

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner les objets suivants :

Exposé des motifs et projet de décret accordant au Conseil d'État

- **un crédit d'investissement de CHF 104.5 millions pour financer l'acquisition et la mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) au Centre Hospitalier universitaire Vaudois (CHUV) ;**
- **permettant au Conseil d'État d'accorder la garantie de l'État de Vaud jusqu'à un maximum de CHF 53.1 millions sur les emprunts contractés par onze établissements de la FHV pour financer l'acquisition et la mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) ;**
- **accordant au Conseil d'État un crédit d'investissement de CHF 50 millions pour le financement de l'équipe de projet chargée de la mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et dans onze établissements de la FHV ;**
- **sur la gouvernance de la mise en œuvre et de l'exploitation du dossier patient informatisé (Programme DPI VD) déployé au CHUV et au sein de onze établissements de la FHV.**

RÉSUMÉ

Le CHUV ainsi que onze établissements membres de la Fédération des hôpitaux vaudois informatique (FHVI) doivent procéder au remplacement de leur dossier patient informatisé (DPI), actuellement basé sur une solution dont le support arrivera à échéance dans les prochaines années. Le DPI constitue un outil indispensable au fonctionnement quotidien des établissements hospitaliers et à la prise en charge des patientes et patients.

Le projet présenté vise la mise en œuvre d'un DPI intégré commun au CHUV et à onze établissements de la FHV. Il prévoit un crédit d'investissement de CHF 104.5 millions pour le CHUV, des garanties d'emprunt jusqu'à CHF 53.1 millions pour les établissements de la FHVI, un crédit d'investissement de CHF 50 millions pour le financement de l'équipe de projet ainsi qu'un dispositif de gouvernance du programme DPI VD.

Le projet représente un investissement total estimé à CHF 207.6 millions et vise notamment à améliorer l'intégration des soins, l'interopérabilité entre établissements ainsi que l'harmonisation des pratiques cliniques.

Compte tenu de l'ampleur financière, organisationnelle et stratégique du projet, la Commission a mené des travaux particulièrement approfondis. Elle a auditionné neuf entités issues des domaines hospitalier, académique, politique et technologique et a reçu un volume particulièrement important de documentations complémentaires, de réponses écrites et d'analyses transmises par le Département. Le président remercie le Département, le CHUV, la DGNSI ainsi que les autres acteurs auditionnés pour leur disponibilité tout au long des travaux. Il relève en particulier la qualité des réponses fournies par le DSAS à la Commission ainsi que le volume important de documents complémentaires transmis.

Les discussions ont été nourries et ont porté notamment sur les implications du choix d'une solution intégrée de type Epic, les enjeux de protection des données et de souveraineté numérique, les coûts et modalités de financement du projet, les gains d'efficacité attendus ainsi que la gouvernance et le périmètre du programme.

Si plusieurs commissaires ont estimé que les garanties présentées par le Département permettaient d'encadrer les principaux risques identifiés, une partie de la Commission n'a pas été pleinement convaincue sur les enjeux de souveraineté numérique, de financement et de protection des données.

La Commission a par ailleurs accepté plusieurs amendements visant notamment à renforcer la participation financière de l'État afin d'accompagner les établissements hospitaliers dans la mise en œuvre du projet, ainsi qu'à consolider les garanties en matière de protection des données par l'intégration d'une expertise spécifique au sein de la gouvernance du programme.

Une majorité de la Commission est entrée en matière sur les projets de décrets.

Deux rapports de minorité sont annoncés.

TABLE DES MATIÈRES

1. Préambule	4
1.1. Séances	4
1.2. Présences	4
1.3. Documentation	4
1.4 Auditions	6
2. Présentation de l'EMPD – position du conseil d'Etat	6
2.1. Situation actuelle	6
2.2 Aspects techniques du projet	7
2.3. Financement et gouvernance	7
2.4 Commission de suivi du projet DPI VD	7
2.5 Travaux de la Commission de suivi	7
2.6 Opportunités pour le système de santé vaudois	9
2.7 Appel d'offres commun aux établissements	9
2.8 Solution retenue	8
2.9 Coûts – investissement	8
2.10 Modalités de financement	9
2.11 Investissement résiduel à charge des établissements	9
2.12 Gouvernance du projet	9
3. Auditions	10
4. Discussion générale	10
4.1 Premier tour de table	10
4.2 Souveraineté et protection des données	13
4.3 Utilisation et interopérabilité	14
4.4 Financement, répartition des coûts et gain d'efficacité	17
4.5 Déploiement, gouvernance et pilotage	21
5. Examen point par point de l'exposé des motifs	23
6. Discussion sur les projets de décrets et votes	33
6.1 Projet de décret crédit d'investissement acquisition et mise en œuvre DPI (CHF 104.5 millions)	33
6.2 Projet de décret garantie de l'Etat de Vaud (max. CHF 53.1 million)	34
6.3 Projet de décret crédit d'investissement équipe de projet (CHF 50 millions)	35
6.4 Projet de décret gouvernance DPI VD	36
7. Entrée en matière sur les projets de décret	38

1. PRÉAMBULE

1.1. Séances

La Commission s'est réunie à 6 reprises, soit les : 6 mars 2026 dans la salle du Bicentenaire, 12 mars 2026 au Bâtiment administratif de la Pontaise, 19 mars 2026, 31 mars 2026, 1^e mai 2026 et 19 mai 2026 dans la salle du Bicentenaire, Place du Château 6 à Lausanne.

1.2. Présences

1.2.1. Députées - Députés

Présidée par Nicolas Suter, la Commission était composée des député·e·s Claire Attinger Doepper, Alexandre Berthoud, Florence Bettschart Narbel, Laurence Creteigny, Aurélien Demaurex, Yann Glayre, Philippe Jobin, Rebecca Joly, Didier Lohri, Elodie Lopez, Yves Paccaud, Alexandre Rydlo, Graziella Schaller et Chantal Weidmann Yenny.

1.2.2. Remplacement durant les séances

Séance du 19 mars 2026 : Cendrine Cachemaille remplace Alexandre Rydlo.

Séance du 19 mai 2026 : Killian Duggan remplace Didier Lohri, Cendrine Cachemaille remplace Alexandre Rydlo.

1.2.3. Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)

Le DSAS était représenté par sa cheffe, la conseillère d'Etat Rebecca Ruiz, accompagnée de Mmes et MM. Laurence Boland, directrice générale adjointe DGS-DSAS, Pierre-François Regamey, directeur des systèmes d'information DG-CHUV, Patrick Amaru, directeur général de la direction générale du numérique et des systèmes d'information DGNSI-Département de l'agriculture, de la durabilité, du climat et du numérique (DADN) - remplacé par Catherine Pugin, déléguée au numérique à la DGNSI-DADN lors de la séance du 19 mai 2026, Pierre Hirt, responsable de missions stratégiques SG-DSAS, Elodie Salerno, directrice a.i. du pôle santé numérique et monitoring DGS-DSAS, Guillaume Rey, responsable de domaine santé numérique DGS-DSAS.

1.2.4. Secrétariat général du Grand Conseil

Le Secrétariat du Grand Conseil était représenté par Madame Sylvie Chassot, secrétaire de commissions, avec l'appui de M. Cédric Aeschlimann (06.03.2026) et de Mme Fanny Krug (12.03.2026), secrétaires de commissions, qui se sont chargés de réunir documents et informations utiles, d'organiser les séances de la commission, d'établir les notes des séances, de consigner les amendements proposés par la commission, d'assurer entre les séances le suivi des demandes émises par la commission et de rédiger au final une synthèse des travaux de la commission.

1.3. Documentation

Dans le cadre de ses travaux, la commission a été nantie des documents suivants :

- Exposé des motifs et projets de décrets relatifs au programme DPI VD (26_LEG_9)
- EMPD DPI VD – Présentation du 6 mars 2026
- Répartition du montant de CHF 53,1 millions par établissement concerné (DSAS, 6 mars 2026)
- Présentation du rapport d'adjudication (DG-CHUV / FVHVI, 14 novembre 2025)
- Note « DPI VD – Infrastructure et réseau informatique » (DG-CHUV, 27 mars 2026)
- Analyse de marché « Remplacement de Soarian » (DG-CHUV, 20 septembre 2023)

Extraits du cahier des charges de l'appel d'offres

- Clauses administratives
- Situation actuelle et objectifs du projet
- Functional Requirements

- Use Case Overview

Extraits du rapport d'adjudication

- CIS27 – Rapport d'adjudication CHUV/FVHVI
- Knepp Technologies SA – Simulation d'évaluation

Documents relatifs au projet DPI+ des HUG

- Analyse SWOT du projet DPI+ des HUG (Gartner, avril 2022)
- Étude de faisabilité DPI-GE – Analyse des scénarios, rapport final (Gartner, préparé pour le CHUV, 29 avril 2022)
- Étude de faisabilité DPI-GE – Synthèse managériale (Gartner, préparé pour le CHUV, mai 2022)
- Proposition de collaboration au projet de co-construction du DPI+ adressée par les HUG et l'HUS au CHUV et à la FHV dans le cadre du renouvellement de leur système d'information clinique (12 novembre 2024)
- Note de la DG-CHUV à la Commission ad hoc : Étude sur le DPI+, documentation des caractéristiques et conséquences d'un hypothétique projet DPI+ dans le Canton de Vaud (18 mars 2026) – Annexe 3

Documents relatifs à la protection des données et aux accès aux informations

- Note du cabinet Attorneys-at-Law à la DG-CHUV : Traitement des données patients au sein du CHUV au regard de la législation sur la protection des données et du projet Dophin (17 décembre 2008)
- Règlement de la Commission « Confidentialité des données » et Data Protection Officer (DPO), Comité de direction du CHUV (version du 24 juin 2024)
- « Les droits d'accès au dossier patient », SIC et analystes, CHUV (23 août 2021)
- « Protection des données et transparence », Déclaration au registre cantonal, fiche n° 582, État de Vaud
- Courrier de la DG-CHUV en réponse à l'Autorité de protection des données et de droit à l'information : Demande de renseignements au sens de l'art. 39 LPrD concernant les accès aux dossiers patients délivrés au personnel du CHUV (20 avril 2021)
- Note de la DG-CHUV à la CDSAS : Précisions sur les principes d'accès aux données des patients au CHUV (17 mai 2024)
- Réponse du Conseil d'État aux observations de la Commission de gestion, notamment relatives à la protection des données dans le cadre du partage du dossier patient entre services du CHUV (2010)
- Document interne DG-CHUV : « Cas d'usage pour le transfert et le partage de données interinstitutionnelles », Groupe de travail juridique (12 mai 2025)
- Note de la DG-CHUV à la Commission ad hoc : DPI-VD – Protection des données (17 mars 2026)

Réponses aux questions complémentaires de la commission

- Réponses aux questions complémentaires de Mme Bettschart-Narbel relatives à la protection des données (DG-CHUV, DSAS, mai 2026) – Annexe 2
- Réponses aux questions complémentaires de M. Demaurex relatives à l'interopérabilité d'EPIC avec les cabinets médicaux et partenaires externes ainsi qu'aux indicateurs de suivi de l'utilisation du système (DG-CHUV, DSAS, avril 2026)
- Présentation de l'interface EPIC (Dr François Bastardot, 31 mars 2026)
- Réponses aux questions complémentaires de Mme Schaller relatives aux coûts, amortissements, intérêts, charges d'exploitation, gains d'efficacité par établissement et cohérence des montants figurant dans l'EMPD (DG-CHUV, DSAS, mai 2026)

- Réponse aux questions complémentaires de MM. Demaurex et Berthoud relatives au cash-flow et à la trésorerie de l'EHC dans le cadre du déploiement de Carefolio (DG-EHC à la commission ad hoc DPI, 10 avril 2026)

1.4 Auditions

Séance du 12 mars 2026 :

1. Prof. Nicolas Rodondi, médecin-chef à l'Inselspital [8h30 – 9h00] ;
2. Prof. Serge Bignens, directeur de l'Institut *Patient-Centered Digital Health* de la Haute école spécialisée bernoise (HESB) [9h00 – 9h30], par visioconférence ;
3. Dr François Bastardot, *Chief Medical Information Officer* (CMIO) au CHUV [9h30 – 10h00] ;
4. Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) Mme Patricia Albisetti, secrétaire générale accompagnée de Dr. Marc Alleman, directeur général des eHnv, Marc Devaud, membre du Conseil de fondation du Pôle du Pays d'Enhaut (PSPE), également nouveau membre du Conseil d'administration de la FVHVI, Dr Julien Ombelli, directeur médical des Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv) et Kim N'guyen, directeur général de la FVHVI [10h00 – 10h30] ;
5. M. Pierre-Alain Schnegg, conseiller d'État, directeur de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne [10h30 – 11h00], par visioconférence ;
6. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) MM.ardini, Directeur général et Jean-François Pradeau, Directeur général adjoint [11h00 – 11h30] ;
7. Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) MM. Christian Wille directeur général, Mikael De Rham, directeur général adjoint et Frédéric André, directeur des systèmes d'information [11h30 – 12h00]

Séance du 31 mars 2026 :

8. Démonstration du système Epic, Dr. François Bastardot, [12h15 – 12h45]

Séance du 1^e mai 2026 :

9. Bruno Giussani, journaliste, auteur et conférencier [9h30 – 10h]

2. PRESENTATION DE L'EMPD – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Les travaux relatifs au remplacement du dossier patient informatisé (DPI) ont débuté il y a plusieurs années déjà (2022) et ont connu différents développements, judiciaires notamment.

2.1 Situation actuelle : besoin urgent de remplacement

Le CHUV ainsi que onze établissements membres de la Fédération des hôpitaux vaudois informatique (FHVI) doivent procéder à court terme au remplacement de leur dossier patient informatisé. Cette nécessité s'explique notamment par l'annonce du fournisseur du logiciel actuellement utilisé, Soarian, d'un arrêt complet du support et de la maintenance à fin 2027. Ce logiciel repose en outre sur l'utilisation d'Internet Explorer, dont Microsoft a annoncé la disparition à l'horizon 2029, ce qui rendra le logiciel inutilisable.

Le dossier patient informatisé, qui centralise l'ensemble des données médicales nécessaires au suivi et à la coordination des soins, est aujourd'hui indispensable à la prise en charge quotidienne des patients ; les établissements hospitaliers ne peuvent fonctionner sans un tel outil.

Autour du système actuel existent de nombreux autres logiciels nécessaires à la prise en charge des patients (gestion des flux, organisation des blocs opératoires, applications spécialisées dans certains services, etc.). Plusieurs de ces composants devront également être remplacés dans les années à venir.

Douze établissements sont concernés par ce projet, à savoir le CHUV ainsi que onze établissements membres de la Fédération des hôpitaux vaudois informatique.

2.2 Le DPI dans le système d'information hospitalier

Le système d'information hospitalier regroupe l'ensemble des outils informatiques nécessaires au fonctionnement quotidien d'un hôpital, notamment pour les aspects administratifs, logistiques, financiers et médicaux. Au sein de cet ensemble figure le système d'information clinique, qui concerne plus directement la prise en charge des patients. Son élément central est le dossier patient informatisé, dans lequel sont consignées les informations relatives aux patients.

Les établissements hospitaliers ont historiquement développé ou acquis divers logiciels spécialisés pour répondre aux besoins de certains services (urgences, soins intensifs, oncologie, etc.). Ces outils, provenant souvent de fournisseurs différents, ne communiquent pas toujours de manière optimale entre eux.

Cette situation entraîne des « silos » d'information et peut conduire à la saisie répétée de données ou à des difficultés d'accès aux informations nécessaires à la prise en charge des patients.

Un DPI dit intégré permet de regrouper ces différentes fonctionnalités au sein d'une même plateforme, avec des données partagées en temps réel entre les services. Cette approche vise notamment à améliorer la circulation de l'information, à faciliter la coordination des soins et à réduire la complexité de l'environnement informatique.

Dans le contexte du remplacement nécessaire du DPI actuel et de plusieurs logiciels connexes, la question de l'adoption d'un DPI intégré s'est ainsi posée pour les établissements concernés.

2.3 DPI versus DEP : deux outils à ne pas confondre

Le DPI est un outil interne aux établissements de soins, indispensable au fonctionnement quotidien des hôpitaux et à l'organisation des processus de soins. Il contient notamment les informations médicales et les notes liées à la prise en charge des patients.

Le DEP (Dossier Électronique du Patient), en revanche, est un dossier appartenant au patient. Celui-ci peut décider des personnes autorisées à y accéder et y faire figurer certains documents médicaux essentiels, tels que des rapports médicaux ou des résultats d'examens.

Ces deux outils sont complémentaires et amenés à coexister, tout en pouvant échanger certaines informations.

2.4 Commission de suivi du projet DPI VD

Compte tenu de l'urgence du remplacement du DPI, du nombre d'établissements concernés et des enjeux pour le système de santé, le Département de la santé et de l'action sociale a mis en place une commission multi paritaire de suivi du projet DPI VD.

Cette commission, constituée en avril 2024, réunit des représentants du DSAS, de la Direction générale de la santé, du CHUV, de la Direction générale du numérique et des systèmes d'information, du Service d'analyse et de gestion financières ainsi que de la Fédération des hôpitaux vaudois. Sa mission est de suivre les travaux liés au renouvellement du DPI du CHUV et des établissements concernés et d'émettre des préavis sur les orientations du projet à l'attention du Conseil d'État.

2.5 Travaux de la Commission de suivi

Les travaux de la Commission ont porté notamment sur l'identification des enjeux et des opportunités liés au projet, sur la définition des objectifs stratégiques ainsi que sur l'analyse de différents scénarios possibles pour le remplacement des systèmes existants.

Il est également rappelé que ce projet s'inscrit dans le programme de législature 2022-2027, qui prévoit notamment de soutenir la transition numérique des hôpitaux reconnus d'intérêt public.

2.6 Opportunités pour le système de santé vaudois

Deux opportunités principales ont été identifiées. La première consiste à construire un socle commun entre les établissements, afin de renforcer l'intégration et la continuité des soins au sein du système de santé, avec la possibilité d'étendre à terme cette solution à d'autres acteurs du système de santé.

