conduit à un investissement en temps et en argent important pour les communautés et communautés de référence.

3.8.2 État de la préparation à la certification

Onze communautés et communautés de référence sur douze interrogées dans l'enquête en ligne partent du principe qu'elles disposeront des certifications nécessaires au 15 avril 2020 pour pouvoir débiter leur activité en tant que communauté ou communauté de référence au

⁵⁰ Cf. <https://www.e-health-suisse.ch/fr/mise-en-oeuvre-communautes/communautes-dep/certification-dep.html> (23.12.2018).

⁵¹ Cf. BAG (2018).

sens de la LDEP. La communauté de référence qui, selon ses dires, ne disposera pas d'une certification à cette date a pour groupe cible primaire des fournisseurs de prestations ambulatoires. Partant, une éventuelle non-certification de cette communauté de référence ne remet pas en question l'affiliation de tous les hôpitaux dans les délais au 15 avril 2020.

Parmi les communautés et communautés de référence interrogées, neuf ont indiqué par ailleurs quand elles devraient être prêtes pour la certification organisationnelle et technique. Leurs indications sont en partie en contradiction avec leur réponse à la question de savoir si elles disposeront des certifications nécessaires au 15 avril 2020, car elles signalent aussi des périodes postérieures au 15 avril 2020 comme moment de certification possible :

- La certification organisationnelle devrait intervenir en 2019 pour cinq communautés et communautés de référence, les indications se répartissant sur toute l'année. Trois communautés et communautés de référence indiquent qu'elles seront prêtes pour la certification organisationnelle entre le début et le milieu de l'année 2020, une communauté ou communauté de référence mentionne 2020-2021.
- La certification technique devrait intervenir entre le troisième trimestre 2019 et le printemps 2020, une communauté ou communauté de référence indique toutefois que la période correspondante est encore ouverte et deux autres communautés ou communautés de référence donnent un horizon encore plus lointain (1^{er} semestre 2020 et 2020-2021).

3.8.3 Conclusions et recommandations

D'après les communautés et communautés de référence interrogées pour la présente évaluation, la procédure de certification et les travaux préparatoires correspondants sont très intensifs et nécessitent beaucoup de ressources et pourtant, onze d'entre elles (sur les douze interrogées) comptent avoir passé leur certification au 15 avril 2020. À noter toutefois, d'une part, que la conception précise des critères de certification techniques ne sera connue qu'en milieu d'année 2019 et que, d'autre part, d'après la planification de la plupart des communautés et communautés de référence interrogées, la certification technique sera réalisée et terminée entre le troisième trimestre 2019 et le premier trimestre 2020. Cela implique aussi une mise à disposition correspondante des ressources de la part des organismes de certification, car plusieurs certifications devront être réalisées en peu de temps. Pour la certification technique par le Test Lab mandaté par l'OFSP, il sera possible, d'après les indications de l'OFSP, de réaliser jusqu'à dix certifications techniques en cinq mois.

Eu égard à la procédure de certification échelonnée, les aspects organisationnels pouvaient être certifiés dès le printemps/été 2018.⁵² Au moment de la rédaction du présent rapport (février 2019), aucune certification n'avait toutefois débuté. Les raisons en sont d'une part internes aux communautés et communautés de référence qui, d'après leurs indications, ne sont pas encore prêtes pour la certification organisationnelle. D'autre part, cette situation s'explique peut-être aussi par le marché restreint des organismes de certification et l'espoir, pour les communautés et communautés de référence, que ce marché évolue. Plusieurs répondants ont également signalé que la séparation entre les aspects organisationnels et techniques n'était pas claire sur tous les points, ce qui pouvait compliquer la préparation à la certification organisationnelle pour les communautés et communautés de référence. Enfin, il pourrait y avoir des avantages à ne pas être la première communauté ou communauté de référence à se faire certifier. Et ce, dans la mesure où la première procédure de certification pourrait révéler un besoin d'adaptation des structures organisationnelles de la communauté ou communauté de référence. Les autres communautés et communautés de référence pourraient procéder à cette adaptation sans qu'il en découle pour elles une charge supplémentaire en raison de la nécessité, le cas échéant, de répéter la tentative de certification.

⁵² Cf. BAG (2018).

Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.20) Du point de vue de la certification prévue de manière échelonnée, il faut clarifier quels aspects des critères de certification techniques et organisationnels (CTO) sont certifiés dans la partie organisationnelle et lesquels dans la partie technique. À cet effet, il faudrait élaborer un document pour pouvoir rassurer les communautés et communautés de référence (et les organismes de certification) en l'espèce.	SAS
(R.21) Le calendrier actuel de l'introduction du DEP au 15 avril 2020 dépend des certifications réussies d'ici là et, ainsi, de l'entrée en vigueur sans retard des dispositions d'exécution révisées. Les dispositions d'exécution doivent ainsi avoir été testées et être entrées en vigueur au 1 ^{er} juillet 2019. S'il s'avère que ce n'est pas possible dans les délais avec la qualité requise, il faudra examiner les éventuelles implications sur la date d'introduction du DEP.	OFSP (eHS)
(R.22) Il est nécessaire de faire avancer la première certification organisationnelle et l'accréditation préalable d'un organisme de certification. Il y a lieu de vérifier si la première certification organisationnelle peut être encouragée par le biais d'incitations (financières) pour les communautés et communautés de référence.	OFSP
(R.23) Pour pouvoir garantir que toutes les communautés et communautés de référence puissent commencer leur activité selon la LDEP au 15 avril 2020, toutes les certifications techniques doivent pouvoir être réalisées dans une période d'un peu plus de six mois. Le Test Lab mandaté par l'OFSP est en mesure d'effectuer ces certifications. Les autres acteurs doivent aussi, d'une part, prévoir les ressources nécessaires dans la mesure du possible. D'autre part, il est nécessaire d'activer les certifications organisationnelles pour permettre une focalisation sur les aspects techniques de la certification pendant la période qui précède l'introduction du DEP.	C/CR organismes de certification OFSP

3.9 Caractère doublement facultatif

La participation au DEP et son utilisation sont facultatives aussi bien pour les patients (ou la population) que pour les fournisseurs de prestations ambulatoires. Cette situation est qualifiée de « caractère doublement facultatif ». En même temps, nombre de personnes interrogées lors des entretiens menés dans le cadre de l'évaluation ont considéré la participation de ces deux catégories de personnes comme essentielle pour la diffusion et l'utilisation du DEP (voir p. ex. la section 3.5). Une grande importance est ainsi accordée aux activités et aux incitations pour s'attacher ces deux catégories de personnes.

Plusieurs activités et incitations possibles sont évoquées ci-après. Mais il ne sera possible d'en évaluer le succès qu'après l'introduction du DEP, vraisemblablement sur la base des données du monitoring de la LDEP (cf. section 2.3).

3.9.1 Professionnels de la santé exerçant en ambulatoire

En ce qui concerne les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire, on peut faire la distinction entre trois catégories : les services d'aide et de soins à domicile ; les pharmacies ; les médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes et autres professionnels de la santé exerçant en ambulatoire.

D'après les entretiens menés avec les experts, il faut s'attendre à une forte volonté d'utiliser le DEP dans les services d'aide et de soins à domicile et les pharmacies.⁵³

Quant à la troisième catégorie susmentionnée, il était presque uniquement question des médecins dans les entretiens avec les experts, et non des autres groupes professionnels. Partant, les explications ci-dessous se rapportent spécialement, mais pas exclusivement aux médecins. D'après les experts interrogés, leur prise en compte est considérée comme une difficulté et, en même temps, un objectif important pour la mise en œuvre de la LDEP.

Une majorité des communautés ou communautés de référence et des cantons interrogés dans l'enquête en ligne prennent des mesures spécifiques pour intégrer le secteur ambulatoire dans le DEP. Il s'agit surtout de tenir compte des associations et communautés d'intérêts des professionnels de la santé exerçant en ambulatoire dans les structures dédiées à la constitution et à la mise en œuvre des communautés et communautés de référence (p. ex. structure porteuse) ou dans les groupes de travail des cantons. Cette prise en compte a pour objectif de pouvoir aborder les besoins du secteur ambulatoire de manière ciblée lors de la constitution des communautés et communautés de référence.

Certains répondants ont mentionné çà et là d'autres activités concrètes pour attirer les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire :

- favoriser la meilleure assimilation possible du DEP dans les systèmes d'information de cabinet médical et raccorder directement certains systèmes d'information de cabinet médical à l'infrastructure du DEP par le biais des communautés et communautés de référence, collaborer à cet égard avec les fabricants de logiciels pour les systèmes d'information de cabinet médical ;
- cotisation annuelle peu élevée voire absence de cotisations pour le secteur ambulatoire
- (future) offre de services supplémentaires tels qu'*admission électronique*, *plan de médication électronique* ou *rapport de soins électronique* ;
- offre du DEP dans le cadre des organisations de *managed care* ;
- informations sur le DEP par d'autres acteurs du système de santé (p. ex. laboratoire).

Au cours des entretiens avec les experts, d'aucuns ont signalé que l'indemnisation des prestations en lien direct avec le DEP, en particulier l'ouverture d'un DEP avec un patient, n'était pas clarifiée. La possibilité de supprimer le caractère doublement facultatif a été évoquée à plusieurs reprises, au sens d'une obligation de s'affilier pour les fournisseurs de prestations exerçant en ambulatoire.

Pour une grande partie des experts interrogés, générer un bénéfice pour les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire par le biais du DEP et des services supplémentaires ou le montrer est le meilleur moyen d'impliquer ces groupes professionnels dans la mise en œuvre du DEP. Ce fait est notamment confirmé par les communautés et communautés de référence qui ont pour groupe cible primaire les fournisseurs de prestations ambulatoires (voir C/CR recensées dans le Tableau 4). Pour ces communautés et communautés de référence, le DEP est une étape vers la numérisation du système de santé, qui est une réalité avec ou sans le DEP. Sur ce point, le DEP est un service parmi d'autres services électroniques, conçu comme une prestation qui apporte une utilité concrète aux fournisseurs de prestations ambulatoires.

Le rôle des patients qui disposent d'un DEP et demandent ensuite à des professionnels de la santé exerçant en ambulatoire de continuer d'alimenter leur DEP est aussi mentionné comme une motivation pour ces professionnels de la santé.

⁵³ Leur association faîtière pharmaSuisse participe à la constitution d'une communauté de référence adaptée aux besoins spécifiques des pharmacies, Abilis AG.

3.9.2 Patients

S'agissant de la participation au DEP et de son utilisation par la population se posent les questions de la transmission de l'information et des possibilités d'affiliation.

En ce qui concerne la transmission de l'information à la population, des stratégies existent ou sont en cours de conception dans une petite majorité des cantons et des communautés ou communautés de référence. Les documents de base élaborés par eHealth Suisse sont jugés utiles et de qualité. Les possibilités d'information passives pour la population sont disponibles en quantité suffisante. En ce qui concerne la communication active à la population, il a été mentionné à plusieurs reprises qu'elle devrait être coordonnée entre la Confédération, les cantons, les communautés ou communautés de référence et les fournisseurs de prestations. D'aucuns attendent aussi des signes de l'OFSP/eHS concernant une campagne nationale d'information avant de développer leurs propres outils de communication. De plus, il n'y aura une communication large et active qu'une fois que la population pourra effectivement ouvrir un DEP.

À la différence de la transmission de l'information, la question des possibilités d'affiliation, c'est-à-dire où et comment une personne peut exactement ouvrir un DEP (*onboarding*), est pour l'instant en grande partie non résolue. Seuls quatre des cantons interrogés et cinq des communautés de référence interrogées ont déjà résolu cette question d'après l'enquête en ligne. Ces acteurs ont indiqué que l'ouverture d'un DEP sera possible dans les lieux suivants :

- hôpitaux de soins aigus (lors de l'admission, le cas échéant avec information préalable dans le cadre de la convocation en vue de l'hospitalisation) (4 mentions) ;
- pharmacies (2 mentions) ;
- *self-onboarding* en ligne (2 mentions) ;
- application d'*onboarding* (1 mention) ;
- département cantonal de la santé (1 mention) ;
- médecins de premier recours (1 mention) ;
- bureaux de poste (1 mention).

Dans les autres communautés ou communautés de référence et cantons interrogés, il s'agit d'une question ouverte qui sera abordée prochainement. Le flou règne en particulier pour le financement du processus d'*onboarding* qui, en plus de la dépense en personnel nécessaire pour l'accompagnement des patients lors de l'ouverture d'un DEP, comprend plusieurs tâches logistiques de la part des communautés de référence (mise à disposition des documents requis telle une déclaration de consentement, vérification de l'identité des patients, ouverture du DEP et envoi des moyens d'authentification aux patients).

Dans le cadre d'un entretien avec une communauté ou communauté de référence, il a été fait mention de la possibilité d'associer concrètement les patients au développement du DEP pour tenir compte de leurs besoins et, ainsi, faire en sorte que le DEP soit attractif pour eux. Pour des raisons de temps, il n'a jusqu'ici pas été possible de les intégrer dans les groupes de travail.

3.9.3 Conclusions et recommandations

Le DEP répond à un besoin (de longue date) des services d'aide et de soins à domicile (accès plus rapide aux données pertinentes des patients) et des pharmacies (positionnement renforcé auprès de la population). En conséquence, la disposition de principe à mettre en œuvre la LDEP est grande, malgré le caractère facultatif pour ces catégories d'acteurs. Cette utilité immédiate n'existe actuellement pas (encore) ou n'est pas suffisamment manifeste pour les médecins de premier recours, selon la perspective adoptée. Les évaluateurs externes estiment que les deux perspectives sont en partie exactes. D'une part, la disponibilité rapide et automatique des données des patients après un séjour stationnaire devrait générer une utilité immédiate pour les fournisseurs de prestations ambulatoires. Le cas échéant, le fonctionnement concret du DEP dans ce groupe professionnel devrait être mis encore

davantage en évidence, d'une autre manière ou par d'autres acteurs. D'autre part, la simple mise à disposition des données de patients sous une forme non structurée⁵⁴ ne présente qu'une utilité limitée, qui pourrait être nettement renforcée par l'assimilation du DEP dans les systèmes d'information de cabinet médical en utilisant des données structurées.

Si le caractère doublement facultatif est inscrit dans la loi, son assouplissement ou sa suppression pour les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire ont été mentionnés à plusieurs reprises comme une solution possible en ce qui concerne la participation ces groupes professionnels. La question se pose cependant de savoir si une suppression du caractère doublement facultatif ne pourrait pas avoir un effet contreproductif en ce sens qu'en cas d'obligation, le DEP serait moins utilisé qu'en conservant ce caractère facultatif et prolongerait ainsi la phase transitoire jusqu'à l'utilisation concrète du DEP.

