ECOPLAN Forschung und Beratung in Wirtschaft und Politik

Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Wirtschaft

INFRAS DENKEN ÜBER MORGEN

Projet de rapport de synthèse – 28.4.2026

Rapport de synthèse sur les coûts de raccordement et d'exploitation du DEP pour les fournisseurs de prestations stationnaires

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique

Impressum

Proposition de citation

Auteurs :	Ecoplan / BFH / FHNW / INFRAS
Titre :	Rapport de synthèse sur les coûts ede raccordement et d'exploitation du DEP pour les fournisseurs de prestations stationnaires
Mandant :	Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Lieu :	Berne
Date :	28.4.2026

Groupe de pilotage

OFSP : Nassima Wyss-Mehira (présidence), Lorena Kegel (vice-présidence)

CDS : Kosta Shatrov

H+ : Pascal Besson

CURAVIVA : Anna Jörger

Groupe de suivi

eHealth Suisse : Julia Müllner

IGGH CH : Heinz Wyler

FMH : Esther Kraft

VLSS : Michaela Petre (STGAG)

Unimedsuisse : Stéphane Spahni (HUG), Alexander Kappes (USB)

Hôpitaux cantonaux/centres hospitaliers : Carlos Garcia (EOC), Manuela Kasecker (Centre hospitalier de Bienne)

Cliniques de réadaptation : Christian Madoery (*Rehaklinik Bellikon*)

Cliniques psychiatriques : Annette Gretler (PUKZH)

Établissements médico-sociaux : Yvan Margelisch (*IT SLD Solutions*), Sonja Hanrdmeier (*Pflegeheim St. Othmar SG*)

Équipe de projet

Ecoplan : Eliane Kraft, Renata Josi
Haute école spécialisée bernoise (BFH), Institut d'informatique médicale : Sang-Il Kim
Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW), *Hochschule für Wirtschaft*, Institut ICC : Tobias Schoch, Roman Müller
INFRAS : Anna Vettori

Les avis exprimés dans le présent rapport sont ceux de l'équipe de projet et ne reflètent pas nécessairement l'opinion du mandant ou des organes de suivi.

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Berne
Tél. +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Höfligasse 3
CH - 6460 Altdorf
Tél. +41 41 872 10 60

Table des matières

L'essentiel en bref **2**

Glossaire **4**

1 Introduction **5**

1.1 Contexte 5

1.2 Objectifs et questions de recherche des deux études 6

1.3 Méthodologie 6

1.4 Limites 7

2 Principaux résultats des deux études **8**

2.1 Choix des options de raccordement et motivations 8

2.2 Coûts de raccordement pour les fournisseurs de prestations stationnaires 9

2.3 Coûts d'exploitation pour les fournisseurs de prestations stationnaires 11

2.4 Utilisation du DEP au quotidien 13

2.4.1 Facteurs d'incitation à l'utilisation du DEP 15

2.4.2 Facteurs de dissuasion pour l'utilisation du DEP 15

3 Potentielles répercussions financières du projet actuel de LDSan pour les fournisseurs de prestations **17**

3.1 Mise en perspective 17

3.2 Aperçu des potentielles répercussions financières 18

4 Conclusion **20**

Bibliographie **21**

L'essentiel en deux pages

Le présent rapport de synthèse résume les résultats de deux enquêtes rétrospectives sur les coûts de raccordement et d'exploitation du dossier électronique du patient (DEP) menées auprès des fournisseurs de prestations stationnaires. Il contient des estimations des auteurs quant aux potentielles répercussions financières de la nouvelle loi fédérale sur le dossier électronique de santé (LDSan) pour les fournisseurs de prestations.

Raccordement

Depuis avril 2020, les hôpitaux suisses sont tenus de se raccorder au DEP. Les établissements médico-sociaux (EMS) et les maisons de naissance sont soumis à cette obligation depuis avril 2022. Aujourd'hui, 95 % des hôpitaux et 76 % des EMS sont raccordés au DEP.
Plus de 90 % des fournisseurs de prestations stationnaires y sont raccordés via un portail d'accès qui nécessite un téléchargement manuel de documents vers le DEP ou à partir de celui-ci. L'intégration en profondeur, plus complexe, qui permet un téléchargement automatique, est surtout présente dans les hôpitaux – plus précisément dans un hôpital sur cinq.

Coûts du DEP

Pour les hôpitaux, les **coûts de raccordement** liés aux achats et au conseil externe s'élèvent en moyenne à 1177 francs par lit (portail d'accès) et à 2318 francs par lit (intégration en profondeur). Pour les EMS (portail d'accès), les coûts de raccordement par place, fixés à 354 francs, sont nettement inférieurs, ce qui s'explique notamment par la complexité moindre des systèmes primaires et par des prestations de conseil moins onéreuses. En ce qui concerne les coûts de raccordement, les dépenses liées aux achats informatiques constituent le poste budgétaire le plus important, suivies des frais liés aux prestations de conseil externes (dans le domaine informatique, mais aussi en matière de processus).

En ce qui concerne les **coûts d'exploitation** du DEP, les cotisations (notamment les cotisations annuelles pour l'affiliation à une communauté [de référence]) constituent le poste de dépenses le plus important, suivies des charges de personnel internes liées à l'exploitation technique et organisationnelle du DEP. Toujours pour les coûts d'exploitation, ceux des EMS sont nettement inférieurs à ceux des hôpitaux. De plus, on observe des économies d'échelle significatives : les grands établissements affichent des coûts par lit ou par place inférieurs à ceux des petits établissements. Les coûts d'exploitation médians passent de 1619 francs par lit dans les petits hôpitaux à 665 francs dans les hôpitaux de taille moyenne et à 505 francs dans les grands hôpitaux. On observe la même tendance dans les EMS, toutefois à un niveau de coûts inférieur.

Utilisation du DEP

Malgré un degré élevé de raccordement formel, le DEP reste aujourd'hui très peu utilisé dans la pratique clinique quotidienne : à peine 20 % des hôpitaux l'utilisent activement, un chiffre qui ne dépasse guère 1 % dans les EMS. Les établissements ayant mis en place une intégration en profondeur utilisent certes nettement plus souvent le DEP que ceux ayant opté pour un portail d'accès, mais cette proportion reste faible (18 % contre 4,4 %). Les principaux obstacles

cités sont le faible nombre de DEP ouverts au sein de la population, le manque d'interopérabilité avec les systèmes primaires existants et un mauvais rapport coût-efficacité.

Répercussions financières potentielles de la LDSan pour les fournisseurs de prestations

À la lumière des résultats de leurs études sur les coûts de raccordement et d'exploitation, les auteurs ont examiné les répercussions possibles du projet actuel de LDSan sur les coûts des fournisseurs de prestations stationnaires et ambulatoires. Il convient toutefois de souligner que les considérations qui suivent reflètent une **vision très limitée**, en ce sens qu'elles se concentrent exclusivement sur les répercussions financières pour les fournisseurs de prestations, faisant abstraction des conséquences financières pour la Confédération, les cantons et les autres acteurs concernés, ainsi que des avantages du projet de loi. Il est évident que ce dernier aborde bel et bien plusieurs points critiques du DEP actuel, qui se reflètent également dans les résultats de l'étude (notamment la faible diffusion du DEP au sein de la population et l'absence de participation des fournisseurs de prestations ambulatoires au DEP).