La seconde vise à uniformiser autant que possible les pratiques entre les établissements hospitaliers, en s'appuyant sur les bonnes pratiques cliniques et en limitant les spécificités, ce qui pourrait notamment faciliter la mobilité du personnel entre les établissements.

2.7 Appel d'offres commun aux établissements

À l'été 2024, les établissements concernés ont décidé de procéder à un appel d'offres commun pour l'acquisition d'un DPI intégré. La procédure d'appel d'offres a été lancée en septembre 2024. Elle a été ralentie par plusieurs recours, qui ont finalement été rejetés par le Tribunal administratif fédéral. Le marché a été adjugé en novembre 2025 à la société *Epic Systems Corporation* (Epic dans la suite du texte), sous réserve des décisions du Grand Conseil relatives au financement du projet.

2.8 Solution retenue

La solution retenue est celle qui satisfaisait le mieux les critères définis dans le cahier des charges, lesquels ont été établis et évalués par une équipe pluridisciplinaire comprenant notamment des professionnels des domaines médical, soignant et informatique.

Il est relevé que la solution Epic est largement utilisée à l'international et qu'elle est déjà déployée dans plusieurs hôpitaux suisses, notamment à Lucerne et à Berne, ainsi que dans le Canton de Zurich. Elle est également utilisée dans les cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles et va être déployée dans d'autres grands établissements, notamment à Berlin et à l'échelle de la Province du Québec.

2.9 Coûts – investissement

Le remplacement d'un tel système, à l'échelle de douze établissements hospitaliers représente nécessairement un investissement important. Il est toutefois essentiel de préciser ce que recouvrent les montants mentionnés, les chiffres pouvant varier sensiblement selon que l'on parle uniquement du contrat conclu avec le fournisseur ou de l'ensemble du projet informatique.

Ainsi, les montants présentés correspondent à une estimation globale de l'investissement nécessaire pour le projet. Celui-ci s'élève à un peu moins de 208 millions de francs pour l'ensemble des douze établissements concernés.

Cette somme ne se limite pas aux prestations du fournisseur. Elle comprend certes la part liée au contrat conclu avec la société Epic, notamment l'acquisition des licences et les services fournis par l'éditeur du logiciel, mais aussi l'ensemble des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du projet. Outre les équipes informatiques, de nombreux professionnels hospitaliers (médecins, soignants et personnel administratif) sont impliqués dans les phases de paramétrage et de déploiement du système. Le montant inclut également les prestations d'accompagnement et de conseil, les adaptations d'infrastructures nécessaires dans les établissements, ainsi qu'une part destinée à couvrir les imprévus et d'éventuelles fonctionnalités complémentaires.

Cet investissement doit être distingué des coûts de fonctionnement du système. Les projections prennent ainsi aussi en compte les charges annuelles liées à l'exploitation du logiciel, notamment le support permanent du système, indispensable dans un environnement hospitalier fonctionnant en continu, les évolutions régulières du logiciel, la maintenance, l'exploitation quotidienne par les équipes informatiques ainsi que la formation continue du personnel.

Enfin, la mise en place du DPI doit également permettre de générer des gains d'efficience. En réduisant les silos entre systèmes et en facilitant la circulation de l'information entre services et entre établissements, l'outil devrait notamment limiter les ressaisies d'informations lors des transferts de patients et réduire certains examens réalisés en doublon faute d'accès immédiat aux informations disponibles. Ces gains ont été estimés

sur la base d'exemples tirés de la littérature spécialisée et d'expériences menées dans d'autres établissements ayant déployé des systèmes comparables.

2.10 Modalités de financement

Un tel changement de système représente certes un investissement important, mais constitue également une opportunité pour les établissements hospitaliers et pour le système de santé dans son ensemble. Les hôpitaux évoluent actuellement dans un contexte financier souvent tendu et toute mesure permettant d'améliorer l'efficacité, la continuité des soins et la coordination entre acteurs est susceptible de contribuer à la stabilité financière du système.

Au regard des enjeux du projet pour le système de santé vaudois, le Conseil d'État sollicite un crédit d'investissement de 50 millions de francs. Cette participation de l'État s'inscrit dans le cadre du projet « Hôpital numérique » prévu dans le programme de législature 2022–2027. Elle permet d'alléger le coût d'investissement à charge du CHUV et des établissements concernés.

Cette participation représente près de 25 % du coût total de l'investissement. Le solde, soit environ 75 %, demeure à charge des établissements hospitaliers. Dans un contexte de fragilité financière pour plusieurs d'entre eux, ce soutien de l'État vise à limiter les risques financiers et à favoriser la réussite du projet.

2.11 Investissement résiduel à charge des établissements

L'investissement résiduel, soit le montant restant après déduction de la participation de l'État, est réparti entre les établissements selon les règles applicables dans le cadre du financement hospitalier prévu par la LAMal.

La répartition du coût se fait en fonction du budget d'exploitation des établissements. Ce mode de répartition correspond à la pratique déjà en vigueur entre les établissements membres de la FHVI, qui se répartissent certains coûts communs selon la taille de leurs budgets respectifs.

Selon cette clé de répartition, environ deux tiers de l'investissement résiduel seraient à charge du CHUV, tandis que le tiers restant serait supporté par les onze établissements de la FHVI concernés par le projet.

Mme Boland indique enfin que le CHUV sollicitera un crédit d'investissement pour financer sa part du projet. Les établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois, pour leur part, recourront à des emprunts auprès d'établissements bancaires. Ils solliciteront toutefois une garantie d'emprunt de l'État, comme c'est déjà le cas pour leurs projets d'infrastructure, ce qui leur permet de bénéficier de conditions de financement plus favorables.

2.12 Gouvernance du projet

Au regard de l'ampleur du projet et des enjeux évoqués précédemment, le Conseil d'État souhaite mettre en place un cadre de gouvernance robuste pour la mise en œuvre et l'exploitation du DPI vaudois. L'objectif est de garantir que ce projet contribue aux ambitions cantonales en matière de qualité des soins, d'efficacité, de coordination et de transversalité dans le système de santé.

Dans cette perspective, il est proposé de créer, par voie de décret, une commission chargée d'assurer le suivi du projet à un niveau stratégique. Cette commission serait composée d'un nombre restreint de membres afin de garantir à la fois efficacité et représentativité. Elle comprendrait quatre membres avec voix délibérative représentant respectivement la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale du numérique et des systèmes d'information (DGNSI), la Direction générale du CHUV ainsi qu'un représentant de la Direction ou du Conseil d'un établissement de la FHVI. Deux membres supplémentaires participeraient aux travaux avec voix consultative en qualité d'experts, l'un dans le domaine des systèmes d'information cliniques et l'autre pour les aspects financiers.

Cette commission aura notamment pour mission d'instituer l'instance responsable du pilotage opérationnel du programme. La Commission aura avant tout un rôle de cadrage et de supervision au niveau stratégique. Le projet demeure en effet porté par les établissements hospitaliers eux-mêmes. Dans ce cadre, la Commission aura notamment pour tâches de valider le plan de déploiement et ses principaux jalons, de veiller au respect du

cadre de mise en œuvre et d'exploitation du projet, ainsi que de suivre la réalisation des gains d'efficacité attendus.

Enfin, ce dispositif de gouvernance vise également à éviter certains écueils observés lors de la mise en place du premier dossier patient informatisé. À cette époque, dans le contexte du passage du dossier papier au dossier numérique, l'ensemble des hôpitaux avait certes choisi le même logiciel, mais sans cadre de gouvernance commun suffisamment structuré. Il en a résulté des implémentations très différentes selon les établissements, si bien que, malgré l'utilisation d'un même outil, les systèmes actuels fonctionnent aujourd'hui en parallèle et communiquent peu entre eux.

Conclusion

En conclusion, la directrice générale adjointe du DSAS rappelle que les établissements concernés se trouvent dans une situation d'urgence liée à la fin de vie du dossier patient informatisé actuellement utilisé. Ils ne disposent pas d'alternative et ne peuvent ni différer, ni renoncer à son remplacement.

Elle relève toutefois que cette contrainte constitue également une opportunité pour le système de santé vaudois. Le projet doit en effet permettre d'améliorer la qualité des soins, l'efficacité du système, la continuité des prises en charge ainsi que la coordination entre les différents acteurs, tout en contribuant à alléger la pénibilité du travail pour le personnel soignant.

Le projet s'inscrit pleinement dans une action du programme de législature. Compte tenu de l'importance de l'investissement envisagé et de la participation financière sollicitée de l'État, la mise en place d'un cadre de gouvernance robuste apparaît également nécessaire afin d'en garantir la bonne mise en œuvre.

3. AUDITIONS

La Commission a procédé à l'audition de 9 entités. Un compte-rendu des auditions est annexé au présent rapport (annexe 1).

4. DISCUSSION GENERALE

4.1 Premier tour de table

Voici les éléments évoqués lors du premier tour de table, avant que n'aient lieu les auditions.

Entrée en matière et enjeux généraux du projet

Plusieurs commissaires relèvent d'emblée la nécessité de remplacer le dossier patient informatisé actuel et soulignent l'importance d'améliorer la circulation d'informations entre établissements et entre services.

Ils mettent toutefois en avant l'ampleur stratégique du projet, tant au regard des montants engagés que de ses conséquences organisationnelles, financières, juridiques et technologiques.

Souveraineté numérique et dépendance technologique

Plusieurs commissaires expriment des préoccupations importantes en matière de souveraineté numérique ; ils estiment que cet enjeu devra être examiné de manière approfondie par la Commission. Ils s'interrogent notamment sur le choix d'une solution américaine et sur la dépendance à long terme envers un fournisseur unique. Une commissaire estime qu'une solution open source aurait pu offrir davantage de garanties en matière d'autonomie numérique et de compatibilité entre systèmes.

Plusieurs interventions soulignent également l'importance de garantir l'interopérabilité du système avec d'autres établissements ou cantons, notamment au sein des deux hôpitaux intercantonaux.

Coûts, risques financiers et gouvernance

Plusieurs commissaires relèvent l'importance des montants engagés et les risques financiers liés au projet. Ils évoquent les surcoûts observés ailleurs, notamment à l'Inselspital, ainsi que les conséquences financières possibles pour les hôpitaux régionaux appelés à participer au financement du projet. Des inquiétudes sont

également exprimées concernant les coûts futurs de maintenance, les emprunts nécessaires et la capacité financière de certains établissements.

Plusieurs interventions portent aussi sur les enjeux de gouvernance, la complexité du déploiement et l'incertitude entourant les gains d'efficacité attendus. Une commissaire relève que la Commission n'a pas à remettre en cause la procédure d'adjudication elle-même, mais qu'il lui appartient d'examiner attentivement les risques liés au système retenu.

Certains commissaires demandent enfin que la répartition des investissements entre les différents établissements de la FHV soit documentée plus précisément.

Protection des données

Plusieurs commissaires soulèvent des questions relatives à la protection des données et aux garanties juridiques entourant le projet. Ils s'interrogent notamment sur les consultations menées avec les autorités compétentes, sur les modalités contractuelles prévues avec EPIC ainsi que sur la pérennité de la solution.

Place des patients et du personnel soignant, amélioration des conditions de travail et de continuité des soins

Une commissaire s'interroge sur la place des patients et des médecins traitants dans le futur dispositif.

Plusieurs commissaires soulignent que le projet devra permettre d'améliorer concrètement les conditions de travail du personnel soignant et la continuité des soins. Une commissaire mentionne notamment les perspectives offertes en matière de coordination entre établissements, de pilotage des flux et de développement d'innovations médicales et numériques.

Calendrier et urgence du projet

S'agissant de l'urgence invoquée par la cheffe de Département, plusieurs commissaires relèvent que la nécessité de remplacer Soarian est connue depuis plusieurs années.

Il affirme que la Commission doit pouvoir disposer du temps nécessaire pour examiner le projet de manière approfondie (et procéder aux auditions utiles).

Une commissaire s'interroge également sur les conséquences qu'aurait un éventuel refus de l'EMPD et demande s'il existe un plan B dans une telle hypothèse.

Réponse de la cheffe de Département – calendrier et contexte du projet

Les réflexions autour du remplacement du DPI ont débuté il y a plusieurs années déjà ; il a fallu procéder à de nombreuses analyses préalables avant de lancer l'appel d'offres. Les travaux ont notamment porté sur l'opportunité d'un DPI intégré, sur les expériences réalisées dans d'autres cantons et sur la possibilité d'une démarche commune avec les établissements de la FHV.

Les recours judiciaires font partie intégrante de ce type de procédure, certes, mais ils ont eu ici des conséquences importantes sur le calendrier du projet. Elle précise avoir souhaité présenter elle-même ce dossier à la Commission avant son départ, afin d'éviter un retard supplémentaire lié à la reprise du dossier par son successeur. Elle relève toutefois que la Commission demeure naturellement libre de prendre le temps qu'elle juge nécessaire pour ses travaux.

Réponse de la cheffe de Département – marge de manœuvre du Grand Conseil

La cheffe de Département rappelle que le remplacement de Soarian est inévitable, mais souligne que le Grand Conseil demeure libre de refuser le projet. Elle indique toutefois qu'un refus placerait les hôpitaux dans une situation très difficile, ceux-ci devant alors continuer à utiliser un système vieillissant jusqu'à l'échéance maximale prévue autour de 2029.

Elle relève que Soarian fait l'objet de critiques récurrentes de la part des soignants depuis plusieurs années et que son maintien compliquerait progressivement le travail des équipes médicales et informatiques.

En cas de refus, il faudrait relancer une nouvelle procédure d'appel d'offres.

Réponse de la cheffe de Département – coûts et cas bernois

S'agissant des surcoûts observés à l'Inselspital, la cheffe de Département explique que certains chiffres relayés dans les médias sont trompeurs car ils ne portent pas sur le même périmètre. Le montant publié sur SIMAP correspondait uniquement à un prix comparatif utilisé dans la procédure d'adjudication et non au coût total du projet.

Elle précise que le coût global du projet bernois atteint environ CHF 183 millions une fois intégrés les ressources humaines, les infrastructures et les coûts de déploiement, précisant que le montant de CHF 207,6 millions présenté dans l'EMPD vaudois inclut directement l'ensemble de ces éléments, ce qui rend les comparaisons plus cohérentes.

Réponse de la cheffe de Département – financement des hôpitaux et gains d'efficience

La cheffe de Département souligne que des investissements importants seront nécessaires, ceci indépendamment du système retenu. Elle rappelle en outre que les hôpitaux financent déjà leurs investissements au moyen d'emprunts dans de nombreux domaines, pour leurs infrastructures par exemple.

Le projet repose sur l'hypothèse que le nouveau DPI permettra de générer des gains d'efficience, notamment par une meilleure circulation des informations et une réduction de certaines redondances dans la prise en charge des patients. Ces gains pourraient concerner tant les coûts que les conditions de travail du personnel soignant.

Elle précise également que le projet prévoit un mécanisme de garantie d'emprunt de l'État afin de sécuriser le financement des établissements les plus fragiles.

Réponse du directeur des systèmes d'information du CHUV – souveraineté numérique et protection des données

Pour le directeur des SI du CHUV, si la souveraineté numérique constitue effectivement un enjeu important, aucun acteur ne dispose aujourd'hui d'une autonomie numérique complète. La souveraineté numérique doit dès lors être comprise comme une capacité de maîtrise stratégique des systèmes utilisés.

Il souligne que le projet prévoit notamment un hébergement des données en Suisse, soumis au droit suisse, ainsi que des garanties contractuelles et des mécanismes d'audit des accès. Il rappelle en outre que les solutions open source ou locales reposent elles-mêmes sur des infrastructures technologiques internationales.

Il précise enfin que les exigences relatives à la protection des données ont été intégrées dès la préparation du projet, avec l'implication du Data Protection Officer du CHUV. Les données devront être hébergées sur site et non dans le Cloud et les modalités d'accès du fournisseur devront être strictement encadrées contractuellement puis validées par la préposée cantonale à la protection des données.

Réponse du directeur des systèmes d'information du CHUV – solutions alternatives

Plusieurs alternatives ont été étudiées avant le lancement de l'appel d'offres. Des discussions ont notamment eu lieu avec Oracle afin de prolonger l'utilisation de Soarian, puis avec les HUG autour de leur solution DPI+.

Une étude approfondie menée en avril 2022 avec *Gartner Inc.* a toutefois mis en évidence les risques importants qu'aurait représentés une extension de DPI+ à l'ensemble des hôpitaux du Canton. Il souligne notamment les enjeux de certification et l'absence, au CHUV, d'équipes internes de développement comparables à celles existant à Genève ou en Valais.

Trois offres ont finalement été reçues dans le cadre de l'appel d'offres. Les solutions proposées par Keops et Epic ont été évaluées jusqu'au bout, Epic obtenant les meilleurs résultats sur l'ensemble des critères examinés.

Le directeur relève enfin qu'il existe aujourd'hui peu d'acteurs capables de répondre aux besoins d'un hôpital universitaire comme le CHUV, notamment pour les soins intensifs, la gestion médicamenteuse ou le bloc opératoire. Il indique que le marché des DPI hospitaliers s'est fortement resserré ces dernières années, avec un nombre limité de solutions en mesure d'assurer l'ensemble de ces fonctionnalités.

Après un premier tour de table, la Commission décide de structurer la discussion générale en 4 axes : 1. souveraineté et protection des données, 2. utilisation et interopérabilité, 3. financement et gains d'efficience, 4. déploiement, gouvernance et pilotage.

4.2 Souveraineté et protection des données

Interprétation du Cloud Act et orientations fédérales

Plusieurs commissaires expriment des inquiétudes importantes concernant la souveraineté numérique, la dépendance à long terme envers un fournisseur américain ainsi que les implications possibles du Cloud Act. Ils relèvent que ces questions dépassent le seul cadre technique et touchent à des enjeux politiques, stratégiques et géopolitiques.