S'agissant des incertitudes liées à l'indemnisation tarifaire pour l'ouverture et la tenue d'un DEP, le Conseil fédéral y a fait référence en réponse à une interpellation.⁵⁵ Celle-ci dit, en substance, que les coûts qui résultent de la tenue du DEP pour les fournisseurs de prestations sont couverts par l'assurance obligatoire des soins. Les coûts liés à l'information des patients par le biais du DEP, notamment lors de l'ouverture d'un DEP, ne sont en revanche pas couverts. Ils doivent être supportés par la communauté de référence.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.24)	La prise en compte des professionnels de la santé exerçant en ambulatoire dans les différentes commissions cantonales ou les structures porteuses des communautés et communautés de référence est une étape importante pour augmenter leur disposition à utiliser le DEP. Cela ne devrait toutefois pas suffire pour inciter une grande partie de ces professionnels à l'utiliser. D'après les déclarations de plusieurs participants aux entretiens, des services supplémentaires et la mise en évidence de l'utilité réelle sont nécessaires pour cela. En plus d'incitations financières directes (faibles cotisations) et indirectes (raccordement des systèmes d'information de cabinet médical par le biais de la communauté ou communauté de référence), il est ainsi nécessaire de communiquer sur l'utilité d'un raccordement au DEP pour les professionnels de la santé exerçant en ambulatoire. Cela devrait se faire par le biais des communautés et communautés de référence concernant leurs offres (supplémentaires), d'une part, et par le biais d'eHS s'agissant du DEP en général, d'autre part.	C/CR eHS
(R.25)	Pour pouvoir obtenir un effet maximal en termes de notoriété et de diffusion du DEP dans la population, il est indispensable que les différents acteurs potentiellement impliqués dans la communication (Confédération, cantons, communautés et communautés de référence, autres) coordonnent leurs mesures de communication. En particulier en ce qui concerne le déroulement de la communication : il faudrait faire connaître la nouvelle offre « Dossier électronique du patient » dans un premier temps et, dans un second temps, transmettre le savoir pratique sur l'ouverture effective d'un DEP en fonction du domicile et du canton. Il faut veiller à ce qu'une communication à large échelle n'intervienne qu'une fois que les patients peuvent effectivement ouvrir un DEP.	OFSP eHS cantons C/CR
(R.26)	Une éventuelle campagne prévue à l'échelle nationale par l'OFSP et eHS doit être communiquée assez tôt aux acteurs pertinents pour qu'ils puissent	OFSP eHS

⁵⁴ Des données structurées signifient que les données disponibles peuvent être triées et utilisées directement par les systèmes informatiques. Contrairement aux données non structurées, par exemple sous la forme d'un document PDF, qui ne peuvent pas être utilisées directement et devraient donc être transférées manuellement dans le système informatique.

⁵⁵ Cf. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20173694> (1.3.19).

Recommandation(s)	Destinataire(s)
adapter leurs projets de communication. Une telle information devrait aussi intervenir même si l'idée d'une campagne nationale est abandonnée.	
(R.27) Le processus d' <i>onboarding</i> et notamment son financement ne sont en grande partie pas clairs pour l'instant. Pour que les patients puissent ouvrir un DEP dès le 15 avril 2020, il est nécessaire de clarifier ce processus d'ici là dans l'ensemble des communautés et communautés de référence.	C/CR

3.10 Contribution des associations (faitières)

D'après les représentants de plusieurs associations faitières nationales interrogés dans le cadre de l'évaluation formative au cours d'entretiens d'experts, des efforts sont entrepris pour informer les différentes associations cantonales sur la LDEP, mais ils sont diversement marqués du point de vue des évaluateurs externes. Les informations sont notamment diffusées par le biais des newsletters des associations faitières, de séances d'information ou de conférences à l'occasion de congrès. La présente évaluation ne peut pas répondre à la question de savoir dans quelle mesure ces informations sont reprises par les associations cantonales et transmises à leurs membres.

En plus des associations faitières qui atteignent les professionnels de la santé dans divers domaines, la population et les malades chroniques⁵⁶ en particulier pourraient être joints par les différentes ligues de santé et organisations de patients. Pour plusieurs acteurs interrogés, les ligues de santé pourraient être d'excellents multiplicateurs de par leur proximité avec la population ou les malades chroniques et assumer des fonctions importantes dans le domaine de la transmission de l'information et du conseil. Partant, divers experts sollicités estiment que la prise en compte des organisations de patients et des ligues de santé dans les préparatifs de l'introduction du DEP est essentielle. Au niveau national, l'intégration se fait en siégeant dans différentes commissions d'eHS. Au niveau des communautés et communautés de référence, d'après l'enquête en ligne, des organisations de patients et/ou des ligues de santé sont membres de la structure porteuse de sept communautés ou communautés de référence ou collaborent au sein des groupes de travail du projet et sont ainsi associées aux préparatifs de la mise en œuvre. Pour les autres communautés et communautés de référence, une telle intégration est en cours de planification ou n'existe qu'au niveau des cantons d'implantation.

3.10.1 Conclusions et recommandations

Les ligues de santé ne semblent pas encore avoir activement abordé la thématique du DEP. C'est ce que suggère du moins une brève recherche en ligne sur les sites Internet de quelques ligues de santé d'envergure nationale⁵⁷ avec les mots-clés *LDEP*, *DEP* et *dossier électronique du patient*, qui ont donné un résultat dans un seul cas.

Les évaluateurs partagent l'avis de plusieurs experts interrogés que les ligues de santé et les organisations de patients peuvent servir de multiplicateurs importants pour la diffusion et l'utilisation du DEP par la population et devraient donc être davantage associées aux préparatifs de l'introduction du DEP. Dans un premier temps, les ligues de santé pourraient soutenir l'annonce du DEP au moment opportun par une communication ciblée sur leurs sites Internet et par le biais de flyers et, dans un second temps, encourager activement sa diffusion en soutenant les patients lors de l'ouverture d'un DEP.

⁵⁶ Les malades chroniques sont souvent mentionnés comme le groupe de personnes qui pourrait rapidement bénéficier de l'introduction du DEP mais qui révélerait aussi rapidement les difficultés potentielles du DEP, par exemple quant à la clarté du DEP dès que le nombre de documents est important.

⁵⁷ Ont été analysés les sites Internet des ligues de santé suivantes : Association suisse du diabète, Ligue suisse contre le cancer, Ligue pulmonaire suisse, Ligue suisse contre le rhumatisme, Conférence nationale suisse des ligues de la santé (23.12.2018). Il s'agit d'une recherche non exhaustive qui n'a pas été triangulée avec d'autres données. Le but était de générer une première vue d'ensemble du leadership thématique de ces ligues au sujet du DEP.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.28)	Il est nécessaire de continuer d'attirer l'attention des organisations de patients et des ligues de santé sur l'introduction imminente du DEP et sur les opportunités et les risques qui en découlent pour leur clientèle.	eHS
(R.29)	Le potentiel des organisations de patients et des ligues de santé dans le rôle de multiplicateurs pour le DEP devrait être activement exploité par les communautés et communautés de référence.	C/CR

3.11 Autres défis

Les collectes de données réalisées dans le cadre de l'évaluation formative (enquête en ligne auprès des communautés ou communautés de référence et des cantons, entretiens avec des experts) se fondent sur les questions d'évaluation présentées dans le Tableau 1 (section 1.3). Comme la mise en œuvre de la LDEP s'inscrit dans un environnement dynamique, d'autres domaines thématiques ont été relevés, discutés et en partie intégrés aux collectes de données en accord avec le groupe de pilotage de l'évaluation formative. Le présent point résume les thèmes qui n'ont pas pu être abordés dans les sections précédentes. Nous distinguons les domaines thématiques suivants :

- moyens d'identification pour les patients et les professionnels de la santé ;
- assimilation dans les systèmes informatiques hospitaliers (SIH) et les systèmes d'information de cabinet médical (SIC) ;
- complexité de l'introduction et de l'utilisation concrètes du DEP dans les établissements stationnaires.

a) Moyens d'identification pour les patients et les professionnels de la santé

En vertu de l'art. 7 LDEP, les patients et les professionnels de la santé doivent disposer d'une identité électronique sécurisée pour traiter des données dans le DEP. L'art. 23, let. c, ODEP précise par ailleurs qu'il est nécessaire d'utiliser une procédure d'authentification conforme aux progrès techniques comportant au moins deux facteurs d'authentification. Tous les travaux en lien avec la procédure d'authentification, tels que la vérification d'identité, l'attribution d'un identificateur univoque et le renouvellement ou le blocage du moyen d'identification, sont entrepris par les éditeurs de moyens d'identification. Ceux-ci sont certifiés conformément à l'art. 11, let. b et c, LDEP, alors que les critères correspondants sont fixés à l'annexe 8 ODEP-DFI.

Les communautés et communautés de référence sont libres de choisir avec quel éditeur de moyens d'identification certifié elles souhaitent collaborer. D'après l'enquête en ligne, la majorité des communautés et communautés de référence n'ont pas encore choisi de moyen d'identification pour les patients et les professionnels de la santé. Elles justifient cela par le fait qu'il n'y a pas encore suffisamment de prestataires (certifiés) sur le marché et que les coûts communiqués pour l'instant sont exagérément élevés. Selon les dires de plusieurs communautés et communautés de référence, les coûts actuels (excessifs) devraient être répercutés sur les patients ou les professionnels de la santé, ce qui aurait un impact négatif sur la diffusion et l'utilisation du DEP. Par ailleurs, l'incertitude qui règne à l'heure actuelle quant aux moyens d'identification a pour corollaire que certains processus organisationnels ne peuvent pas encore être définis et, ainsi, que les préparatifs de la certification sont retardés (sur le plan organisationnel). Plusieurs répondants réclament, s'agissant de la procédure

d'authentification, une solution nationale ou cantonale qui pourrait aussi servir dans d'autres domaines (p. ex., cyberadministration).⁵⁸

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.30)	Il y a lieu d'éviter, dans la mesure du possible, de répercuter les coûts de la procédure d'authentification sur les professionnels de la santé et en particulier sur les patients dans l'optique d'une diffusion et d'une utilisation optimales du DEP. Des solutions nationales ou cantonales qui vont dans ce sens sont à privilégier.	OFSP Confédération Cantons

b) Assimilation dans les SIH (et les SIC)

Les sections précédentes ont déjà signalé à plusieurs reprises qu'une assimilation du DEP dans les SIH et les SIC pourrait contribuer de manière décisive à la diffusion et en particulier à l'utilisation active du DEP. Une assimilation implique que l'échange de données entre le DEP et le système informatique se déroule de façon quasiment automatique et qu'il n'en résulte aucune charge supplémentaire pour les utilisateurs. D'après une communauté de référence interrogée lors d'un entretien, elle est en outre moins sujette aux erreurs qu'une solution de portail (où le risque existe que des documents soient déposés dans le mauvais dossier).

Les communautés et communautés de référence prennent les mesures suivantes pour encourager une assimilation du DEP dans les SIH :

- mise à disposition de possibilités d'échange (création d'une structure de coordination, réalisation d'ateliers) ;
- élaboration de matériel d'information (plan d'intégration, documentation des interfaces, présentation des conséquences d'une exploitation manuelle du DEP) ;
- coordination entre les fournisseurs de prestations et les prestataires techniques, y c. les sociétés de développement de logiciels qui proposent les SIH et les SIC ;
- pendant une phase pilote, le DEP est assimilé dans les systèmes informatiques hospitaliers les plus répandus dans le rayon d'activité de la communauté de référence.

Malgré les mesures prises, les communautés et communautés de référence présument que seul un quart⁵⁹ des fournisseurs de prestations stationnaires aura déjà assimilé le DEP dans les SIH au 15 avril 2020. Elles insistent aussi sur le fait qu'aussi bien une assimilation que des solutions de portail sont proposées aux fournisseurs de prestations, qui peuvent choisir librement.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.31)	Les mesures déjà prises par les communautés et communautés de référence doivent être poursuivies, notamment après le 15 avril 2020, lorsque d'éventuelles conséquences d'une exploitation manuelle du DEP se manifesteront.	C/CR

c) Sous-estimation de la complexité de l'introduction et de l'utilisation concrètes du DEP dans les établissements stationnaires

L'introduction et l'utilisation concrète du DEP dans les hôpitaux, les cliniques et les établissements médico-sociaux présupposent que les différents processus internes et compétences dans les procédures administratives soient adaptés. D'une part, les patients doivent être informés sur le DEP et soutenus lors de l'ouverture d'un DEP (*onboarding*).

⁵⁸ L'Office fédéral de la police poursuit un projet correspondant dans le but d'établir une identité électronique valable à l'échelle nationale et internationale (E-ID). Il est toutefois trop tôt pour dire quand le cadre légal correspondant sera créé (<https://www.egovernment.ch/fr/umsetzung/schwerpunktplan/elektronische-identitaet>, 26.12.2018).

⁵⁹ Valeur moyenne de toutes les indications avec une fourchette de 0 % à 80 %.

D'autre part, les employés doivent apprendre à utiliser le DEP et sa gestion doit être définie par l'institution (p. ex., quels documents sont classés comme pertinents pour le traitement et doivent donc être enregistrés dans le DEP). D'après l'enquête en ligne et les entretiens, ce défi est généralement sous-estimé, aussi bien par les communautés et communautés de référence que par les fournisseurs de prestations eux-mêmes.

Voici des exemples de mesures qui sont prises aujourd'hui pour répondre à ce défi (aucun relevé systématique n'a été effectué sur cette question) :

- Des essais pilotes sont réalisés et permettent de tester l'introduction et l'utilisation concrètes du DEP dans les hôpitaux avec des données réelles et sensibles. L'équipe d'évaluation a connaissance de trois communautés et communautés de référence qui ont effectué un essai pilote ou en planifient un.
- Les communautés et communautés de référence mettent à la disposition des fournisseurs de prestations des modèles de processus génériques pour soutenir l'introduction concrète du DEP.
- Les communautés et communautés de référence encouragent l'échange entre les hôpitaux pour qu'ils apprennent les uns des autres.

	Recommandation(s)	Destinataire(s)
(R.32)	Il convient de poursuivre et de multiplier les mesures déjà prises par les communautés et communautés de référence et de signaler aux fournisseurs de prestations la complexité de l'introduction d'un DEP de manière ciblée. Les essais pilotes avant l'introduction du DEP constituent en particulier une source d'information précieuse dans l'optique de l'introduction définitive du DEP au 15 avril 2020.	C/CR
(R.33)	Les associations faïtières des établissements stationnaires peuvent encourager l'introduction du DEP, et en particulier son assimilation dans les SIH, en élaborant et en proposant par exemple des formations et des exemples de bonnes pratiques.	Associations faïtières des établissements stationnaires

4 Bilan et perspectives

Le chapitre 3 a résumé les principaux résultats de la seconde phase de l'évaluation formative, y compris les conclusions et les recommandations qui en découlent. Il n'est pas possible d'apporter de réponse définitive aux questions d'évaluation dans ce cadre. Au contraire, le présent rapport constitue un état des lieux pour l'évaluation formative.