Le projet de LDSan du 5 novembre 2025 devrait entraîner aussi bien des coûts supplémentaires que des économies pour les fournisseurs de prestations :

- Pour les fournisseurs de prestations ambulatoires, désormais tenus de se raccorder au DEP, cette obligation se traduit par des coûts de raccordement correspondants.
- Même pour les fournisseurs de prestations déjà raccordés au DEP, le nouveau système d'information harmonisé devrait probablement se traduire par des coûts d'investissement supplémentaires.
- À l'inverse, divers autres aspects du projet devraient faire baisser les coûts d'exploitation pour les fournisseurs de prestations. À cet égard, les cantons jouent un rôle essentiel : en fonction de leur participation aux coûts d'exploitation du système d'information et de la communauté active sur leur territoire cantonal, les fournisseurs de prestations doivent s'acquitter de frais plus ou moins élevés sous forme d'émoluments.

Glossaire

Communautés (de référence)	Les communautés de référence sont des fournisseurs de DEP certifiés. Ces fournisseurs sont des groupements organisés sur le plan technique réunissant des professionnels de la santé et leurs établissements. Ils proposent le DEP via leur plateforme. Les communautés sont également des fournisseurs de DEP certifiés. Contrairement aux communautés de référence, la population ne peut ni y créer ni y gérer un DEP (p. ex. gérer les droits d'accès). Seuls les professionnels de la santé raccordés et leurs établissements peuvent importer des données médicales dans des dossiers existants ou les consulter, à condition de disposer des droits d'accès nécessaires. Le projet actuel de nouvelle loi fédérale sur le dossier électronique de santé (LDSan) ne prévoit plus que des communautés, supprimant de facto la distinction qui existait jusqu'à présent entre les communautés de référence et les communautés.
Identité électronique	Une identité électronique permet d'identifier les personnes sur Internet de manière sûre et univoque. Selon la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), toutes les personnes qui participent au dossier électronique du patient (DEP) doivent disposer d'une identité électronique certifiée conformément à la LDEP – cela vaut pour les patients, les professionnels de la santé, le personnel auxiliaire et les représentants.
Intégration en profondeur	Les professionnels de la santé peuvent télécharger directement et automatiquement des informations ou des documents utiles au traitement depuis leur propre système primaire vers le DEP, ou inversement, depuis le DEP vers leur propre système informatique. Ce type de raccordement nécessite une intégration technique avec des interfaces entre la plateforme DEP de la communauté (de référence) et le système primaire de l'entité.
Portail d'accès	Les professionnels de la santé se connectent au portail web de la communauté (de référence) à l'aide d'un terminal (p. ex. un PC ou un ordinateur portable) afin de consulter ou de télécharger des documents dans le DEP des patients ou des résidents. Le téléchargement s'effectue manuellement. Ce type de raccordement ne nécessite pas d'intégration technique, ou seulement une intégration minimale.
SwissHDS[1]	L'Espace suisse des données de santé (SwissHDS), en cours de développement, est un projet de DigiSanté, le programme visant à promouvoir la transformation numérique du système de santé. Il constitue un espace structuré, sécurisé et d'intérêt général dédié à l'échange et à l'utilisation des données de santé en Suisse.
Systèmes primaires	Les systèmes primaires désignent les systèmes informatiques internes dans lesquels sont gérés, à l'hôpital, le dossier médical informatisé interne et, en EMS, la documentation électronique interne relative aux soins. Ces systèmes informatiques internes constituent la base principale de toutes les décisions relatives aux traitements. À l'inverse, le dossier électronique du patient est considéré comme un 'système secondaire', qui doit uniquement servir de source et de support d'archivage pour des données médicales supplémentaires.

[1] Office fédéral de la santé publique (2026)

1 Introduction

1.1 Contexte

La mise en place du dossier électronique du patient (DEP) a marqué une étape clé dans la numérisation du système de santé suisse. Selon la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), tous les hôpitaux de Suisse sont tenus, depuis avril 2020, de se raccorder au DEP. Les EMS et les maisons de naissance sont soumises à cette obligation depuis avril 2022. Le DEP vise à contribuer de manière significative à la coordination des soins et au renforcement de la collaboration entre les professionnels de la santé. L'objectif est d'améliorer ainsi la qualité des traitements et la sécurité des patients tout en réalisant indirectement des économies grâce à des gains d'efficience[2].

Aujourd'hui, 95 % des hôpitaux et 76 % des EMS sont raccordés au DEP[3]. Force est donc de constater un certain retard dans la mise en œuvre de cette obligation, et ce, pour diverses raisons. Outre les défis techniques et organisationnels, ce sont surtout les incertitudes concernant les coûts et le financement des dépenses liées au raccordement qui provoquent des retards. On constate également un manque de données fiables sur les coûts supportés par les fournisseurs de prestations stationnaires pour le raccordement au DEP et l'exploitation de celui-ci.

En 2020, le Contrôle fédéral des finances a mené un audit sur l'introduction du DEP : dans son rapport, il a recommandé à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de réaliser un relevé systématique des **coûts ponctuels** et **récurrents** liés à l'introduction du DEP dans les établissements concernés[4]. Afin de combler cette lacune, le comité de pilotage du programme DEP a commandé deux études indépendantes dans le cadre de deux mandats distincts : Ecoplan, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) et la Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW) ont recensé conjointement les coûts de raccordement initiaux, tandis qu'INFRAS a analysé les coûts d'exploitation récurrents pour les fournisseurs de prestations stationnaires. Le présent rapport de synthèse replace dans leur contexte et résume les résultats des deux études, servant de base d'informations aux responsables politiques, aux fournisseurs de prestations, aux associations ainsi qu'aux autorités fédérales et cantonales.

Les enseignements tirés sont par ailleurs importants pour le développement prévu de la numérisation du système de santé. La loi fédérale sur le dossier électronique de santé (LDSan), que le Conseil fédéral a transmise au Parlement le 5 novembre 2025, vise à remplacer le DEP actuel par un dossier électronique de santé (DES)[5]. Cette démarche s'inscrit dans le programme DigiSanté, qui a pour objectif de faire progresser la transformation numérique du système de santé suisse.

---

[2] McKinsey & Company (2021)

[3] OBSAN (2026)

[4] Contrôle fédéral des finances (2020)

[5] Conseil fédéral (2025)

1.2 Objectifs et questions de recherche des deux études

L'étude sur les coûts de raccordement au DEP avait pour objectif de recenser les coûts de raccordement supportés par différents types de fournisseurs de prestations stationnaires. Les principales questions abordées portaient sur les éléments suivants : choix et conception technique des différentes options de raccordement, coûts externes et internes en fonction de l'option de raccordement et du type de fournisseur de prestations, utilisation du DEP dans la pratique clinique quotidienne, et expériences recueillies et enseignements tirés par les établissements participants. Concrètement, il s'agissait de déterminer quelles options techniques de raccordement avaient été retenues, quel avait été l'investissement humain et financier associé, et quels facteurs avaient freiné ou favorisé la mise en œuvre des projets de raccordement au DEP.

L'étude sur les coûts d'exploitation visait, quant à elle, à recenser de manière systématique, à analyser et à présenter de manière comparable les coûts récurrents portés par les fournisseurs de prestations tenus de se raccorder au DEP. Il s'agissait en particulier d'examiner les coûts d'exploitation techniques et organisationnels, le financement de ces coûts, l'utilisation et l'utilité, et les facteurs favorables et défavorables. Cette étude a par ailleurs analysé les tarifs pratiqués par les communautés (de référence) pour les prestations qu'elles proposent.