Un commissaire fait référence à de récentes informations de presse (NZZ am Sonntag, 24 heures, ictjournal.ch) selon lesquelles l'OFSP examinerait, dans le cadre du futur espace suisse des données de santé SwissHDS, des exigences visant à ce que l'ensemble de l'infrastructure SwissHDS soit soumise exclusivement à l'ordre juridique suisse et à limiter ainsi certaines dépendances juridiques ou techniques envers des juridictions étrangères. Même si ce projet fédéral relève d'un autre périmètre et d'un autre horizon temporel, il estime que le signal donné interroge le choix effectué dans le cadre du projet vaudois.

Une commissaire relève également qu'une motion adoptée à l'unanimité par le Conseil national le 17 mars 2026 (dont la référence n'a pas pu être identifiée au moment des travaux de la Commission) demande le recours à l'open source par défaut. Elle cite des prises de position selon lesquelles la conclusion d'un contrat d'exclusivité de long terme avec un fournisseur américain propriétaire irait à l'encontre des orientations fédérales en matière de numérisation. Elle estime que l'évolution des positions entre 2022 et 2026 est marquante et juge politiquement et symboliquement délicat de s'écarter ouvertement de cette orientation.

Interprétation du Cloud Act et protection des données

Un commissaire relève que l'EMPD mentionne lui-même, en page 37, les implications possibles du Cloud Act américain. Il s'interroge dès lors sur la manière dont cette problématique a été prise en compte dans l'appel d'offres, notamment quant à l'application prioritaire du droit suisse. Même si les données sont hébergées en Suisse, il considère que la question de l'accès potentiel par des entreprises soumises au Cloud Act demeure préoccupante. Il relève également que les interprétations du Cloud Act ne semblent pas unanimes lorsqu'on entend d'autres acteurs et spécialistes du domaine. Il indique dès lors ne pas être « en paix » avec cet aspect du projet.

Une commissaire indique avoir pris connaissance des prises de position de Mme Solange Ghernaouti, professeure à HEC Lausanne et spécialiste reconnue en cybersécurité. Elle mentionne notamment un texte publié en novembre 2025 dans lequel celle-ci alertait sur les risques liés à EPIC, estimant que le stockage des données en Suisse ne suffisait pas à garantir leur sécurité et que le recours à EPIC renforçait la dépendance envers les grands acteurs du numérique. Elle estime que ces prises de position doivent être prises en considération par la Commission.

D'autres commissaires considèrent au contraire que certains propos entendus en Commission dramatisent excessivement les risques liés au Cloud Act et sont inexacts. Une commissaire précise que les données resteront soumises au droit suisse et que le Cloud Act constitue une procédure pénale américaine encadrée, et non un accès libre et généralisé aux données. Elle indique ne pas voir, sauf à imaginer le cas de données concernant un criminel américain, pour quelle raison les autorités américaines chercheraient à accéder aux données des hôpitaux vaudois. Tout en reconnaissant que tous les scénarios peuvent être envisagés, elle estime que d'autres formes de cybermenaces (elle cite notamment les « trolls russes ») lui paraissent au moins, sinon davantage, plausibles.

La commissaire relève par ailleurs que Mme Solange Ghernaouti défend des positions très tranchées en matière de cybersécurité et de fermeture des systèmes informatiques, alors qu'Internet repose précisément sur une logique d'ouverture et d'interconnexion impliquant nécessairement une part de risque.

D'autres commissaires, considérant qu'un projet d'une telle ampleur nécessite de solides garanties, estiment au contraire que les réponses juridiques apportées jusqu'ici ne dissipent pas les inquiétudes relatives à la protection des données et à la souveraineté numérique.

Alternatives à EPIC et comparaison avec d'autres cantons

Plusieurs commissaires relèvent que, si des exemples positifs sont régulièrement cités (notamment Berne), le projet EPIC fait aussi l'objet de critiques ailleurs, en particulier à Zurich.

Un commissaire s'interroge également sur l'absence de recours à la solution développée par les HUG et estime qu'une collaboration régionale pourrait constituer une alternative crédible, notamment au regard des compétences présentes dans la « Health Valley ». Une commissaire questionne toutefois la faisabilité concrète d'un tel scénario, notamment la possibilité de relancer un projet avec les HUG dans des délais raisonnables et avec les ressources nécessaires.

La cheffe de Département renvoie sur ce dernier point aux réponses écrites déjà transmises à la Commission (cf. annexe 3) et rappelle que l'analyse présentée reflète la position de l'administration et du Conseil d'État, fondée sur les évaluations réalisées par les spécialistes du dossier.

Réponses du Département, du CHUV et de la DGNSI

La cheffe de Département répond que ces enjeux doivent être examinés à l'aune de la législation relative aux marchés publics. Un marché attribué conformément aux règles applicables ne peut être remis en cause sur la seule base de considérations générales relatives à la souveraineté numérique. Elle ajoute que le projet SwissHDS évoqué au niveau fédéral demeure à ce stade très général et ne porte pas directement sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV rappelle qu'en effet, un projet d'une telle ampleur doit obligatoirement passer par un appel d'offres soumis au droit des marchés publics. Selon lui, il n'est actuellement pas possible d'exclure un fournisseur sur cette seule base sans modification du cadre légal.

La DGNSI indique en outre que SwissHDS relève d'une logique fédérale beaucoup plus large visant l'interconnexion de données entre de nombreux acteurs, avec des règles de gouvernance encore à définir. Elle estime que la situation n'est pas comparable avec celle du DPI vaudois, qui s'inscrit dans un périmètre plus maîtrisé. Elle comprend des articles de presse que la Confédération examine actuellement la possibilité d'introduire de telles restrictions dans de futurs appels d'offres.

Concernant le Cloud Act, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que le modèle retenu prévoit un hébergement des données sur les serveurs des établissements (« on-premise »), sous contrôle suisse. Selon lui, EPIC fournit le logiciel mais ne dispose pas directement des données, ce qui distingue cette situation de services Cloud directement exploités par des entreprises américaines. Il précise que ces enjeux font partie des discussions contractuelles en cours, notamment concernant les conditions d'accès du fournisseur lors des opérations de maintenance et de mise à jour.

Temporalité et réévaluation future

Un commissaire relève enfin que les amortissements liés aux investissements informatiques sont prévus sur huit ans (jusqu'en 2034), ce qui permettra de réévaluer la situation une fois cette période écoulée.

4.3 Utilisation et interopérabilité

Interopérabilité avec les médecins de ville

Une commissaire s'interroge quant à l'interopérabilité avec les acteurs externes au projet, notamment les médecins indépendants. Si les échanges sont facilités entre les établissements participant au système EPIC, les médecins de ville pourraient se retrouver marginalisés s'ils ne disposent pas du même logiciel. Elle indique avoir été contactée par des médecins de famille craignant qu'à terme tous les acteurs de la santé soient contraints d'adopter EPIC pour rester compatibles, renforçant ainsi une logique de monopole.

La cheffe de Département relativise la nécessité d'une interopérabilité complète avec les médecins de ville. Elle relève qu'en pratique, les patients admis à l'hôpital n'arrivent généralement pas avec un dossier médical complet. Dans les situations d'urgence, les informations sont de toute façon reconstituées par les équipes soignantes au moyen de l'anamnèse et du diagnostic.

Elle ajoute que lorsqu'un patient est adressé par un médecin traitant ou un spécialiste, il est déjà accompagné d'une lettre ou d'un document de transmission transmis physiquement ou via des canaux sécurisés existants. Enfin, elle précise que les médecins externes n'auraient pas besoin de modifier leur propre infrastructure informatique : ils pourraient accéder à un portail dédié pour transmettre les informations nécessaires à la prise en charge hospitalière.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV réfute l'idée selon laquelle EPIC serait un système fermé. Il rappelle que le logiciel supporte des standards ouverts reconnus et permet déjà des échanges avec des partenaires externes. Selon lui, l'intérêt d'un système commun à l'échelle cantonale réside justement dans la possibilité d'aller plus loin dans les échanges de données et de processus. Il cite notamment l'exemple du suivi des chimiothérapies, qui pourrait être poursuivi dans un hôpital régional proche du domicile du patient tout en restant intégré dans le même système.

EPIC comme outil structurant des pratiques hospitalières et adéquation CHUV – autres établissements

Une commissaire exprime une réserve de fond sur la logique du projet qui, selon elle, part principalement des besoins d'un grand hôpital universitaire comme le CHUV, puis adapte les autres établissements à cette architecture, plutôt que de construire une solution à partir des réalités de terrain

La cheffe de Département relève deux éléments importants. D'une part, EPIC est un outil structurant : il influence la manière dont les prises en charge sont organisées. Sans imposer un fonctionnement totalement rigide, il repose sur des algorithmes et des retours d'expérience qui orientent les pratiques médicales et soignantes. Elle indique que cette réalité est reconnue par les équipes ayant déjà testé le système.

En outre, le système vise à réduire certaines répétitions, certains examens redondants ou des pertes d'informations. Des procédures standardisées, potentiellement soutenues à terme par des outils d'intelligence artificielle, doivent permettre de faciliter le travail des soignants. Cela conduit aussi à une certaine uniformisation des pratiques, assumée comme un objectif du projet.

Elle souligne toutefois que les besoins des plus petits établissements ont été pris en compte et que les exigences du CHUV n'ont pas simplement été transposées telles quelles à l'ensemble des établissements.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV précise que deux cahiers des charges distincts avaient initialement été élaborés lors de l'appel d'offres : un pour le CHUV et un pour les hôpitaux de la FVHVI. À la suite des travaux de la Commission de suivi, il a toutefois été décidé de privilégier un système cantonal unique.

Le croisement des deux cahiers des charges a en effet montré qu'environ 80 % des activités étaient similaires entre le CHUV et les hôpitaux régionaux. Les différences concernent surtout certaines spécialités du CHUV ainsi que des prestations spécifiques présentes dans les hôpitaux de la FVHVI, notamment l'hébergement en EMS. Cette forte convergence a renforcé la pertinence d'un système commun à l'échelle cantonale.

Il précise également que le choix d'EPIC s'inscrit dans une logique de « best practices » éprouvées sur le marché, plutôt que dans le développement d'un système entièrement nouveau.

Une commissaire reconnaît la nécessité d'un nouvel outil mais estime que les 20 % de différences entre CHUV et FHV ne doivent pas être minimisés. Elle exprime également des inquiétudes quant au coût du système, qui ne serait pas proportionnel au taux d'utilisation des plus petits établissements.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond que les mécanismes prévus tiennent compte de ces différences. Le CHUV supportera une part plus importante des coûts d'exploitation et les plus petits établissements ne devraient pas être pénalisés. Il estime au contraire qu'ils tireront avantage du système commun.

La cheffe de Département ajoute que les 20 % restants concernent essentiellement des spécialités propres au CHUV, mais que certains développements réalisés pour celui-ci pourront ensuite bénéficier à d'autres établissements.

Enjeu connu de longue date et nécessité de l'interopérabilité

Un commissaire rappelle qu'en 2010 déjà, une interpellation avait été adressée au Conseil d'État concernant le partage du dossier informatisé du patient entre les différents services et autorités. Le Conseil d'État évoquait

alors la nécessité de mettre en place un dossier électronique du patient afin d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire, le partage d'informations et la saisie unique des données.

Il relève qu'en 2026, soit quinze ans plus tard, cet objectif n'est toujours pas atteint. Le projet actuel apparaît dès lors comme une tentative de concrétiser enfin cette ambition ancienne.

Il exprime toutefois plusieurs réserves : la question de la souveraineté numérique liée à EPIC, le risque de devoir se limiter à des modules standards sans développements spécifiques, ainsi que les coûts importants du projet. Il souligne également qu'il devient difficile de se forger une opinion claire au vu de la complexité du dossier.

Concernant les gains d'efficacité annoncés, notamment l'économie d'environ dix minutes de travail administratif par heure, il estime qu'ils doivent être mis en perspective avec les coûts du projet et avec la taille des institutions concernées. Malgré ces réserves, il reconnaît néanmoins l'urgence d'agir face aux problèmes actuels liés au partage des données de santé.

Gains d'efficacité et conditions de travail des soignants (aussi pour les plus petits établissements)

Une commissaire souligne que le choix d'EPIC s'inscrit dans une volonté de rationaliser les processus hospitaliers et d'accompagner les équipes dans cette transition. Elle insiste sur l'importance des moyens d'accompagnement du changement.

Elle considère positivement les gains de temps administratifs annoncés, estimant qu'ils répondent aux plaintes récurrentes des soignants concernant la surcharge administrative.

Une commissaire, présidente du Conseil de fondation de l'Hôpital de Lavaux, relève que des outils intégrés comme celui proposé dans le cadre du projet EPIC peuvent également présenter des avantages pour les hôpitaux régionaux. Elle évoque notamment une meilleure orientation des patients, une gestion plus efficace ainsi que certains mécanismes de catégorisation facilitant les processus administratifs et de facturation. Selon elle, ces éléments peuvent permettre de dégager du temps pour les soignants et contribuer à certaines économies.

Coûts et bénéfices de l'interopérabilité

Une commissaire s'interroge sur le risque que des investissements supplémentaires soient encore nécessaires pour garantir les échanges de données entre les différents acteurs.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond que les interfaces nécessaires sont incluses dans le logiciel via des licences, mais qu'elles nécessitent aussi des développements spécifiques. Une fois mises en place, elles ne génèrent toutefois pas de coûts liés au volume de données échangées. Il précise que certaines interfaces existent déjà, notamment avec l'EHC, ainsi qu'avec des hôpitaux des cantons du Jura et de Neuchâtel. Les cliniques privées peuvent également être intégrées.

Un commissaire revient sur le rapport coût-bénéfice de l'interopérabilité, notamment avec les médecins généralistes, physiothérapeutes ou pharmacies et se demande si les investissements consentis se justifient réellement.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond qu'un renouvellement des systèmes hospitaliers est de toute façon inévitable, ceux-ci arrivant en fin de vie. Le projet présenté permet d'obtenir une forte interopérabilité entre tous les hôpitaux pour un coût comparable à celui de solutions séparées. Les autres systèmes, comme celui de l'AVASAD, pourront ensuite être intégrés progressivement.

Plus-value d'un système unique par rapport à des systèmes interconnectés

Un commissaire demande quelles seraient les conséquences d'un éventuel refus du décret et quelles alternatives existeraient, notamment du côté des HUG. Il souligne un paradoxe : un système unique paraît plus simple, alors que des échanges existent déjà entre systèmes différents. Il questionne donc la réelle plus-value d'un système unique par rapport à des plateformes interconnectées.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond que les systèmes actuels, y compris Soarian, ne constituent, en effet, pas un système unique car ils reposent sur des modèles de données différents. Les

échanges actuels se limitent souvent à des documents non structurés, comme des PDF, ce qui oblige à ressaisir les données.

Le projet vise au contraire une base de données unique permettant des échanges structurés et complets, l'une des plus-values étant que lorsqu'un patient passe du CHUV vers un hôpital régional, l'ensemble des informations médicales pourrait être repris sans perte ni fragmentation.

Il souligne également les gains attendus pour les professionnels. Aujourd'hui, un médecin assistant changeant d'établissement doit se réadapter à chaque environnement informatique. Un système unifié permettrait d'utiliser les mêmes interfaces et les mêmes logiques de fonctionnement dans tous les établissements, facilitant ainsi la mobilité et réduisant le temps d'adaptation.

Il précise encore qu'un logiciel développé en interne par un hôpital n'a pas besoin d'être certifié comme produit commercial, mais qu'il devient nécessaire de le certifier dès lors qu'il est mis à disposition d'autres acteurs. Dans ce contexte, un modèle de codéveloppement entre établissements ne lui paraît pas réaliste, car chaque établissement devrait alors assumer lui-même les responsabilités réglementaires liées à ce type de logiciel médical.

Conséquences d'un éventuel report du projet pour étudier la piste DPI+

La cheffe de Département revient sur les conséquences d'un éventuel report du projet. Elle explique qu'une étude complémentaire sur DPI+ devrait être menée durant environ six mois, avec suspension du projet EPIC pendant cette période.

Si cette étude concluait à la non-viabilité de DPI+, l'offre actuelle d'EPIC ne serait probablement plus valable. Il faudrait alors soit réactualiser l'offre, soit relancer un nouvel appel d'offres, ce qui repousserait le projet à l'horizon 2029–2030, voire au-delà en cas de recours.

Elle souligne que ce scénario impliquerait de continuer à utiliser des systèmes comme Soarian malgré leurs limites déjà visibles en 2026. Une telle réorientation obligerait aussi à revoir entièrement la stratégie cantonale, à relancer un appel d'offres et à sélectionner un nouvel intégrateur externe. Elle rappelle enfin que le dossier patient informatisé constitue un dispositif médical soumis à des exigences de certification, notamment sous l'autorité de Swissmedic.

Un commissaire évoque alors un risque de décalage de quatre à cinq ans en cas de refus du projet.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond qu'en l'absence d'étude détaillée les estimations restent incertaines, mais qu'un report pourrait conduire à une mise en œuvre autour de 2032, avec un périmètre fonctionnel probablement réduit à une solution proche des systèmes actuels.

Articulation entre DEP et DPI

Une commissaire questionne enfin l'articulation entre le dossier électronique du patient (DEP) et le dossier patient informatisé (DPI).

La cheffe de Département répond que le DEP constitue essentiellement un outil de mise à disposition d'informations pour les différents intervenants, alors que le DPI documente directement les activités réalisées à l'hôpital. Elle souligne également que certaines informations contenues dans le DPI ne sont pas destinées à être accessibles directement aux patients. Le portail patient est en revanche présenté comme un outil généralement bien accueilli.