Les résultats de l'évaluation montrent qu'une introduction du DEP au 15 avril 2020 est encore jugée possible par la plupart des acteurs interrogés. Onze des douze communautés de référence consultées indiquent qu'elles auront procédé aux certifications d'ici cette date. De plus, près des trois quarts des représentants des cantons partent du principe que tous les fournisseurs de prestations stationnaires (hôpitaux et cliniques) seront en mesure de saisir et de consulter des données dans le DEP le 15 avril 2020 sur le territoire cantonal. Les acteurs interrogés évoquent cependant un degré d'incertitude élevé pour plusieurs facteurs qui pourraient avoir une influence déterminante sur l'introduction du DEP dans les délais prévus. La question se pose de savoir si l'organisme de certification disposera de ressources suffisantes pour certifier toutes les communautés et communautés de référence en si peu de temps. La faisabilité d'un raccordement, qui doit être réalisé dans les temps et les délais les plus brefs, des fournisseurs de prestations à la plate-forme de leur communauté ou communauté de référence est également jugée incertaine.

Même si l'introduction du DEP au 15 avril 2020 semble rester faisable, la question se pose, d'après les acteurs interrogés, de savoir comment elle se fera. La solution la plus simple est un raccordement des fournisseurs de prestations au DEP par le biais d'un portail Internet. En d'autres termes, le DEP n'est pas intégré dans les SIH. Une assimilation du DEP dans les SIH (et les SIC) est pourtant utile et même urgentement nécessaire, d'après les déclarations des répondants aux entretiens, pour que le DEP puisse être appliqué au quotidien de façon simple et avantageuse. Les communautés et communautés de référence travaillent dans ce sens à une assimilation du DEP. Malgré les mesures prises, les communautés et communautés de référence présumant que seul un quart des fournisseurs de prestations stationnaires aura déjà assimilé le DEP dans les SIH au 15 avril 2020.

À l'heure actuelle, onze communautés ou communautés de référence sont en cours de constitution. Sur la base des rayons d'activité définis et des groupes cibles des communautés et communautés de référence, la Suisse entière sera ainsi couverte, c'est-à-dire que la disponibilité du DEP sera assurée pour la population comme pour les fournisseurs de prestations stationnaires et ambulatoires dans toutes les régions de fourniture des soins. Comme plusieurs de ces communautés et communautés de référence sont encore en cours de constitution, il s'agira d'observer attentivement les futurs développements pour pouvoir identifier à temps, le cas échéant, les lacunes qui en découlent au niveau de la couverture sanitaire et engager les mesures correspondantes. À l'heure actuelle, les avis divergent quant à savoir si une nouvelle réduction du nombre de communautés et communautés de référence est souhaitable pour concentrer les ressources et réduire les coûts par des économies d'échelle, ou si un large éventail d'offres est approprié dans l'optique d'une (saine) situation de concurrence.

Le financement de la constitution des communautés et communautés de référence est en grande partie assuré, alors que le financement de leur exploitation est encore une question non résolue pour la moitié des communautés et communautés de référence. Les communautés et communautés de référence devraient financer l'exploitation par le biais des cotisations des fournisseurs de prestations et par le biais de taxes d'utilisation pour les services supplémentaires. Le rôle des cantons est encore ouvert s'agissant du financement à long terme de l'exploitation.

L'utilisation du DEP à large échelle, également par les fournisseurs de prestations ambulatoires et les patients, est essentielle pour la réalisation des objectifs de la LDEP. À cet effet, il faut des stratégies appropriées pour convaincre ces groupes cibles de l'utilité du DEP. Les acteurs sont conscients de ce défi. Une majorité des communautés ou communautés de référence et des cantons interrogés dans l'enquête en ligne prennent des mesures spécifiques pour intégrer le secteur ambulatoire dans le DEP. Il s'agit surtout de tenir compte des

associations et communautés d'intérêts des professionnels de la santé exerçant en ambulatoire dans les structures dédiées à la constitution et à la mise en œuvre des communautés et communautés de référence (p. ex., structure porteuse) ou dans les groupes de travail des communautés et communautés de référence. Par ailleurs, un rôle central revient aux services supplémentaires, qui doivent offrir une utilité concrète aux fournisseurs de prestations ambulatoires, pour les motiver à prendre part au DEP. En ce qui concerne la transmission de l'information à la population, des stratégies existent ou sont en cours de conception dans une petite majorité des cantons et des communautés ou communautés de référence. Les documents de base élaborés par eHealth Suisse sont jugés utiles et de qualité. À la différence de la transmission de l'information, la question des possibilités d'affiliation des patients, c'est-à-dire où et comment une personne peut exactement ouvrir un DEP (*onboarding*), est encore en grande partie non résolue. Le flou règne en particulier pour le financement du processus d'*onboarding* qui, en plus de la dépense en personnel nécessaire pour l'accompagnement des patients lors de l'ouverture d'un DEP, comprend plusieurs tâches logistiques de la part des communautés de référence. Un rôle important est en partie accordé aux patients dans la diffusion du DEP car, telle est l'hypothèse, ils attendent des fournisseurs de prestations ambulatoires qu'ils alimentent leur DEP et incitent donc ces acteurs à y prendre part.

La couverture sanitaire de la population relève de la compétence des cantons. D'après les dires de plusieurs répondants, la LDEP ne peut toutefois déployer tous ses effets que si les frontières cantonales sont perméables (ou interopérables dans le sens technique). C'est pourquoi il existe un antagonisme fondamental entre la compétence cantonale (fédéralisme) et la nécessité de coordonner le DEP par-delà les frontières cantonales. L'exemple de la question en suspens des moyens d'identification pour les patients et les professionnels de la santé le montre bien.

On peut dire en conclusion que l'introduction du DEP au 15 avril 2020 semble rester réalisable pour autant que tous les travaux prévus puissent être mis en œuvre sans retard ni complications, mais qu'elle ne sera de loin pas terminée à cette date. Pour parvenir à une large diffusion du DEP, d'autres mesures seront nécessaires après le 15 avril 2020, en particulier l'incitation à l'assimilation du DEP dans les SIH et les SIC. Il faut par ailleurs viser un nombre de participants aussi important que possible (aussi bien parmi les fournisseurs de prestations que les patients) pour atteindre une masse critique qui favorise la mise en œuvre des buts de la LDEP.

5 Bibliographie et autres sources d'information

5.1 Documents et littérature

- BAG (2016). Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG): Rahmenkonzept zur Gesamtevaluation. Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, 12. Mai 2016 (aktualisiert am 18. April 2017): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalb-ergesundheitsversorgung.html> (26.09.2017)
- BAG (2017). Pflichtenheft: Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Fachstelle Evaluation und Forschung, Bundesamt für Gesundheit, 13. April 2017: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html>. 26.09.2017)
- BAG (2018). Zertifizierung von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften nach dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier. Version 1.0 vom 24. Juli 2018. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/180724_BAG_Hilfestellung-Zertifizierung_V1.0_d.pdf (24.12.2018).
- Bolliger, Christian / Rüfli, Christian (2016). Konzeption eines Monitoring-Systems zur Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier: Schlussbericht. Bern. Büro Vatter.
- Bundesrat (2013). Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom 29. Mai 2013, BBI 5321-5416. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20130050> (15.01.2018)
- Bundesrat (2017). Stellungnahme des Bundesrates vom 22.11.2017 zur Interpellation 17.3694. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20173694> (27.12.2018)
- eHealth Suisse (2016). Finanzierungsmodelle für (Stamm-)Gemeinschaften: Umsetzungshilfe für die Trägerschaft von (Stamm-)Gemeinschaften. Bern, 21. Juni 2016. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2016/D/160622_Umsetzungshilfe_Finanzierungsmodelle_D.pdf (12.01.2018)
- eHealth Suisse (2017). Einführungsplan für das elektronische Patientendossier – Fassung vom 20. März 2017.
- eHealth Suisse (2018a). Strategie eHealth Schweiz 2.0. 2018-2022. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/181214_Strategie-eHealth-Suisse-2.0_d.pdf (19.12.2018)
- eHealth Suisse (2018b). Übersicht «Temporäre Arbeitsgruppen». Stand: 17.12.2018. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/181217_Uebersicht_temp-AG_d.pdf (19.12.2018).
- eHealth Suisse (2018c). Erläuterungen zum Einführungsplan Elektronisches Patientendossier. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/180531_Erlaeuterungen_Einfuehrungsplan_d_def.pdf (24.12.2018).
- eHealth Suisse (2018d). Einführungsplan Elektronisches Patientendossier. Version 0.104 Dezember 2018. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/180531_Einfuehrungsplan_EPD_Big-Picture_v0101.pdf (26.03.2019).

GDK (2018). Elektronisches Patientendossier – Aktivitäten in den Kantonen Stand vom 19.09.2018. GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/181031_Uebersicht_kant._Aktivitaeten_d.pdf (17.12.2018)

gfs.bern ag (2019). eHealth Barometer Dezember 2018 – Februar 2019: Graphiksammlungen. Bern: gfs (nicht veröffentlicht).

Jörg, R.; Ettl, R.; Wetz, S. (2017). Formative Evaluation der Umsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG): Arbeitsbericht Phase 1. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Februar 2018, Bern.

Sager, Fritz / Thomann, Eva / Zollinger, Christine (2016). Wirkungsmodell für das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG). Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-gesundheitsversorgung.html> (26.09.2017)

5.2 Bases légales

- Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG) und sein Ausführungsrecht
- Verordnung vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier (EPDV)
- Verordnung vom 22. März 2017 über die Finanzhilfen für das elektronische Patientendossier (EPDFV)
- Verordnung des EDI vom 22. März 2017 über das elektronische Patientendossier inkl. Anhänge 1 bis 8 (EPDV-EDI)

5.3 Sites Web

- Abilis. www.abilis.ch/home (18.12.2018)
- AD Swiss. www.ad-swiss.ch (18.12.2018)
- axsana AG. www.axsana.ch (18.12.2018)
- CARA. <http://www.cara.ch/> (18.12.2018)
- eHealth Aargau. <https://ehealth-aargau.ch/> (18.12.2018)
- eHealth Barometer. <https://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/swiss-ehealth-barometer-2019> (26.3.19)
- eHealth Nordwestschweiz. <https://tv.ehealth-nw.ch/> / <https://www.myepd.ch> (18.12.2018)
- E-Health Suisse. <https://www.e-health-suisse.ch/startseite.html> (18.12.2018)
- E-Health Ticino. <http://www.ehti.ch> (18.12.2018)
- Georgis. <https://georgis.ch/> (18.12.2018)
- Krebsliga Schweiz. <https://www.krebsliga.ch/> (23.12.2018)
- Lungenliga Schweiz. <https://www.lungenliga.ch/de/startseite.html> (23.12.2018)
- Rheumaliga Schweiz. <https://www.rheumaliga.ch/> (23.12.2018)
- Santésuisse eKARUS. <https://www.santesuisse.ch/de/politik-medien/themen/ehealth/#content-tab-5> (18.12.2018)

- Schweizerische Diabetesgesellschaft. <https://www.diabeteschweiz.ch/startseite.html> (23.12.2018)
- Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz. <https://www.geliko.ch/de> (23.12.2018)
- Stammgemeinschaften Schweiz AG. <http://sg-ch.ch/> (18.12.2018)
- Verein eHealth Südost. www.ehealth-suedost.ch (18.12.2018)

6 Annexe

6.1 Annexe I : Organisation de l'évaluation de la LDEP

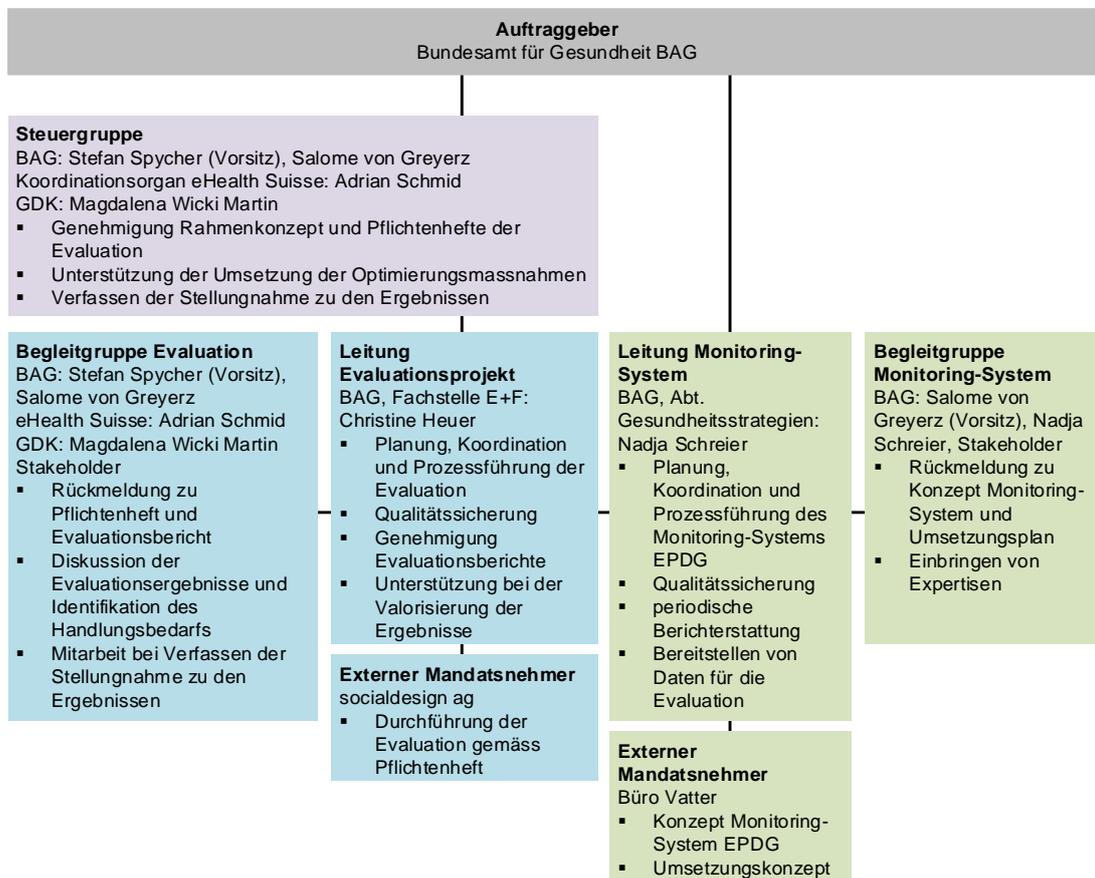


Tableau 6 : Membres du groupe d'accompagnement de l'évaluation (janvier 2019)

Nom	Institution	Fonction
Stefan Spycher (Vorsitz)	Bundesamt für Gesundheit	Direktionsbereichsleiter Gesundheitspolitik, Vizedirektor
Salome von Greyerz	Bundesamt für Gesundheit	Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien
Nadja Schreier	Sektion eHealth und Krankheitsregister	Projektleiterin Monitoring-System EPDG
Adrian Schmid	eHealth Suisse	Leiter eHealth Suisse
Magdalena Wicki Martin	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Mitglied Zentralsekretariat, Projektleiterin SwissDRG / eHealth / Tariffragen
Olivier Plaut	Canton de Genève	Chef de projets e-health à l'État de Genève
Philippe Lehmann	Fédération romande des consommateurs FRC	Responsable Politique de la Santé
Franziska Sprecher	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz	Mitglied Stiftungsrat, Assistenz-professorin, Institut für öffentliches Recht der Universität Bern