1.3 Méthodologie

Les deux études se sont appuyées sur une **enquête en ligne** menée auprès des **fournisseurs de prestations** stationnaires et sur des **entretiens** qualitatifs avec les **communautés (de référence)**. Dans le cadre de l'étude sur les coûts d'exploitation, des **groupes de discussion** et des **entretiens** avec les **fournisseurs de prestations** ont également été organisés. Pour une description détaillée de la méthodologie utilisée pour les deux enquêtes en ligne, nous renvoyons aux rapports finaux respectifs des deux études.

L'étude sur les coûts de raccordement a suivi, dans le cadre de l'enquête en ligne, une stratégie de collecte en deux étapes : tous les hôpitaux ainsi qu'un échantillon aléatoire d'EMS qui étaient raccordés au DEP fin juin 2024 ont d'abord été contactés dans le cadre d'une enquête préliminaire. C'est ainsi que les établissements sélectionnés ont été invités à participer à l'enquête principale, qui s'est déroulée entre octobre 2024 et janvier 2025 et a porté sur un total de 130 établissements stationnaires (55 hôpitaux, 75 EMS). Compte tenu de la participation sélective et du faible taux de réponse, les résultats ont été pondérés afin de garantir que les estimations reflètent fidèlement l'univers statistique en ce qui concerne la région linguistique, la taille de l'établissement et le type de fournisseur de prestations.

Une enquête a également été menée auprès des communautés (de référence) afin de recenser leur offre de prestations et de recueillir leur point de vue sur les obstacles existants et les solutions possibles. Elles se sont vu présenter les résultats et ont eu la possibilité de communiquer les frais effectifs.

L'étude sur les coûts d'exploitation s'est inscrite dans la continuité de cette approche sur le plan méthodologique et a porté sur l'ensemble des 1055 établissements de soins stationnaires qui étaient raccordés au DEP à fin mars 2025. L'enquête a été menée près de six mois plus tard, entre mai et juillet 2025, auprès de 419 établissements (102 hôpitaux, 317 EMS).

Dans les deux études, l'hôpital ou l'EMS constituait l'unité statistique pour l'analyse des coûts de raccordement et d'exploitation. Pour les hôpitaux, la normalisation des coûts a été effectuée sur la base du nombre de lits, et pour les EMS, sur la base du nombre de places en soins de longue durée (coûts en francs par lit/place). En conséquence, les données relatives aux coûts de raccordement et d'exploitation ont été divisées par le nombre de lits ou de places en soins de longue durée, ce qui correspond à une normalisation des coûts et du nombre d'heures de travail. La normalisation permet une analyse statistique commune des coûts, au niveau tant des différents hôpitaux que des groupements hospitaliers.

1.4 Limites

Pour les deux études, la participation des fournisseurs de prestations stationnaires à l'enquête en ligne a été plutôt faible : le taux de réponse s'élève à 14,2 % pour l'étude sur les coûts de raccordement et à 40 % pour celle sur les coûts d'exploitation. En raison de la taille réduite de l'échantillon, il n'a pas été possible, ou seulement dans une certaine mesure, de procéder à des analyses différenciées (p. ex. par région linguistique, taille d'établissement ou type d'hôpital), la précision des estimations étant compromise lorsque le nombre de cas est faible.

Étant donné que les données sur les coûts recueillies ne sont pas des données de routine, mais des indicateurs que les personnes interrogées ont dû calculer ou estimer spécifiquement pour cette enquête, les résultats des deux études ne sont pas comparables à ceux d'une étude de coûts standardisée. Pour plusieurs réponses, les participants ont spécifié même expressément qu'il s'agissait d'estimations. L'enquête montre en outre que nombre d'entre eux ont eu du mal à distinguer clairement les coûts de raccordement des coûts d'exploitation, de sorte qu'il est impossible d'exclure la présence de doublons. Compte tenu de ces limitations, les coûts de raccordement et d'exploitation indiqués ne peuvent servir aux fournisseurs de prestations qu'à titre indicatif pour l'établissement de leur budget.

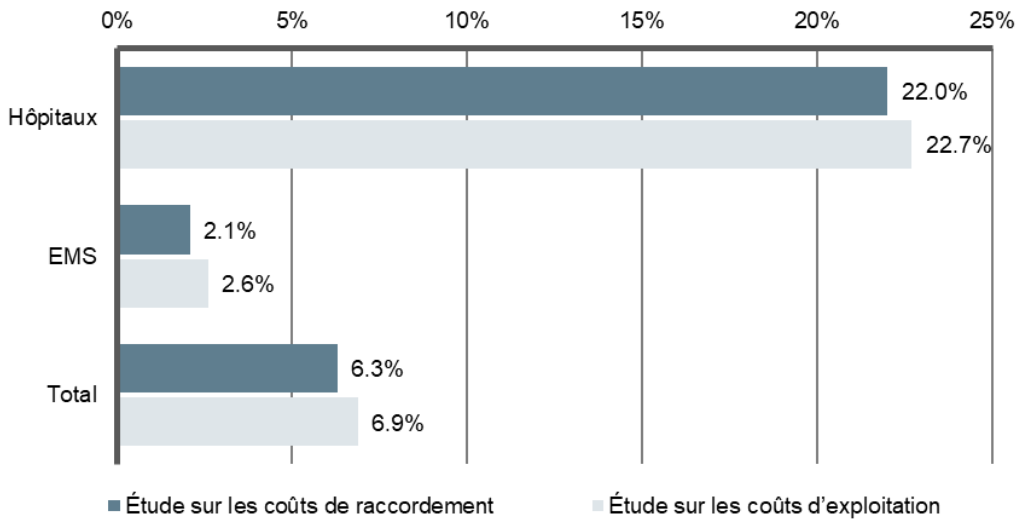
2 Principaux résultats des deux études

Pour faciliter la lecture, nous avons choisi, dans ce chapitre, de ne pas citer dans le détail les conclusions spécifiques issues des deux rapports sur les coûts de raccordement et d'exploitation.

2.1 Choix des options de raccordement et motivations

Les résultats des deux études montrent de manière concordante que, jusqu'à présent, seuls quelques fournisseurs de prestations stationnaires ont opté pour une intégration en profondeur. Aujourd'hui, plus de **90 %** d'entre eux sont **raccordés au DEP via un portail d'accès**. L'illustration 1montre que l'intégration en profondeur est nettement plus répandue dans les hôpitaux que dans les EMS (étude sur les coûts de raccordement : 22 % contre 2,1 % ; étude sur les coûts d'exploitation : 22,7 % contre 2,6 %). Toutefois, du fait de la taille réduite de l'échantillon, il n'a pas été possible de procéder à des analyses plus poussées en fonction de la taille des établissements. Les données disponibles confirment néanmoins l'hypothèse selon laquelle l'intégration en profondeur est plus répandue dans les grandes structures.

Illustration 1 : Proportion de fournisseurs de prestations ayant opté pour une intégration en profondeur



Sources : Étude sur les coûts de raccordement : Ecoplan/BFH/FHNW 2025 ; étude sur les coûts d'exploitation : INFRAS 2026.