4.4 Financement, répartition des coûts et gain d'efficience

Suivi financier, amortissements et surveillance parlementaire

Plusieurs commissaires insistent sur la nécessité d'un suivi financier étroit du projet compte tenu de son ampleur, de sa durée et des montants engagés. Un commissaire évoque la question des amortissements, sur des durées de 5 à 8 ans, et estime indispensable de renforcer le suivi parlementaire du projet sur plusieurs années. Il plaide pour la poursuite des travaux tout en mettant en place un suivi régulier, notamment via des rapports semestriels du comité d'accompagnement du projet. Il souligne également la nécessité d'associer étroitement la Commission des finances (COFIN).

Un autre commissaire précise que son intervention ne portait pas principalement sur la durée des amortissements, mais sur les conséquences concrètes en matière de trésorerie. Il explique qu'un investissement de CHF 100 millions amorti sur cinq ans implique environ CHF 20 millions de cash-flow supplémentaire par année. Dans une société anonyme, ces besoins ne peuvent pas être absorbés simplement par les fonds propres en raison des règles du Code des obligations.

Il insiste sur le fait qu'il ne faut pas confondre logique comptable et réalité de trésorerie. Selon lui, l'enjeu central réside dans la capacité des hôpitaux à générer suffisamment de cash-flow pour absorber ces investissements. Il estime néanmoins rassurant que des projets comparables aient déjà été mis en œuvre avec EPIC dans d'autres contextes, ce qui limite le caractère expérimental du projet.

Le même commissaire relève qu'une garantie étatique pourrait être structurée sur une longue durée, par exemple trente ans, tout en conservant des amortissements plus courts. Selon lui, l'impact principal se situe sur les flux de trésorerie plus que sur l'exploitation. Il insiste donc sur la nécessité de garantir un niveau de cash-flow suffisant et considère que la confiance des établissements dans la capacité du projet à générer un retour sur investissement constitue un élément central.

Risques de dépassements de coûts

Un commissaire s'inquiète des risques de dépassements de coûts liés à l'intégration d'un système conçu initialement pour un système de santé très différent du nôtre. Il relève que plusieurs expériences européennes ont rencontré des difficultés importantes et s'interroge sur la capacité du Canton à éviter ces écueils.

La cheffe de Département répond que le projet prévoit précisément une gouvernance dédiée via une commission stratégique chargée du pilotage du programme, du suivi du déploiement, du contrôle de l'efficacité et de la surveillance financière. Cette structure devra également informer rapidement le DSAS en cas de difficultés et suivre l'intégration de nouveaux partenaires. Les établissements seront tenus de transmettre toutes les données nécessaires à l'exercice de cette surveillance.

Elle évoque également plusieurs pistes visant à renforcer l'information du Parlement : rapports périodiques transmis à la COFIN, audits réguliers par la COFIN ou la CTSAP, voire intégration du suivi du projet dans les présentations stratégiques du CHUV. L'objectif est, selon elle, d'éviter toute découverte tardive de difficultés majeures.

S'agissant des garanties sur le succès du projet, la cheffe de Département rappelle qu'aucune certitude absolue n'existe dans les projets informatiques. Elle considère toutefois que le principal élément rassurant réside dans les retours d'expérience d'établissements ayant déjà implémenté EPIC, notamment l'Inselspital, l'Hôpital de Lucerne ou encore Saint-Luc à Bruxelles. Elle souligne que le CHUV n'est ni le premier hôpital suisse ni le premier hôpital universitaire à déployer EPIC, ce qui permet de bénéficier des expériences précédentes, y compris des difficultés rencontrées ailleurs.

Elle rappelle également que la phase de bascule vers un nouveau système est toujours délicate, mobilise fortement les équipes pendant plusieurs jours et peut entraîner des bugs ou des ajustements initiaux. Elle insiste enfin sur l'importance de la formation : l'accès au système est conditionné à une certification préalable des utilisateurs, ce qui peut susciter certaines résistances mais constitue selon elle une garantie essentielle.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV estime pour sa part qu'il ne sera pas nécessaire de procéder à une « helvétisation » du système. Il rappelle qu'EPIC repose sur des méthodologies éprouvées, avec environ 150 déploiements par an et plus de 3'000 installations dans le monde. Selon lui, le projet ne consiste donc pas à « réinventer la roue ». Il cite en revanche l'exemple de la Norvège, où une approche trop large et trop intégrée, impliquant tous les prestataires, s'est révélée particulièrement difficile à mettre en œuvre.

Répartition des coûts et financement du projet (BNS ?)

Un commissaire évoque la possibilité de recourir à des ressources issues de la Banque nationale suisse (BNS) pour financer ce projet essentiel pour l'informatique hospitalière. Il soulève ensuite la question du plan de financement du CHUV, relevant qu'environ 20 % des besoins concernent des spécificités universitaires. Il s'interroge dès lors sur l'opportunité d'augmenter la part assumée par le CHUV afin d'alléger celle des autres établissements.

Il revient également sur les règles d'amortissement liées aux normes MCH2 et estime que des amortissements sur cinq ans restent possibles dans le cadre de garanties sans intérêt. Il annonce son intention de proposer un amendement afin de distinguer davantage les investissements et améliorer la lisibilité du suivi financier d'un projet pouvant atteindre plusieurs centaines de millions de francs. Il estime enfin que les outils de pilotage internes de type « cockpit » ne permettent pas une visibilité suffisante au regard des comptes et des budgets.

Implication des établissements dans le projet

Un commissaire indique s'être rendu la veille au Hôpital Riviera-Chablais (HRC) et rapporte que le directeur général et le chef des finances soutiennent le projet EPIC pour des raisons d'efficacité et d'efficacités et qu'aucune complication particulière n'a été évoquée.

Une commissaire nuance toutefois cette lecture, estimant qu'il serait difficile pour le HRC, déjà impliqué dans le projet, de tenir un discours différent.

Un commissaire demande si chacun des onze établissements de la FHVI a validé individuellement le projet via son propre business plan ou si la FHVI a procédé globalement. Il s'interroge également sur le niveau d'engagement réel des gouvernances hospitalières.

Le département répond que les estimations ont été réalisées globalement avec des projections par établissement, mais que les modalités concrètes de financement relèvent ensuite de chaque hôpital. Les établissements attendaient notamment de connaître la participation financière de l'État avant d'intégrer ces montants à leur planification.

La cheffe de Département ajoute que les directions de la FHVI participent aux discussions depuis deux ans et que tous les établissements ont validé le lancement de l'appel d'offres par la FHVI. Elle rappelle toutefois que les hôpitaux restent des établissements privés reconnus d'intérêt public, disposant chacun de leur propre gouvernance, et que le Canton ne reçoit pas de validation formelle de chaque conseil d'établissement.

Le commissaire demande ensuite ce qu'il adviendrait si un établissement se retirait après l'adoption de l'EMPD. Il lui est répondu qu'un retrait isolé ne remettrait pas en cause l'appel d'offres et que le coût global diminuerait marginalement, la participation de l'État bénéficiant alors davantage aux établissements restants. Elle précise également qu'à l'été 2024 les établissements se sont engagés à l'unanimité dans un projet commun et ont mandaté la FHVI pour les représenter.

Une commissaire relève toutefois que la situation financière des établissements a évolué depuis 2024 avec les coupes budgétaires annoncées.

La cheffe de Département répond qu'un établissement qui se retirerait devrait assumer seul la recherche, le financement et la maintenance d'une solution alternative, sans bénéficier des économies d'échelle ni forcément des compétences nécessaires. Elle estime que l'intérêt commun des établissements réside précisément dans le partage d'un DPI unique géré par la FHVI.

S'agissant des risques financiers, elle ajoute que si un établissement se retrouvait dans une situation catastrophique, il se tournerait probablement vers l'État comme cela s'est déjà produit par le passé, mais elle ne considère pas que ce projet soit de nature à provoquer une telle situation. Elle précise enfin qu'aucune nouvelle coupe n'est prévue à ce stade pour les hôpitaux.

Répartition des coûts de fonctionnement entre établissements

Une commissaire demande si les coûts annuels de fonctionnement estimés à CHF 23 millions sont répartis de manière équitable entre les hôpitaux régionaux et s'il en va de même pour les amortissements et autres charges annexes.

La directrice générale adjointe de la DGS, répond que l'ensemble des coûts (investissements, amortissements, intérêts et coûts de fonctionnement) a été estimé globalement puis réparti selon la clé déjà présentée à la commission, fondée sur le budget de fonctionnement de chaque établissement.

Adéquation d'EPIC aux plus petits établissements

Un commissaire espère que les conseils d'administration des plus petits établissements ont pris connaissance des expériences menées dans des établissements comparables, notamment autour de Carefolio à Morges. Il

reconnait la qualité d'EPIC mais estime que la question de son adéquation aux besoins des plus petits établissements demeure ouverte.

Une commissaire considère qu'il n'appartient pas à la Commission de choisir à la place des hôpitaux. Selon elle, EPIC ne doit pas être comparé à une seule solution concurrente mais à l'ensemble des alternatives disponibles. Elle relève que Soarian n'est pas moins coûteux tout en offrant beaucoup moins de fonctionnalités. Pour elle, le véritable enjeu réside dans le choix entre une solution intégrée commune et une multiplication de logiciels distincts. Elle souligne également qu'EPIC constitue une solution immédiatement opérationnelle, contrairement à des pistes de développement plus hypothétiques.

Une autre commissaire partage l'idée qu'il faut donner les meilleurs outils possibles aux soignants mais estime que la question de la souveraineté numérique et de la dépendance à un fournisseur étranger ne peut être minimisée. Elle conteste également l'idée selon laquelle toutes les solutions alternatives seraient aussi coûteuses.

Elle évoque les conséquences humaines d'un tel changement pour les plus petits établissements et estime qu'il faut rester prudent face aux promesses de réduction du burn-out ou de l'absentéisme. Selon elle, présenter EPIC comme une réponse à ces difficultés mérite d'être fortement nuancé, ces phénomènes dépassant largement la seule question administrative. Elle cite enfin des retours documentés dans certains pays nordiques où le déploiement d'EPIC aurait entraîné de fortes tensions parmi les professionnels sans produire les gains d'efficacité promis.

Une commissaire rappelle toutefois que tous les établissements devront remplacer Soarian et indique avoir été convaincue par les démonstrations présentées. Elle considère le système utilisé à Morges déjà obsolète et plaide pour une solution capable d'intégrer les futurs développements, notamment en matière d'intelligence artificielle, tout en estimant que les questions de protection des données doivent être traitées sans bloquer le projet.

Un commissaire conteste l'idée selon laquelle Carefolio serait obsolète. Il rappelle que l'EHC vient précisément de le mettre en service et a développé des partenariats avec l'EPFL et l'ETH autour de l'intelligence artificielle. Il présente ainsi Carefolio comme une solution souveraine disposant de perspectives de développement ouvertes.

Une commissaire relève que l'EHC est parti de zéro alors que le CHUV et la FHV doivent remplacer Soarian tout en franchissant un cap supplémentaire. Initialement sceptique, elle indique préférer que le Canton « ait un coup d'avance », tout en reconnaissant la part de risque inhérente à tout choix technologique.

La cheffe de Département conclut que Carefolio peut certes remplacer Soarian mais ne constitue pas un DPI intégré. Elle rappelle que le choix du Conseil d'Etat et des acteurs du système de santé a précisément été de viser un DPI intégré à l'échelle cantonale. Selon elle, EPIC ne représente donc pas un simple remplacement de l'existant mais un véritable saut qualitatif.

Financement du projet et gains d'efficacité attendus

Plusieurs commissaires considèrent finalement que le cœur du débat n'est plus tellement le choix technologique lui-même mais la capacité financière des hôpitaux à absorber le projet.

Un commissaire relève que la FHVI accuse déjà d'importants retards en matière de cybersécurité et que les investissements nécessaires dès 2026 seront très élevés, sans apporter en eux-mêmes de gains immédiats d'efficacité ni d'amélioration directe pour les patients. Il estime probable que le Canton doive fournir un soutien financier plus important que celui prévu dans l'EMPD et considère que les questions de gouvernance et de financement occuperont une large part des travaux de la commission.

Il ajoute toutefois que le logiciel ayant été choisi par le Conseil d'Etat, il n'appartient pas à la Commission d'en sélectionner un autre, et rappelle que l'échéance de 2028 constitue une contrainte réelle puisque le système actuel ne pourra plus être maintenu au-delà.

Un autre commissaire estime que les débats sur la pertinence du système ont suffisamment duré et qu'il faut désormais traiter la question essentielle : selon lui, aucun hôpital ne peut absorber les charges financières présentées dans l'EMPD, y compris les plus petits établissements comme ceux du Balcon du Jura ou de la Vallée de Joux.

Il plaide pour une simulation précise de la charge acceptable pour chaque établissement et pour une clarification du niveau d'engagement financier de l'État. Il propose concrètement d'utiliser des tranches BNS pour financer le projet et détaille plusieurs scénarios de montants pouvant être affectés au financement du logiciel. Selon lui, tant que la question du financement ne sera pas clarifiée, la Commission continuera « à tourner en rond ».

Un commissaire revient sur la comparaison avec l'EHC, dont le projet informatique annoncé à environ CHF 2,8 millions serait nettement moins coûteux ; il estime que les implications concrètes en matière de trésorerie et de cash-flow mériteraient encore d'être précisées.

Il indique également partager les préoccupations exprimées concernant la conduite du changement et la nécessité d'accompagner les équipes. S'agissant de la tranche BNS, il rappelle défendre depuis longtemps l'idée que ces montants extraordinaires ne devraient pas servir au financement du budget courant, mais plutôt à des investissements d'une importance particulière pour l'Etat, comme celui-ci.

La cheffe de Département rappelle que les CHF 50 millions prévus dans l'EMPD constituaient initialement un préfinancement qui a failli être supprimé lors des arbitrages budgétaires du Conseil d'État mais qu'elle est parvenue à maintenir. Elle rappelle néanmoins le principe général selon lequel les investissements informatiques relèvent en premier lieu de la responsabilité des hôpitaux.

Elle insiste ensuite sur les gains d'efficacité attendus du projet, évalués prudemment à environ CHF 50 millions par an sur quatorze axes distincts : réduction du nombre d'applications, diminution des doubles investigations, amélioration de la facturation, automatisation de certaines tâches, amélioration des transferts d'informations, portail patient, réduction de la pénibilité ou encore baisse de l'absentéisme.

Concernant précisément les burn-out et l'absentéisme, elle explique qu'un DPI intégré peut permettre de réduire la charge administrative répétitive, d'améliorer l'accès à l'information, de limiter les erreurs et de mieux coordonner les équipes. Sur cette base, une réduction prudente de 0,5 % de l'absentéisme représenterait déjà des gains importants, tant humains que financiers, notamment en réduisant le recours au personnel intérimaire.

Enfin, concernant l'idée d'utiliser une tranche BNS, elle indique comprendre l'attrait politique de cette proposition mais ne pas pouvoir l'endosser au nom du Conseil d'État. Elle rappelle que de nombreux autres domaines (climat, agriculture, accueil de l'enfance) pourraient alors formuler des demandes comparables. Elle se dit toutefois disposée à transmettre à la Commission le détail complet des analyses sur les gains d'efficacité.

Déclinaison financière par établissement

A plusieurs commissaires qui sollicitent un tableau des coûts par établissement, le département indique que, si certains éléments peuvent effectivement être déclinés par établissement (coûts d'investissement ou d'exploitation), il n'est par contre pas possible de déterminer de manière précise la charge d'intérêt qui pèsera sur chaque établissement, celle-ci dépendant des modalités de financement qu'ils choisiront et sur lequel l'Etat ne peut pas se prononcer.

S'agissant des gains d'efficacité à venir, ceux-ci n'ont pas été répartis mécaniquement, chaque établissement ayant ses propres spécificités. Seule une estimation globale a été établie, le DSAS ayant privilégié de ne pas figer des montants à ce stade, ceux-ci devant faire l'objet d'analyses plus détaillées avec les établissements concernés.

4.5 Déploiement, gouvernance et pilotage

Continuité des équipes de gouvernance

Une commissaire s'interroge sur la continuité des équipes appelées à siéger dans les instances de suivi du projet sur une durée aussi longue.

La cheffe de Département répond que la désignation des membres repose avant tout sur les compétences et les responsabilités exercées au sein des institutions concernées. Elle relève qu'il paraît difficile, voire impossible,

de garantir formellement la présence des mêmes personnes pendant toute la durée du projet, les évolutions de carrière ne pouvant être anticipées.

Arbitrages en cas de conflit entre établissements

Une commissaire s'interroge sur les mécanismes de gouvernance prévus en cas de conflit entre les standards cantonaux et ceux des établissements, notamment entre le CHUV et les établissements de la FVHVI. Elle demande quelle instance serait compétente pour trancher, si les arbitrages seraient formalisés, ainsi que quelle serait la latitude réelle de la Commission stratégique, notamment sa capacité à bloquer ou réviser le projet.

Il lui est répondu que la Commission stratégique a pour fonction de garantir le respect du cadre et de la vision du projet, en veillant à la prise en compte des intérêts de l'ensemble des établissements. Elle n'intervient pas dans le pilotage opérationnel ni dans le déploiement, qui relèvent des établissements eux-mêmes, mais constitue l'instance de référence en cas de blocage. En cas de conflit, le point serait porté devant cette commission réunissant l'ensemble des acteurs concernés et appelée à trancher.

Composition de la Commission stratégique et signature des contrats

Une commissaire s'étonne de l'absence, au sein de la Commission stratégique, d'un expert juridique spécialisé notamment en protection des données. Elle s'interroge également sur le rôle de cette commission dans la conclusion des contrats avec EPIC.

Le département précise que la Commission stratégique n'est pas compétente pour conclure les contrats. Son rôle consiste à garantir le cadre du projet et à intervenir en cas de blocage. Elle reconnaît toutefois qu'une expertise spécifique en protection des données pourrait s'avérer pertinente si des enjeux particuliers devaient émerger durant le déploiement.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV ajoute que la signature des contrats relève des établissements eux-mêmes. Une Commission des établissements a été mise en place à cet effet « en-dessous » de la Commission stratégique. Cette instance réunit le CHUV et les établissements concernés de la FVHVI et traite notamment des aspects contractuels. Les établissements y sont représentés et délèguent ensuite certains membres à la Commission stratégique et au Comité de pilotage, chargé de la conduite opérationnelle du projet. Selon lui, ce dispositif vise à garantir la représentativité de l'ensemble des établissements appelés à signer les contrats.

