



25.082 Dossier électronique de santé. Loi fédérale
Séance de la CSSS-N des 16 et 17 avril 2026

Rapport succinct : enquêtes rétrospectives sur les charges uniques et récurrentes supportées par les fournisseurs de prestations stationnaires pour le raccordement au dossier électronique du patient (DEP)

Jusqu'à présent, les coûts supportés par les fournisseurs de prestations stationnaires pour le raccordement au DEP et l'exploitation de celui-ci n'avaient pu être estimés que grossièrement. Dans l'optique d'une analyse plus précise, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé deux études rétrospectives, qui devaient présenter les coûts uniques et récurrents que le raccordement et l'exploitation ont occasionnés pour cette catégorie de fournisseurs. Les résultats devaient être ventilés selon le type de raccordement, la taille et la nature des établissements. L'OFSP souhaite dans un premier temps informer la CSSS-N de manière confidentielle au sujet des principaux enseignements. La publication conjointe des deux études, accompagnée d'un rapport de synthèse, est prévue pour début juin 2026.

La réalisation de ces études permet en outre de satisfaire à une préconisation du Contrôle fédéral des finances (CDF). Ce dernier avait en effet recommandé à l'OFSP de réaliser un relevé systématique des charges uniques et récurrentes engendrées par la mise en place et l'exploitation du DEP dans les hôpitaux et, éventuellement, dans d'autres établissements de santé (recommandation 19265.007). Il convenait, selon cette recommandation, d'intégrer le relevé au plan de monitoring et de distinguer les différents modèles d'intégration au DEP¹.

Les résultats en bref

- » Les coûts d'exploitation et de raccordement ont été plus importants pour les hôpitaux que pour les établissements médico-sociaux (EMS).
- » Proportionnellement aux ressources, la charge a été plus élevée pour les établissements de petite taille. Les grands ont en effet bénéficié d'économies d'échelle.
- » Les coûts de raccordement résultaient majoritairement des charges internes liées aux projets informatiques.
- » Les coûts d'exploitation se composaient principalement de frais annuels.
- » Par rapport aux coûts annuels totaux des hôpitaux et des EMS, la proportion des coûts liés au DEP s'élevait à :
 - env. 0,6 % (intégration en profondeur) ou 0,3 % (portail d'accès) pour le raccordement ;
 - env. 0,2 % (intégration en profondeur) ou 0,1-0,4 % (portail d'accès) pour l'exploitation.

¹ Rapport du CDF : audit de l'introduction du dossier électronique du patient, https://www.efk.admin.ch/wp-content/uploads/publikationen/berichte/bildung_und_soZIALES/gesundHEIT/19265/19265be_endqueltige_fassung_v04.pdf (en allemand, résumé en français).

Rapport succinct du 7 avril 2026 concernant les coûts de raccordement et d'exploitation supportés par les fournisseurs de prestations stationnaires pour le DEP

1. Contexte

La loi fédérale sur le dossier électronique du patient est entrée en vigueur en 2017. Elle obligeait les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les maisons de naissance et les EMS, en tant que fournisseurs de prestations disposant d'un mandat de prestations dans le domaine stationnaire (ci-après « FP »), à s'affilier à une communauté (de référence) certifiée et à se raccorder au DEP. Les FP disposaient à cet effet d'un délai transitoire courant jusqu'à 2022 au plus tard.

La mise en œuvre de cette obligation s'est révélée hésitante : en octobre 2025, 95 % des hôpitaux et 76 % des EMS s'en étaient acquittés.

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer ce retard, notamment le manque de diffusion du DEP dans le secteur ambulatoire et la faible demande de la part de la population^{2, 3}. Les critiques portent toutefois particulièrement sur l'impossibilité de facturer les coûts de mise en place et d'exploitation.

2. Méthodologie et objectifs des enquêtes

Deux enquêtes distinctes ont eu lieu. L'une, menée conjointement par Ecoplan, la Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse et la Haute école spécialisée bernoise, portait sur les coûts supportés par les FP pour le raccordement initial au DEP. L'autre, réalisée par INFRAS, visait à déterminer les coûts d'exploitation récurrents. Ces enquêtes ont permis de collecter des **données rétrospectives et quantitatives** sur les coûts uniques et récurrents, ainsi que des **données qualitatives** sur les facteurs favorisant ou entravant le raccordement et l'exploitation. Elles ont été effectuées en octobre 2024 et de mai à juillet 2025.

