



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Session de printemps 2024 – n° 1

# H+ RÉTROSPECTIVE DE LA SESSION



## SOMMAIRE

- 2 **Aperçu | Position de H+**
- 3 **Dossier électronique du patient | Révision partielle de la loi sur le DEP adoptée**
- 4 **Numérisation | Le Conseil fédéral alloue des fonds pour DigiSanté**
- 5 **Questions tarifaires | La rémunération des frais d'interprétariat n'est toujours pas réglée de manière uniforme**

# Position de H+



## Financement transitoire pour le DEP adopté

Le Parlement envoie un signal clair: en dépit des mauvaises langues qui voulaient déjà faire passer le Dossier électronique du patient par pertes et profits, la révision de la loi sur le DEP se poursuit activement. La révision partielle constitue une base importante pour la révision globale prévue de la loi sur le DEP. Toutefois, il faudra attendre la révision complète pour savoir si le DEP est adapté à l'avenir.

## DigiSanté est sur la bonne voie

Les progrès dans la numérisation sont inéluctables et leur potentiel bénéfique est également énorme pour les hôpitaux. Les solutions numériques peuvent, à moyen terme, accroître l'efficacité et améliorer la sécurité des patient-e-s. Avec le crédit de 400 millions accordé à Digi-Santé, un premier pas important a été franchi. Cependant, cela seul ne suffira pas à couvrir les coûts d'investissement nécessaires. Il serait regrettable que le projet échoue faute de moyens financiers suffisants. Le Conseil des États est donc invité à améliorer le financement.



## Services d'interprétariat: les partenaires tarifaires sont appelés à agir

En principe, il convient d'accepter l'argument selon lequel l'autonomie tarifaire devrait, dans la mesure du possible, prévaloir sur la réglementation légale. Aujourd'hui déjà, les hôpitaux et les cliniques font appel à des interprètes lorsque cela est nécessaire pour bien prendre en charge les patient-e-s. Cependant, d'un point de vue médico-éthique, une obligation de remboursement des services d'interprétariat à l'échelle nationale en Suisse aurait été la bienvenue. Cela aurait assuré une communication adéquate à tout moment avec les patient-e-s sourd-e-s ou de langue étrangère, dans l'intérêt de la qualité des soins et de la sécurité des patient-e-s. Les partenaires tarifaires sont donc appelés à garantir l'égalité d'accès de toutes et tous à un système de santé de haute qualité.

# Révision partielle de la loi sur le DEP adoptée

Le Parlement envoie un signal clair: la révision de la loi sur le DEP doit avancer rapidement. Avec le financement transitoire, tel qu'il est prévu dans la révision partielle adoptée, les Chambres fédérales ont créé une base importante à cet effet.

La proposition (23.061) adoptée lors de la session de printemps 2024 comprend un financement transitoire en faveur des communautés de base, de nouvelles possibilités pour l'ouverture d'un dossier électronique du patient et l'accès des cantons au service de consultation des établissements de santé et des professionnel·le·s de la santé. Les points concrets suivants ont été adoptés par le Parlement:

- Il devrait s'écouler environ cinq ans avant l'entrée en vigueur de la révision complète de la loi sur le DEP. Ce délai doit être couvert par un financement transitoire des communautés de base. Il est prévu que la Confédération puisse allouer un montant de 30 francs par DEP ouvert à la communauté de base, si les cantons participent dans la même mesure. Le plafond de dépenses s'élève à 30 millions de francs au maximum pour une durée maximale de 5 ans.
- D'autres formes de consentement électronique doivent permettre de simplifier le processus d'ouverture d'un DEP.
- Le libre choix d'une communauté de base est garanti.
- Les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux ainsi que les prestataires de soins ambulatoires nouvellement agréés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont déjà tenus, en vertu de la LAMa, de s'affilier à une communauté certifiée ou à une communauté de base. Afin que les cantons puissent vérifier de manière simplifiée le respect de cette obligation, l'accès au service de consultation des établissements de santé et des professionnel·le·s de la santé doit leur être accordé.