Risque d'un déploiement « à la carte »

Le président exprime des inquiétudes quant au risque d'un déploiement « à la carte », à l'image de ce qui s'était produit avec Soarian et avait conduit à une multiplication des systèmes. Il souligne les enjeux financiers et les risques de délais liés à EPIC et s'interroge sur les garanties permettant d'éviter des adaptations locales excessives.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV explique que le projet repose sur des groupes de travail métiers réunissant des professionnels de l'ensemble des établissements, chargés de définir des pratiques communes par spécialité. Ces travaux doivent aboutir à une configuration unifiée du système reposant sur une base de données unique. Il précise qu'en cas de désaccord, des mécanismes d'escalade sont prévus jusqu'à la Commission stratégique. Il relève également que les travaux préparatoires laissent présager un bon niveau d'alignement entre établissements.

Le département ajoute que le plan de déploiement validé par la Commission stratégique devra clairement distinguer les éléments devant rester communs de ceux pouvant faire l'objet d'adaptations.

Il est enfin précisé qu'aucun développement « à la carte » ne sera admis en dehors du cadre défini. La base commune issue de l'appel d'offres s'impose à tous les établissements ; seules certaines adaptations d'interfaces pourront être envisagées de manière strictement encadrée. L'expérience de Soarian et les travaux préparatoires ont, selon les intervenants, renforcé la volonté des établissements de privilégier la standardisation.

Gestion des désaccords et suivi financier

Un commissaire souhaite clarifier qui tranche en cas de désaccord entre établissements, notamment face à des besoins différenciés. Il s'interroge également sur le rôle respectif des différentes instances, tant sur le plan stratégique que financier.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que les divergences opérationnelles sont d'abord traitées au sein des instances de projet situées « en-dessous » de la Commission stratégique. Seules les problématiques ne trouvant pas de solution à ce niveau sont remontées à la Commission stratégique, laquelle intervient principalement sur des enjeux stratégiques. Cette organisation vise, selon lui, à éviter que cette instance soit surchargée de questions de détail.

S'agissant du suivi financier, il précise qu'une commission dédiée, placée « sous » la Commission des établissements, sera chargée du suivi des indicateurs et de l'évolution des coûts, avec une remontée régulière des informations à la Commission stratégique. Il confirme que ces éléments feront l'objet d'un suivi systématique.

En cas de dérive financière ou de difficultés avec le fournisseur, le Comité de pilotage assurera un premier niveau de contrôle et tentera de résoudre les problèmes. À défaut, les difficultés seront remontées à la Commission stratégique avec des propositions de solution. Il souligne également que le cadre contractuel prévoit des droits et obligations réciproques, notamment concernant les livrables attendus d'EPIC. Il relève enfin que le projet repose principalement sur le paramétrage d'une solution existante, ce qui limite certains risques liés à un développement sur mesure.

La cheffe de Département ajoute que la Commission stratégique assurera également une remontée régulière des éléments saillants à l'autorité politique, en particulier au Conseil d'État. Elle évoque aussi la possibilité d'un suivi renforcé via des rapports réguliers à la Commission des finances si la députation le souhaite.

Suivi des gains d'efficience

Le président s'interroge sur la capacité du dispositif de gouvernance à assurer le suivi des gains d'efficience attendus du déploiement d'EPIC, ceux-ci constituant un élément central du financement du projet. Il souligne également l'enjeu de diffusion des bonnes pratiques entre établissements afin d'éviter un risque financier si les bénéfices attendus ne sont pas réalisés.

La directrice adjointe répond que le suivi des gains d'efficience fait explicitement partie des compétences de la Commission stratégique. La cheffe de Département précise que ce suivi reposera sur des indicateurs d'efficience définis à l'avance et intégrés au monitoring prévu dans le cadre contractuel.

Interrogée sur une éventuelle harmonisation des objectifs entre établissements, la directrice adjointe indique que les estimations ont, à ce stade, été établies de manière globale. Les gains d'efficience ne seront toutefois pas appliqués de manière uniforme, afin de tenir compte des spécificités de chaque établissement. L'objectif est de définir avec chacun d'eux des cibles adaptées permettant ensuite un suivi individualisé.

La cheffe de Département ajoute que l'analyse reposera sur des indicateurs communs (réduction du nombre d'applications, optimisation des parcours cliniques, diminution des investigations) avec une évaluation différenciée des gains selon les organisations internes des établissements.

5. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS

[Seuls les points ayant suscités une discussion sont mentionnés]

Point Résumé (p. 5)

Un commissaire relève que le projet prévoit le recours à des outils d'aide à la décision et à l'intelligence artificielle. Se référant aux interrogations soulevées lors de l'audition de M. Giussani quant au caractère ouvert ou propriétaire des solutions IA d'EPIC, il souhaite obtenir des précisions à ce sujet.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique qu'EPIC propose effectivement des solutions intégrées, notamment en matière d'intelligence artificielle, mais que le système est conçu de manière ouverte sur ce plan et permet l'intégration de développements externes, notamment sous forme de « plugins », ce qui offre la possibilité d'exploiter des solutions d'intelligence artificielle développées localement. Dans un contexte hospitalier universitaire, des équipes internes travaillent sur ces questions et l'objectif est de pouvoir intégrer ces outils tout en conservant la maîtrise des données.

Périmètre du projet et cas de l'EHC

Un commissaire estime que le projet de DPI devrait, à terme, pouvoir concerner l'ensemble des établissements vaudois et non uniquement ceux actuellement intégrés. Il annonce son intention de déposer un amendement visant à inclure tous les établissements, notamment dans le financement, au nom de l'égalité de traitement. Il relève aussi une forme d'incohérence dans les débats : selon lui, l'EHC ne peut pas être à la fois exclu du projet et utilisé comme argument dans la discussion.

La cheffe de Département rappelle que l'EHC ne fait pas partie de la FVHVI, à l'origine de l'appel d'offres. L'établissement a choisi un autre système et ne participe pas au projet. Dans ces conditions, elle estime qu'il n'est juridiquement pas possible de lui attribuer des financements liés à un projet auquel il ne prend pas part.

Le commissaire évoque néanmoins la possibilité de prévoir une part financière en vue d'une participation future. La cheffe de Département répond que cela ne pourrait être envisagé qu'à titre hypothétique et dépendrait avant tout de la volonté de l'établissement de rejoindre la FVHVI. Elle suggère qu'une clause pourrait éventuellement garantir des conditions équitables en cas d'adhésion ultérieure.

Le président rappelle que le projet prévoit déjà un mécanisme d'admission de nouveaux partenaires, la Commission stratégique étant chargée de proposer les conditions d'entrée.

À une commissaire qui s'interroge sur les modalités concrètes d'une telle intégration, la cheffe de Département répond que l'adhésion à la FVHVI constituerait un préalable impératif. Elle souligne que le déploiement actuel, déjà étendu à de nombreux établissements, représente une première étape importante. Elle ajoute qu'une ouverture future à d'autres acteurs renforcerait la performance du système, notamment en matière de pilotage et de continuité des données pour les patients.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV confirme que l'intégration de nouveaux établissements est prévue et cite l'exemple du Canton de Berne, où un élargissement similaire est en cours. Il relève que le projet vaudois a été conçu dès l'origine dans une logique multi-établissements, afin de faciliter de futures extensions. Il précise enfin que la Commission stratégique sera compétente pour statuer sur les évolutions de périmètre, qu'il s'agisse de l'intégration de nouveaux établissements ou, le cas échéant, de la sortie de certains partenaires.

Un commissaire exprime toutefois le sentiment que l'EHC n'a, à ce stade, pas l'intention de rejoindre EPIC. Il relève également que les échanges de données entre établissements peuvent déjà se faire via des interfaces (API), ce qui relativise selon lui l'enjeu immédiat d'une intégration complète.

Ressources humaines et coûts d'exploitation

À une commissaire qui s'interroge sur la pérennité des renforts en personnel prévus dans le cadre du projet, le département précise que les ressources incluses dans les coûts d'investissement concernent uniquement la phase de mise en œuvre. Une fois le système déployé, les besoins relèveront des coûts d'exploitation, couvrant la maintenance du logiciel et les équipes chargées de son fonctionnement courant.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV ajoute que l'équipe projet sera composée de collaborateurs internes, de renforts temporaires et de spécialistes externes, ces derniers n'intervenant que durant la phase projet. À l'issue du déploiement, les effectifs seront réduits à environ deux tiers de l'équipe initiale afin d'assurer le support à long terme, comme cela a été le cas à Berne et à Lucerne. Il précise enfin que les gains d'efficacité annoncés tiennent compte de ces ressources supplémentaires, celles-ci devant être compensées par des gains de productivité pour les équipes cliniques.

Données de pilotage et protection des données

À une commissaire qui s'interroge sur la notion de « données pertinentes » que les établissements devront transmettre, notamment au regard de la protection des données, Mme Boland explique qu'il s'agit de données utiles au pilotage global du système, par exemple sur la disponibilité des lits ou les capacités d'accueil, aujourd'hui difficiles à obtenir en temps réel. Elle mentionne également des données liées aux parcours de soins, destinées à améliorer l'organisation du système.

La cheffe de Département précise que cette transmission constitue une contrepartie au financement public. Il ne s'agira pas de données individuelles sur les patients, mais de données agrégées. L'objectif est notamment

de mieux comprendre certains itinéraires cliniques afin d'optimiser les prises en charge. Elle cite l'exemple d'une personne âgée ayant chuté à domicile et des pratiques permettant de faciliter son parcours de soins.

Risque financier et évolution des coûts de maintenance

Un commissaire relève que cet investissement intervient dans un contexte financier tendu et s'interroge sur les risques liés à l'évolution future des coûts, notamment de maintenance. Il évoque la possibilité d'augmentations importantes des tarifs de licence et difficilement prévisibles, comme cela peut exister dans le secteur des logiciels, et demande quelles garanties peuvent être prévues à moyen et long terme.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond que ce risque n'est pas propre à EPIC et concerne l'ensemble des fournisseurs, y compris suisses. Il indique que des discussions sont en cours dans le cadre des négociations contractuelles afin d'intégrer des garde-fous, notamment sur les coûts de maintenance et de support. Il relève toutefois qu'il n'est pas possible de sécuriser ces éléments de manière illimitée dans le temps et que les hausses de prix dans le domaine des logiciels constituent aujourd'hui une tendance générale du marché.

Une commissaire fait un parallèle avec Microsoft dans le domaine de l'éducation, où des solutions initialement gratuites ont ensuite entraîné des coûts croissants malgré l'existence de contrats.

La DGNSI relève que la situation est différente, Microsoft ayant à l'époque adopté une stratégie consistant à offrir des licences au secteur éducatif avant de modifier ensuite son modèle économique. Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV ajoute que, dans le cas présent, il s'agit d'un logiciel commercial faisant l'objet de négociations contractuelles dès le départ, avec des coûts connus et discutés en amont. Si des augmentations de prix restent possibles à long terme, comme pour tout logiciel, des garde-fous sont intégrés dans les contrats, même si le risque ne peut être totalement supprimé.

Hôpitaux intercantonaux et interopérabilité avec le Valais pour l'HRC

Un commissaire s'interroge sur la situation de l'hôpital intercantonal de Rennaz dans la mesure où le Canton du Valais a choisi un autre système informatique. Il demande si cette divergence pose des difficultés et quel est le positionnement des partenaires valaisans.

La cheffe de Département répond qu'aujourd'hui déjà, les systèmes informatiques de l'HRC et de l'Hôpital du Valais ne sont pas interconnectés. Les échanges peuvent néanmoins se faire via des standards de transmission existants, même sans système commun. Elle indique que le Valais a choisi de s'aligner sur une autre solution, en lien avec les HUG, sans que cela ne pose de problème particulier. Elle ajoute enfin qu'environ 75 % des flux de patients de l'HRC se dirigent vers les hôpitaux vaudois, ce qui relativise l'impact de cette divergence.

Choix d'EPIC en raison de gains d'efficacité promis ?

Une commissaire s'interroge sur les raisons ayant conduit au choix d'EPIC et se demande si celui-ci ne répond pas en partie à une recherche de solution « clé en main » face aux difficultés rencontrées avec Soarian. Elle questionne notamment le poids des promesses en matière d'efficacité, de qualité et de modernisation dans ce choix.

La cheffe de Département répond que l'objectif premier était de disposer d'un système intégré, permettant l'échange de données et un meilleur pilotage du système de santé. Elle indique que ce choix s'appuie sur des analyses de marché et sur des retours d'expérience, notamment européens.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV confirme que le critère déterminant a été l'intégration du système, en réponse aux limites de Soarian en matière d'interopérabilité. Il précise toutefois que les gains en qualité, sécurité et efficacité ne découlent pas « comme par magie » de la seule solution EPIC. Selon lui, le DPI constitue plutôt un prérequis permettant d'atteindre ces objectifs, notamment en réduisant les doubles saisies et en améliorant la coordination des soins.

Risques, risque politique et éventuel scénario de sortie ?

Un commissaire s'interroge sur l'existence d'un scénario de sortie en cas de problème majeur avec EPIC à moyen ou long terme. Il estime qu'un tel dispositif pourrait rassurer les acteurs encore hésitants.

La DGNSI répond qu'aucun scénario de sortie n'est prévu. Il indique que ce type de risque n'est généralement pas intégré dans ce genre de projet, car cela supposerait d'anticiper un grand nombre d'hypothèses et entraînerait des coûts très importants. Selon lui, ces situations relèvent plutôt de la gestion des risques dans la durée.

Une commissaire abonde dans ce sens et rappelle que ce type de risque existe pour toute technologie ou tout projet, indépendamment de son origine, et qu'il ne peut pas être totalement supprimé.

Une autre commissaire estime toutefois que, même si les risques existent dans tous les cas, le contexte géopolitique actuel rend certaines dépendances plus sensibles que d'autres. Selon elle, cela justifie une vigilance accrue ainsi que des interrogations plus poussées.

Un autre commissaire insiste lui aussi sur l'importance de cette question, en rappelant l'expérience de Soarian et les risques politiques liés à un nouvel échec d'ampleur.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que ces enjeux sont pris en compte dans les négociations contractuelles, avec des exigences renforcées concernant la maintenance et la durée du support, compte tenu du coût très élevé d'un changement de système. Il précise toutefois que les fournisseurs ne peuvent pas s'engager de manière illimitée dans le temps. Il distingue également cette question de celle de l'évolution des prix, qui fait l'objet de mécanismes spécifiques.

Une commissaire relève que ces éléments sont précisément en cours de discussion dans le cadre contractuel et appelle la commission à rester vigilante sur ces aspects.

Un commissaire estime enfin que, indépendamment de l'intérêt de ces questionnements, la commission doit avancer dans le processus décisionnel. Selon lui, elle est appelée à se prononcer sur le projet soumis par le Conseil d'État et non à redéfinir le système lui-même. Il rappelle que les positions divergentes pourront être exprimées dans un rapport de minorité.

Point 2 Introduction (p. 7)

Pour un commissaire, les systèmes actuels peuvent déjà communiquer entre eux, via des API notamment. En conséquence, il estime que l'absence de système unique ne constitue pas un argument déterminant.

A une commissaire qui s'interroge à ce sujet, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que le CHUV utilise actuellement plus de 200 applications, dont une partie seulement (environ une dizaine) sera remplacée par le DPI. Les autres correspondent à des applications spécialisées propres à certains domaines, qui resteront en place et seront interfacées avec le nouveau système.

Point 4. Situation actuelle

4.2 Situation actuelle : obsolescence et limites fonctionnelles (p.11)

Un commissaire s'interroge sur l'affirmation selon laquelle Oracle aurait annoncé l'abandon de Soarian à l'horizon 2027. Il relève ne pas avoir trouvé de communication publique explicite en ce sens et distingue la question de l'arrêt du produit de celle de sa maintenance.

Il critique également la formulation relative à Internet Explorer, qu'il juge trompeuse. Selon lui, Internet Explorer n'existe plus comme navigateur autonome et subsiste uniquement via un mode de compatibilité dans Microsoft Edge. Il estime dès lors excessif de laisser entendre que la disparition d'Internet Explorer rendrait Soarian inutilisable et considère que cette présentation devrait être nuancée.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond que le point central concerne précisément le mode de compatibilité IE11 intégré à Microsoft Edge, indispensable au fonctionnement de Soarian, et dont la suppression est prévue à l'horizon 2029. Il explique que cette évolution rendrait l'utilisation du système très contrainte, sauf à isoler Soarian dans un environnement séparé, avec d'importantes limitations en matière d'interopérabilité. Il reconnaît toutefois que la formulation de l'exposé des motifs est peut-être trop simpliste.

La DGNSI ajoute qu'il ne s'agit pas d'un arrêt brutal mais d'une augmentation progressive des risques, tant sur le plan du fonctionnement que de la sécurité, jusqu'à atteindre un niveau difficilement acceptable.

Point 5. Présentation du projet et du scénario retenu

5.1 Lancement d'un projet commun DPI VD au printemps 2024 (p.13)

A une commissaire qui s'interroge sur la chronologie présentée dans l'EMPD, relevant que celui-ci met surtout en avant des démarches récentes alors que la réflexion autour du remplacement de Soarian semble plus ancienne et que cette présentation peut prêter à confusion, notamment au regard de l'annonce anticipée de la fin du système, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV précise que les travaux ont débuté bien avant 2024, dès l'annonce de la fin de Soarian. Il indique qu'une première étape a consisté à explorer, avec l'éditeur Oracle, des solutions de transition, suivie d'une étude de marché. Il mentionne ensuite une analyse du système genevois à la fin 2021 et au début 2022, puis la préparation d'un appel d'offres, finalisée à fin 2023 séparément par les établissements concernés. A partir de cette étape, une démarche commune a été engagée.