Le **taux de réponse global** est très variable : seuls 130 établissements (55 hôpitaux et 75 EMS), soit environ 14 % des FP raccordés, se sont exprimés sur les coûts de raccordement, contre 40 % (419 établissements, dont 102 hôpitaux et 317 EMS) en ce qui concerne les coûts d'exploitation.

Un calage des données a permis d'obtenir des **valeurs représentatives de l'ensemble des établissements interrogés**. Toutefois, seule l'enquête sur les coûts d'exploitation a pu, grâce à un taux de réponse plus élevé, distinguer les établissements en fonction de leur taille. Au vu de la prédominance des établissements alémaniques dans l'échantillon, les données n'ont pas pu être ventilées par région linguistique.

La conception de l'étude autorise uniquement des analyses et des conclusions rétrospectives. **En outre, la nouvelle loi fédérale sur le dossier électronique de santé (LDSan) apportera des adaptations structurelles fondamentales et créera des synergies avec l'Espace suisse des données de santé (SwissHDS). Les résultats ne permettent donc aucune prévision quant à l'évolution des coûts de raccordement et d'exploitation.**

3. Résultats quantitatifs des enquêtes

Parmi les FP, 5 % utilisaient activement le DEP (20 % des hôpitaux et 1 % des EMS). On observe que l'utilisation était quatre fois plus fréquente lorsque les systèmes primaires étaient intégrés en profondeur au DEP. C'était toutefois le cas pour seulement 22 % des hôpitaux et 2 % des EMS. Le nombre médian de collaborateurs ayant accès au DEP se situait entre 4 et 20 par établissement.

² Cf. [Baromètre suisse de la cybersanté 2023](#) (professionnels de la santé et population ; en allemand).

³ Cf. [Rapports d'évaluation sur les services de santé \(admin.ch\)](#) > 2017-2023 Évaluation formative de la mise en œuvre de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP).

3.1 Coûts de raccordement au DEP pour les fournisseurs de prestations stationnaires

Les coûts de raccordement résultaient principalement des achats informatiques, des prestations de conseil externes et de la conduite du projet. Ils variaient fortement en fonction des paramètres suivants :

- » **Forme du raccordement.** L'intégration en profondeur coûtait environ deux fois plus cher que le recours à un portail d'accès.
 - 2318 francs contre 1177 francs par lit (médiane, hôpitaux)
- » **Type d'établissement.** Dans le cas du recours à un portail d'accès, les hôpitaux ont dépensé trois fois plus que les EMS.
 - 1177 francs contre 354 francs par lit ou par place (médiane)

3.2 Coûts d'exploitation du DEP pour les fournisseurs de prestations stationnaires

Les coûts d'exploitation sont restés stables au fil des années et découlaient principalement des frais annuels⁴. Ils étaient couverts par les budgets courants et variaient fortement selon les paramètres suivants :

- » **Forme du raccordement.** Le coût de l'intégration en profondeur dépassait de près d'un tiers celui du portail d'accès.
 - 665 francs contre 505 francs par an et par lit (médiane, hôpitaux)
- » **Type d'établissement.** Dans le cas du recours à un portail d'accès, les hôpitaux ont dépensé 4 à 7 fois plus que les EMS.
 - 505 – 1619 francs contre 118 – 220 francs par an et par lit ou place (hôpital vs EMS, corrélation négative avec la taille de l'établissement, valeurs médianes, cf. figure 2)
 - On constate des **effets d'économie d'échelle**, qui **dépendent de la taille** de l'établissement. Les coûts variaient 11 fois plus entre les hôpitaux qu'entre les EMS (amplitude de 1114 francs contre 102 francs par an et par lit ou place ; valeurs médianes).