L'étude sur les coûts de raccordement a examiné les **raisons qui ont motivé** le choix de l'option de raccordement. Les plus fréquemment invoquées pour justifier le choix du portail d'accès sont que cette solution est jugée suffisante, car on ne s'attend pas à une utilisation

massive du DEP et parce qu'elle permet néanmoins de satisfaire aux exigences légales. Un facteur déterminant est que les coûts associés sont moindres. Voici d'autres raisons invoquées pour retenir cette solution :

- risques financiers moindres et mise en œuvre plus rapide ;
- grande complexité technique de l'intégration en profondeur et manque de volonté de la part des fournisseurs de systèmes primaires de la mettre en œuvre.

Ceux qui ont mis en place une **intégration en profondeur** justifient le plus souvent leur choix par l'**utilisation simplifiée du DEP**. Le deuxième motif le plus fréquemment invoqué concerne les **coûts d'exploitation moindres**. Voici d'autres avantages liés à une intégration en profondeur qui ont été cités :

- suppression de la connexion distincte au DEP ;
- téléchargement automatique des documents et vérification automatique de l'existence d'un DEP pour chaque patient ;
- prévention des erreurs (p. ex. des documents erronés attribués au mauvais patient) ;
- sécurité accrue lors de l'échange de données.

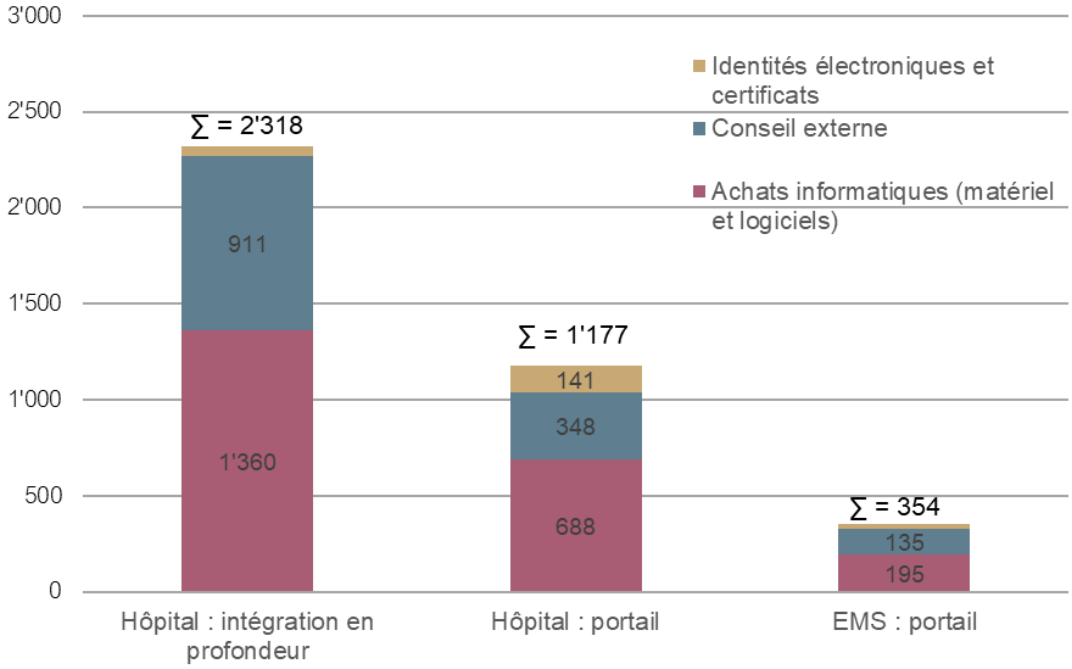
2.2 Coûts de raccordement pour les fournisseurs de prestations stationnaires

Le coût total du raccordement au DEP (normalisé par lit/place) varie considérablement selon le type de raccordement et de fournisseurs de prestations, comme le montre l'illustration 2 :

- Comme on pouvait s'y attendre, les hôpitaux ayant recours à une **intégration en profondeur** enregistrent des coûts de raccordement plus élevés que ceux utilisant un **portail d'accès**. Ces coûts sont près de deux fois plus élevés (2318 francs contre 1177 francs par lit). Pour les EMS, compte tenu du faible nombre de réponses exploitables provenant des établissements ayant opté pour une intégration en profondeur, seuls les coûts liés au portail d'accès peuvent être indiqués.
- Les coûts de raccordement des **EMS** utilisant un portail d'accès sont quant à eux nettement inférieurs à ceux des **hôpitaux** ayant opté pour cette même solution : ils ne représentent qu'un peu plus d'un tiers (354 francs contre 1177 francs par lit). Cette différence de coûts significative s'explique par le fait que les EMS exploitent souvent des systèmes primaires moins complexes avec des structures organisationnelles plus simples. Ces systèmes génèrent souvent des coûts moins élevés. De plus, les EMS bénéficient d'offres de conseil informatique moins onéreuses que les hôpitaux, puisque les fournisseurs adaptent leurs tarifs aux moyens financiers plus modestes de ces établissements.

Malheureusement, le nombre de réponses était insuffisant pour permettre une analyse fiable des coûts de raccordement en fonction de la taille de l'établissement.

Illustration 2 : Coûts totaux des prestations de conseil externes et des achats liés au raccordement au DEP, selon le type de fournisseur de prestations et la forme du raccordement. Médiane en francs, normalisée par lit ou par place



Source : Ecoplan/BFH/FHNW 2025

Légende : Un EMS équipé d'un portail d'accès enregistre des coûts totaux de 354 francs par place (médiane) pour le conseil externe et les achats liés au raccordement au DEP. Comme il s'agit de coûts médians, et compte tenu des limites mentionnées au chapitre **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, les coûts totaux indiqués ici ne peuvent pas être utilisés par les établissements à des fins de budgétisation.

L'illustration 2 montre également que les **coûts liés aux achats informatiques** constituent le **poste de dépenses le plus important**, quel que soit le type de fournisseur de prestations, suivis des frais liés aux prestations de conseil externes (dans le domaine informatique, mais aussi en matière de processus). En revanche, les coûts liés aux identités électroniques et aux certificats sont comparativement faibles. Si l'on décompose davantage les deux principaux postes de dépenses de l'illustration 2, on constate ce qui suit :

- En ce qui concerne les achats informatiques, les coûts des logiciels (p. ex. pour les interfaces entre le DEP et le système primaire ou les adaptateurs DEP) sont plus élevés que les coûts liés au matériel (p. ex. pour les serveurs, les ordinateurs portables, les tablettes ou les nouveaux services de cloud).
- Concernant les prestations de conseil externes, ce sont les frais de conseil en informatique qui pèsent le plus lourd dans la balance, en particulier dans les hôpitaux ayant opté pour une intégration en profondeur, suivis des frais de conseil en processus. Les EMS enregistrent généralement des frais de conseil moins élevés. Pour une répartition plus détaillée des coûts liés aux achats informatiques et aux prestations de conseil externes, nous renvoyons au rapport final de l'étude sur les coûts de raccordement.

-

Écart important entre les coûts pour les hôpitaux et ceux pour les EMS

Concernant tant les coûts de raccordement que les coûts d'exploitation (cf. chap. 2.3), on constate des différences marquées entre les hôpitaux et les EMS, malgré la normalisation par lit/place. Les coûts pour les EMS sont nettement moins élevés, ce qui s'explique non seulement par la complexité moindre des systèmes primaires de ces établissements, mais aussi par le fait que les tarifs des prestations de conseil et les émoluments perçus par les communautés (de référence) sont adaptés à la capacité économique des EMS.