Point 5.2 Vision, ambition et objectifs stratégiques (p.13)

A une commissaire qui s'interroge à ce sujet, la cheffe de Département indique qu'il n'y a pas de lien entre la mesure du programme de législation visant à renforcer la souveraineté numérique et la protection des données et le projet présenté.

Point 5.3 Choix du scénario - 5.3.1 Définition du périmètre fonctionnel du projet (p.14)

Une commissaire s'étonne que les cabinets médicaux ambulatoires et les réseaux de soins, pourtant présentés comme essentiels pour les échanges de données, aient été informés mais non consultés dans le cadre du projet. Elle souhaite connaître leurs retours concernant l'utilisation du système dans le travail en réseau.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond qu'une large consultation a été menée en amont, notamment dans le cadre d'une réflexion prospective sur la médecine à dix ans, associant des médecins de ville et d'autres acteurs du système de santé. Il précise que ces échanges ont permis de définir les besoins et d'alimenter le cahier des charges. Les étapes suivantes ont en revanche davantage consisté en des séances d'information qu'en de nouvelles consultations.

Il souligne enfin que le projet vise d'abord le remplacement des systèmes hospitaliers, tout en veillant à ce que la solution retenue permette ensuite des extensions en matière d'interopérabilité avec les partenaires externes.

Point 5.4 Situation dans les autres cantons (p. 20)

Un commissaire relève que, si des exemples positifs sont régulièrement cités, notamment Berne, le projet EPIC fait aussi l'objet de critiques ailleurs, en particulier à Zurich où des interrogations similaires sont discutées au Grand Conseil. Il s'interroge également sur l'absence de recours à la solution développée par les HUG et estime qu'une collaboration régionale pourrait constituer une alternative crédible en cas de refus du projet, notamment au regard des compétences présentes dans la « Health Valley ».

À une commissaire qui questionne la faisabilité concrète d'un tel scénario alternatif, notamment la possibilité de relancer un projet avec les HUG dans des délais raisonnables et avec les ressources nécessaires, la cheffe de Département renvoie aux réponses écrites déjà transmises et discutées en commission. Elle rappelle que l'analyse présentée reflète la position de l'administration et du Conseil d'État, fondée sur les évaluations réalisées par les spécialistes du dossier.

À une commissaire qui s'interroge sur la notion de « bonnes pratiques médicales » (« best practices ») mentionnée dans les documents, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV explique qu'il s'agit de standards reconnus au niveau international pour la prise en charge des patients, directement intégrés dans les fonctionnalités d'un logiciel comme EPIC.

Point 6. Procédure d'appel d'offres

6.2 Publication et procédures juridiques (p.22)

A une commissaire qui s'interroge sur une prise de position publique intervenue peu après la publication de l'appel d'offres, laissant entendre que le choix d'EPIC était déjà arrêté, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que la personne concernée est un collaborateur académique travaillant partiellement au

CHUV s'étant exprimé à titre personnel. Cette prise de position ne reposait que sur une interprétation liée au fait que la solution EPIC faisait déjà l'objet de discussions dans le milieu hospitalier, sans que cela ne reflète une décision formelle à ce stade de la procédure.

Point 7. Solution retenue : Epic –

7.3 Epic dans les Cantons et à l'échelle internationale (p.25)

A une commissaire qui s'interroge sur l'absence de référence aux expériences menées dans certains pays nordiques (Finlande, Suède, Danemark) où EPIC a également été déployé, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que les comparaisons se sont concentrées sur des hôpitaux ou groupes d'hôpitaux présentant des caractéristiques proches de celles du Canton. Il précise que les cas des pays nordiques concernent des déploiements à très large échelle impliquant l'ensemble des acteurs d'un système de santé, ce qui pose des défis plus importants en matière de gestion du changement et a pu engendrer des difficultés, non comparables avec le périmètre du projet vaudois.

Point 8. Coûts, modalités de financement et gains escomptés

8.2 Modalités de financements proposées (p.26)

A une commissaire qui s'interroge sur la différence de durée d'amortissement entre l'État (5 ans) et les établissements de la FHV (8 ans) et sur les implications de cet écart au regard de la situation financière des établissements, le département précise que, pour les établissements, les projections financières ont été établies sur une durée d'amortissement de 8 ans.

Point 8.8 Engagements des établissements concernés (p.30)

À une commissaire qui s'interroge sur la manière dont la standardisation des processus est envisagée et sur la possibilité d'anticiper ce travail avant la mise en place du logiciel, le directeur des systèmes d'information DG-CHUV explique qu'à la différence de Soarian, EPIC intègre dès l'origine des « best practices » sous la forme d'un modèle standard (« foundation »). Le travail consiste donc à partir de cette base puis à l'adapter, si nécessaire, aux besoins locaux. Il précise que des groupes de travail métiers sont en cours de constitution afin de préparer ce paramétrage en amont du déploiement.

La commissaire s'interroge également sur l'accompagnement des établissements, notamment en matière de formation du personnel. Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique que des programmes de formation complets sont prévus pour les différents profils (médecins, soignants ou autres collaborateurs) avec des formations approfondies pour les équipes projet ainsi que des dispositifs de formation interne, notamment sous forme d'e-learning et de cours. Il ajoute qu'un accompagnement renforcé est prévu lors de la mise en service, avec des équipes présentes sur le terrain pour assister les utilisateurs. Il confirme enfin que ces dispositifs sont inclus dans le budget global du projet.

Point 9. Mode de conduite du programme DPI VD (p.31)

Point 9.1 Cadre de gouvernance du programme DPI VD

Standardisation des processus et marge d'adaptation des établissements

À un commissaire qui souhaite obtenir des précisions sur la marge de manœuvre laissée à la gouvernance du projet concernant la standardisation des processus nécessaires à l'implémentation du DPI, le département répond que le projet de décret prévoit explicitement, dans le plan de déploiement, quels éléments devront rester communs et standardisés et lesquels pourront faire l'objet d'adaptations. La Commission stratégique sera chargée de veiller au respect de ce cadre lors du déploiement du projet.

Stratégie numérique cantonale et gouvernance du projet

À un commissaire qui rappelle qu'une mesure du Programme de législature prévoit une orientation renforcée vers la souveraineté numérique et qui s'interroge sur l'état d'avancement de cette stratégie ainsi que sur les liens prévus entre celle-ci et la gouvernance du projet DPI, la DGNSI indique qu'une politique numérique cantonale adoptée en 2018 par le Conseil d'État existe déjà et sert de cadre général pour assurer une action

cohérente de l'État à l'ère du numérique. Ce document est en cours de révision ; une stratégie de numérisation de l'administration est également en préparation au sein du DADN.

Un représentant en charge du numérique et des systèmes d'information siègera au sein du Comité de pilotage. La DGNSI a notamment pour mission de coordonner la politique numérique du Conseil d'État, de sorte que le lien avec les orientations stratégiques cantonales sera assuré.

Composition de la Commission stratégique : spécialiste juridique protection des données

Une commissaire estime qu'au vu des enjeux liés à la souveraineté et à la protection des données, il serait pertinent d'intégrer, parmi les membres avec voix consultative, un spécialiste juridique en matière de protection des données. Tout en remerciant le Département pour les réponses apportées à ses précédentes questions, qu'elle juge globalement satisfaisantes, elle annonce qu'elle déposera un amendement en ce sens.

Point 10. Planning et risques (p. 34)

Point 10.1 Planning de déploiement proposé du programme DPI VD

Intégration dès la phase 1 d'une personne experte des enjeux du handicap

Une commissaire propose que, dès la phase 1 du projet et l'engagement des quelque 150 personnes prévues pour sa mise en œuvre, une personne représentant les enjeux du handicap (expert en inclusion ou patient partenaire) soit intégrée au dispositif.

La cheffe de département répond qu'une telle intégration lui paraît tout à fait envisageable ; le CHUV travaille déjà régulièrement avec des patients partenaires et pourrait ainsi identifier une personne ayant les connaissances requises ou elle-même en situation de handicap.

Phase 1 : ressources projet et coûts d'investissement

À une commissaire qui souhaite s'assurer que les quelque 150 ressources prévues pour la phase 1 du projet correspondent bien aux coûts d'investissement de CHF 67 millions mentionnés en page 26 pour le pilotage du programme et les renforts, la cheffe de Département répond par l'affirmative.

Point 10.2 Risques associés et mesures envisagées (p. 34)

Point 10.2.2 Financement de la solution

Situation financière des hôpitaux vaudois

Concernant les inquiétudes exprimées par certains établissements hospitaliers quant au financement du projet et aux difficultés financières encore attendues à l'horizon 2029-2030 (cf. EMPD p. 35), la cheffe de Département rappelle que ces préoccupations ne sont pas propres au projet EPIC. Les systèmes d'information hospitaliers devront de toute façon être renouvelés, qu'il s'agisse d'EPIC ou d'une autre solution. Elle souligne également que ces investissements interviennent dans un contexte où les tarifs hospitaliers ne couvrent aujourd'hui pas les coûts d'investissement des établissements.

Elle ajoute que les inquiétudes concernent l'ensemble des hôpitaux, chacun étant confronté à ses propres défis financiers, qu'il s'agisse d'investissements informatiques ou immobiliers. Certains devront ainsi adapter leur planification financière et revoir leurs programmes de retour à l'équilibre.

C'est dans ce contexte que le Conseil d'État a prévu un préfinancement de CHF 50 millions, soulignant qu'un tel soutien n'existe pas dans tous les cantons. Cette aide s'accompagne toutefois d'attentes claires de l'État quant à la standardisation des outils et à l'utilisation commune du système, afin d'éviter une multiplication des développements propres à chaque établissement, comme cela avait été le cas avec Soarian, et de permettre à l'État de disposer d'indicateurs utiles au pilotage du système de santé.

S'agissant des réactions des hôpitaux, la cheffe de Département évoque une forme de soulagement et un accueil globalement positif à l'annonce de ce préfinancement cantonal. Elle relève toutefois que les établissements

demeurent dans une situation financière objectivement difficile et seraient donc naturellement favorables à tout soutien supplémentaire.

À une commissaire qui demande si certains établissements envisagent aujourd'hui de se retirer du programme EPIC en raison des coûts liés au projet, la cheffe de Département répond que, officiellement, ce n'est pas le cas.

Une commissaire relève que, indépendamment du projet EPIC, l'ensemble des hôpitaux devront de toute façon renouveler leur DPI et consentir des investissements importants. Elle estime dès lors que si certains établissements de la FVHVI décidaient finalement de ne pas suivre le projet commun pour développer leur propre solution, cela relèverait avant tout de leur responsabilité. À titre personnel, elle considère qu'un tel choix ne serait « pas très malin », puisqu'il conduirait probablement à des coûts similaires sans bénéficier du soutien financier de l'État.

Selon elle, cela ne remet pas en cause la pertinence du projet soumis au Grand Conseil ni les avantages liés à une solution intégrée commune, notamment pour la continuité des soins. Elle relève que les analyses menées jusqu'ici convergent en faveur d'un système partagé entre établissements, indépendamment de la solution technique retenue.

Un commissaire relève que le programme de coupes annoncé au mois de juillet, initialement de CHF 8,2 millions, a finalement été réduit à CHF 4,833 millions. Selon lui, cela montre une volonté de ne pas fragiliser davantage les hôpitaux ni la qualité de la prise en charge. Il indique également partager les inquiétudes exprimées quant à la capacité des établissements à absorber le projet EPIC dans leurs comptes. Selon lui, si les établissements ont accepté le principe du projet, un soutien complémentaire du Canton sera nécessaire pour permettre sa réalisation.

Il rappelle dans ce contexte la proposition d'amendement transmise à la commission concernant l'utilisation d'une tranche BNS, qu'il soutiendra comme piste permettant d'alléger la charge d'investissement des établissements. Il souligne que les investissements informatiques présentent des contraintes particulières en raison de leur amortissement rapide, nécessitant d'importants cash-flows. Il précise qu'il n'aurait pas de problème à ce que le Conseil d'État adapte cette proposition (par exemple en transformant les montants liés à la tranche BNS en PIG) estimant qu'« un franc est un franc ».

Il conclut qu'à ses yeux, les hôpitaux auront de toute façon de la peine à absorber cette facture, tant en matière d'amortissement que de cash-flow.

Articulation entre le projet DPI et les mesures d'économies cantonales

Concernant le calendrier des décisions prises à l'égard des hôpitaux (entre leur engagement dans le projet DPI, l'annonce du préfinancement cantonal de CHF 50 millions et les mesures d'économies demandées dans le contexte de la situation financière du Canton), la cheffe de Département indique que le projet a démarré il y a environ quatre ans et que les premières discussions remontent à 2022. À cette époque, ni les hôpitaux ni le Conseil d'État ne pouvaient anticiper la situation financière cantonale des années 2024-2025 ni les mesures d'économies annoncées par la suite.

Elle précise que l'annonce du préfinancement de CHF 50 millions est intervenue après les annonces budgétaires de l'été et les débats parlementaires de décembre. Elle souligne toutefois que ces éléments ne sont pas directement liés : les coupes portent sur les charges courantes et non sur les investissements, même si ces derniers ont évidemment des effets sur les budgets d'exploitation via les amortissements.

La cheffe de Département rappelle également que les hôpitaux auraient de toute façon dû investir dans le renouvellement de leurs systèmes d'information et de leurs infrastructures, indépendamment du projet EPIC, et que ces préoccupations existaient déjà auparavant.

Elle ajoute enfin que le recours à l'emprunt pour financer les investissements constitue une pratique courante pour les établissements hospitaliers vaudois (à l'exception du CHUV) et que le Canton intervient précisément via les garanties prévues dans le projet.

Une commissaire, présidente du Conseil de fondation de l'Hôpital de Lavaux, témoigne de la manière dont les discussions se sont déroulées au sein des établissements. Tous avaient pris acte du fait que Soarian arriverait au terme de son exploitation en 2029 et qu'un remplacement du système serait nécessaire.

Elle indique que la réflexion n'a pas été imposée par le Conseil d'État, mais menée entre les établissements, au sein des conseils d'administration et de fondation, ainsi qu'à la FHV et à la FVHVI. Les discussions ont été vives et animées, notamment en raison des investissements importants à prévoir.

Dans la pesée des intérêts, elle relève qu'un consensus s'est progressivement dégagé autour de l'idée d'une coordination orientée patients. Les établissements ont également dû constater leur retard important en matière informatique et la nécessité d'investir dans ces outils. Un consensus général s'est finalement dégagé, à l'exception de l'EHC, qui n'exclut toutefois pas de rejoindre ultérieurement le projet si l'ensemble des établissements passe à EPIC.

Point 10.3 Souveraineté numérique (p. 37)

Souveraineté numérique, Cloud Act et orientations fédérales

Un commissaire revient sur les enjeux de souveraineté numérique, qu'il présente comme la principale difficulté de l'EMPD. Il fait référence à de récentes informations de presse, notamment publiées par la NZZ am Sonntag et reprises par 24 heures, selon lesquelles l'OFSP examinerait, dans le cadre du futur espace suisse des données de santé SwissHDS, des exigences visant à soumettre l'infrastructure exclusivement au droit suisse et à éviter toute dépendance juridique ou technique envers des juridictions étrangères, notamment au regard du Cloud Act américain. Il relève que, même si ce projet fédéral est plus large et s'inscrit dans un autre horizon temporel, le signal donné lui paraît troublant au regard du projet cantonal en discussion.

La cheffe de Département répond que ces éléments doivent être lus à la lumière du droit des marchés publics. Elle souligne qu'un marché attribué selon des critères prévus par le droit fédéral ou cantonal ne peut être remis en cause par une prise de position générale faisant abstraction du cadre légal applicable. Elle ajoute que le programme évoqué au niveau fédéral reste très général et ne porte pas directement sur le fonctionnement des établissements sanitaires.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV relève qu'un projet d'une telle ampleur doit obligatoirement passer par un appel d'offres soumis au droit des marchés publics. Selon lui, en l'état du droit, il ne paraît pas possible d'exclure un fournisseur sur cette seule base, sauf modification du cadre légal.

La DGNSI indique que le projet SwissHDS relève d'une logique fédérale beaucoup plus large, visant l'interconnexion de données de santé entre de nombreux acteurs, avec des règles de gouvernance encore à définir. Elle estime que la situation n'est pas comparable avec celle du DPI vaudois, qui s'inscrit dans un périmètre de mise en œuvre plus maîtrisé. Elle comprend des articles de presse que la Confédération cherche actuellement à examiner si une telle restriction pourrait être prévue dans un futur appel d'offres.

Le commissaire maintient toutefois ses inquiétudes. Même si SwissHDS relève d'un autre projet et d'un horizon plus lointain, il estime que le signal donné par la Confédération interroge la compatibilité à long terme du choix cantonal avec les futures orientations fédérales.

Une commissaire relève pour sa part qu'une motion adoptée à l'unanimité par le Conseil national le 17 mars 2026 demande le recours à l'open source par défaut. Elle cite des prises de position selon lesquelles la conclusion d'un contrat d'exclusivité à long terme avec un fournisseur américain propriétaire irait à l'encontre de la stratégie nationale de numérisation portée par la Confédération. Elle estime que l'évolution des positions entre 2022 et 2026 est marquante et juge politiquement et symboliquement délicat de s'écarter ouvertement de cette orientation.