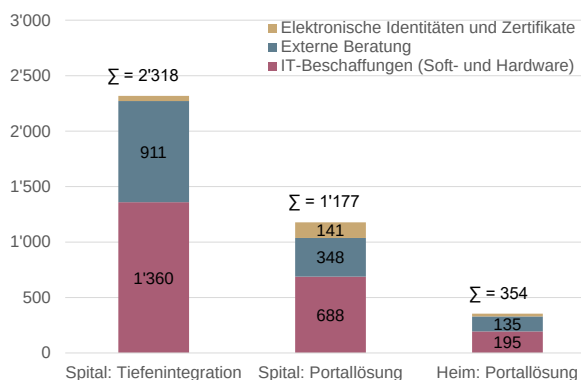


Figure 2 : Coûts totaux du raccordement au DEP, selon le type de FP et la forme du raccordement. Médiane en francs, normalisée par lit ou par place.

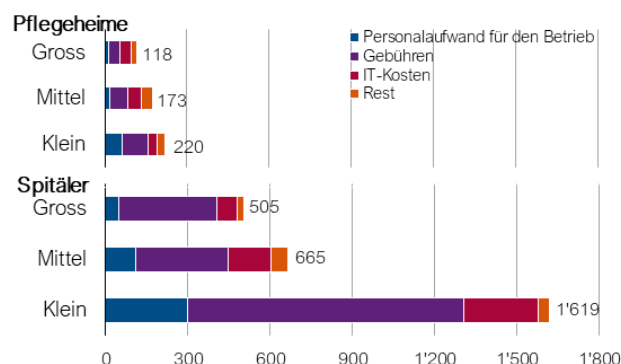


Figure 1 : Coûts d'exploitation en cas de recours à un portail d'accès, médiane en francs par lit ou par place.

Petits : < 50 lits/places ; nombre de FP* : n = 53 (EMS), n = 12 (hôpitaux). Moyens : 50-125 lits/places ; nombre de FP* : n = 94 (EMS), n = 19 (hôpitaux). Grands : > 125 lits/places ; nombre de FP* : n = 31 (EMS), n = 31 (hôpitaux). * Nombre de FP ayant fourni des indications sur au moins une des catégories de coûts.

3.3 Frais uniques et récurrents⁵

Seules deux communautés de référence ont indiqué facturer des frais pour le raccordement. Elles ont jugé surévalués les coûts rapportés par les PF, compris entre 21 et 133 francs par lit ou par place, mais sans les corriger explicitement.

Toutes les communautés de référence perçoivent des frais annuels. Les montants indiqués diffèrent fortement entre les communautés de référence, mais aussi en fonction du type et de la taille de l'établissement. Ces frais représentaient le coût récurrent le plus important pour les FP.

⁴ P. ex. des frais versés aux communautés (de référence) et de ceux liés aux identités électroniques et aux certificats.

⁵ Note : seuls des représentants de communautés de référence étaient disponibles pour les entretiens réalisés dans le cadre des études. C'est pourquoi ces deux paragraphes emploient l'expression « communautés de référence » plutôt que « communautés (de référence) ».

4. Facteurs favorables et défavorables

- » Le **soutien cantonal** parfois apporté pour le paiement des frais aux communautés (de référence) était un facteur d'influence très positif. Par exemple, les membres de CARA ne paient des frais que s'ils sont situés en dehors de rayons d'activité définis, car plusieurs cantons romands prennent en charge ces coûts.
- » **Les projets de raccordement** n'étaient pas de nature purement informatique. Ils ont duré deux ans (médiane), ont nécessité beaucoup de ressources et un important travail de formation. On remarque que les éditeurs de logiciels étaient peu désireux de proposer des solutions automatisées pour l'interfaçage avec le DEP.
- » Parmi les **principaux obstacles**, on peut citer le manque de diffusion du DEP et de normes contraignantes pour la mise en œuvre technique, le financement et la conception centrée sur l'utilisateur (données structurées, possibilités de recherche et d'analyse, application mobile centralisée). Des améliorations seraient nécessaires pour apporter une vraie plus-value au quotidien : la participation obligatoire de tous les FP, une communication claire sur les avantages du DEP et une conduite renforcée de la part de l'OFSP.
- » Des **surcoûts** sont apparus en raison de la complexité des procédures d'enregistrement pour les professionnels, des licences à payer pour les solutions d'authentification et du manque d'interopérabilité avec les systèmes primaires. En outre, la protection des données et la cybersécurité étaient source de préoccupations, de même que la situation de concurrence avec les portails internes destinés aux patients.
- » On note des **gains d'efficacité** lorsque le projet bénéficiait d'un accompagnement externe ou d'une coordination avec d'autres établissements. De plus, la présence de petites équipes dédiées au DEP et de compétences sur le sujet au sein du personnel avait pour effet de ménager les ressources et d'améliorer la qualité des processus.
- » Le **choix de la communauté (de référence)** a revêtu une importance stratégique. Les offres de formation en ligne associées et le support technique ont en outre été jugés utiles. Les changements ultérieurs de communauté (de référence) ont engendré une charge de travail et des dépenses importantes.