Nom	Institution	Fonction
Yvonne Gilli	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH	Vorstandsmitglied, Departementsverantwortliche Digitalisierung / eHealth
Erich Tschirky	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO	Geschäftsführer
Caroline Piana	Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser H+	Leiterin Geschäftsbereich Tarife und eHealth, Mitglied der Geschäftsleitung
Marcel Mesnil	Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse	Generalsekretär
Pia Fankhauser	Physioswiss	Vizepräsidentin
Marcel Durst	Association Spitex privée Suisse ASPS	Directeur
Cornelis Kooijman	Spitex Verband Schweiz	Stv. Zentralsekretär, Leiter Qualität/eHealth, Mitglied der Geschäftsleitung
Annalies Baumann-Hauert	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Vizepräsidentin, Vertretung labmed
Ueli Wehrli	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Pflegfachmann und Mitglied der eHealthkommission SBK
Marianne Schenk	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG	Medizinische Praxiskoordinatorin und Zentralvizepräsidentin Schweizerischer Verband medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA
Markus Leser	Verband Heime und soziale Institutionen Schweiz Curaviva Schweiz	Leiter Fachbereich Menschen im Alter, Mitglied der Geschäftsleitung
Christian Streit	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Senesuisse	Geschäftsführer
Thomas Bähler	Interessengemeinschaft IG eHealth	Mitglied Vorstand Leiter eHealth, Swisscom Health AG
Peer Hostettler	Interessengemeinschaft IG eHealth	Mitglied Vorstand Leiter Vertrieb, Health Info Net AG HIN, Mitglied der Geschäftsleitung
Cyrill Berger	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter, Jurist Team 1 Datenschutz
Barbara Widmer	Vereinigung der schweizerischen Datenschutzbeauftragten Privatim	Datenschutzbeauftragte des Kantons Basel-Stadt
Adrian Schärli	Curafutura	Projektleiter Tarife
Adrian Jaggi	Santésuisse	Leiter Abteilung Grundlagen
Christine Heuer	Bundesamt für Gesundheit	Leitung Evaluationsprojekt im BAG

6.2 Annexe II : Aperçu des questions d'évaluation des phases 1 à 3

Tableau 7 : Les questions d'évaluation et critères d'évaluation de l'évaluation formative

Légende collecte de données / sources d'information

- a) Enquête (B)
- b) Monitoring LDEP (Mon)
- c) Analyse secondaire et analyse des documents (SDA)

Phase	Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informationsquellen			Operationalisierung		
	1	2	3		Nr.	Frage	Art		B	Mon
Übergeordnete Fragestellungen										
x	x	x		F.1	Wie gestaltet sich die Umsetzung des EPDG? Was läuft gut? Wo ergeben sich welche Probleme/Herausforderungen?	deskriptiv		x	x	x
x	x	x		F.2	Wo zeigt sich Handlungsbedarf? Welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?	summarisch		x	x	x
Phasenübergreifende Fragestellungen										
x	x	x		F.3	Wie zielführend ist die Aufgabenteilung zwischen eHealth Suisse und dem BAG? Bewährt sie sich in der Praxis?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung	x	x	
x	x	x		F.4	Wie gut eignen sich Aufbau- und Ablaufstrukturen von eHealth Suisse, für die Erfüllung ihrer Aufgaben generell und spezifisch hinsichtlich Zertifizierungsvoraussetzungen, Information (Ausbildung und Befähigung von Behandelnden und Patient/innen zur Benutzung des EPD), Koordination)?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung	x	x	
x	x	x		F.5	Wie entwickelt sich der Aufbau der verschiedenen Stamm-/Gemeinschaften? Sowohl bezüglich der gewählten Organisationsmodelle, der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen als	deskriptiv / evaluativ	deskriptiv: Verbreitung nach Modellen evaluativ: Effektivität	x	x	x
										Mon: teilnehmende Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachpersonen, Anzahl Dossier und der PatientInnen G/SG: Organisationsmodelle der

Phase			Evaluationsfragestellungen		Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Information s-quellen			Operationalisierung		
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA		
				auch bezüglich der Anzahl Dossier und der PatientInnen? Wie weit entspricht diese Entwicklung dem Bedarf und den Bedürfnissen der Versorgungsregionen? Welche Rolle spielen bei dieser Entwicklung die Kantone? Stand des Wissens und Haltung der Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich EPD. <i>(ergänzende Fragestellung gemäss Entscheid Steuergruppe 1.5.18)</i>							Gemeinschaften, Bedarfsgerechtigkeit, Rolle der Kantone
x	x	x	F.6	Welche Zusatzdienste werden angeboten? In welchem Verhältnis stehen diese inhaltlich und mengenmässig zum EPD? Ist die Interoperabilität der Zusatzdienste über die Grenzen der Stamm-/Gemeinschaften sichergestellt? Wie vereinbar sind sie mit der Technik anderer Anbieter? Sind Parallelentwicklungen beobachtbar (digitale Kommunikation ausserhalb des EPD) und falls ja, wie sind sie mit Bezug auf des EPD zu bewerten?	deskriptiv evaluativ	Angemessenheit der Interoperabilität, (Effektivität)	x	x		Basierend auf den Befragungen der G/SG und eHS sind allfällige Tendenzen nicht-interoperabler Zusatzdienste zu identifizieren. Angemessenheit: Interoperabilität ist als Output für sich definiert und konstituiert somit die Qualität der erbrachten Leistungen mit. Effektivität: Interoperabilität hängt direkt mit den Zielen des EPDG zusammen (z.B. Verbesserung der Behandlungsprozesse); wenn die Interoperabilität nicht gegeben ist, können die Wirkungen nur bedingt entfaltet werden.	
x	x	x	F.7	Welche Herausforderungen zeigen sich bei der organisatorischen (strukturell/kulturell/finanziell) und der technischen Umsetzung des EPDG?	deskriptiv		X	X			
x	x	x	F.8	Welche ersten - beabsichtigten und unbeabsichtigten - Auswirkungen des EPDG zeigen sich in der	evaluativ	Effektivität	X	X	X	Daten aus dem Monitoring, (z.B. Indikator 4-5.8, 4-11.X)	

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Information s-quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
				Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen bzw. der Stamm-/Gemeinschaften? Gibt es Entwicklungen welche den Zielsetzungen des EPDG zuwiderlaufen?						Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure, inwiefern (1) erste Verbesserungen der Behandlungsprozesse (vgl. Sager et al. 2016, S.21) infolge des EPD zu beobachten sind. (2) Tendenzen ausgemacht werden, die den Zielsetzungen des EPD zuwiderlaufen
x	x	x	F.9	Wie gut funktioniert der Markt der technischen Anbieter von Stamm-/Gemeinschaften?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure
x	x	x	F10	Wer finanziert den Aufbau der Stamm-/Gemeinschaften? Werden Finanzhilfen in Anspruch genommen? Wie stehen diese im Verhältnis zur Gesamtinvestition? Welche Motive haben die Investoren, mitzufinanzieren?	deskriptiv		x		x	DA: Anzahl und Finanzvolumen eingegangener/bewilligter Gesuche, Ausschöpfung der Finanzhilfen, Anteil der Finanzhilfen an der Finanzierung VI: Motive der Investoren G/SG: Finanzierung Betrieb Ab Phase 2 in der Onlinebefragung vorzusehen
Phasenspezifische Fragestellungen										
x	x	x	F.11	Wie ist die Finanzierung des Betriebs der Stamm-/Gemeinschaften vorgesehen? Wer finanziert mit? (Kantone, Mitgliederbeiträge, Zusatzdienste, etc.)? Welche Motive haben die Investoren, mitzufinanzieren? Welche Geschäftsmodelle haben die Gemeinschaften, um ihren Betrieb zu finanzieren. (ergänzende Fragestellung gemäss	deskriptiv		x		x	DA: Anzahl und Finanzvolumen eingegangener/bewilligter Gesuche, Ausschöpfung der Finanzhilfen, Anteil der Finanzhilfen an der Finanzierung VI: Motive der Investoren G/SG: Finanzierung Betrieb Ab Phase

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Information s-quellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
				<i>Protokoll Planungs-sitzung vom 15.3.18)</i>						2 in der Onlinebefragung vorzusehen
x	x		F.1 2	Wie bewerten die Akteure die Zertifizierungsvoraussetzungen? Führt die Zertifizierung zum gewünschten Mass an technischer und organisatorischer Interoperabilität? Wenn nein, warum nicht?	evaluativ	Angemessenheit der Zertifizierungsvoraussetzungen (Sind die Voraussetzungen präzise, korrekt, umsetzbar/praktikabel?) Effektivität (Stellen die Zertifizierungsvoraussetzungen die Interoperabilität sicher?)	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure
x	x		F.1 3	Wie hoch ist der Aufwand für Zertifizierungsverfahren? Wie werden das Verfahren und der Aufwand von den betroffenen Akteuren bewertet (inkl. Verbindlichkeit, Fristen, Gebühren)?	evaluativ	Eignung für die Umsetzung (Verfahren), Wirtschaftlichkeit der Outputproduktion (Aufwand)	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften
	x		F.1 4	Welche Aktivitäten und Anreize der Stamm-/Gemeinschaften zur Gewinnung von ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen sowie von PatientInnen bewähren sich? Welche sind besonders erfolgreich? Welchen Beitrag leisten die (Dach-)Verbände, um Ihre Mitglieder zum Beitritt bei einer G/SG zu motivieren? <i>(ergänzende Fragestellung gemäss Entscheid Steuergruppe 1.5.18)</i>	evaluativ	Effektivität: mit Bezug auf Verbreitung als Outcome-Gegenstand	x			Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure
	x		F.1 5	Was motiviert die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen und die PatientInnen, ein EPD anzubieten, bzw. eines zu eröffnen?	deskriptiv		x	x		Daten aus dem Monitoring, (z.B. Indikator 4-5.8, 4-11.X)
	x		F.1 6	Wie gehen die Stamm-/Gemeinschaften mit Gesundheitsfachpersonen/Einrichtungen um, die im «Graubereich» des EPDG liegen (z.B. Gesundheitsligen mit/ohne Leistungsaufträgen des Kantons; Fachorganisationen wie Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Pro Infirmis mit/ohne Leistungsaufträgen	deskriptiv		x		x	DA: Mitgliederstruktur der Stamm-/Gemeinschaften G/SG: positive und negative Effekte des EPD auf die Schnittstellen zu anderen

Phase			Evaluationsfragestellungen			Evaluationskriterien (in Anlehnung an Bussmann et al. 1997, S.70)	Datenerhebung / Informationsquellen			Operationalisierung
1	2	3	Nr.	Frage	Art		B	Mon	SDA	
				des Kantons; private Spitex-Organisationen)?						Leistungserbringern
		x	F.17	Haben die Finanzhilfen ihre Ziele erreicht? Wurden die Finanzhilfen ausgeschöpft?	evaluativ	Effektivität	x		x	Analyse der Finanzhilfen (bzw. deren Gesuche) sowie den Daten aus dem Monitoring bzgl. Verbreitung. Zusätzlich Bewertung durch Stamm-/Gemeinschaften, BAG, eHS und weitere Akteure, inwiefern eine möglichst rasche Verbreitung dank der Finanzhilfen erreicht wurde.
		x	F.18	Welche Teilsysteme finden die höchste Akzeptanz, einerseits bei den Gesundheitsfachpersonen/Einrichtungen, andererseits bei den Patient/innen (z.B. eImpfdossier, eMedikation, eZu-/Überweisung)?	evaluativ	Effektivität		x		Daten aus dem Monitoring (z.B. Indikator ehang2, 4-5.8, 4-11.X)
		x	F.19	Erfüllt das Monitoring-System EPDG seine Zweckmässigkeit?	evaluativ	Angemessenheit, Effektivität	x	x		

6.3 Annexe III : Liste des partenaires des entretiens de la phase 2 de l'évaluation

Organisation	Interviewpartner	Funktion	angefragt	Interview-datum	Interview-setting
Institute for Medical Informatics, BFH	Jürgen Holm	Professor für Medizininformatik an der Berner Fachhochschule	X	04.12.18	E
GDK	Magdalena Wicki	u.a. Vertretung GDK in der Steuer- und Begleitgruppe zur Evaluation	X	22.11.18	E
eHS Geschäftsstelle	Adrian Schmid	Leiter Geschäftsstelle	X	10.12.18	E
	Cathrine Bugmann	Gemeinschaften & Umsetzung			
	Annatina Foppa	Information & Befähigung			
	Pero Grgic	Austauschformate & Semantik	X	10.12.18	G
	Isabelle Hofmänner	Information & Befähigung			
	Stefan Wyss	Gemeinschaften & Umsetzung			
BAG	Salome von Greyerz	Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, Stv. Leiterin Direktionsbereich Gesundheitspolitik	X	13.12.18	E
BAG	Walid Ahmed	Co-Leiter Sektion eHealth und Krankheitsregister	X	07.12.18	E
CURAVIVA	Anna Jörger	Projektleiterin eHealth	X	29.11.18	E
H+	Caroline Piana	Leiterin Geschäftsbereich Tarife und eHealth	X	27.11.18	E
pharmaSuisse	Martin Born	Leiter Märkte und Daten	X	26.11.18	E
FMH	Yvonne Gilli	Mitglied FMH Zentralvorstand	X	21.11.18	E
Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften	Josef Widler	Präsident	X	27.11.18	E
Spitex Verband Schweiz	Cornelis Kooijman	Leiter Qualität/eHealth, Mitglied der Geschäftsleitung	X	23.11.17	E
Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz			X	-	-
Schweizer. Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen.	Claudia Galli	Präsidentin	X	16.11.18	E

Organisation	Interviewpartner	Funktion	angefragt	Interview- datum	Interview- setting
Swisscom Health AG	Thomas Bachofner	CEO Swisscom Health AG	X	03.12.18	E
Post E-Health	Martin Fuchs	Leiter E-Health	X	23.11.18	E
BINT AG	Thomas Marko	CEO BINT AG	X	28.11.18	E
Verein eHealth Südost	Richard Patt	Geschäftsführer eHealth Südost	X	22.1.19	E
CARA	Patrice Hof	Secrétaire général de Cara	X	23.1.19	E
eHealth Nordwestschweiz	Jan Zbinden Eva Greganova	eHealth-Beauftragter Kanton BS/Teilprojektleiter Geschäftsleiterin	X	14.2.19	G
Stammgemeinschaften Schweiz AG	Daniel Kurzenberger	Geschäftsleiter Stammgemeinschaften Schweiz AG	X	25.1.19	E

Abkürzungen Interviewsetting: G = Gruppen-Interview / E = Einzel-Interview

6.4 Annexe IV : Enquête en ligne de la phase 2 de l'évaluation

L'enquête en ligne a été réalisée à l'aide de l'outil d'enquête 2ask.ch. Les questions fermées ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive, les questions ouvertes au moyen d'une analyse qualitative du contenu.

