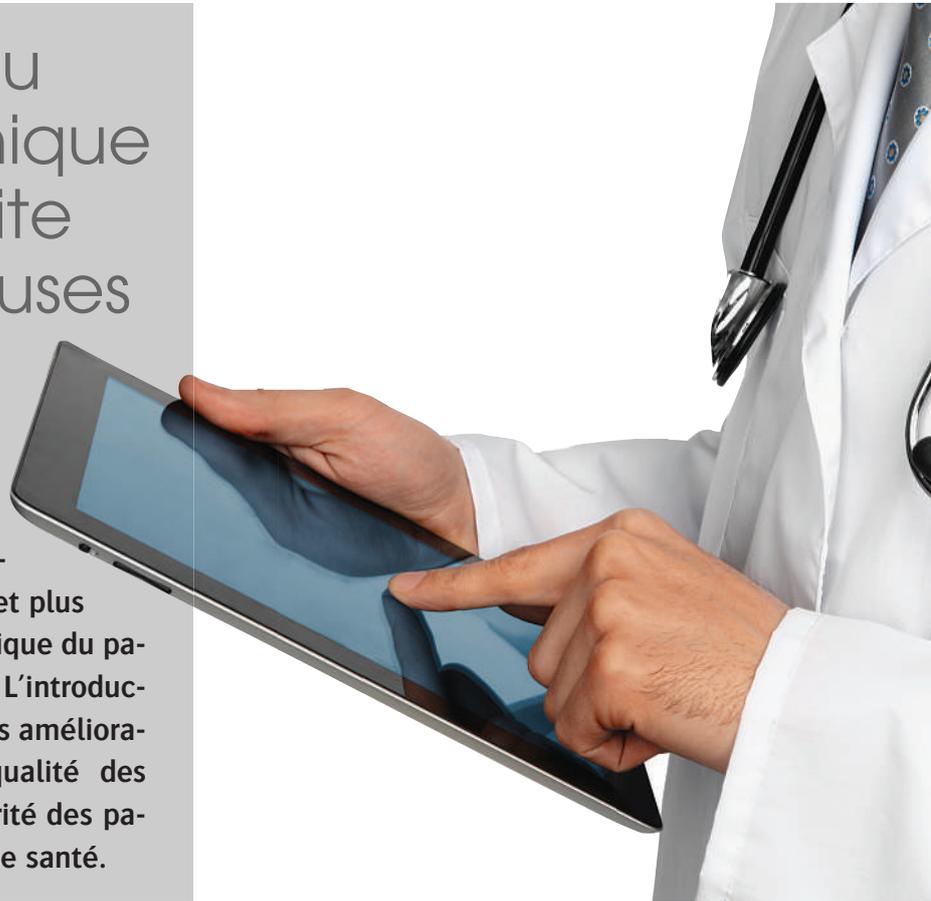


L'introduction du dossier électronique du patient suscite de très nombreuses questions

Dans le cadre de la stratégie « Santé2020 » lancée par le Conseil fédéral, la promotion des services électroniques en ligne (« CyberSanté ») et plus particulièrement du dossier électronique du patient DEP constitue un élément clé. L'introduction du DEP a pour but de réaliser des améliorations dans les domaines de la qualité des processus de traitement, de la sécurité des patients et de l'efficacité du système de santé.



L'introduction du DEP fait intervenir des conditions juridiques, organisationnelles et techniques.

A partir de l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur le dossier électronique du patient en 2017, les hôpitaux auront trois ans pour s'affilier à une communauté ou une communauté de référence certifiées. Les EMS disposeront de cinq ans, tandis que dans le domaine ambulatoire, l'affiliation sera optionnelle.

La mise en œuvre au niveau cantonal constitue la prochaine étape. Il serait utile que les cantons coordonnent les travaux pratiques. Les hôpitaux et cliniques, les EMS, les médecins, les pharmacies et les services de soins à domicile doivent participer au débat et se préparer à la mise en réseau.

Interview de SWISS REHA avec Nicolai Lütschg, directeur de la communauté de référence CyberSanté Argovie (eHealth Aargau)

Les prestataires de services stationnaires ont un certain délai pour adhérer à une communauté ou une communauté de référence. Des projets cantonaux en cours permettent de se faire une idée de la mise sur pied et de l'organisation des communautés et com-

munautés de référence. Comment les communautés de référence sont-elles financées et à quels coûts d'exploitation faut-il s'attendre ?

La Confédération a prévu un soutien financier de 30 millions de francs pour aider la création et la certification de communautés de référence au cours des trois premières années après l'entrée en vigueur de la loi. La Confédération applique le principe selon lequel elle double la contribution des cantons ou de tiers jusqu'à un montant maximal. Dès qu'une communauté ou une communauté de référence est certifiée, l'exploitation ordinaire, sans soutien de la Confédération, commence. On verra apparaître différents modèles, allant de purement cantonal à des communautés et communautés de référence complètement financées par les prestataires de services. Conformément à la loi, il n'est pas exclu que les premiers bénéficiaires de la nouvelle loi, les patientes et les patients, participent également aux coûts. A chaque communauté de référence d'analyser elle-même si une telle contribution des patients serait favorable à l'acceptation et à la diffusion du DEP ...