Ventilation des coûts de raccordement : la ventilation de ces coûts peut être analysée sous différents angles. Une comparaison avec les coûts totaux des hôpitaux par lit ou les coûts totaux des EMS par place, selon les indicateurs des hôpitaux suisses 2022[6] et les indicateurs des EMS suisses 2022[7], fait apparaître ce qui suit : pour les hôpitaux ayant opté pour une intégration en profondeur, les coûts initiaux de raccordement au DEP représentent un peu moins de 0,6 % des coûts totaux par lit ; pour ceux disposant d'un portail d'accès, un peu moins de 0,3 % des coûts totaux par lit (médiane 2022 : 402 851 francs). Pour les EMS, les coûts initiaux liés au raccordement au DEP représentent environ 0,3 % des coûts totaux par place (médiane 2022 : 110 737 francs).

2.3 Coûts d'exploitation pour les fournisseurs de prestations stationnaires

L'exploitation du DEP engendre divers coûts récurrents pour les fournisseurs de prestations stationnaires. Comme le montre l'illustration 3, les **émoluments** pour les hôpitaux et les EMS constituent le **plus gros poste de dépenses** parmi les coûts d'exploitation, quelle que soit la taille de l'établissement, les cotisations annuelles pour l'affiliation à une communauté (de référence) représentant la majeure partie[8]. Les **charges de personnel** pour l'exploitation technique et organisationnelle du DEP occupent la deuxième place parmi les coûts d'exploitation, suivis des coûts informatiques liés à la maintenance et au développement des interfaces.

L'illustration 3 montre par ailleurs que dans le cas du recours à un portail d'accès, les coûts d'exploitation du DEP varient considérablement selon le type de fournisseur de prestations et la taille de l'établissement :

[6] OFSP (2022b).

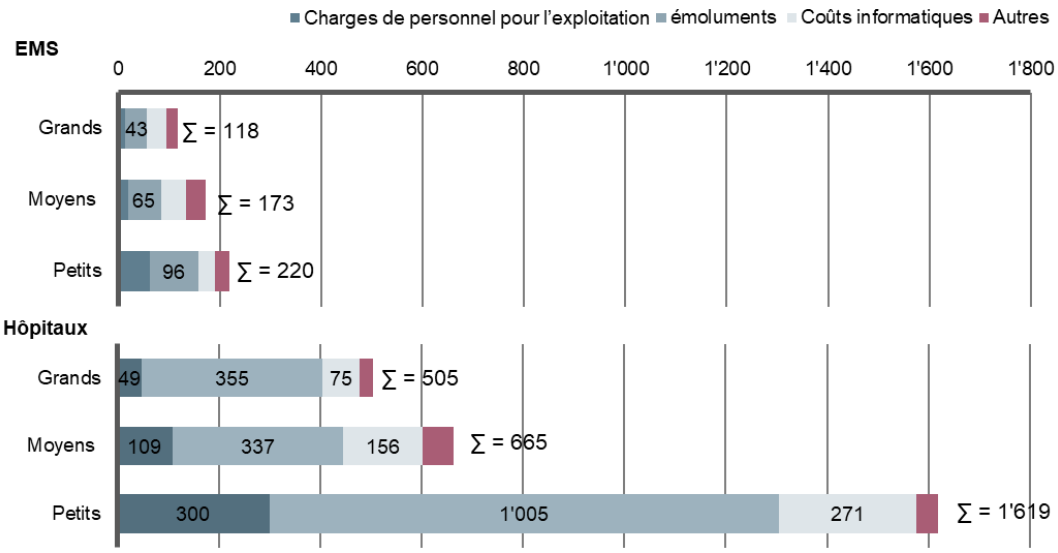
[7] OFSP (2022a).

[8] Ces **émoluments** comprennent les cotisations annuelles pour l'affiliation à une communauté (de référence), les coûts liés aux moyens d'identification électroniques, les frais annuels pour les certificats électroniques et les « autres frais ». Leur répartition se présente par exemple comme suit dans le groupe des grands hôpitaux (valeurs médianes) : 328 francs pour l'affiliation à une communauté (de référence) (n = 26), 31 francs pour les moyens d'identification électroniques (n = 13), 8 francs pour les certificats électroniques (n = 11) et 78 francs pour d'autres frais (n = 5).

- Les coûts d'exploitation des EMS sont nettement inférieurs à ceux des hôpitaux, ce qui s'explique principalement par les cotisations annuelles moins élevées pour l'affiliation à une communauté (de référence).
- Aussi bien dans les EMS que dans les hôpitaux, grâce aux économies d'échelle, les grands établissements affichent des coûts par lit ou par place inférieurs à ceux des petits établissements. La médiane des coûts d'exploitation passe de 1619 francs par lit dans les petits hôpitaux à 665 francs dans les hôpitaux de taille moyenne et à 505 francs dans les grands hôpitaux. Ces derniers dépensent ainsi par lit moins d'un tiers de ce que déboursent les petits hôpitaux. On observe la même tendance pour les EMS.

Pour le cas du recours à l'intégration en profondeur, nous renonçons à fournir des résultats. En raison du faible nombre de cas, cette analyse n'a pu être réalisée que pour les grands hôpitaux : pour ceux ayant opté pour une intégration en profondeur, la médiane des coûts d'exploitation s'élève à 567 francs par lit.

Illustration 3 : Coûts d'exploitation du DEP en cas de recours à un portail d'accès, selon le type de fournisseur de prestations et la taille de l'établissement. Médiane en francs, normalisée par lit ou par place



Source : INFRAS 2026.
Remarques :
Petits : < 50 lits/places. Moyens : 50-125 lits/places. Grands : > 125 lits/places.
Autres = coûts des prestations supplémentaires liées au DEP, coûts des biens et services, coûts du capital, charges de personnel liées à l'utilisation et autres coûts.
Autres valeurs médianes :
Grands EMS : charges de personnel pour l'exploitation = 14 francs ; reste = 23 francs
EMS de taille moyenne : charges de personnel pour l'exploitation = 19 francs
EMS de petite taille : coûts informatiques = 32 francs ; reste = 30 francs
Grands hôpitaux : reste = 26 francs

Avantages en termes de coûts pour les grands établissements

Concernant les coûts d'exploitation du DEP, les grands établissements bénéficient d'économies d'échelle et déboursent nettement moins par lit ou par place que les petits établissements. En ce qui concerne les coûts de raccordement, le faible nombre de réponses exploitables n'a pas permis de procéder à une analyse en fonction de la taille des établissements. C'est pourquoi il n'est pas possible de démontrer les économies d'échelle dans ce domaine. On peut toutefois raisonnablement supposer que les grands établissements sont en mesure de répartir les coûts fixes liés au matériel informatique sur un plus grand nombre de lits ou de places, bénéficiant ainsi d'économies d'échelle, y compris en ce qui concerne les coûts de raccordement.