Organisation	angefragt	Teilnahme
Kanton Aargau	X	X
Kanton Appenzell Innerrhoden	X	X
Kanton Appenzell Ausserrhoden	X	nein
Kanton Baselland	X	X
Kanton Basel-Stadt	X	X
Kanton Bern	X	X
Kanton Freiburg	X	X
Kanton Genf	X	X
Kanton Glarus	X	X
Kanton Graubünden	X	nein
Kanton Jura	X	X
Kanton Luzern	X	X
Kanton Neuenburg	X	nein
Kanton Nidwalden	X	X
Kanton Obwalden	X	X
Kanton Schaffhausen	X	X
Kanton Schwyz	X	X
Kanton Solothurn	X	X
Kanton St. Gallen	X	X

Organisation	angefragt	Teilnahme
Kanton Tessin	X	⁶⁰
Kanton Thurgau	X	X
Kanton Uri	X	X
Kanton Waadt	X	X
Kanton Wallis	X	X
Kanton Zug	X	X
Kanton Zürich	X	X
AD Swiss	X	X ⁶¹
Associazione e-Health Ticino	X	X
xsana AG	X	X
CARA	X	X
eHealth Nordwestschweiz	X	X
Stammgemeinschaft eHealth Aargau	X	X
Projet Neuchâtel (Ma santé connectée)	X	X ⁶²
Verein eHealth Südost	X	X
Abilis AG	X	X ⁶³
Georgis	X	X
eHealth Zentralschweiz	X	X
Stammgemeinschaften Schweiz AG	X	X

⁶⁰ Le représentant du canton interrogé a répondu au nom de l'Associazione e-Health Ticino.

⁶¹ Cette communauté a répondu à l'enquête en ligne en janvier 2019. Comme il s'agissait d'une communauté (et non d'une communauté de référence), le questionnaire de l'enquête en ligne a été discuté oralement lors d'un entretien téléphonique, puis enregistré par écrit.

⁶² Cette communauté de référence a répondu à l'enquête en ligne en janvier 2019.

⁶³ Cette communauté de référence a répondu à l'enquête en ligne en janvier 2019.

6.5 Annex V : Instruments de collecte des données

6.5.1 Questionnaire de l'enquête en ligne avec les communautés / communautés de référence et les cantons

1. Répondez-vous à ce questionnaire en tant que représentant/e d'une communauté (de référence) ou d'un canton?

- Communauté (de référence)
- Canton

SEULEMENT CANTONS

2. Comment évaluez-vous le développement des différentes communautés (de référence)? Correspond-il aux besoins de votre canton?

SEULEMENT CANTONS

3. Selon différents acteurs, diverses questions organisationnelles liées à la mise en œuvre de la LDEP sont ou étaient en suspens au niveau des cantons. Veuillez répondre aux questions suivantes du point de vue de votre canton.

	Questions organisationnelles	Oui	Non	N'est pas une tâche du canton	Ne sais pas
3.1	Selon votre estimation, les hôpitaux de soins somatiques aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques de votre territoire cantonal seront-ils tous en mesure de saisir les données dans un dossier électronique du patient (DEP) et d'en consulter les données d'ici au 15 avril 2020?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2	A-t-on défini où et comment les EMS du canton peuvent s'affilier à une communauté (de référence) en 2022?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3	Existe-t-il dans votre canton une structure auprès de laquelle les représentants des professions de la santé peuvent régulièrement s'informer, échanger et discuter des stratégies communes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4	Existe-t-il des activités concrètes dans votre canton pour inclure le secteur ambulatoire dans le DEP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5	Les ligues de la santé et les organisations de patients cantonales sont-elles impliquées dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP de sorte qu'elles puissent les suivre en tant que multiplicatrices ou conseillères?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6	Est-il assuré que la population sera informée au sujet du DEP par des canaux appropriés au moment de son introduction?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.7	A-t-on défini, dans votre territoire cantonal, les services ou centres auprès desquels la population pourra ouvrir un DEP à l'avenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8	Des mesures sont-elles prises pour promouvoir auprès des fournisseurs de prestations stationnaires une intégration maximale du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Y a-t-il d'autres questions organisationnelles qui sont apparues au niveau des cantons au cours de ces derniers mois?

IF QUESTION 3.1 = Non

3.1.1. A votre avis, pour quelles raisons les hôpitaux de soins somatiques aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques de votre territoire cantonal ne seront-ils pas tous en mesure de saisir les données dans un dossier électronique du patient (DEP) et d'en consulter les données d'ici au 15 avril 2020?

IF QUESTION 3.2 = Oui

3.2.1 Où et comment les EMS du canton pourront-ils s'affilier à une communauté (de référence) en 2022?

IF QUESTION 3.2 = Non

3.2.2 Pour quelles raisons n'a-t-on pas (encore) défini où et comment les EMS du canton pourront s'affilier à une communauté (de référence) en 2022?

IF QUESTION 3.3 = Oui

3.3.1 Quelles sont, dans votre canton, les structures auprès desquelles les représentants des professions de la santé peuvent régulièrement s'informer, échanger et discuter des stratégies communes?

IF QUESTION 3.3 = Non

- 3.3.2 Pour quelles raisons n'existe-t-il pas (encore) de structure dans votre canton auprès de laquelle les représentants des professions de la santé peuvent régulièrement s'informer, échanger et discuter des stratégies communes?

IF QUESTION 3.4 = Oui

- 3.4.1 Quelles activités concrètes existe-t-il dans votre canton pour inclure le secteur ambulatoire dans le DEP?

IF QUESTION 3.4 = Non

- 3.4.2 Pour quelles raisons n'existe-t-il pas (encore) d'activités concrètes dans votre canton pour inclure le secteur ambulatoire dans le DEP?

IF QUESTION 3.5 = Oui

- 3.5.1 De quelle manière les ligues de la santé et les organisations de patients cantonales sont-elles impliquées dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP?

IF QUESTION 3.5 = Non

- 3.5.2 Pour quelles raisons les ligues de la santé et les organisations de patients cantonales ne sont-elles pas (encore) impliquées dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP?

IF QUESTION 3.6 = Oui

- 3.6.1 De quelle manière est-il assuré que la population sera informée au sujet du DEP par des canaux appropriés au moment de son introduction?

IF QUESTION 3.6 = Non

3.6.2 Pour quelles raisons n'est-il pas (encore) assuré que la population sera informée au sujet du DEP par des canaux appropriés au moment de son introduction?

IF QUESTION 3.7 = Oui

3.7.1 Après de quels services ou centres la population pourra-t-elle ouvrir un DEP à l'avenir?

IF QUESTION 3.7 = Non

3.7.2 Pour quelles raisons n'a-t-on pas (encore) défini les services ou centres auprès desquels la population pourra ouvrir un DEP à l'avenir?

IF QUESTION 3.8 = Oui

3.8.1 Quelles mesures sont prises pour promouvoir auprès des fournisseurs de prestations stationnaires une intégration maximale du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers?

IF QUESTION 3.8 = Non

3.8.2 Pour quelles raisons aucune mesure n'a (encore) été prise pour promouvoir auprès des fournisseurs de prestations stationnaires une intégration maximale du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers?

SEULEMENT CANTONS

4. Votre canton apporte-t-il une contribution financière en faveur de l'introduction du DEP? Si oui, veuillez énumérer ci-dessous les mesures et projets concrets que le canton soutient financièrement.

SEULEMENT C/CR

5. Où en est actuellement votre communauté (de référence) dans le processus de mise en œuvre de la LDEP? Quels sujets vous préoccupent actuellement le plus à cet égard?

SEULEMENT C/CR

6. Selon différents acteurs, diverses questions liées à la mise en œuvre de la LDEP sont ou étaient en suspens au niveau des communautés (de référence). Veuillez répondre aux questions suivantes du point de vue de votre communauté (de référence).

	Question	Oui	Non	Ne s'applique pas / pas de réponse
6.1	Le financement de la constitution de la communauté (de référence) est-il assuré?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2	Le financement de l' exploitation de la communauté (de référence) est-il assuré durant les premières années de fonctionnement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4	Vous êtes-vous déjà décidé/e pour un moyen d'identification destiné aux patient/e/s?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5	Vous êtes-vous déjà décidé/e pour un moyen d'identification destiné aux professionnel/le/s de la santé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6	A-t-on défini la manière dont les EMS pourront s'affilier à votre communauté (de référence) en 2022?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7	Des ligues de la santé et des organisations de patients sont-elles impliquées dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP de sorte qu'elles puissent les suivre en tant que multiplicatrices ou conseillères?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3	Disposez-vous de stratégies pour l'intégration des fournisseurs de prestations ambulatoires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.8	Est-il assuré que la population sera informée au sujet du DEP par des canaux appropriés au moment de son introduction?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.9	A-t-on défini les services ou centres auprès desquels la population pourra ouvrir un DEP à l'avenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.10	Prenez-vous des mesures pour promouvoir auprès des fournisseurs de prestations stationnaires une intégration maximale du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.12	Selon votre estimation, les hôpitaux de soins somatiques aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques de votre zone de couverture seront-ils tous en mesure de saisir les données dans un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	dossier électronique du patient (DEP) et d'en consulter les données d'ici au 15 avril 2020?			
6.11	Vous sentez-vous suffisamment soutenu/e par le canton / les cantons dans la mise en œuvre de la LDEP?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D'autres questions (structurelles, culturelles, financières) liées à la mise en œuvre de la LDEP sont-elles apparues au cours de ces derniers mois?

IF QUESTION Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..1 = Oui

6.1.1. Avec quelles sources avez-vous assuré ou allez-vous assurer le financement de la **constitution** de la communauté (de référence)?

IF QUESTION Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..1 = Non

6.1.2. Pour quelles raisons le financement de la **constitution** de la communauté (de référence) n'est-il pas (encore) assuré?

IF QUESTION 6.2 = Oui

6.2.1 Avec quelles mesures et stratégies avez-vous assuré le financement de l'**exploitation** de la communauté (de référence)?

IF QUESTION 6.2 = Oui

6.2.2 Pour combien d'années le financement de l'**exploitation** de la communauté (de référence) est-il assuré?

_____ nombre d'années

IF QUESTION 6.2 = Non

6.2.3 Pour quelles raisons le financement de l'**exploitation** de la communauté (de référence) n'est-il pas (encore) assuré?

IF QUESTION 6.3 = Oui

- 6.3.1 Quelles stratégies d'intégration des fournisseurs de prestations ambulatoires utilisez-vous ou allez-vous utiliser?

IF QUESTION 6.3 = Non

- 6.3.2 Pour quelles raisons ne disposez-vous pas (encore) de stratégies d'intégration des fournisseurs de prestations ambulatoires?

IF QUESTION 6.4 = Oui

- 6.4.1 Pour quel moyen d'identification destiné aux **patient/e/s** vous êtes-vous décidé/e?

IF QUESTION 6.4 = Non

- 6.4.2 Pour quelles raisons ne vous êtes-vous pas encore décidé/e pour un moyen d'identification destiné aux **patient/e/s**?

IF QUESTION 6.5 = Oui

- 6.5.1 Pour quel moyen d'identification destiné aux **professionnel/le(s de la santé)** vous êtes-vous décidé/e?

IF QUESTION 6.5 = Non

- 6.5.2 Pour quelles raisons ne vous êtes-vous pas encore décidé/e pour un moyen d'identification destiné aux **professionnel/le/s de la santé**?

IF QUESTION 6.6 = Oui

6.6.1 Comment les EMS pourront-ils s'affilier à votre communauté (de référence) en 2022?

IF QUESTION 6.6 = Non

6.6.2 Pour quelles raisons la manière dont les EMS pourront s'affilier à votre communauté (de référence) en 2022 n'a-t-elle pas (encore) été définie?

IF QUESTION 6.7 = Oui

6.7.1 De quelle manière les ligues de la santé et les organisations de patients sont-elles impliquées dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP?

IF QUESTION 6.7 = Non

6.7.2 Pour quelles raisons les ligues de la santé et les organisations de patients ne sont-elles pas (encore) impliquées dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP?

IF QUESTION 6.8 = Oui

6.8.1 De quelle manière assurerez-vous que la population sera informée au sujet du DEP par des canaux appropriés au moment de son introduction?

IF QUESTION 6.8 = Non

6.8.2 Pour quelles raisons n'est-il pas (encore) assuré que la population sera informée au sujet du DEP par des canaux appropriés au moment de son introduction?

IF QUESTION 6.9 = Oui

- 6.9.1 Après de quels services ou centres la population pourra-t-elle ouvrir un DEP à l'avenir?

IF QUESTION 6.9 = Non

- 6.9.2 Pour quelles raisons les services ou centres auprès desquels la population pourra ouvrir un DEP à l'avenir n'ont-ils pas (encore) été définis?

IF QUESTION 6.10 = Oui

- 6.10.1 Quelles mesures prenez-vous pour promouvoir auprès des fournisseurs de prestations stationnaires une intégration maximale du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers?

IF QUESTION 6.10 = Non

- 6.10.2 Pour quelles raisons ne prenez-vous pas (encore) de mesures pour promouvoir auprès des fournisseurs de prestations stationnaires une intégration maximale du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers?

- 6.10.3 Selon votre estimation, quelle proportion des fournisseurs de prestations stationnaires intégreront le DEP dès le début dans leurs systèmes informatiques hospitaliers (par rapport à ceux qui utiliseront un service en ligne)? Veuillez donner une réponse en pourcentages du point de vue de votre communauté (de référence).

_____ % des fournisseurs de prestations stationnaires

IF QUESTION 6.11 = Oui

- 6.11.1 Quel soutien obtenez-vous de la part du canton / des cantons dans la mise en œuvre de la LDEP?

IF QUESTION 6.11 = Non

6.11.2 Quel soutien (supplémentaire) souhaiteriez-vous obtenir de la part du canton / des cantons pour la mise en œuvre de la LDEP?

IF QUESTION 6.12 = Non

6.12.1 A votre avis, pour quelles raisons les hôpitaux de soins somatiques aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques de votre zone de couverture ne seront-ils pas tous en mesure de saisir les données dans un dossier électronique du patient (DEP) et d'en consulter les données au 15 avril 2020?

SEULEMENT C/CR

7 L'annexe 2 de l'ODEP-DFI définit les critères techniques et organisationnels de certification (CTOC) applicables aux communautés et aux communautés de référence.

Selon vous, ces CTOC contiennent-ils actuellement des prescriptions manquant de clarté? Si oui, veuillez les noter dans le champ ci-dessous en justifiant votre réponse et en ajoutant d'éventuelles propositions de solutions. Si non, passez à la question suivante.

Votre réponse à cette question sera transmise à l'OFSP et à eHealth Suisse sous forme non anonymisée.