En 2013, le volume des coûts d'exploitation a été estimé à 1,87–3,12 millions de francs par an par la Confédération dans le message transmis au Parlement, le montant dépendant du modèle choisi. Les communautés se situeront probablement

dans le bas voire le milieu de la fourchette, les communautés de référence plutôt dans la part centrale à supérieure. Ces chiffres mettent en évidence ce qui a été confirmé en mars dans le cadre des auditions concernant les dispositions d'exécution de la LDEP, à savoir que la création et l'exploitation d'une communauté de référence est d'une grande complexité. D'une part, les coûts informatiques et les exigences d'organisation vont augmenter; les coûts des certifications, des examens réguliers et des recertifications devront probablement être revus à la hausse eux aussi. Il faut donc s'attendre à une réduction drastique des 40 communautés et communautés de référence pronostiquées à l'origine.

Les cantons peuvent-ils, quand ils passent un mandat de prestation conformément à la liste hospitalière, exiger l'adhésion à une communauté de référence cantonale ?

Tout ce qu'exige la loi, c'est de rejoindre une communauté de référence certifiée dans un délai de trois à cinq ans. Elle ne précise pas s'il doit s'agir d'une communauté de référence de la propre région.

Cette question devra être examinée de manière individuelle dans chaque canton ; elle dépend des bases légales cantonales et de l'organisation des institutions concernées.

Vu les conditions de certification très exigeantes et pas toujours simples à mettre en œuvre prévues par la LDEP, dans de nombreux cas il sera plus judicieux et avantageux de s'affilier à une communauté de référence existante plutôt que de créer sa propre communauté. Il est donc tout à fait possible que les coûts vraisemblablement élevés auront pour conséquence un renforcement des coopérations suprarégionales entre plusieurs cantons.



Beat Huwiler, directeur de SWISS REHA



Nicolai Lütschg, directeur de la communauté de référence Cyber-Santé Argovie (eHealth Aargau) et précédemment chef de projet LDEP auprès de l'Office fédéral de la santé publique OFSP

Les cliniques ayant des sites dans plusieurs cantons doivent-elles participer à une ou plusieurs communautés de référence ?

C'est aux entreprises elles-mêmes de voir au cas par cas. Actuellement, conformément aux dispositions prévues dans l'ordonnance envoyée en consultation, les professionnels de la santé et leurs institutions ont la possibilité de faire partie d'une ou de plusieurs communautés et/ou communautés de référence. Néanmoins, un ancrage régional est souhaitable vu les fonctionnalités prévues pour les patients. Par exemple, un professionnel de la santé (tel qu'un médecin dans une clinique) pourrait obtenir une autorisation d'accès : il ou elle pourrait ainsi transmettre, dans certaines conditions, certains droits d'accès au dossier à d'autres professionnels de la santé, dans le cadre des soins à domicile après la sortie de clinique. Cela peut être très utile pour les patients qui ne veulent ou ne peuvent pas gérer leur dossier électronique de manière totalement autonome.

SWISS REHA défend l'idée d'un « Minimal Data Set » à fixer pour toute la Suisse, afin d'assurer l'harmonisation et la perméabilité des systèmes.

La perméabilité et l'harmonisation, voilà bien un des objectifs principaux visés par la LDEP. On est en train d'élaborer des formats d'échange répondant à ces exigences. Ils fixent des normes techniques et sémantiques afin de simplifier la communication entre les systèmes. Au moment de l'entrée en vigueur de la LDEP et des ordonnances y afférentes, ces formats d'échange n'existeront vraisemblablement pas encore, mais la Confédération est disposée à les fournir ultérieurement. Ces formats sont élaborés directement par les prestataires de services dans le cadre du groupe de travail interprofessionnel IPAG. Les deux premiers formats en préparation concernent la cybermédication et le rapport de sortie électronique ; un « Patient Summary », donc un résumé structuré des données principales concernant une patiente ou un patient suivra (et d'autres formats aussi, bien sûr !).

Comment assurer la communication entre ou avec différentes communautés de référence — notamment du point de vue de chaînes de cliniques de réadaptation implantées dans plusieurs cantons ?

Sur le plan technique, la disponibilité des données et documents est garantie par l'échange intercommunauté prévu dans le cadre du dossier électronique du patient. Mais n'oublions pas que le dossier électronique du patient est un système secondaire n'ayant aucun impact sur la communication entre différents sites par le biais d'un système primaire commun, un système d'information clinique par exemple.