Ventilation des coûts d'exploitation. En comparant les coûts totaux par lit ou par place selon les indicateurs des hôpitaux et des EMS suisses pour 2022, on peut constater ceci : pour les hôpitaux dotés d'un portail d'accès, les coûts d'exploitation du DEP représentent, selon la taille de l'établissement, entre 0,1 % et 0,4 % des coûts totaux par lit (médiane 2022 : 402 851 francs). Pour les hôpitaux ayant opté pour une intégration en profondeur, ces coûts se montent à près de 0,2 % des coûts totaux par lit. Pour les EMS équipés d'un portail d'accès, ils représentent, selon la taille de l'établissement, entre 0,1 % et 0,2 % des coûts totaux par place (médiane 2022 : 110 737 francs).

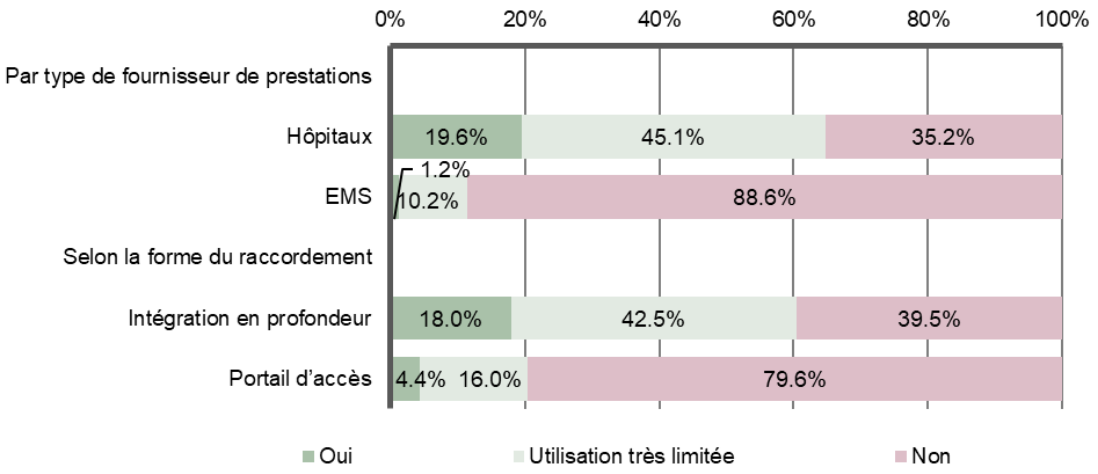
2.4 Utilisation du DEP au quotidien

Les deux études dressent un constat semblable : le DEP n'est que **peu utilisé** de manière active dans la pratique clinique quotidienne.

L'illustration 4 montre qu'à peine 20 % des hôpitaux utilisent activement le DEP, contre à peine 1 % des EMS. Environ 35 % des hôpitaux et près de 90 % des EMS n'utilisent pas le DEP. L'utilisation **varie** non seulement selon le **type de fournisseur de prestations**, mais aussi selon la **forme du raccordement** : les fournisseurs ayant opté pour une intégration en profondeur utilisent clairement plus souvent le DEP que ceux disposant d'un portail d'accès. Cela étant, même parmi ceux ayant mis en place une intégration en profondeur, à peine un cinquième (18 %) l'utilise activement au quotidien[9].

[9] Selon l'illustration 4, la proportion de fournisseurs de prestations ayant opté pour une intégration en profondeur qui utilisent le DEP au quotidien est inférieure à celle des hôpitaux qui l'utilisent au quotidien. Cela s'explique par le fait que, dans l'analyse selon la forme du raccordement, les hôpitaux et les EMS ont été considérés ensemble et que, dans ces derniers, l'utilisation au quotidien reste faible, même en cas d'intégration en profondeur.

Illustration 4 : Utilisation du DEP au quotidien selon le type de fournisseur de prestations et la forme du raccordement



Source : Ecoplan/BFH/FHNW 2025

Les deux études fournissent encore d'autres informations sur l'utilisation du DEP :

- **Nombre de collaborateurs ayant accès au DEP.** Dans les hôpitaux, le nombre de membres du personnel ayant accès au DEP est plus élevé que dans les EMS. En général, parmi les équipes des grands établissements, un plus grand nombre de personnes ont accès au DEP, ce que confirment tant l'étude sur les coûts de raccordement que celle sur les coûts d'exploitation.
- **Nombre de patients et de résidents ayant un DEP.** Selon l'étude sur les coûts d'exploitation, le nombre de patients ayant un DEP dans les petits et moyens hôpitaux, ainsi que le nombre de résidents ayant un DEP dans les EMS, s'élève à zéro en valeur médiane. Autrement dit, la moitié des fournisseurs de prestations concernés n'avait aucun patient ou aucun résident avec un DEP. Dans les grands hôpitaux, la valeur médiane est de 20 patients ayant un DEP, ce qui signifie que la moitié de ces établissements en comptait moins et l'autre moitié plus de 20 patients avec un DEP.
- **Nombre de DEP consultés.** D'après les résultats de l'enquête, il ressort de l'étude sur les coûts d'exploitation que 95 % des hôpitaux et des EMS n'ont encore jamais consulté un DEP pour obtenir des informations (et non pas uniquement pour mettre à jour ou télécharger des documents). La Principauté de Liechtenstein dresse le même constat : les fournisseurs de prestations téléchargent certes des documents vers le DEP, mais ne l'utilisent pas dans le cadre des soins[10].

Cette faible utilisation active correspond à ce que l'on constate dans la pratique clinique quotidienne : selon le Baromètre suisse de la cybersanté 2026 (enquête menée auprès des professionnels de la santé), 71 % des médecins ne se voient jamais demander par leurs patients de consulter leur DEP. Parmi les principales raisons de la non-utilisation, les professionnels de la

[10] Liechtensteiner Vaterland (2026)

santé citent majoritairement l'absence de valeur ajoutée démontrable (33 %), le refus actif des patients (21 %) et le temps nécessaire jugé trop important (19 %)[11].

2.4.1 Facteurs d'incitation à l'utilisation du DEP

Selon l'étude sur les coûts de raccordement, l'**obligation légale** prévue par la LDEP se révèle être le principal facteur d'incitation à l'utilisation du DEP. Le Baromètre suisse de la cybersanté 2026 (enquête menée auprès des professionnels de la santé) confirme que les professionnels qui utilisent activement le DEP citent les exigences légales (50 %) comme la principale motivation, bien avant la meilleure qualité des soins prodigués aux patients (38 %)[12]. D'autres facteurs, tels que l'utilité pour le travail au quotidien ou la motivation du personnel, jouent jusqu'à présent un rôle secondaire. Il ressort également des groupes de discussion et des entretiens menés dans le cadre de l'étude sur les coûts d'exploitation que le DEP est perçu comme utile là où l'on peut lui reconnaître une valeur ajoutée clinique concrète : lors des transferts de patients entre établissements, dans les situations d'urgence nécessitant un accès rapide aux plans de médication et aux données clés, et lors de la transmission de données structurées telles que les résultats de laboratoire, les radiographies ou encore les données de vaccination. La prévention des examens redondants et la réduction des pertes d'information tout au long du parcours de soins sont également citées comme des avantages potentiels.

2.4.2 Facteurs de dissuasion pour l'utilisation du DEP

Nous résumons ci-après les résultats de l'enquête en ligne menée dans le cadre de l'étude sur les coûts de raccordement, ainsi que les résultats des groupes de discussion et des entretiens réalisés avec les fournisseurs de prestations dans le cadre de l'étude sur les coûts d'exploitation. Nous rapportons ici les avis et les explications des fournisseurs de prestations tels quels, sans filtre.