SEULEMENT C/CR

8 Votre communauté (de référence) rencontre-t-elle actuellement des difficultés dans la mise en œuvre des CTOC? Si oui, quelles solutions visez-vous face à ces problèmes?

Votre réponse à cette question sera transmise à l'OFSP et à eHealth Suisse sous forme non anonymisée.

SEULEMENT C/CR

- 9 **Les critères organisationnels de certification visent à assurer le respect des prescriptions légales dans les domaines de l'information aux patients, du processus d'ouverture d'un DEP, de la protection et la sécurité des données, du processus de raccordement des institutions de santé, etc. Comment évaluez-vous ces critères par rapport aux points suivants?**

9.10 Etes-vous d'avis que les critères organisationnels de certification sont...

- très pertinents
- plutôt pertinents
- peu pertinents
- pas pertinents

Commentaire:

9.11 Etes-vous d'avis que les critères organisationnels de certification sont...

- réalisables
- non réalisables

Commentaire:

SEULEMENT C/CR

- 10 **Quand prévoyez-vous que votre communauté de référence sera prête pour la certification?**

Veillez effectuer une distinction entre les aspects organisationnels et les aspects techniques.

Votre réponse à cette question sera transmise à l'OFSP et à eHealth Suisse sous forme non anonymisée.

Critères organisationnels remplis le:
Critères techniques remplis le:.....

SEULEMENT C/CR

- 11 **Estimez-vous que votre communauté (de référence) disposera des certifications nécessaires le 15 avril 2020 pour pouvoir entamer une exploitation conforme à la LDEP?**

- Oui
- Non

IF QUESTION Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. = Non

11.10 Pour quelles raisons votre communauté (de référence) ne disposera-t-elle pas des certifications nécessaires le 15 avril 2020?

12 Prévoyez-vous de proposer des services supplémentaires pour le 15 avril 2020?

- Oui
- Non

IF QUESTION Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. = Oui

12.1 Quels services supplémentaires prévoyez-vous de proposer?

IF QUESTION Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. = Oui

12.2 Quelle importance revêtent les services supplémentaires pour la constitution et l'exploitation de votre communauté (de référence)?

SEULEMENT C/CR

13 A votre avis, l'interopérabilité des éventuels services supplémentaires est-elle assurée au-delà des communautés (de référence)?

- Oui
- En partie
- Non

IF QUESTION Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. = Non /en partie

14 Selon vous, dans quel/s domaine/s l'interopérabilité des services supplémentaires n'est-elle pas assurée?

SEULEMENT C/CR

- 15 **Existe-t-il, selon vous, une tension entre le développement organisationnel de votre communauté (de référence) et la charge considérable qui résulte du raccordement des institutions de santé au DEP? Si oui, veuillez décrire la situation dans le champ ci-dessous.**

- 16 **A votre avis, la mise en œuvre de la LDEP permettra-t-elle de faire en sorte que les objectifs fixés à l'art. 1 al. 3 de la LDEP soient atteints?**

Art. 1, al. 3 LDEP: 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.

Veuillez évaluer chacun de ces objectifs et justifier votre réponse si vous pensez que l'objectif ne pourra pas être atteint avec la mise en œuvre de la LDEP.

Enoncé	Oui	Non	Justification
Amélioration de la qualité de la prise en charge médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Amélioration des processus thérapeutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Augmentation de la sécurité des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Accroissement de l'efficacité du système de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Encourager le développement des compétences des patient/e/s en matière de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

- 17 **Les offres de eHealth Suisse correspondent-elles à vos besoins? Veuillez évaluer les offres dans les domaines suivants.**

Enoncé	Les offres correspondent à mes besoins...				Pas de réponse possible
	tout à fait	plutôt	plutôt pas	pas du tout	
Critères de certification (art. 12. al. 1 LDEP) Elaboration et actualisation des bases conceptuelles et spécialisées relatives aux conditions de certification, y compris le choix, la modification et l'actualisation des normes, des standards et des profils d'intégration.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité d'information (art. 15 LDEP) Information à la population, aux professionnels de la santé et aux autres milieux intéressés au sujet du DEP.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coordination (art. 16 LDEP) Coordination entre les cantons et les autres milieux intéressés en soutenant le transfert de connaissances et l'échange d'expériences.	<input type="radio"/>				
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Si une ou plusieurs de ces offres ne correspondent (plutôt) pas à vos besoins, veuillez décrire à l'aide de mots-clés les modifications qu'il faudrait apporter ou les offres qui manquent, selon vous.

18 Souhaitez-vous ajouter des remarques, questions ou commentaires dans le cadre de cette évaluation formative de la mise en œuvre de la LDEP?

6.5.2 Guide des entretiens téléphoniques avec les acteurs

Le guide d’entretien ci-dessous a été utilisé pour les entretiens téléphoniques avec les acteurs (voir liste à l’annexe III), à l’exception des entretiens avec les communautés de référence (voir guide d’entretien à la section 6.5.3).

Date		Evaluateur/trice:	
Début	heures	Fin	heures

Interlocuteur / interlocutrice:

Nom, prénom	
Organisation	
Fonction	

Questions

Introduction

1. Quel est votre rôle dans le cadre de la mise en œuvre de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient? Quelle est votre fonction en lien avec cette thématique?

--

2. Selon différents acteurs, diverses questions sont ou étaient en suspens dans le cadre de la mise en œuvre de la LDEP.

Ces questions sont-elles toujours en suspens ou ont-elles pu être résolues entre-temps?

Questions ouvertes	Résolu/ non résolu	Solutions/stratégies possibles ou justification si solution (encore) manquante
Comment l'exploitation des communautés (de référence) peut-elle être financée?		
Comment les fournisseurs de prestations ambulatoires peuvent-ils être inclus dans le DEP?		
Les ligues de la santé et les organisations de patients peuvent-elles être impliquées de manière suffisante dans les travaux préparatoires à l'introduction de la LDEP?		
Est-il assuré que la population sera informée au sujet du DEP		

Questions ouvertes	Résolu/ non résolu	Solutions/stratégies possibles ou justification si solution (encore) manquante
par des canaux appropriés au moment de son introduction?		
Existe-t-il des mesures pour promouvoir une large intégration du DEP dans les systèmes informatiques hospitaliers auprès des fournisseurs de prestations stationnaires?		

3. D'autres questions (structurelles, culturelles, financières) liées à la mise en œuvre de la LDEP sont-elles apparues au cours de ces derniers mois?

4. Selon vous, quelle est la probabilité que l'introduction globale du dossier électronique du patient (DEP) puisse être menée à bien pour le 15 avril 2020?

Globale signifie: dans l'ensemble de la Suisse, tous les hôpitaux de soins somatiques aigus, cliniques de réadaptation et cliniques psychiatriques disposent des moyens de saisir les données dans le DEP et tous les habitants de Suisse ont la possibilité d'ouvrir un DEP s'ils le souhaitent.

Très probable

Plutôt probable

Plutôt improbable

Très improbable

Remarques et justification si plutôt ou très improbable:

5. En ce qui concerne le DEP, peut-on observer des développements parallèles (communication numérique en dehors du cadre du DEP)? Si oui, comment les évaluez-vous?

6. Si évaluable: Quelles sont, d'après vous, les raisons pour lesquelles les acteurs investissent dans une communauté (de référence)?

7. Si évaluable: Comment jugez-vous les critères de certification **organisationnels** pour les communautés (de référence)?

8. Si évaluable: Comment jugez-vous les critères de certification **techniques** pour les communautés (de référence)?

9. Si évaluable: Quelle importance revêtent les éventuels services supplémentaires pour la constitution et l'exploitation des communautés (de référence)?

10. Si évaluable: D'après vous, l'interopérabilité des différents services supplémentaires est-elle assurée au-delà des communautés (de référence)?

11. Les offres de eHealth Suisse correspondent-elles à vos besoins? Veuillez évaluer les offres dans les domaines suivants.

Énoncé	Les offres correspondent à mes besoins...				Pas de réponse possible
	tout à fait	plutôt	plutôt pas	pas du tout	
Critères de certification (art. 12. al. 1 LDEP) Elaboration et actualisation des bases conceptuelles et spécialisées relatives aux conditions de certification, y compris le choix, la modification et l'actualisation des normes, des standards et des profils d'intégration.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité d'information (art. 15 LDEP) Information à la population, aux professionnels de la santé et aux autres milieux intéressés au sujet du DEP.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordination (art. 16 LDEP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coordination entre les cantons et les autres milieux intéressés en soutenant le transfert de connaissances et l'échange d'expériences.

Si une ou plusieurs de ces offres ne correspondent (plutôt) pas aux besoins: description des modifications souhaitées ou des offres manquantes.

12. Aux associations: Quelles mesures adoptez-vous en tant qu'association (faitière) pour inciter vos membres à s'affilier à une communauté (de référence)?

13. A votre avis, la mise en œuvre de la LDEP permettra-t-elle de faire en sorte que les objectifs fixés par l'art. 1 al. 3 de la LDEP soient atteints?

Objectifs selon art.1, al. 3 de la LDEP	Remarques et justification si réponse négative
Amélioration de la qualité de la prise en charge médicale	
Amélioration des processus thérapeutiques	
Augmentation de la sécurité des patients	
Accroissement de l'efficacité du système de santé	
Encourager le développement des compétences des patients en matière de santé	

Conclusion

14. Avez-vous encore des questions ou souhaitez-vous ajouter des remarques ou commentaires?

6.5.3 Guide des entretiens téléphoniques approfondis avec les communautés de référence (seulement en allemand)

Le guide d'entretien ci-dessous a été utilisé pour les entretiens téléphoniques approfondis avec quatre communautés de référence. Il a été établi sur la base des questions qui n'avaient pas reçu de réponse lors de l'enquête en ligne.

Datum		Interviewer:	
Beginn	Uhr	Ende	Uhr

Interviewpartner/in:

Name, Vorname	
Organisation	
Funktion	

Leitfragen

Einleitung

1. Was ist Ihre Rolle im Zusammenhang mit der Umsetzung des elektronischen Patientendossiers? In welcher Funktion sind Sie vom Thema betroffen?

2. Wo steht Ihre (Stamm)-Gemeinschaft aktuell im Prozess der Umsetzung des EPDG? Welche Themen diesbezüglich beschäftigen Sie aktuell am stärksten und weshalb?

3. Gemäss verschiedener Akteure bestehen bzw. bestanden bei der Umsetzung des EPDG die folgenden offenen Fragen. Wie beurteilen Sie diese Themenstellungen?

Offene Fragen	Gelöst/ Ungelöst*	Lösungsmöglichkeiten / -strategien bzw. Begründung für (noch) fehlende Lösung
Wie kann der Betrieb der (Stamm)-Gemeinschaft finanziert werden?		
Wie können ambulante Leistungserbringer ins EPD eingebunden werden?		

* Gelöst für die befragte (Stamm)-Gemeinschaft

4. Gibt es weitere offene Fragen bei der Umsetzung des EPDG (strukturell/ kulturell/ finanziell), welche in den vergangenen Monaten aufgetaucht sind?

5. Welche Motive haben die Akteure Ihrer Meinung nach, in eine (Stamm)-Gemeinschaft zu investieren?

6. Sind in Bezug auf das EPD Parallelentwicklungen (digitale Kommunikation ausserhalb des EPD) zu beobachten? Falls Ja, wie sind diese zu bewerten?

7. Gemäss Online-Befragung wird davon ausgegangen, dass per 15. April 2020 nicht alle stationären Leistungserbringer in allen Kantonen in der Lage sein werden, Daten ins EPD zu erfassen und daraus abzurufen. Warum denken Sie ist das so?

8. Wie bewerten Sie die Umsetzbarkeit der **organisatorischen** Zertifizierungsvoraussetzungen für die (Stamm)-Gemeinschaft?

9. Welche Bedeutung haben allfällige Zusatzdienste für den Aufbau und den Betrieb der (Stamm)-Gemeinschaft?

10. Ist Ihrer Meinung nach die Interoperabilität der verschiedenen Zusatzdienste über die Grenzen der (Stamm)-Gemeinschaft hinweg wichtig?

11. Entsprechen die Angebote von eHealth Suisse Ihren Bedürfnissen? Bitte beurteilen Sie dies bezüglich der folgenden Bereiche.

Aussage	Angebote entsprechen meinen Bedürfnissen..				Keine Angabe möglich
	voll und ganz	eher	eher nicht	überhaupt nicht	
Zertifizierungsvoraussetzungen (Artikel 12 Abs. 1 EPDG) Erarbeitung und Aktualisierung der konzeptionellen und fachlichen Grundlagen zu den Zertifizierungsvoraussetzungen. Dazu gehört auch die Auswahl, Ergänzung und Aktualisierung von Normen, Standards und Integrationsprofilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationstätigkeit (Artikel 15 EPDG) Information der Bevölkerung, der Gesundheitsfachpersonen und weiterer interessierter Kreise über das EPD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koordination (Artikel 16 EPDG) Koordination zwischen den Kantonen und weiteren interessierten Kreisen durch Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls eines oder mehrere Angebote (eher) nicht den Bedürfnissen entspricht: Beschreibung der Änderungswünsche bzw. welche Angebote fehlen.

Abschluss

12. Haben Sie noch weitere Bemerkungen oder offene Fragen Ihrerseits?

6.6 Annex VI : Dossier électronique du patient – activités dans les cantons

L'aperçu suivant a été établi par le Secrétariat central de la CDS. Il dresse un état lieux du développement des communautés et des communautés de référence au 19.9.2018.