Les **changements de plateforme** ont eu des incidences variables sur les coûts uniques et récurrents : la **reprise** d'axsana SA (communauté de référence XAD) par la Poste, en septembre 2022, a retardé d'environ 10 mois les projets de raccordement au DEP et entraîné des surcoûts de 16 500 francs en moyenne.

La **fusion** d'eSanita avec emedo a permis de réduire les frais récurrents de 10 %.

5. Conclusion et limites

Les enquêtes présentées ici et l'analyse des résultats permettent de disposer pour la première fois de données sur les coûts uniques et récurrents, l'utilisation du DEP et les expériences vécues sur le terrain.

Le paysage du DEP s'est révélé très dynamique et a déjà connu des changements significatifs depuis la réalisation des enquêtes. Par exemple, le nombre de DEP dans la population a plus que doublé entre-temps. Le nombre de FP raccordés a aussi augmenté de 25 % environ³. Les communautés (de référence) ont, quant à elles, vu leur nombre passer de huit à quatre en raison de plusieurs fusions.

Les **constatations** suivantes peuvent être **déduites** des données maintenant disponibles sur les FP stationnaires :

- » **Les coûts d'exploitation et de raccordement ont été plus élevés pour les hôpitaux que pour les EMS.**
- » **Proportionnellement aux ressources, la charge a été plus élevée pour les établissements de petite taille. Les grands ont en effet bénéficié d'économies d'échelle.**
- » **Les coûts de raccordement résultaient majoritairement des charges internes liées aux projets informatiques.**
- » **Les coûts d'exploitation se composaient principalement de frais annuels.**

Par rapport aux coûts annuels totaux des hôpitaux et des EMS, la proportion des coûts liés au DEP s'élevait à :

- » env. 0,6 % (intégration en profondeur) ou 0,3 % (portail d'accès) pour le raccordement ;
- » env. 0,2 % (intégration en profondeur) ou 0,1-0,4 % (portail d'accès) pour l'exploitation.

Si le DEP recelait des avantages potentiels pour les FP, il affichait un **bilan coûts-bénéfices négatif** au moment des enquêtes, raison pour laquelle il a été jugé insatisfaisant. Le faible nombre de dossiers ouverts et l'absence d'utilisation dans le secteur ambulatoire ont considérablement restreint l'utilité du DEP dans le domaine stationnaire. Les grands investissements, par exemple pour une intégration en profondeur, ont donc été évités, et les accès au DEP limités.

Les FP ont majoritairement choisi de recourir à un portail d'accès pour s'acquitter de leur obligation légale. Minimaliste et peu coûteuse, cette approche a toutefois **entravé** l'intégration du DEP dans le quotidien des professionnels de la santé et affecté négativement son utilisation. En outre, les investissements dans cette solution peu viable à long terme ont tout de même représenté des sommes non négligeables.

Plusieurs **limites** sont à signaler concernant l'interprétation des résultats quantitatifs :

- » Une part significative des indications se fonde sur des estimations plutôt que sur des données de routine. La présence de doublons n'est donc pas exclue.
- » En raison de la forte variabilité des taux de réponse, parfois faibles et présentant des écarts importants entre les enquêtes, les différenciations souhaitées n'ont pas toujours été possibles.

Les études se concentraient explicitement sur une analyse rétrospective. Leurs résultats ne sauraient donc être transposés au projet de LDSan, qui comporte en effet des adaptations structurelles fondamentales, sans compter le net élargissement des fonctionnalités prévu dans le cadre du programme DigiSanté⁶.

⁶ Cf. à ce sujet : [DigiSanté : promouvoir la transformation numérique du système de santé](#) > Espace suisse des données de santé (SwissHDS).