Les deux études identifient divers obstacles à l'utilisation du DEP :

- *Faible utilisation chez les patients.* La raison de loin la plus fréquemment citée pour expliquer la non-utilisation du DEP est l'absence de patients ou de résidents disposant d'un DEP (92 % des établissements qui n'utilisent pas le DEP). Dans les EMS, en particulier, presque aucun résident n'en possède un. Vient s'y ajouter la procédure complexe d'ouverture d'un DEP, qui nécessite notamment de disposer d'une identité électronique. La faible utilisation chez les patients est confirmée par les données d'exploitation actuelles de la Confédération : seul 1,3 % de la population suisse a ouvert un DEP (situation en octobre 2025 : 125 923 DEP)[13]. Un élément particulièrement critique pour l'utilité du DEP dans la pratique clinique est le fait que, sur l'ensemble des dossiers ouverts, seuls 28,7 % comportaient au moins un droit d'accès attribué à un professionnel de la santé. Sans ce

[11] gfs.bern (2026b)

[12] gfs.bern (2026b)

[13] OBSAN (2026)

lien, le DEP reste largement inefficace dans le cadre du parcours de soins[14]. De plus, les patients peuvent modifier ou supprimer eux-mêmes leurs informations, ce qui accroît le risque de dossiers incomplets, nuisant ainsi à leur utilisation par les professionnels de la santé.

- *Absence d'implication de tous les fournisseurs de prestations.* Étant donné que les médecins de famille, les services d'aide et de soins à domicile, les pharmacies et les autres fournisseurs de prestations ambulatoires ne sont à ce jour pas tenus de se raccorder au DEP, il en résulte d'importantes lacunes en matière d'information qui limitent considérablement l'utilité du système pour toutes les autres parties prenantes.
- *Absence d'interopérabilité.* Les fournisseurs de prestations (dotés d'un portail d'accès) déplorent l'absence d'interfaces avec les **systèmes primaires** internes (SIH/SIC), ce qui entraîne une double saisie et un transfert manuel des données. En effet, les fournisseurs de logiciels ne sont aujourd'hui pas tenus de proposer des interfaces avec le DEP.
- *Données incomplètes et non structurées.* Le DEP est souvent décrit comme un « cimetière de PDF » contenant des informations obsolètes ou incomplètes, ce qui sape la confiance des professionnels dans la qualité des données. De plus, dans le cas des données non structurées, il n'est pas possible de les transférer automatiquement vers son propre système primaire.
- *Mauvais rapport coût-efficacité.* Les coûts de mise en place et d'exploitation sont jugés disproportionnés, notamment parce que, du point de vue des fournisseurs de prestations, ils ne sont pas couverts par les tarifs actuels. Les formations, les adaptations des processus, les mesures de protection des données et la saisie fastidieuse des documents (qui peut prendre entre 15 et 30 minutes par document) n'apportent qu'un faible bénéfice pratique.
- *Manque de sensibilisation et absence de motivation.* Selon l'étude sur les coûts d'exploitation, de nombreux professionnels de la santé ignorent tout de l'existence du DEP ou de son fonctionnement. Est également perçu comme un obstacle le fait que les fournisseurs de prestations ambulatoires non tenus de se raccorder n'aient ni incitation ni motivation à participer. De plus, les incertitudes quant à la viabilité future du système, par exemple en lien avec les fusions entre communautés (de référence), sapent la confiance dans la pérennité des investissements dans le DEP.

[14] OBSAN (2026)

3 Potentielles répercussions financières du projet actuel de LDSan pour les fournisseurs de prestations

3.1 Mise en perspective

Le Conseil fédéral a décidé de remplacer la LDEP par la nouvelle LDSan. Cette réorientation fondamentale aura pour effet de voir le DEP disparaître au profit du DES.

À la lumière des résultats de leurs études sur les coûts de raccordement et d'exploitation et forts de leur expertise, les auteurs ont examiné les répercussions financières possibles du projet actuel de LDSan pour les fournisseurs de prestations. Il ne faut en aucun cas confondre les considérations qui suivent avec une analyse approfondie des coûts et des bénéfices telle qu'elle est généralement menée dans le cadre d'une analyse d'impact de la réglementation. Elles reflètent plutôt une vision très limitée :

- S'agissant des répercussions financières potentielles, les explications se concentrent uniquement sur le point de vue des fournisseurs de prestations. Les incidences financières pour la Confédération, les cantons ou les autres acteurs concernés ne sont pas abordées, car les études réalisées ne permettent pas de tirer de conclusions à ce sujet.
- Les considérations portent uniquement sur les répercussions financières, car les études en question se sont principalement penchées sur les coûts. Les avantages du projet de loi ne sont pas abordés, tout comme aucune recommandation de mise en œuvre n'est formulée.
- Il est évident que le projet de loi règle bel et bien plusieurs points critiques du DEP actuel, qui se reflètent également dans les résultats des études sur les coûts de raccordement et d'exploitation présentés précédemment (notamment la faible diffusion du DEP au sein de la population et l'absence de participation des fournisseurs de prestations ambulatoires).

Remarque : la procédure parlementaire relative aux délibérations concernant la LDSan a débuté récemment, ce qui signifie que des modifications du texte de loi et des mécanismes de financement restent possibles. Par conséquent, les analyses ci-après, qui se rapportent au projet de loi du 5 novembre 2025, doivent être considérées comme provisoires.

Le projet de LDSan du 5 novembre 2025 prévoit plusieurs modifications fondamentales[15] :

- Ouverture automatique avec droit d'opposition (*opt-out*) :
  - À l'issue d'un délai d'opposition, un DES est créé automatiquement et gratuitement pour toute personne résidant en Suisse. Il est possible de faire opposition à tout moment, de manière simple et sans formalités.
  - L'utilisation du DES reste facultative.

[15] Conseil fédéral (2025)

- Extension de l'obligation de raccordement à tous les fournisseurs de prestations :
  - Le raccordement au DES devient obligatoire pour tous les professionnels et les établissements de santé qui facturent à charge de l'assurance-maladie obligatoire, de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire.
  - Les professionnels et les établissements de santé sont tenus de saisir dans le DES les données pertinentes pour un traitement médical.
- Responsabilité de la Confédération pour la mise en place d'une infrastructure technique uniforme : la Confédération acquiert et exploite le système d'information DES, ce qui permet d'harmoniser l'infrastructure.
- Nouvelles compétences des cantons :
  - Les cantons prennent en charge les coûts d'exploitation courants de l'infrastructure technique uniforme.
  - Ils garantissent le financement d'une communauté sur leur territoire.
- Remplacement de la procédure de certification des communautés (de référence) par une autorisation cantonale délivrée aux communautés[16]
- Harmonisation des moyens d'authentification et de l'identité électronique (e-ID) : introduction de l'e-ID émise par l'État afin de faciliter l'accès pour la population

Parallèlement au projet de LDSan, l'OFSP encourage la transformation numérique de l'ensemble du système de santé dans le cadre du programme national DigiSanté. **L'Espace suisse des données de santé** (SwissHDS) forme la pièce maîtresse de ce programme : il constitue un espace sécurisé et d'intérêt général dédié à l'échange et à l'utilisation des données de santé (structurées) en Suisse.

