



## **Consultation sur la révision partielle de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient : financement transitoire et consentement (y c. dispositions d'exécution)**

### **Prise de position de**

Nom / canton / entreprise / organisation : Société Suisse de Médecine Interne Générale  
Abréviation de l'entreprise / l'organisation : SSMIG - SGAIM  
Adresse / lieu : Monbijoustrasse 43, Postfach, 3001 Berne  
Date : 27.04.2023

### **Indications**

1. Veuillez compléter cette page.
2. Pour les commentaires sur l'ordonnance, utilisez une ligne par article.
3. Veuillez envoyer votre prise de position électronique sous forme de document Word d'ici au **2 mai 2023** à l'adresse suivante :  
[ehealth@bag.admin.ch](mailto:ehealth@bag.admin.ch) et [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

## Loi fédérale sur le dossier électronique du patient : financement transitoire et consentement (y c. dispositions d'exécution) ; RS 816.1

### Remarques générales

Le comité de la SSMIG vous remercie de lui offrir l'opportunité de participer à la consultation relative aux objets susmentionnés. En tant que professionnels de la santé, les médecins de médecine interne générale sont directement concernés par l'objet susmentionné. Ci-dessous, vous trouverez notre réponse qui s'appuie sur la position de notre organisation partenaire mfe – Médecins de famille et de l'enfance Suisse.

La numérisation de la santé de manière générale, ainsi que le dossier électronique du patient (DEP) plus particulièrement sont des thèmes importants sur lesquels les deux associations travaillent depuis de nombreuses années. La position de mfe sur l'«eHealth et le DEP» publiée en décembre 2020 ([en français](#) / [en allemand](#)), reste d'actualité.

Le projet de révision de la loi sur le dossier électronique du patient (LDEP) présenté se focalise sur deux aspects. En premier lieu, il vise à accorder un financement transitoire de maximum 30 millions (CHF 15.- par dossier ouvert) aux communautés de référence pour l'exploitation et le développement du DEP. Le financement se veut « transitoire », car une révision globale de la LDEP est prévue dans les prochains cinq ans. Cette période de cinq ans étant jugée par les autorités comme une « phase critique » pour l'introduction et la diffusion du DEP, l'objectif est de donner ce financement transitoire aux communautés de référence (mais pas aux communautés) pour ne pas perdre de temps. Deuxièmement, ce projet souhaite introduire un consentement électronique en plus de la signature manuscrite et de la signature électronique qualifiée (SEQ).

La SSMIG est convaincue que l'eHealth offre des perspectives positive pour le traitement et le suivi du patient et salue ces évolutions. Néanmoins, la numérisation de la santé réussira que si le DEP apporte une plus-value claire aux patientes et patients, ainsi qu'au corps médical. Or, les avantages du DEP pour les médecins de famille ne sont actuellement pas tangibles. Beaucoup de médecins de famille considèrent le DEP comme un instrument augmentant la charge administrative et provoquant un travail à double : intégrer les documents de la patiente / du patient dans le logiciel du médecin (dossier patient informatisé) et dans le DEP – les deux systèmes n'étant actuellement pas systématiquement liés. Par ailleurs, il ressort de l'enquête [« International Health Policy Survey \(IHP\) 2022 du Commonwealth Fund](#) (en allemand uniquement) faite auprès des médecins exerçant dans les soins médicaux de base que de plus en plus de médecins de premiers recours enregistrent les dossiers de leurs patients sous forme électronique (82%), cela dit parmi les médecins de premiers recours interrogés : 3% utilisent le DEP, 57% prévoient de se raccorder alors que 40% n'envisagent pas de le faire. L'étude montre également qu'en matière d'échange électronique (p.ex. données de laboratoire ou tableaux cliniques) avec d'autres professionnel-le-s de la santé, les médecins de premiers recours exerçant en Suisse occupent les derniers rangs en comparaison internationale. Aux yeux de la SSMIG ces résultats illustrent que pour une grande majorité des médecins de famille et pédiatres cet outil, à son stade actuel de développement, n'équivaut pas à un progrès ou un avantage qui justifierait son utilisation.

Le DEP se base sur une technologie vieille de 20 ans. Si les pouvoirs publics sont prêts à investir autant d'argent, il faudrait que la technologie en question

soit à la hauteur des technologies disponibles sur le marché, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il existe de nouveaux outils, qui seraient pertinents à développer - comme p.ex. Kaiser Permanente aux Etats-Unis : les documents et rapport sont scannés et les algorithmes permettent des propositions de diagnostics. Les solutions technologiques qui pourraient apporter une plus-value à la pratique du cabinet médical existent donc.

La SSMIG attend un outil utile à la pratique, «user friendly», dynamique, qui contienne les modules interopérables suivants : plan de soins partagés, plan de médication partagé, plan de traitement, ordonnances, radiologie et laboratoire ; et qu'il soit doté d'une nomenclature.