Un commissaire relève ensuite que l'EMPD mentionne lui-même, en page 37, que le Cloud Act américain permet aux autorités américaines d'accéder à des données contrôlées par des entreprises technologiques américaines. Il s'interroge dès lors sur la manière dont cette problématique a été prise en compte dans l'appel d'offres, notamment quant à l'application prioritaire du droit suisse. Même si les données sont hébergées en Suisse, il considère que la question de l'accès potentiel par des entreprises soumises au Cloud Act demeure préoccupante. Il relève également que les interprétations du Cloud Act ne semblent pas unanimes lorsqu'on

entend d'autres acteurs et spécialistes du domaine. Il indique dès lors ne pas être « en paix » avec cet aspect du projet.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV répond que l'objectif poursuivi est précisément de garantir que les données demeurent en Suisse et sous contrôle suisse. Selon lui, le Cloud Act s'applique aux entreprises américaines lorsqu'elles disposent des données, ce qui ne serait pas le cas dans le modèle retenu : EPIC fournit le logiciel, mais celui-ci fonctionnera sur les serveurs des établissements, avec des données hébergées localement (« on-premise ») et placées sous leur contrôle. Il distingue cette situation de celle de services Cloud directement exploités par des entreprises américaines. Il précise enfin que ces enjeux font partie des discussions contractuelles actuellement en cours avec EPIC, notamment concernant les conditions d'accès du fournisseur aux systèmes lors des opérations de maintenance et de mise à jour.

Un commissaire relève que les amortissements liés aux investissements informatiques sont prévus sur huit ans (jusqu'en 2034), ce qui permettra, une fois ces investissements amortis, de réévaluer la situation.

Un commissaire relève que les préoccupations liées à une dépendance structurelle découlant du Cloud Act figurent elles-mêmes dans l'EMPD, en particulier au point 10.3.2 de la page 37.

Une autre commissaire indique enfin ne pas partager l'idée selon laquelle les risques évoqués seraient exagérés. Elle estime que les réponses juridiques apportées jusqu'ici ne dissipent pas les inquiétudes relatives à la protection des données et à la souveraineté numérique. Elle conteste également l'idée selon laquelle les risques numériques devraient être considérés comme inévitables et juge qu'un dossier d'une telle importance nécessite un débat approfondi ainsi que des garanties suffisantes avant toute décision.

Point 11. Conséquences des projets de décrets (p. 40)

Point 11.1 Budget d'investissement

À une commissaire qui s'interroge sur les conséquences du décalage du calendrier initialement prévu pour l'adoption de l'EMPD au 30 avril 2026, tant au regard des discussions avec EPIC que du processus budgétaire de l'État, Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV indique qu'EPIC a remis une offre valable pour une certaine durée et que ce décalage n'entraîne pas de modification des conditions financières.

La cheffe de Département ajoute que la planification budgétaire sera simplement décalée d'autant et que les adaptations nécessaires seront effectuées une fois le vote intervenu, comme cela se fait habituellement.

Point 11.4 Ressources humaines

À une commissaire qui s'interroge sur les conséquences du projet en matière de ressources humaines, notamment au-delà des CHF 67 millions prévus pour les renforts liés à la phase d'introduction, la cheffe de Département répond que les EMPD renseignent uniquement les conséquences pour le personnel de l'État, même si le projet aura évidemment des incidences importantes pour les établissements concernés.

Le directeur des systèmes d'information DG-CHUV précise que les montants prévus reposent sur une modélisation détaillée des besoins en personnel. Il indique que les renforts ne concernent pas uniquement des profils informatiques, mais surtout des collaborateurs capables d'effectuer de l'analyse métier et du paramétrage, qui constituent l'essentiel des ressources mobilisées dans ce type de projet puis pour la maintenance à long terme.

Il ajoute qu'une partie de ces ressources sera engagée directement, tandis qu'une autre sera constituée de collaborateurs déjà actifs dans les hôpitaux, temporairement affectés au projet puis remplacés dans les services cliniques.

6. DISCUSSION SUR LES PROJETS DE DECRETS ET VOTES

6.1 COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE SUR LE DÉCRET ACCORDANT AU CONSEIL D'ETAT UN CRÉDIT D'INVESTISSEMENT DE CHF 104.5 MILLIONS POUR FINANCER L'ACQUISITION ET LA MISE EN ŒUVRE D'UN DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ (DPI) AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV)

Des commissaires souhaitent que la commission de rédaction révise les décrets afin que ces derniers respectent les règles de l'écriture épïcène.

Article 1

Par 8 voix pour, 5 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'article 1.

Article 2

Par 7 voix pour, 5 contre et 3 abstentions, la commission accepte l'article 2.

Article 3

Par 9 voix pour, 0 contre et 6 abstentions, la commission accepte l'article 3.

Vote final sur le projet de décret

Par 8 voix pour, 6 contre et 1 abstention, la commission accepte le projet de décret tel qu'il ressort après les travaux de la commission (non amendé).

6.2 COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE SUR LE PROJET DE DÉCRET PERMETTANT AU CONSEIL D'ÉTAT D'ACCORDER LA GARANTIE DE L'ÉTAT DE VAUD JUSQU'À UN MAXIMUM DE CHF 53.1 MILLIONS SUR LES EMPRUNTS CONTRACTÉS PAR ONZE ÉTABLISSEMENTS DE LA FHV POUR FINANCER L'ACQUISITION ET LA MISE EN ŒUVRE D'UN DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ (DPI)

Article 1

Un commissaire dépose l'amendement suivant :

¹ Le Conseil d'Etat est autorisé à garantir, à hauteur de ~~CHF 53'100'000.-~~ CHF 32'100'000 au maximum, les emprunts contractés par les établissements de la FHV concernés, soit [...]

Celui-ci est lié à l'amendement prévoyant une participation accrue de l'État au financement du projet au moyen d'une affectation partielle des distributions de la Banque nationale suisse (BNS) à l'article 2 du *Projet de décret accordant au Conseil d'État un crédit d'investissement de CHF 50 millions pour le financement de l'équipe de projet chargée de la mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et dans onze établissements de la FHV.*

Dans la mesure où cette contribution permet de réduire la part des coûts devant être financée par emprunt auprès des établissements concernés de la FHV, le montant maximal de la garantie d'emprunt accordée par l'État peut être revu à la baisse. L'amendement vise ainsi à adapter le plafond de la garantie au nouveau schéma de financement proposé et à refléter la diminution des besoins d'endettement des établissements.

Par 7 voix pour, 6 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'amendement.

Par 7 voix pour, 6 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'article 1 tel qu'amendé.

Ⓢ *Cet amendement implique une modification subséquente du titre du décret*

Article 2

Par 8 voix pour, 2 contre et 5 abstentions, la commission accepte l'article 2.

Vote final sur le projet de décret

Par 8 voix pour, 4 contre et 3 abstentions, la Commission accepte le projet de décret tel qu'il ressort après les travaux de la commission.

6.3 COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE SUR LE PROJET DE DÉCRET ACCORDANT AU CONSEIL D'ÉTAT UN CRÉDIT D'INVESTISSEMENT DE CHF 50 MILLIONS POUR LE FINANCEMENT DE L'ÉQUIPE DE PROJET CHARGÉE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ (DPI) AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV) ET DANS ONZE ÉTABLISSEMENTS DE LA FHV

Article 1

Un commissaire propose de renforcer la participation de l'Etat au moyen de l'affectation d'une tranche BNS afin d'alléger la charge supportée par les établissements et de garantir une mise en œuvre soutenable du projet. Cet amendement vise à répondre aux préoccupations exprimées quant à la capacité des établissements, en particulier les plus petits, à absorber les charges financières prévues par l'EMPD pour le déploiement du DPI.¹ :

^{2nouveau} Un crédit d'investissement complémentaire de CHF 63'000'000.- est accordé au Conseil d'Etat pour le financement de l'acquisition d'un Dossier Patient Informatisé (DPI) au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et dans les établissements de la FHV suivants : l'Hôpital Riviera Chablais (HRC), les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL), l'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB), l'Hôpital de Lavaux (HdL), La Fondation Rive-Neuve (RN), l'Institution de Lavigny (IL), la Fondation Nant (FdN), le Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ), le Pôle Santé Pays-d'Enhaut (PSPE) et le Pôle Santé Vallée de Joux (PSVJ).

Par 7 voix pour, 6 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'amendement.

Par 7 voix pour, 6 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'article 1 tel qu'amendé.

Ⓢ *Cet amendement implique une modification subséquente du titre du décret*

Article 2

Par 9 voix pour et 6 abstentions, la commission accepte l'article 2.

Article 3

Par 8 voix pour, 4 contre et 3 abstentions, la commission accepte l'article 3.

Article 4

Par 9 voix et 6 abstentions, la commission accepte l'article 4.

Vote final sur le projet de décret

Par 7 voix pour, 5 contre et 3 abstentions, la commission accepte le projet de décret tel qu'il ressort après les travaux de la commission.

¹ Celui-ci est lié à l'amendement à l'article 1 du Projet de décret permettant au Conseil d'État d'accorder la garantie de l'État de Vaud jusqu'à un maximum de CHF 53.1 millions sur les emprunts contractés par onze établissements de la FHV pour financer l'acquisition et la mise en œuvre d'un Dossier Patient Informatisé (DPI).

6.4 COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE SUR LE PROJET DE DÉCRET SUR LA GOUVERNANCE DE LA MISE EN ŒUVRE ET DE L'EXPLOITATION DU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ (PROGRAMME DPI VD) DÉPLOYÉ AU CHUV ET AU SEIN DE ONZE ÉTABLISSEMENTS DE LA FHV

Article 1

Alinéa 2

Un commissaire dépose l'amendement suivant :

² Cette gouvernance vise à garantir que la mise en œuvre et l'exploitation du DPI se déroulent dans le respect de la vision et des objectifs de l'Etat ainsi que les recommandations fédérales en matière de stockage souveraine et de protection des données définies par l'Espace suisse des données de Santé. A cet effet, le présent décret prévoit l'élaboration d'un plan de déploiement du DPI, y compris un suivi de sa mise en œuvre, ainsi que l'instauration d'une Commission stratégique DPI VD.

La cheffe de Département indique ne pas encore connaître ces recommandations.

Par 3 voix pour, 8 contre et 4 abstentions, la commission refuse l'amendement.

Par 8 voix pour, 5 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'article 1.

Article 2

Par 8 voix pour, 4 contre et 3 abstentions, la commission accepte l'article 2.

Article 3

Par 8 voix pour, 6 contre et 1 abstention, la commission accepte l'article 3.

Article 4

Une commissaire suggère de modifier la composition des membres avec voix consultative en y ajoutant un expert juridique spécialisé en protection des données, ce qui porterait leur nombre à sept. Elle propose également, à l'art. 4, let. a, ch. 4, de préciser que le membre concerné est « proposé par la FHV », afin d'harmoniser la formulation avec les autres dispositions de l'article.

S'agissant de l'expert juridique proposé, la commissaire indique avoir initialement envisagé qu'il soit proposé par la DGAIC, tout en précisant ne pas avoir d'avis arrêté sur ce point et que cette désignation pourrait relever d'une autre entité compétente.

Après discussion, il est convenu de retenir la formulation « le service en charge des affaires juridiques », ceci pour éviter la référence à un acronyme ; les autres lettres sont d'ailleurs formulées ainsi :

¹ Une Commission stratégique DPI VD (ci-après: la Commission) est instituée. Elle est composée des ~~six~~ sept membres suivants, nommés par le Conseil d'Etat pour une durée de 5 ans,

a. dont quatre avec voix délibérative, soit :

1. Un membre représentant le service en charge de la sante publique, propose par ce service ;
2. Un membre représentant le service en charge du numérique et des systèmes d'information, propose par ce service ;
3. Un membre de la direction générale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), proposé par le CHUV ;

4. Un membre d'une direction générale et/ou d'un conseil d'un établissement de la FHV ; proposé par la FHV.

Par 11 voix pour et 4 abstentions, la commission accepte l'amendement.

- b. Et ~~deux~~ trois avec voix consultative, soit :
 1. Un expert en système d'information clinique indépendant, propose par le service en charge de la sante publique ;
 2. Un expert financier, propose par le service en charge de la sante publique ;
 3. Un expert juridique spécialisé en protection des données, proposé par le service en charge des affaires juridiques de l'Etat.

Par 11 voix pour, 0 contre et 4 abstentions, la commission accepte l'amendement.

Par 9 voix pour et 6 abstentions, la commission accepte l'article 4 tel qu'amendé.

Article 5

Par 8 voix pour, 6 contre et 1 abstention, la commission accepte l'article 5.

Article 6

Alinéa 1

Un commissaire dépose l'amendement suivant :

¹ La Commission a pour mission générale de garantir le respect de la vision et des objectifs de l'Etat ainsi que les recommandations fédérales en matière de stockage souveraine et de protection des données définies par l'Espace Suisse des données de santé dans la mise en œuvre et l'exploitation du DPI VD.

Par 2 voix pour, 11 contre et 2 abstentions, la commission refuse l'amendement.

Alinéa 2

Un commissaire dépose l'amendement suivant :

² La Commission dispose notamment des compétences suivantes :

[...]

- f. Consolider les bases et définir l'architecture cible pour l'espace suisse des données de santé ;
- g. Mettre à disposition les services techniques nécessaires pour l'exploitation d'un espace de données fiable ;
- h. Refuser toute implémentation de services de base spécialisés ;
- i. Refuser des développements de systèmes spécifiques à un établissement FVH ;
- j. Refuser des développements de formats d'échange et d'interfaces.

Par 1 voix pour, 12 contre et 2 abstentions, la commission refuse l'amendement.

Une commissaire suggère un amendement visant à introduire un nouvel alinéa 4 prévoyant la réalisation d'un audit financier et opérationnel externe et indépendant, effectué annuellement durant toute la phase de mise en œuvre et d'exploitation du DPI Vaud. Elle indique que cette proposition vise à garantir un suivi régulier du projet au regard des enjeux financiers discutés en commission, ainsi qu'à assurer un contrôle externe de l'évolution des coûts et du respect du cadre commun de déploiement.

La cheffe de Département indique ne pas y voir d'inconvénient.

^{4nouveau} Un audit financier et opérationnel externe et indépendant est réalisé annuellement pendant toute la durée de la mise en œuvre et l'exploitation du DPI VD.

Par 11 voix pour, 1 contre et 3 abstentions, la Commission accepte l'amendement.

Par 8 voix pour, 5 contre et 2 abstentions, la Commission accepte l'article 6 tel qu'amendé.

Article 7

Par 8 voix pour, 5 contre et 2 abstentions, la commission accepte l'article 7.

Article 8

Par 3 voix pour, 3 contre et 9 abstentions, la commission accepte l'article 8.

Vote final sur le projet de décret

Par 8 voix pour, 5 contre et 2 abstentions, la commission accepte le projet de décret tel qu'il ressort après les travaux de la commission.

7 ENTREE EN MATIERE SUR LES PROJETS DE DECRET

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ces projets de décret par 8 voix pour, 6 contre et 1 abstention.

Aubonne, le 16 juin 2026

*Le rapporteur :
(Signé) Nicolas Suter*

Annexes :

1. Compte-rendu des auditions
2. Réponses aux questions complémentaires de Mme Bettschart-Narbel relatives à la protection des données (DG-CHUV, DSAS, mai 2026)
3. Note de la DG-CHUV à la Commission ad hoc : Étude sur le DPI+, documentation des caractéristiques et conséquences d'un hypothétique projet DPI+ dans le Canton de Vaud (18 mars 2026)
4. Document de la DG-CHUV à l'attention de la Commission ad hoc : Répartition financière par établissement, (6 mars 2026)



Compte-rendu d'auditions conduites les :

12 mars 2026, de 8h30 à 12h15, Bâtiment administratif de la Pontaise, Lausanne

31 mars 2026, de 12h15 à 12h50, Salle du Bicentenaire, Place du Château 6, Lausanne

1^e mai 2026, de 9h30 à 10h, Salle du Bicentenaire, Place du Château 6, Lausanne

-
- 12 mars 2026** Prof. Nicolas Rodondi, médecin-chef à l'Inselspital [8h30 – 9h00] ;
Prof. Serge Bignens, directeur de l'Institut *Patient-Centered Digital Health* de la Haute école spécialisée bernoise (HESB) [9h00 – 9h30], par visioconférence ;
Dr François Bastardot, *Chief Medical Information Officer* (CMIO) au CHUV [9h30 – 10h00] ;
Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) Mme Patricia Albisetti, secrétaire générale accompagnée de Dr. Marc Alleman, directeur général des eHnv, Marc Devaud, membre du Conseil de fondation du Pôle du Pays d'Enhaut (PSPE), également nouveau membre du Conseil d'administration de la FHVi, Dr Julien Ombelli, directeur médical des Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv) et Kim N'guyen, directeur général de la FHVi [10h00 – 10h30] ;
M. Pierre-Alain Schnegg, conseiller d'État, directeur de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne [10h30 – 11h00], par visioconférence ;
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) MM. Mardini, Directeur général et Jean-François Pradeau, Directeur général adjoint [11h00 – 11h30] ;
Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) MM. Christian Wille directeur général, Mikael De Rham, directeur général adjoint et Frédéric André, directeur des systèmes d'information [11h30 – 12h00]
- 31 mars 2026** Dr François Bastardot, *Chief Medical Information Officer* (CMIO) au CHUV (démonstration du système Epic) [12h15 – 12h45]
- 1^e mai 2026** Bruno Giussani, auteur, journaliste, conférencier [8h30 – 9h]

1. Utilisateur quotidien du système Epic à Berne - Professeur Nicolas Rodondi, médecin-chef	2
2. Expert Institut Patient-Centered Digital Health - Professeur Serge Bignens, directeur	5
3. Expert – Chief medical information officer (CMIO) au CHUV Dr. François Bastardot	9
4. Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)	13
5. Chef de Département de la santé, Berne M. Pierre-Alain Schnegg ...	17
6. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	20
7. Ensemble hospitalier de la Côte (EHC)	24

8. Démonstration de l'utilisation du logiciel – Dr. François Bastardot
26
9. M. Bruno Giussani, auteur, journaliste, conférencier32

1. Utilisateur quotidien du système Epic à Berne - Professeur Nicolas Rodondi, médecin-chef

Prof. Rodondi exerce à Berne comme Professeur de médecine de famille et dirige la Polyclinique de l'Hôpital de l'Île (Inselspital) à Berne. Il a donc près de deux ans d'expérience avec Epic à Berne. Il exerçait avant au CHUV où il a connu le programme Soarian. Il fait aussi partie du Conseil stratégique du CHUV.