Canton	Commentaire
AG	<p>La communauté de référence se voit comme une coordinatrice des fournisseurs de prestations ; elle organise à cet effet des ateliers d'échange entre les hôpitaux de soins aigus, les cliniques de réadaptation et les services de psychiatrie afin d'offrir aux personnes en charge de la cybersanté et aux responsables informatiques la possibilité, à intervalles réguliers, d'échanger sur la mise en oeuvre du dossier électronique du patient et sur les services B2B correspondants, de partager des expériences et de trouver des solutions communes en cas de problèmes. Désormais, ces ateliers permettront également de recueillir des requêtes pour le développement de la plateforme commune.</p> <p>L'introduction des services eHealth soulève de nombreuses questions. Avec le concours de fournisseurs de prestations choisis, la « communauté de référence eHealth Aargau » (SteHAG) a donc élaboré un guide détaillé qui s'attache avant tout à éclaircir des thèmes non techniques, comme une judicieuse planification interne à l'institution et la prise de décision concernant des thèmes eHealth (DEP et B2B). Ce document sera disponible pour nos membres dès novembre 2018.</p> <p>L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a accordé une aide financière à la SteHAG pour mettre en oeuvre la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) ; la communauté a déjà reçu une première tranche de cette subvention.</p> <p>La plateforme eHealth de la SteHAG est à disposition depuis le mois d'octobre 2018 à des fins de test, d'intégration et de présentation (système de démonstration).</p> <p>En plus de l'exploitation productive pour l'admission du patient et l'envoi de rapport électroniques, déjà en place, un projet pilote se concentre sur le transfert électronique entre les hôpitaux de soins aigus et les cliniques de réadaptation. L'utilisation est hybride : via les systèmes internes à l'institution ou via la plateforme.</p> <p>Un concept de communication a en outre été élaboré pour planifier en détail les activités de marketing et de communication de l'association SteHAG. Un plan de communication et de marketing détaillé est conçu pour chaque exercice.</p>
AI	<p>Le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures renonce à soutenir la constitution d'une communauté de référence à l'intérieur du canton. Celui-ci est tout simplement trop petit. Il s'emploiera à ce que les fournisseurs de prestations rejoignent une autre communauté de référence. L'Hôpital cantonal d'Appenzell aura un rôle de leader dans la mise en oeuvre de la LDEP dans le canton.</p> <p>Comme il n'est pas prévu de communauté de référence dans le canton, celui-ci n'alloue pas de moyens financiers à la constitution ou à l'exploitation d'une communauté ou d'une communauté de référence et n'émet aucune directive quant au choix de cette communauté (de référence).</p>
AR	<p>Le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures est en train d'organiser une table ronde avec les fournisseurs de prestations implantés dans le canton. Il propose avant tout un soutien en matière de coordination et d'organisation. Le canton n'a actuellement pas de mandat lui imposant un engagement financier.</p>
BE	<p>Début 2016, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) a démarré le projet BeHealth, qui a pour objectif de fournir un soutien organisationnel aux établissements de santé en vue de la mise en place d'un réseau de cybersanté. Les associations de fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé se sont entendus pour recommander à tous les fournisseurs de prestations d'adhérer à une seule et même communauté de référence. À l'été 2017, ils ont renforcé leur coopération au sein d'un réseau de cybersanté commun (IG BeHealth), dont la SAP est également membre. IG-BeHealth s'est associé à l'organe responsable XAD, créé par les fournisseurs de prestations du canton de Zurich, et propose une partie des membres du comité directeur. XAD élabore avec axvana AG, la société d'exploitation, les modules techniques d'application sur la plateforme axvana-Swisscom. En octobre 2017, les cantons de Berne et Zurich ont fondé Cantosana AG, un organe responsable cantonal qui détient la moitié d'axvana AG, l'autre moitié étant détenue par XAD. La création de cet organe a permis de mettre en place les conditions pour que d'autres cantons et leurs fournisseurs de prestations puissent adhérer à la communauté de référence XAD/axvana AG. En juillet 2018, l'Hôpital cantonal de Saint-Gall s'est affilié à la communauté de référence et en août 2018, le canton de Zoug a rejoint Cantosana AG. Les cantons de Berne et Zurich ont remis à l'OFSP leur demande de financement à la mi-février 2018. En mars 2018, le Grand Conseil bernois a approuvé à l'unanimité le financement cantonal de départ. La SAP recommande aux fournisseurs de prestations bernois d'adhérer à la communauté de référence XAD/axvana et ne soutient pas d'autre activité.</p>
BL	<p>Début 2017, en vue de l'institution de la future communauté de référence, le canton de Bâle-Campagne a constitué un organe responsable de la cybersanté dans la Suisse du Nord-Ouest (eHealth NWCH) avec les cantons de Bâle-Ville, de Soleure et la majeure partie des fournisseurs de prestations (stationnaires) locaux pour coordonner et promouvoir toutes les activités de cybersanté dans la région. Il a élaboré, fin 2017, une stratégie de cybersanté qui doit être adoptée par le Parlement cantonal en septembre. Actuellement, le canton de Bâle-Campagne n'émet aucune</p>

Canton	Commentaire
	recommandation à l'intention des fournisseurs de prestations quant au choix de la communauté de référence.
BS	<p>Avec les cantons de Bâle-Campagne et de Soleure et 31 autres membres, le canton de Bâle-Ville a fondé l'organe responsable de la cybersanté dans la Suisse du Nord-Ouest (eHealth NWCH) le 5 janvier 2017. L'organe responsable poursuit quatre objectifs majeurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. regrouper les acteurs régionaux (fournisseurs de prestations, cantons et autres parties prenantes) en vue du développement de la cybersanté dans la Suisse du Nord-Ouest ; 2. poursuivre l'essai pilote de DEP dans l'objectif d'ouvrir les premiers dossiers électroniques du patient de la région au 1er trimestre 2018 ; 3. faire certifier en 2019 au plus tard l'essai pilote de DEP et constituer ainsi une communauté de référence conformément à la LDEP ; 4. mettre en oeuvre des services à valeur ajoutée (B2B, B2C) parallèlement au développement de la communauté de référence du DEP. <p>Les membres de l'association configurent le système de cybersanté global et garantissent ainsi que la cybersanté sera mise en oeuvre de manière utile et efficace. L'organe responsable est ouvert à toutes les personnes et institutions intéressées et offre à ses membres la possibilité de participer à l'aménagement et au développement de la cybersanté dans la région de la Suisse du Nord-Ouest. Dans le cadre de ses travaux, l'organe responsable a pu développer le DEP dans la Suisse du Nord-Ouest sur la base de l'ordonnance e-health du canton de Bâle-Ville. Baptisé « myEPD », il se trouve actuellement dans la phase de test « family&friends » (le conseiller d'État Lukas Engelberger a présenté son « myEPD » lors d'une conférence de presse, le 15 août dernier). « myEPD » a été lancé le 24 septembre et, dans un premier temps, les DEP « officiels » pourront exclusivement être ouverts par des patients de l'Hôpital universitaire de Bâle. Ce faisant, les patients se verront remettre les informations et les formulaires de consentement concernant l'ouverture d'un DEP. Il est prévu de constituer la communauté de référence au 4e trimestre 2018. Le processus d'affiliation sera adapté lors de l'intégration de SwissSign en tant qu'identity provider et au fur et à mesure de l'affiliation d'autres hôpitaux (probablement au 1er trimestre 2019). La certification est sur les rails et devrait être bouclée au 1er trimestre 2020. Au total, le canton de Bâle-Ville a investi environ 3,5 millions de francs à ce jour.</p>
FR	<p>Le 26 mars 2018 les cantons de Genève, de Vaud et du Valais ont créé l'association CARA en vue de développer une communauté intercantonale de référence. La procédure d'acceptation parlementaire est en cours dans les cantons de Fribourg et du Jura, lesquels devraient rejoindre l'association d'ici la fin de l'année 2018. Un secrétaire général coordonne les actions entre les cantons afin d'accompagner la communauté vers une future certification. La communauté est financée au départ à 100 % par les cantons membres. Ces derniers engagent les premières discussions en vue de la création d'une convention intercantonale afin d'harmoniser leur cadre légal.</p> <p>Tous les professionnels et la population des cantons membres seront invités à adhérer à la communauté CARA. L'adhésion des professionnels devrait être possible dès le début de l'année 2019. Cependant, des groupes de travail composés de professionnels de la santé ont déjà été mis sur pied afin de définir leurs besoins. Par ailleurs, les responsables cybersanté des hôpitaux travaillent ensemble aux réflexions nécessaires pour une intégration forte. Les projets existants MonDossierMedical du canton de Genève, Infomed du canton du Valais, le projet du canton de Vaud et le Dossier pharmaceutique partagé du canton de Fribourg seront migrés à terme sur la plateforme unique CARA. Les discussions sont déjà en cours pour préparer ces migrations.</p> <p>Le canton de Fribourg a intégré la majorité des fournisseurs de soins dans l'organisation de projet et notamment dans les organes décisionnels.</p> <p>Le canton prévoit de stipuler dans les mandats de prestations l'obligation d'affiliation à la communauté CARA.</p>
GE	<p>Le 26 mars 2018, les cantons de Genève, de Vaud et du Valais ont créé l'association CARA en vue de développer une communauté intercantonale de référence. La procédure d'acceptation parlementaire est en cours dans les cantons de Fribourg et du Jura, lesquels devraient rejoindre l'association d'ici la fin de l'année 2018. Un secrétaire général coordonne les actions entre les cantons afin d'accompagner la communauté vers une future certification. La communauté est financée au départ à 100 % par les cantons membres. Ces derniers engagent les premières discussions en vue de la création d'une convention intercantonale afin d'harmoniser leur cadre légal.</p> <p>Tous les professionnels et la population des cantons membres seront invités à adhérer à la communauté CARA. L'adhésion des professionnels devrait être possible dès le début de l'année 2019. Cependant, des groupes de travail composés de professionnels de la santé ont déjà été mis sur pied afin de définir leurs besoins. Par ailleurs, les responsables cybersanté des hôpitaux travaillent ensemble aux réflexions nécessaires pour une intégration forte. Les projets existants MonDossierMedical du canton de Genève, Infomed du canton du Valais, le projet du canton de Vaud et le Dossier pharmaceutique partagé du canton de Fribourg seront migrés à terme sur la plateforme unique CARA. Les discussions sont déjà en cours pour préparer ces migrations.</p>
GL	<p>Le canton de Glaris renonce à constituer sa propre communauté de référence. Il tient toutefois à ce que tous les fournisseurs de prestations du canton rejoignent la même communauté de référence. L'Hôpital cantonal de Glaris SA a un rôle directeur dans la mise en oeuvre de la LDEP. Les</p>

Canton	Commentaire
	fournisseurs de prestations (y compris l'Hôpital cantonal) du canton de Glaris ont porté leur choix sur l'association eHealth Sud-Est. À l'heure actuelle, le canton limite son engagement dans cette association à une affiliation passive.
GR	<p>Dans le canton des Grisons, la mise en place du dossier électronique du patient est en premier lieu l'affaire des fournisseurs de prestations stationnaires qui en ont l'obligation légale. Le canton ne conçoit pas la cybersanté comme un service public, mais comme une composante du mandat des fournisseurs de prestations. Il ne participe donc pas aux coûts liés à la constitution ou à l'exploitation des communautés. Partant, plus de 30 fournisseurs de prestations se sont associés dès le début de 2016 pour former un organe responsable privé. Par la suite, une plate-forme de cybersanté étendue, qui soutient aussi bien la mise en réseau numérique des fournisseurs de prestations au moyen de douze processus d'affaires (business to business) que le dossier électronique du patient, a fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un appel d'offres GATT/OMC. Dans un second temps, une comparaison make or buy a été réalisée début 2017 pour déterminer s'il y a lieu de constituer une communauté eHealth grisonne ou d'adhérer à la communauté zurichoise axsana AG. Fin mai 2017, l'assemblée a décidé à une très large majorité de constituer une plate-forme de cybersanté propre à la Suisse du Sud-Est avec le prestataire Poste Suisse SA et de commencer les travaux de mise en oeuvre à l'automne 2017. La mise en oeuvre porte en priorité sur les processus d'affaires apportant la plus grande valeur ajoutée avec, en parallèle, la constitution d'une communauté de référence de la Suisse du Sud-Est en vue de la mise à disposition du dossier électronique du patient. Le financement des coûts de constitution et d'exploitation est assuré par les fournisseurs de prestations membres de l'association qui adhèrent à la communauté. Le canton défend les intérêts de la population et l'informe des possibilités qui lui sont offertes dans le cadre du dossier électronique du patient.</p> <p>Dès la mise en place de l'association eHealth Sud-Est, le canton a suggéré aux fournisseurs de prestations de s'y affilier. En mai 2018, le Service de la santé publique a envoyé une lettre confirmant cette orientation et recommandant aux fournisseurs de prestations n'ayant pas encore choisi de communauté de référence de rejoindre eHealth Sud-Est.</p>
JU	<p>Le 26 mars 2018, les cantons de Genève, de Vaud et du Valais ont créé l'association CARA en vue de développer une communauté intercantonale de référence. La procédure d'acceptation parlementaire est en cours dans les cantons de Fribourg et du Jura, lesquels devraient rejoindre l'association d'ici la fin de l'année 2018. Un secrétaire général coordonne les actions entre les cantons afin d'accompagner la communauté vers une future certification. La communauté est financée au départ à 100 % par les cantons membres. Ces derniers engagent les premières discussions en vue de la création d'une convention intercantonale afin d'harmoniser leur cadre légal. Tous les professionnels et la population des cantons membres seront invités à adhérer à la communauté CARA. L'adhésion des professionnels devrait être possible dès le début de l'année 2019. Cependant, des groupes de travail composés de professionnels de la santé ont déjà été mis sur pied afin de définir leurs besoins. Par ailleurs, les responsables cybersanté des hôpitaux travaillent ensemble aux réflexions nécessaires pour une intégration forte. Les projets existants MonDossierMedical du canton de Genève, Infomed du canton du Valais, le projet du canton de Vaud et le Dossier pharmaceutique partagé du canton de Fribourg seront migrés à terme sur la plateforme unique CARA. Les discussions sont déjà en cours pour préparer ces migrations.</p> <p>Nous avons déjà consulté les partenaires pour leur demander de s'engager à rejoindre CARA. Toutes les institutions ont accepté. La société médicale va encourager ses membres à adhérer à CARA. Seuls les pharmaciens jurassiens ont préféré rejoindre l'OFAC. Donc pas de directive puisque nous avons leur engagement.</p>
LU	<p>Une étude de faisabilité concernant la mise en place d'une communauté de référence commune à tous les cantons de Suisse centrale a été effectuée. Dans ce cadre, plusieurs variantes ont été examinées et un rapport a été rédigé. Les cantons de Suisse centrale n'ayant pas réussi à accorder leurs positions, il a été décidé fin août 2016 qu'aucune activité ne serait engagée en vue de mettre en place une communauté de référence propre à la Suisse centrale.</p> <p>En décembre 2017, Lucerne a constitué l'association eHealth Suisse centrale (Verein eHealth Zentralschweiz, eHZ), ouverte à tous les fournisseurs de prestations, associations de fournisseurs de prestations et cantons intéressés dans la région de prise en charge Suisse centrale. À titre de centre de compétence, l'association eHZ soutient ses membres dans la mise en oeuvre de la LDEP et promeut les applications de cybersanté apportant une valeur ajoutée.</p> <p>Les possibilités d'adhésion à des communautés ou communautés de référence seront étudiées dans le cadre d'une analyse de marché, puis le canton examinera la question d'une éventuelle contribution financière. Le canton de Lucerne réfléchit actuellement à l'opportunité de formuler des directives – et si oui, sous quelle forme – quant au choix de la communauté de référence.</p>
NE	<p>Fin septembre 2017, le Grand Conseil a adopté un crédit de 3 millions de francs pour la constitution d'une communauté de référence neuchâteloise et la mise en oeuvre du dossier électronique du patient dans le canton. Avec cette validation politique, les travaux menés depuis plusieurs mois par les groupes de travail regroupant les professionnels de la santé et le canton se concrétisent. Ainsi, le 7 décembre 2017, la structure porteuse et la communauté de référence ont été créées. La contractualisation pour l'acquisition d'une plateforme eHealth est en cours. Un projet pilote permettant l'échange de documents médicaux (DEP de base) entre prestataires de soins</p>