L'aspect financier soulève également des questions. D'une part, il s'agit d'accorder un financement transitoire de maximum 30 millions - CHF 15.- par dossier ouvert - aux communautés de référence pour l'exploitation et le développement du DEP. Néanmoins, il n'y a pas d'explications sur les besoins financiers des communautés de référence. D'autre part, l'absence de réglementation du financement du travail des médecins de famille en la matière est problématique. En effet, le raccordement au DEP pour les professionnel-le-s de la santé entraîne une charge de travail supplémentaire et des coûts, notamment en lien avec la formation des collaborateur-ice-s, des explications aux patient-e-s, le transfert des données, l'intégration des logiciels. Or, il n'y a actuellement pas de financement prévu à cet effet. La SSMIG déplore le fait que les médecins, notamment les médecins de famille, qui sont le pivot pour l'intégration des informations dans le DEP, aient été oubliés. La SSMIG demande à ce qu'un financement à cet effet fasse partie de la réglementation. Qui plus est, les médecins de famille craignent que le financement de l'exploitation du DEP soit reporté sur le corps médical ou tout autre professionnel-le de la santé (p.ex. sous la forme d'une augmentation des cotisations). Raison pour laquelle la SSMIG demande des garanties afin que cela ne puisse pas arriver.

L'aide financière prévue dans ce projet de loi n'est possible que si elle se fonde sur l'art. 117a de la Constitution et si elle est considérée comme un instrument de l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'idée d'ancrer le DEP dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) avec l'argument que cela renforce la qualité de la prise en charge médicale et des processus thérapeutiques, d'augmenter la sécurité des patients, d'accroître l'efficacité du système de santé et d'encourager le développement des compétences des patients en matière de santé est problématique. Dans l'essence, l'article 117a a pour vocation de soutenir les soins médicaux de base et notamment les médecins de famille. En partant du principe que les médecins de famille doutent sérieusement de la plus-value du DEP dans ses fonctionnalités actuelles, la SSMIG est d'avis que l'argent qui découle de l'art. 117a devrait être investi autrement, notamment dans la promotion de la relève de médecins de famille et pour le renforcement des conditions-cadres de ces professions. Le rapport explicatif revient sur les objectifs de la révision totale à venir (dans les prochains 5 ans), y figure notamment « l'obligation de s'affilier au DEP pour les professionnels de la santé du secteur ambulatoire ». Pour la SSMIG une telle disposition est inacceptable.

Dans le cas où ce projet de loi devait entrer en vigueur, la SSMIG demande un délai transitoire de plusieurs années (p.ex. 5 ans), dans le cas contraire de nombreux médecins risqueraient d'arrêter de travailler et la pénurie de médecins de famille et pédiatres déjà soutenue, ne manquerait pas de s'aggraver.

## Commentaires concernant les différents articles

| Article | Commentaire | Modification proposée |
|---------|-------------|-----------------------|
|---------|-------------|-----------------------|

|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| <p>Art. 3.1 et 1bis LDEP</p> | <p>La défense des intérêts des patients est importante pour la SSMIG, raison pour laquelle nous nous exprimons sur ce thème également. Le consentement explicite doit être donné après une information préalable sur le stockage, l'utilisation, l'échange, l'accès aux données, etc. L'information doit être fournie, tant sur le plan du contenu que sur le plan technique, de manière à ce que le patient puisse comprendre et suivre les processus dans le cadre de son droit à l'autodétermination. Il va de soi que le consentement ultérieur doit inclure la possibilité de s'y opposer. De même, le caractère volontaire du consentement est une condition sine qua non pour que le consentement soit donné.</p> <p>Nous attirons l'attention sur le fait qu'il faut régler au niveau de l'ordonnance la forme sous laquelle le consentement juridiquement valable doit être donné. Les communautés de référence ont en outre besoin d'un cadre juridique pour pouvoir être contrôlées. A cet égard, il faut tenir compte du fait que le consentement doit être vérifiable et compréhensible. Si le consentement est donné par le patient, il doit être remis au patient. Avec cette remise du consentement, il faut impérativement prévoir que le patient confirme une nouvelle fois le processus, afin de renforcer son droit à l'autodétermination (double opt-in).</p> <p>Par ailleurs, la mise en œuvre doit être la même dans tous les cantons.</p> |  |
| <p>Art. 23a LDEP</p>         | <p>Voir la remarque au sujet du rapport explicatif</p>  |  |
|                              |   |  |
|                              |   |  |
|                              |   |  |
|                              |   |  |
|                              |   |  |
|                              |   |  |
|                              |   |  |

| <b>Commentaires concernant le rapport explicatif</b>          |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <b>Page / Article</b>   | <b>Commentaire</b>  | <b>Modification proposée</b> |
| Section 7a<br>(LDEP) sur le<br>« Financement<br>transitoire » | <p>Le rapport précise que les communautés au sens de l'art. 2, let. d de la LDEP ne bénéficient en revanche d'aucune aide financière, car - contrairement aux communautés de référence - elles ne sont pas chargées d'ouvrir des dossiers de patients.</p> <p>Du point de vue de la FMH, l'exclusion des communautés du financement transitoire constitue une atteinte à l'évolution de l'économie de marché en faveur des communautés de référence. Certes, la mesure de la Confédération vise à augmenter le nombre de dossiers ouverts, mais du point de vue des patientes et des patients, le pivot des informations contenues dans un dossier est la prise en charge par le médecin de famille. Actuellement, les médecins de famille ainsi que les médecins exerçant en ambulatoire sont majoritairement raccordés au DEP dans la seule communauté certifiée existante.</p> <p>Il faut en outre tenir compte du fait que les soins ambulatoires ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales. Les cabinets de groupe ou les chaînes de cabinets peuvent se répartir sur plusieurs cantons et prendre en charge des patients de différents cantons. Il en va de même pour les établissements de santé, par exemple de réadaptation, qui sont actifs dans plusieurs cantons. L'affiliation d'un établissement de santé à plusieurs communautés de référence est inacceptable d'un point de vue organisationnel et financier.</p> |                              |
|   |   |                              |
|   |   |                              |