Le Conseil national aurait souhaité inclure les dispositions suivantes, selon la décision prise lors de la session d'hiver 2023:

- Des aides financières auraient dû être spécifiquement destinées à améliorer l'utilisation des dossiers existants, notamment pour l'intégration des prestataires de services.
- La participation des cantons aurait dû, comme celle de la Confédération, être inscrite sous forme d'un montant fixe par DEP ouvert pour une personne domiciliée dans le canton, indépendamment de la communauté de base où cette dernière a ouvert son dossier.

- Conformément aux dispositions transitoires, tous les prestataires de services auraient dû rejoindre une communauté ou une communauté de base certifiée dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur de la modification de la loi. Des sanctions auraient dû être prises en cas de non-respect de l'obligation de raccordement et de l'obligation d'enregistrement des données dans le DEP.

Lors de la session de printemps 2024, le Conseil des Etats n'a rien voulu savoir de toutes ces dispositions. Il a notamment rejeté à ce stade une obligation d'affiliation pour tous les prestataires de soins. Cette question sensible ne devrait être clarifiée que dans le cadre de la révision complète de la LDEP, selon son argumentation. Lors de la conférence de conciliation, la version du Conseil des Etats s'est imposée sur toute la ligne. Le Conseil national s'y est rallié, mais de très peu, avec seulement une voix de différence.

De l'avis de H+, l'adoption de la révision partielle est à saluer. Cependant, le rejet des dispositions supplémentaires envisagées par le Conseil national est une déception. En particulier, il est choquant de constater que l'obligation de raccordement ne s'applique toujours pas à tous les prestataires de soins. Le versement d'aides financières supplémentaires pour l'intégration des fournisseurs de prestations aurait en outre constitué un véritable progrès. Jusqu'à présent, les hôpitaux ont assumé le raccordement obligatoire au DEP par leurs propres moyens, c'est-à-dire avec des ressources financières principalement générées par les prestations de l'AOS. Ce travail considérable ne sera toujours pas compensé par des avantages significatifs. C'est pourquoi la période de cinq ans jusqu'à la mise en place d'un financement durable doit être considérée comme «critique», non seulement pour les communautés de base, mais aussi pour les hôpitaux. Il reste à voir comment les aides financières décidées seront concrètement mesurées et réparties.

**Etat des délibérations: le dossier est classé.**



Position de H+

## Financement transitoire pour le DEP adopté

Le Parlement envoie un signal clair: en dépit des mauvaises langues qui voulaient déjà faire passer le Dossier électronique du patient par pertes et profits, la révision de la loi sur le DEP se poursuit activement. La révision partielle constitue une base importante pour la révision globale prévue de la loi sur le DEP. Toutefois, il faudra attendre la révision complète pour savoir si le DEP est adapté à l'avenir.

# Le Conseil fédéral alloue des fonds pour DigiSanté

Avec DigiSanté, la Confédération veut faire avancer la numérisation dans le secteur de la santé. Les systèmes doivent notamment être mieux mis en réseau afin d'éviter la saisie répétée des mêmes données. Le Conseil national a approuvé un crédit d'engagement de 400 millions de francs. La balle est maintenant dans le camp du Conseil des Etats.

Le programme de promotion de la transformation numérique dans le domaine de la santé (DigiSanté, [23.076](#)) comprend une cinquantaine de projets et s'étend sur dix ans, de début 2025 à fin 2034. En collaboration avec les parties prenantes, DigiSanté doit favoriser la mise en œuvre de l'espace suisse des données de santé afin d'améliorer la qualité des traitements, l'efficacité, la transparence et la sécurité des patient-e-s et de renforcer la recherche. Les points clés du programme sont la standardisation des données, la collecte unique d'informations (once-only) et la compatibilité des systèmes informatiques.

Pour que DigiSanté soit un succès, il est nécessaire de prioriser clairement les initiatives selon le principe «First Things First», en impliquant les acteurs-trices concerné-e-s. L'utilité escomptée pour les acteurs-trices et les patient-e-s est déterminante pour la définition des priorités. Le Conseil national a reconnu cette nécessité et a complété le projet du Conseil fédéral en conséquence.

H+ salue DigiSanté ainsi que les compléments apportés par le Conseil national. Une autre condition pour le succès du programme est une gestion de projet forte et transparente, dotée des ressources nécessaires. Le projet «Séjours stationnaires en hôpitaux» (SpiGes) sert de modèle, car il comprend tous les éléments essentiels de DigiSanté et génère des bénéfices rapides. SpiGes doit donc être priorisé.