Canton	Commentaire
	stationnaires et ambulatoires sera lancé au printemps 2019 sur une population de patients diabétiques. La majeure partie des prestataires de soins étant partie prenante du projet, le canton de Neuchâtel n'a, pour l'instant, pas envisagé la mise en place de directives concernant le choix des communautés.
NW	Le canton de Nidwald est membre fondateur de l'association eHealth Suisse centrale (Verein eHealth Zentralschweiz, eHZ). Par sa participation active au sein du comité directeur et des groupes de travail de l'association, il contribue à la coordination et à l'avancement des travaux dans le domaine de la cybersanté. Le canton n'a pas encore discuté en détail de sa participation financière à la constitution de communautés ou communautés de référence. Même si une participation financière du canton n'est pas exclue, il faudra que l'exploitation des communautés s'autofinance grâce à une offre de services ciblés apportant une valeur ajoutée. Une séance d'information destinée aux fournisseurs de prestations du canton a eu lieu au début du mois de mai 2017 ; le dossier électronique du patient et l'association ont été présentés à cette occasion.
OW	Il n'est pas prévu de créer de communauté ou de communauté de référence dans le canton d'Obwald. L'hôpital cantonal participe aux travaux de l'association eHealth Suisse centrale (Verein eHealth Zentralschweiz, eHZ), dont il est membre. L'adhésion à une communauté aura lieu à l'issue des travaux de projet de eHZ. Le 6 novembre 2018, une 2e séance d'information sur le DEP sera organisée sous la direction du Service de la santé publique du canton d'Obwald. L'association eHZ se présentera à cette occasion et l'Hôpital cantonal d'Obwald soumettra un rapport intermédiaire à mi-parcours du DEP. Il n'est pas prévu que le canton recommande aux fournisseurs de prestations le choix de la communauté (de référence).
SG	Dans le cadre d'un appel d'offres public, les associations d'hôpitaux, l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, les établissements de la région Rheintal Werdenberg Sarganserland, l'hôpital de Linth, les établissements de la zone Fürstenland Toggenburg ainsi que la clinique gériatrique Saint Gall AG et l'hôpital pédiatrique de Suisse orientale ont décidé de s'affilier à la communauté de référence XAD/axsana SA. Le canton n'émet pas de directive quant au choix de la communauté (de référence).
SH	Les services de santé du canton de Schaffhouse sont étroitement reliés au canton de Zurich et accessoirement au canton de Thurgovie. Le canton ne préconise pas de choix particulier pour la communauté (de référence) mais recommande toutefois aux fournisseurs de prestations d'adhérer à la communauté de référence XAD/axsana SA (ZH). En août 2018, afin d'assurer le traitement coordonné de la thématique LDEP, une communauté de travail eHealth Schaffhouse a été fondée ; des fournisseurs de prestations cantonaux et le canton lui-même y sont représentés. Ce dernier étudiera l'éventualité de participer financièrement au coût initial d'une communauté de référence, mais ne contribuera pas à des charges d'exploitation périodiques.
SO	Les Hôpitaux de Soleure SA (soH) assument la responsabilité de la mise en oeuvre de la LDEP dans le canton de Soleure. Une communauté de travail cybersanté Soleure (eHealth SO), dans laquelle sont regroupés les comités de toutes les associations de fournisseurs de prestations, les hôpitaux privés et le canton, a été fondée en septembre 2016. EHealth SO a décidé de rejoindre l'organe responsable de la cybersanté de la Suisse du Nord-Ouest (eHealth NWCH) et de mettre en oeuvre le DEP dans le cadre de cet organe et de la communauté de référence eHealth NWCH. Depuis début 2017, le portail eHealth Soleure fournit des informations concernant tous les thèmes ayant trait à la cybersanté (http://www.ehealth-solothurn.ch/ueber-uns/aktuell.html). Un portail des fournisseurs de prestations destiné à l'eAdmission/transfert est également en service. D'autres cas d'application sont en cours de préparation. SoH est membre fondateur de l'organe responsable eHealth NWCH et représente ainsi également les membres de eHealth SO. Entre-temps, les associations soleuroises (homes et EMS, l'association d'aide et de soins à domicile, l'association des pharmaciens, GAeSO) et le canton de Soleure (https://tv.ehealth-nw.ch/) ont rejoint l'organe responsable. soH a lancé le projet « ePD@soH » afin de préparer l'adhésion à une communauté de référence aussi bien sur le plan technique qu'organisationnel et afin de satisfaire aux critères techniques et organisationnels de certification. L'ouverture des premiers dossiers dans le cadre d'une phase test est prévue pour le 2e trimestre 2019. Sur la base des expériences acquises lors de ce projet, soH formulera des recommandations à l'intention des membres d'eHealth SO concernant la mise en place du DEP. L'affiliation à la communauté de référence eHealth NWCH en est la condition préalable. Depuis 2018, le canton de Soleure participe aux coûts de soH pour l'introduction du DEP à hauteur de 100 000 francs par an et, en tant que membre de l'association eHealth NWCH, il verse une contribution annuelle de 25 000 francs.
SZ	Une table ronde réunissant tous les acteurs concernés (hôpitaux, Curaviva, services d'aide et de soins à domicile, association des médecins, association des pharmaciens, société des médecins-dentistes) a été organisée pour la première fois au printemps 2016. À cette occasion, le DEP et la LDEP ont été présentés et différentes variantes d'affiliation (ZH, Suisse centrale) ont été exposées. Le canton de Schwyz continue à se limiter au triple rôle de mettre en réseau, coordonner et informer.

Canton	Commentaire
	<p>Il ne prévoit actuellement pas de s'engager financièrement dans la constitution ou l'exploitation de communautés ou de communautés de référence. Le canton de Schwyz ne formule pas de directive sur la communauté (de référence) à choisir.</p>
TG	<p>Le canton de Thurgovie assume un rôle de coordinateur et d'intermédiaire : il favorise les échanges entre les fournisseurs de prestations. Ces derniers estiment que le dossier électronique du patient apportera moins de valeur ajoutée que les échanges directs entre professionnels (B2B). eMediplan est considéré comme une application offrant un potentiel important. eMediplan donne une vue d'ensemble du plan de médication en cours d'un patient, qui peut être lu et actualisé dans le système primaire de tout professionnel de la santé en charge dudit patient. Ce projet est actuellement mis en oeuvre au niveau national sous la responsabilité de la communauté d'intérêts eMediplan, dans trois régions pilotes, à savoir les cantons de Zoug, de Thurgovie et de Saint-Gall (http://www.emediplan.ch/).</p> <p>En termes de soutien au projet, il n'est pas possible pour le canton de Thurgovie de prévoir un engagement financier direct dans la constitution et l'exploitation de communautés de référence.</p>
TI	<p>Après la conclusion du projet pilote reTIsan (plateforme ehealth en oncologie), les acteurs de la santé du canton du Tessin ont fondé en 2016 l'association e-Health Ticino (eHTI). eHTI promeut la création d'une communauté de référence certifiée au niveau cantonal qui regroupe tous les fournisseurs de soins stationnaires et ambulatoires du canton du Tessin. En juillet 2017, eHTI a lancé un appel d'offres public pour choisir la plate-forme électronique, qui a été assignée à La Poste fin 2017. Parallèlement aux discussions qui conduiront à la signature du contrat-cadre avec la Poste, eHTI définit actuellement les conditions d'affiliation à la communauté et d'utilisation de la plate-forme avec les fournisseurs de soins.</p> <p>eHTI développera et intégrera progressivement des services B2B définis en accord avec les fournisseurs de soins membres de eHTI.</p> <p>Au niveau financier, le canton du Tessin a adopté un crédit de 1,5 million de francs pour la constitution de la communauté de référence eHTI. Cette dernière a aussi déposé une demande d'aides financières selon l'OFCIP. Les coûts d'exploitation de la communauté de référence seront pris en charge par les fournisseurs de soins connectés. Pour l'heure, le canton du Tessin n'a pas émis de directives à l'intention des fournisseurs de soins même s'il n'exclut pas une telle solution.</p>
UR	<p>Le canton d'Uri entretient des échanges réguliers avec ses fournisseurs de prestations. Ceux-ci adhéreront à une communauté de référence existante. Pour l'heure, le canton n'émet pas de directive à cet égard, mais il est probable et judicieux que tous les fournisseurs de prestations s'affilient à la même communauté de référence.</p>
VD	<p>Le 26 mars 2018, les cantons de Genève, de Vaud et du Valais ont créé l'association CARA en vue de développer une communauté intercantonale de référence. La procédure d'acceptation parlementaire est en cours dans les cantons de Fribourg et du Jura, lesquels devraient rejoindre l'association d'ici la fin de l'année 2018. Un secrétaire général coordonne les actions entre les cantons afin d'accompagner la communauté vers une future certification. La communauté est financée au départ à 100 % par les cantons membres. Ces derniers engagent les premières discussions en vue de la création d'une convention intercantonale afin d'harmoniser leur cadre légal. Tous les professionnels et la population des cantons membres seront invités à adhérer à la communauté CARA. L'adhésion des professionnels devrait être possible dès le début de l'année 2019. Cependant, des groupes de travail composés de professionnels de la santé ont déjà été mis sur pied afin de définir leurs besoins. Par ailleurs, les responsables cybersanté des hôpitaux travaillent ensemble aux réflexions nécessaires pour une intégration forte. Les projets existants MonDossierMedical du canton de Genève, Infomed du canton du Valais, le projet du canton de Vaud et le Dossier pharmaceutique partagé du canton de Fribourg seront migrés à terme sur la plateforme unique CARA. Les discussions sont déjà en cours pour préparer ces migrations.</p>
VS	<p>Le 26 mars 2018, les cantons de Genève, de Vaud et du Valais ont créé l'association CARA en vue de développer une communauté intercantonale de référence. La procédure d'acceptation parlementaire est en cours dans les cantons de Fribourg et du Jura, lesquels devraient rejoindre l'association d'ici la fin de l'année 2018. Un secrétaire général coordonne les actions entre les cantons afin d'accompagner la communauté vers une future certification. La communauté est financée au départ à 100 % par les cantons membres. Ces derniers engagent les premières discussions en vue de la création d'une convention intercantonale afin d'harmoniser leur cadre légal. Tous les professionnels et la population des cantons membres seront invités à adhérer à la communauté CARA. L'adhésion des professionnels devrait être possible dès le début de l'année 2019. Cependant, des groupes de travail composés de professionnels de la santé ont déjà été mis sur pied afin de définir leurs besoins. Par ailleurs, les responsables cybersanté des hôpitaux travaillent ensemble aux réflexions nécessaires pour une intégration forte. Les projets existants MonDossierMedical du canton de Genève, Infomed du canton du Valais, le projet du canton de Vaud et le Dossier pharmaceutique partagé du canton de Fribourg seront migrés à terme sur la plateforme unique CARA. Les discussions sont déjà en cours pour préparer ces migrations.</p> <p>Du côté du Valais, l'ordonnance cantonale existante mentionne déjà l'obligation pour les institutions subventionnées de participer à la communauté cantonale. L'ordonnance devrait évoluer et prendre</p>

Canton	Commentaire
	une autre forme ces prochaines années (loi ou convention intercantonale), mais cette clause devrait être conservée.
ZG	Le canton de Zoug promeut l'introduction du DEP. Le projet d'une solution eHealth en Suisse centrale n'ayant pas abouti (voir indications pour le canton de Lucerne), il a créé, en septembre 2016, un groupe de travail cantonal regroupant des représentants des fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires et du canton. Ce groupe a étudié les options d'adhésion à une communauté (de référence) des fournisseurs de prestations zougais. En juillet 2018, il a désigné axsana AG comme fournisseur du DEP et a émis une directive dans ce sens à l'intention des fournisseurs de prestations. Le gouvernement cantonal soutient la décision du groupe de travail et a décidé, en juillet 2018, de devenir actionnaire de Cantosana AG, l'organe fondé par les cantons de Berne et de Zurich détenteur d'axsana AG, et d'octroyer un financement de départ pour le développement futur d'axsana AG (voir communiqué de presse du 13 août 2018).
ZH	Le canton de Zurich s'engage pour l'introduction du DEP, conformément à sa stratégie de cybersanté, en soutenant les fournisseurs de prestations dans la création de l'infrastructure technique et organisationnelle nécessaire. À ce jour, les étapes suivantes ont été réalisées : création d'un organe responsable des fournisseurs de prestations ; adjudication, par appel d'offres public, du partenariat technique à Swisscom Health SA pour la constitution et l'exploitation d'une communauté de référence ; promesse d'un financement initial du canton et fondation d'axsana AG (www.axsana.ch) comme société d'exploitation chargée de la mise en oeuvre. Le modèle d'affaires comprend un financement de la communauté de référence par des prestations complémentaires apportant une valeur ajoutée. En octobre 2017, les directions de la santé publique des cantons de Berne et de Zurich ont créé Cantosana AG, auquel d'autres cantons peuvent adhérer. La société axsana AG est détenue à parts égales par les pouvoirs publics (canton de Zurich, de Berne et, depuis récemment, de Zoug) et par les fournisseurs de prestations (en tant que membres de l'organe responsable XAD). Parallèlement, les associations bernoises de fournisseurs de prestations se sont progressivement affiliées à l'organe responsable XAD. La société axsana AG mène plusieurs projets pilotes. Des travaux sur certains aspects touchant aux processus et à l'organisation de la communauté de référence (ouverture du dossier, concept de protection et de sécurité des données, certification, etc.) sont en cours. De 2012 à 2016, le canton de Zurich a investi 350 000 francs environ pour créer les conditions-cadre nécessaires à la constitution de la communauté de référence XAD (ressources en personnel et mandats externes en lien avec l'organe responsable XAD, établissement d'un cahier des charges pour l'appel d'offres, appel d'offres pour une expertise juridique, etc.). Le canton s'est engagé à participer à hauteur de 3,75 millions de francs au maximum au financement de départ pour la constitution de la communauté de référence XAD (ACE 503-2016). Il n'est pas prévu que le canton participe au financement de l'exploitation de la communauté de référence. Les fournisseurs de prestations du canton de Zurich bénéficient de conditions préférentielles lors de leur adhésion à la communauté de référence XAD d'axsana AG.
FL	La stratégie de cybersanté de la Principauté de Liechtenstein s'inspire fortement de celle de la Suisse dans le but de pouvoir garantir une interopérabilité en tout temps. En 2014, le projet a été réorganisé et l'introduction d'un dossier de santé électronique a été subdivisée en plusieurs phases. Lors de la première phase, qui a eu lieu à l'été 2017, l'eAdmission a été mise en place dans quelques cabinets médicaux pilotes et à l'Hôpital du Liechtenstein. Elle sera étendue à d'autres cabinets médicaux dans les mois à venir. Le développement d'un dossier électronique de santé (avec eMédication, carnet de vaccination électronique, portail pour les citoyens, etc.) débutera prochainement. Des bases légales pour la conservation permanente des données de santé sont en cours de préparation. La question du futur financement est étudiée dans ce cadre.

Source: CDS (2018).