À long terme, il est prévu que le SwissHDS devienne l'infrastructure de référence pour l'échange de données de santé. Le DES en fait partie intégrante et sert de système secondaire pour stocker à long terme des informations pertinentes pour un traitement médical.

Compte tenu des répercussions financières de la LDSan pour les fournisseurs de prestations, le développement parallèle du SwissHDS et l'intégration prévue du DES dans celui-ci revêtent une importance capitale : en effet, il est prévu que les deux systèmes utilisent les mêmes interfaces, ce qui signifie que les systèmes primaires qui disposent d'une interface avec le DES pourront également être raccordés au SwissHDS.

3.2 Aperçu des potentielles répercussions financières

Le tableau ci-dessous montre l'impact financier que les auteurs des études sur les coûts de raccordement et d'exploitation prévoient pour les fournisseurs de prestations, compte tenu des différentes dispositions contenues dans le projet actuel de LDSan du 5 novembre 2025.

[16] La distinction qui existait jusqu'à présent entre communautés et communautés de référence est supprimée, seule l'appellation « communauté » étant conservée.

Illustration 5 : Évaluation par les auteurs des potentielles répercussions financières de la LDSan pour les fournisseurs de prestations

Nouveautés LDSan	Surcoûts potentiels	Potentielle diminution des coûts
Ouverture automatique avec droit d'opposition	– Coûts d'exploitation plus élevés dans le cas d'un portail d'accès, car les charges de personnel liées au téléchargement manuel de documents augmentent avec la hausse du nombre de DES et du volume de données	
Extension de l'obligation de raccordement	– Coûts de raccordement pour les fournisseurs de prestations qui ne sont pas encore tenus de se raccorder	
Infrastructure technique uniforme	– Coûts d'investissement supplémentaires à prévoir pour les fournisseurs de prestations déjà raccordés au DEP, en raison des adaptations nécessaires au niveau des interfaces et, le cas échéant, des processus ; ces coûts devraient toutefois être inférieurs aux coûts de raccordement initiaux	– Le cas échéant, réduction des coûts d'exploitation grâce à la baisse des émoluments perçus par les communautés, résultant d'une efficience accrue de l'ensemble du système
Compétence des cantons pour les coûts d'exploitation		– Le cas échéant, réduction des coûts d'exploitation grâce à la baisse des émoluments perçus par les communautés
Remplacement de la procédure de certification		– Le cas échéant, réduction des coûts d'exploitation grâce à la baisse des émoluments perçus par les communautés
e-ID comme moyen d'authentification		– Coûts de raccordement et d'exploitation légèrement inférieurs, compte tenu de la gratuité de l'e-ID émise par l'État

Les auteurs en concluent donc que le projet actuel de LDSan du 5 novembre 2025 devrait faire à la fois augmenter et diminuer les coûts à la charge des fournisseurs de prestations :

- Pour les fournisseurs de prestations nouvellement tenus de se raccorder au DES, cette obligation se traduit par des coûts de raccordement correspondants.
- Même pour les fournisseurs de prestations déjà raccordés au DEP, le nouveau système d'information harmonisé devrait probablement entraîner des coûts d'investissement supplémentaires, en particulier pour la création de nouvelles interfaces.
- À l'inverse, divers autres aspects du projet devraient conduire à une baisse des coûts d'exploitation pour les fournisseurs de prestations, en particulier grâce aux cotisations moindres pour l'affiliation à une communauté. Ces cotisations constituent actuellement le poste de dépenses le plus important dans les coûts d'exploitation des fournisseurs de prestations. C'est pourquoi le financement futur des coûts d'exploitation du système d'information ainsi

que celui des communautés devraient avoir une incidence sur le niveau futur des coûts d'exploitation à la charge des fournisseurs de prestations.

4 Conclusion

Les études sur les coûts de raccordement et d'exploitation ont mis en évidence les coûts que l'obligation de raccordement au DEP, en vigueur depuis 2022, a entraînés et continue d'entraîner pour les fournisseurs de prestations stationnaires. Par rapport aux coûts totaux des hôpitaux et des EMS, ces coûts restent certes modestes, mais leur appréciation reste critique lorsqu'on les met en perspective avec les avantages que le DEP a apportés jusqu'à présent.

En effet, comme le montrent également ces études, le DEP est très peu utilisé jusqu'à présent dans la pratique clinique quotidienne. Les fournisseurs de prestations se sont principalement raccordés au DEP en raison de l'obligation légale, si bien que la majorité d'entre eux a opté pour la forme de raccordement la moins coûteuse, à savoir le portail d'accès, bien que celui-ci nécessite un téléchargement manuel fastidieux des documents.

Le projet actuel de LDSan règle divers obstacles qui entravaient l'utilisation et l'utilité du DEP, tels que sa faible diffusion au sein de la patientèle ou l'absence de participation de l'ensemble des fournisseurs de prestations. La mise en place parallèle du SwissHDS promet des avantages supplémentaires : à l'avenir, les documents pertinents pour un traitement médical issus des échanges de données B2B entre fournisseurs de prestations devraient pouvoir être importés automatiquement dans le DES pour y être enregistrés.

Il ressort de l'analyse présentée au chapitre 3 que le projet de LDSan devrait entraîner des coûts d'investissement supplémentaires non seulement pour les fournisseurs de prestations nouvellement soumis à l'obligation de raccordement, mais aussi pour ceux qui y sont déjà soumis – même si ces coûts devraient être moins élevés pour ces derniers. Les coûts d'exploitation liés au futur DES devraient avoir tendance à diminuer pour les fournisseurs de prestations, même si l'on ne sait pas encore dans quelle mesure on assistera effectivement à une baisse des cotisations pour l'affiliation à une communauté.

Comme le nouveau DES servira lui aussi en premier lieu les intérêts de la patientèle et que les fournisseurs de prestations, avant tout intéressés par les échanges B2B, continueront probablement de porter un regard critique sur l'analyse coût-efficacité, la question du financement continuera sans doute à faire débat.

Bibliographie

Conseil fédéral (2025) : Message concernant la loi fédérale sur le dossier électronique de santé, Fedlex. URL https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2025/3398/fr, consulté le 11 février 2026.

gfs.bern (2026a) : Baromètre suisse de la cybersanté 2026 – Étude auprès de la population.

gfs.bern (2026b) : Baromètre suisse de la cybersanté 2026 – Étude auprès des professionnels et des acteurs de la santé.

Lichtensteiner Vaterland (2026) : eGD für Abruf von Patientendaten selten genutzt, Vaterland online. URL https://www.vaterland.li/liechtenstein/politik/egd-fuer-abruf-von-patientendaten-selten-genutzt-art-725552, consulté le 27 avril 2026.

McKinsey & Company (2021) : Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die 8,2-Mrd.-CHF-Chance für die Schweiz. URL https://www.mckinsey.com/ch/~/media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/switzerland/our%20insights/digitization%20in%20healthcare/digitalisierung%20im%20gesundheitswesen%20%20die%2082mrdchance%20fr%20die%20schweiz%20de.pdf, consulté le 27 avril 2026.

OBSAN (2026) : Le dossier électronique du patient | OBSAN. URL https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2026-le-dossier-electronique-du-patient, consulté le 16 mars 2026.

Office fédéral de la santé publique OFSP (2026) : DES – de la révision complète à la nouvelle loi. URL https://www.bag.admin.ch/fr/developpement-du-dep-revision-complete, consulté le 27 avril 2026.