Avec DigiSanté, les prestataires de soins devront faire face à des coûts supplémentaires imprévisibles. Ils devront consentir d'énormes investissements en personnel et en infrastructure, dont le financement n'est pas encore été clarifié. En effet, les investissements et les innovations nécessaires ne peuvent pas être inclus dans les tarifs existants. Dans ce contexte, le crédit d'engagement de 400 millions de francs suisses est probablement sous-estimé.

**Etat des délibérations: le projet passe en commission du Conseil des Etats.**



Position de H+

## DigiSanté est sur la bonne voie

Les progrès dans la numérisation sont inéluctables et leur potentiel bénéfique est également énorme pour les hôpitaux. Les solutions numériques peuvent, à moyen terme, accroître l'efficacité et améliorer la sécurité des patient-e-s. Avec le crédit de 400 millions accordé à DigiSanté, un premier pas important a été franchi. Cependant, cela seul ne suffira pas à couvrir les coûts d'investissement nécessaires. Il serait regrettable que le projet échoue faute de moyens financiers suffisants. Le Conseil des États est donc invité à améliorer le financement.

# La rémunération des frais d'interprétariat n'est toujours pas réglée de manière uniforme

Le Conseil national a refusé de créer une base légale pour une obligation de remboursement uniforme au niveau national des frais d'interprétariat dans le cadre des prestations de santé, afin de garantir une communication optimale entre les patient-e-s et les méde-

La motion [23.3673](#) du conseiller aux Etats Damian Müller (LU, PRD) voulait charger le Conseil fédéral de créer une base légale pour une obligation de remboursement uniforme au niveau national des frais d'interprétariat dans les prestations de santé. L'objectif: garantir une bonne compréhension entre les patient-e-s et les fournisseurs de prestations médicales.

Au Conseil des États, Müller a souligné à juste titre que les personnes de langue étrangère ou sourdes dépendent des services d'interprétariat pour accéder aux services médicaux. Toute la population doit avoir accès à des soins de santé de qualité. Les difficultés de communication peuvent entraîner une sur ou sous-utilisation et générer des coûts dépassant les dépenses directes pour les services d'interprétariat. Le Conseil des États a suivi le motionnaire avec l'approbation de presque tous les partis et a adopté sa proposition.

Cependant, selon le Conseil fédéral, il incombe aux partenaires tarifaires de fixer les tarifs des services d'interprétariat. Il ne devrait pas être nécessaire d'intervenir avec un changement législatif chaque fois que les partenaires tarifaires ne trouvent pas de solution. C'est une question de

principe. La Commission de la santé et des affaires sociales du Conseil national (CSSS-CN) a adopté cette interprétation et a recommandé au plénum de rejeter la motion. Le Conseil national l'a suivi avec 99 voix contre 74 et 11 absentions. La motion est donc rejetée.

En outre, d'autres raisons ont également motivé la décision de la chambre basse. Le financement des services d'interprétariat rendrait le système de santé inutilement plus coûteux. Les patient-e-s concerné-e-s sont libres de consulter des médecins ayant les compétences linguistiques nécessaires. Elles et ils peuvent également être accompagnés de proches et de personnes aidantes pour réduire les barrières linguistiques. De plus, il a été fait valoir que la numérisation et l'intelligence artificielle permettent de se passer de services d'interprétariat professionnels.

**Etat des délibérations: le dossier est classé.**



**Position de H+**

## Services d'interprétariat: les partenaires tarifaires sont appelés à agir

En principe, il convient d'accepter l'argument selon lequel l'autonomie tarifaire devrait, dans la mesure du possible, prévaloir sur la réglementation légale. Aujourd'hui déjà, les hôpitaux et les cliniques font appel à des interprètes lorsque cela est nécessaire pour bien prendre en charge les patient-e-s. Cependant, d'un point de vue médico-éthique, une obligation de remboursement des services d'interprétariat à l'échelle nationale en Suisse aurait été la bienvenue. Cela aurait assuré une communication adéquate à tout moment avec les patient-e-s sourd-e-s ou de langue étrangère, dans l'intérêt de la qualité des soins et de la sécurité des patient-e-s. Les partenaires tarifaires sont donc appelés à garantir l'égalité d'accès de toutes et tous à un système de santé de haute qualité.