Partage d'expérience de l'utilisation d'Epic

Il n'est pas un professionnel de l'informatique et ne peut donc pas répondre aux questions techniques. Ces changements de programmes informatiques sont un challenge. Il en a vécu un aussi au CHUV.

Epic est un niveau supérieur de programme informatique par rapport à tout ce que l'on a eu dans le passé : tout y est intégré, toutes les données des patients, actuellement la médecine se complexifie, donc on a des données de laboratoire, des données de radiologie, des rapports de multiples spécialistes, des prescriptions.

Epic n'est pas seulement une base de données. On y trouve toutes les informations des patients. On peut y faire toutes les prescriptions de surveillance des patients, aux soins intensifs, aux urgences, mais aussi prescrire des médicaments.

On a aussi la possibilité d'avoir des outils supplémentaires, comme par exemple les interactions de médicaments. On a beaucoup de patients très âgés dans les hôpitaux, qui ont beaucoup de maladies, beaucoup de médicaments, et à chaque ajout de médicament, le programme signale les interactions et propose d'autres choix de médicaments qui présentent peut-être moins d'effets secondaires chez les patients.

On peut aussi prescrire des chimiothérapies. Epic offre donc la possibilité de faire aussi des choses très compliquées, que l'on ne pouvait pas faire avec les précédents programmes.

Tout y est intégré, tous les services. Avec Epic, il n'y a plus qu'un seul patient alors qu'avec les programmes précédents, il y avait un patient par service (un dossier Urgences pour les urgences, puis un nouveau dossier après le transfert dans un autre service de l'hôpital) et ces programmes ne se parlaient pas forcément. Il y a trois ans, on avait accès aux rapports du service des Urgences sans avoir les détails de ce qui y avait été fait. Avec Epic, toutes les données figurent dans un seul dossier. Travailler avec un programme où tout est intégré offre de grands avantages en pratique.

Echange avec la Commission

Etiez-vous déjà à l'Hôpital de l'Île (Inselspital) lorsque le programme Epic a été mis en place ? Avez-vous vu du fait de cette mise en place des gains d'efficience pour l'organisation de l'hôpital ?

Il travaille à Berne depuis 15 ans, dont 13 ans avec le programme précédent et 2 ans avec Epic.

Oui, Epic offre de très gros gains d'efficience dans le sens où :

- Toutes les informations de tout ce qui s'est fait dans tout l'hôpital/les services dans les années précédentes sont accessibles. Les patients âgés entrent souvent en ambulance aux Urgences. S'ils sont instables ils vont ensuite aux soins intensifs puis sont transférés dans un autre service. Par le passé, trois dossiers différents étaient constitués pour ce type de parcours (Urgences, soins intensifs, autre service). Parfois la transmission de données entre ces services était difficile, parce que les services avaient des programmes différents ou dont les accès aux données était peu aisé à obtenir (on avait pas toutes les données). Avec Epic, il n'y a plus qu'un seul dossier.
- Lors de transferts d'hôpitaux – limité à ceux du groupe Insel – il n'y a qu'un seul dossier, toutes les informations peuvent donc être reprises.

Le précédent programme à l'Hôpital de l'Île (Inselspital) était-il aussi Soarian ?

C'était un autre système.

Au niveau des usagers et par rapport à votre expérience sur le passage d'un système à un autre (transition), qu'est-ce qui a bien fonctionné et qu'est-ce qui a moins bien fonctionné ? Quels sont les points de vigilance au niveau de l'accompagnement dès lors qu'il s'agit d'un outil complexe ?

A la Polyclinique, l'activité a dû être réduite un peu pendant un mois au moment du changement informatique. C'était un grand challenge de transférer par exemple les données de l'ancien système (dossiers patients sur 15-20 ans) au nouveau système. La transition a été assez rapide et Prof. Rodondi était surpris de l'expérience qu'ils ont (ndlr des équipes) dans la mise en place ; les soignants, les médecins, le personnel administratif ont été énormément impliqués, des « superusers » ont été formés en avance à Epic pour une implémentation rapide.

Après un mois, hormis de petits problèmes, les activités habituelles ont pu reprendre.

Les « superusers » évoqués sont-ils du personnel à l'interne qui sont référents pour le reste du personnel ? Tout le personnel infirmier et médical a été formé. Quelle est la perception du personnel qui n'est pas médecin et qui utilise ce logiciel ? Quelle est la rapidité des réponses adressées et la facilité d'utilisation pour le personnel qui n'est pas médecin ? Il y aurait des lenteurs dans les réponses adressées selon informations parvenues.

La formation est très bien organisée, ils ont (ndlr Epic ayant) l'expérience avec des centaines d'hôpitaux en Europe et aux États-Unis.

Prof. Rodondi se dit pas très à l'aise avec l'informatique, le changement de programme peut être inquiétant et il lui a fallu un petit peu plus de temps pour pouvoir faire toutes les prescriptions correctement dans le système, par rapport aux jeunes qui ont utilisé le nouveau système très rapidement et sont arrivés à faire toutes les prescriptions dans le système – même compliquées – au deuxième jour d'utilisation.

Le fonctionnement de l'hôpital a continué sans arrêt, il n'y a pas eu d'arrêt pour les 800 patients hospitalisés.

S'agissant de la rapidité des réponses adressées, il y a deux niveaux :

- En cas de problème, le personnel peut s'adresser rapidement aux « superusers » disponibles auprès des soignant·e·s, infirmier·ère·s, médecins, administration. Le « superuser » résout le problème par téléphone ou à distance, c'est très efficace.
- Il est plus compliqué de faire de gros changements. Ces demandes font l'objet de collecte de données, puis seront déterminés quels sont les changements qui sont peut-être urgents au niveau de l'hôpital (s'il y a plusieurs demandes de plusieurs services) et voir ce qui peut être fait localement. Certains gros changements peuvent nécessiter d'être remontés jusqu'à la firme pour faire des modifications et impliquer une décision de la direction¹ (est-ce que le changement souhaité par un petit groupe de cinq médecins nécessite d'être fait pour les 11'000 collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital?). Car il s'agit d'un même système.

S'agissant de la rapidité de réponse du système lui-même, en cas de requêtes du personnel concernant des patients ou des médicaments, Epic est 10 fois plus rapide que le précédent système. Pour les différents médicaments, c'est immédiat.

Qu'en est-il de la capacité du logiciel Epic à interagir avec d'autres systèmes hors de l'hôpital en question ? Qu'en est-il des autres acteurs de la santé, des autres établissements et institutions par rapport à ces transmissions de données ? Le système est-il perméable ou pas ?

Les 5 hôpitaux du groupe Insel ont tous Epic. Il n'y a donc plus de problème de transmission entre ces hôpitaux.

L'accès très facile des patients à leur dossier médical est aussi un gros avantage. A ce jour, 50% de nos patients (des patient·e·s du groupe Insel) ont accès à l'entier de leur dossier médical depuis l'extérieur. Cela a énormément changé la situation par rapport au partenariat patient. Avant, aucun·e patient·e n'avait accès

¹ Par exemple : est-ce que le changement souhaité par un petit groupe de cinq médecins nécessite d'être fait pour les 11'000 collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital?

à leur dossier (au CHUV, probablement pas non plus). Maintenant, ils y ont accès et ils font des retours au personnel médical, par exemple, s'ils voient des erreurs (diagnostics, phrases, ...). Ils peuvent aussi changer des rendez-vous dans le système.

Pour les autres hôpitaux, ceux qui sont en dehors du groupe Epic, il n'y a pas d'accès, comme c'était le cas avec le système précédent (aucun accès externe des autres hôpitaux). Les dossiers sont envoyés sous forme papier ou électronique et sont recopiés dans le système.

Il est confirmé que pour les échanges avec un hôpital ou une clinique qui n'aurait pas Epic, il s'agit de recopier les données comme c'est le cas pour tous les systèmes actuels.

Pour les médecins de famille, c'est un peu plus compliqué parce qu'il y a des problèmes de sécurité des données. A Lucerne, selon information datant d'il y a une année, 20% des médecins de famille ont accès au système, et ont accès à tout : les rapports, données des spécialistes, imageries etc. Mais l'accès est un peu plus compliqué en raison de problèmes de confidentialité des données nécessitant une autorisation des patient·e·s (problèmes légaux). En effet, il ne faut pas qu'un médecin puisse accéder au dossier de son patient qui peut-être aurait quitté son médecin.

Les médecins de famille ou le patient ont-ils juste un droit de consultation au dossier patient informatisé ? Un médecin de famille ne pourra pas y déposer les prescriptions qu'il aura données par exemple ?

C'est effectivement un droit d'accès. Le patient peut changer ses rendez-vous, envoyer un e-mail pour indiquer une erreur dans son dossier médical, un faux diagnostic, mais il ne peut pas modifier. Le médecin de famille aussi : il a accès mais il ne peut pas prescrire. Dans Epic, se trouvent des médicaments prescrits depuis l'hôpital.

Cela signifie-t-il qu'avec Epic, il n'y a pas un développement ou une intégration éventuelle qui pourrait se faire, par exemple pour un médecin de famille ou un thérapeute, pour qu'il puisse aller directement dans le dossier, ou cela est-il prévu ?

Oui, à Lucerne environ 20% des médecins de famille y ont accès total, c'est unique. Avant Epic, les médecins de famille n'avaient pas accès aux données.

Actuellement, lorsqu'un·e patient·e sort d'un hôpital, la transmission d'information se résume en un rapport de deux pages et quelques données de laboratoire éventuellement, même pour un·e patient qui a passé parfois un mois à l'hôpital. Alors qu'avec Epic, les médecins de famille voient tous les avis spécialisés, les rapports de radiologie. C'est beaucoup plus complet que ce qu'on a eu dans le passé.

Au niveau des utilisateurs, considérez-vous que le logiciel Epic est assez intuitif pour le personnel ou est-ce qu'il nécessite toujours des cours de recyclage pour les infirmier·ère·s et pour les médecins ?

Cela dépend de l'âge du personnel :

- Les jeunes médecins (entre 25 et 40 ans) n'ont plus de questions après 2 jours, elles·ils arrivent très vite à entrer dans le système car c'est très intuitif.
- Un peu plus de temps a été nécessaire à Prof. Rodondi qui, pendant les deux premiers mois, a eu encore quelques questions aux « superusers » ou parfois était un peu bloqué. Mais actuellement, il n'a plus de questions ni de formation.

C'est très intuitif, c'est beaucoup plus intuitif que ce que l'on avait dans le passé.

Des médecins ont donc accès directement à Epic, mais le dossier du patient est-il CARA ou pas ? Existe-t-il une plateforme annexe pour y accéder ? (Genève utilise encore CARA)

La conseillère d'Etat rappelle que ce n'est pas la même chose. CARA est le dossier électronique du patient (DEP) qui appartient au patient². Or on parle ici du dossier patient de l'hôpital, auquel le patient a aussi accès. On ne va pas verser dans le DEP toutes les informations figurant dans le DPI de l'hôpital car c'est trop.

² Voir explications en préambule

Il est précisé que cette question est en rapport avec la protection des données, la Confédération travaillant sur ce dossier. Il s'agit de bien comprendre l'architecture du logiciel, la sécurité des données car à la fin toutes ces données vont finir dans le dossier du patient.

C'est un point sensible avec les médecins de famille.

La ou le patient-e a accès à 100% de tout ce qui est fait à l'hôpital, aux rapports de psychiatrie, à tout ce qui s'est passé durant le séjour hospitalier. Cela lui appartient. C'est lui qui protège ses propres données et décide s'il souhaite ensuite les mettre dans son dossier personnel.

C'est un peu plus sensible pour les médecins de famille car des patient-e-s changent de médecin de famille. C'est pour cette raison que les procédures d'autorisation sont beaucoup plus strictes pour les médecins de famille et l'obtention de l'autorisation prend plus de temps.

Mais le médecin de famille peut déverser ou sauver des données (rapports de radiologie, de laboratoire) dans son propre système informatique.

Comment se passent les liens et comment travaillez-vous avec les hôpitaux qui n'ont pas Epic ? Est-ce pour des raisons financières qu'ils ne travaillent pas avec ce logiciel et de quelle manière cela peut-il être corrigé ?

La question pourrait être posée à Monsieur le Conseiller d'État, directeur de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du Canton de Berne qui souhaite étendre Epic aux autres hôpitaux bernois, ce qui soulève quelques discussions (coûts, investissement), un débat politique (est-ce approprié de la faire).

Un avantage avec le projet vaudois du Dossier Patient Informatisé est qu'il prévoit d'acheter directement une solution à la fois pour le CHUV et pour les hôpitaux périphériques. A Berne, ce processus est en deux temps, avec d'abord un achat pour le groupe Insel (Hôpital de l'Île avec les 5 hôpitaux) et dans un deuxième temps étendre la solution aux autres hôpitaux bernois. A la question des coûts (si le paquet sera un petit peu plus cher avec une nouvelle implémentation dans un deuxième temps), Monsieur le Conseiller d'Etat, directeur de la santé de Berne pourra probablement répondre.

Pour le groupe Insel, dans quelle mesure du personnel supplémentaire a-t-il été nécessaires ?

Il est renvoyé au débat dans les journaux.

Au prix mentionné de CHF 83 millions pour l'achat de la plateforme Epic, s'ajoutent les coûts importants en personnel (informaticiens, personnel supplémentaire pour mettre en place le système au début). La presse bernoise fait état aujourd'hui de CHF 183 millions avec tous les coûts de personnel.

Pour le CHUV, ces coûts sont dans le paquet, dès le début.

Par rapport aux coûts supplémentaires pour le personnel engagé dans le cadre de la formation du personnel. Ce personnel est-il interne à l'hôpital ou vient-il d'Epic pour former le personnel à leur logiciel ?

Prof. Rodondi rappelle être un utilisateur. Il n'était pas impliqué dans le choix d'Epic à Berne, ni dans le groupe de travail qui propose Epic pour le canton de Vaud. Il suggère d'échanger sur ces questions avec Monsieur le Conseiller d'Etat, directeur de la santé de Berne. Il y a eu beaucoup de personnel local et certainement aussi un peu de personnel d'Epic pour la mise en place du système.

2. Expert Institut Patient-Centered Digital Health - Professeur Serge Bignens, directeur

Présentation de l'intervenant

L'intervenant se présente comme professeur en informatique médicale à la Haute école spécialisée de Berne, membre de la Société suisse d'informatique médicale, membre du Conseil stratégique du CHUV désigné par le Grand Conseil vaudois et, dans ce cadre, expert IT délégué à la commission de suivi du DPI Vaud. Il indique également être membre de l'association CH++, président d'une coopérative exploitant une plateforme de données patients à des fins de recherche en Suisse et en Europe, et membre du Comité de branche du programme national DigiSanté.

Contexte du projet de remplacement de Soarian

Le projet vise à doter les hôpitaux vaudois concernés, le CHUV et les établissements membres de la FHVi, d'une solution appelée à remplacer Soarian et à accompagner le système hospitalier pour les vingt prochaines années. Les objectifs sont notamment d'intégrer des standards modernes, d'améliorer la qualité de la prise en charge, la sécurité des patients et la gouvernance des données.

Une analyse préalable avait examiné quatre variantes possibles, notamment selon que les systèmes soient intégrés ou non et communs ou non entre hôpitaux universitaires et régionaux. La solution intégrée et commune s'est distinguée tant pour des raisons d'efficacité et de qualité des parcours de soins que pour des raisons économiques, en raison notamment des économies d'échelle attendues.

Gouvernance et maîtrise des données

La gouvernance des données concerne principalement trois dimensions : le stockage, l'accès et la protection des données.

- Ⓢ Les données appartiennent aux hôpitaux et seront stockées sur des serveurs contrôlés par l'informatique du CHUV et de la FHVi. Ces serveurs seraient situés dans un centre de calcul en Suisse, probablement même dans le Canton de Vaud.
- Ⓢ L'éditeur de la solution n'a pas accès aux serveurs, à l'exception d'accès ponctuels et contrôlés nécessaires pour certaines opérations de maintenance ou de mise à jour de sécurité. Ces accès sont limités dans le temps, audités et refermés une fois l'opération terminée.

Souveraineté numérique

L'intervenant relève que

- Ⓢ la santé numérique repose sur un ensemble de couches technologiques : l'application clinique elle-même, mais aussi les bases de données, les systèmes d'exploitation, les serveurs et les composants matériels. La majorité de ces technologies sont aujourd'hui d'origine américaine ; les alternatives sont parfois chinoises (Huawei p.ex).
- Ⓢ La souveraineté numérique dépend de la maîtrise de l'ensemble de ces couches. Il est difficile, à court terme, de passer à une souveraineté complète sans renoncer à certaines fonctionnalités importantes.
- Ⓢ L'action doit dès lors se concentrer en priorité sur certaines couches, notamment celle du stockage et de la gouvernance des données, où des mesures concrètes peuvent être prises.

Sécurité des données

Les données seront stockées sur des infrastructures contrôlées par les établissements vaudois. Les accès seront réservés aux professionnels de santé authentifiés via les systèmes d'authentification propres aux institutions.

- Ⓢ L'éditeur ne disposerait pas d'accès de routine aux données. Les accès éventuels, limités à certaines opérations techniques, seraient strictement contrôlés et audités. Ces modalités doivent être précisées dans les contrats en cours de négociation.

Interopérabilité

L'interopérabilité entre systèmes suppose non seulement l'échange de données mais aussi la compréhension de ces données par les différents systèmes, ce qui renvoie à la notion d'interopérabilité sémantique.

Il mentionne notamment deux standards internationaux importants : le standard FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), également recommandé par la Confédération dans le cadre du programme DigiSanté, ainsi que le standard international IPS (International Patient Summary).

Ces standards figurent dans la feuille de route de DigiSanté pour les prochaines années et sont déjà intégrés dans la solution Epic, ce qui permet l'échange de données entre établissements.

Évolution des grands systèmes informatiques

- Ⓟ Enfin, Prof. Bignens souligne que l'évolution des systèmes informatiques complexes dans de nombreux secteurs (logistique, contrôle aérien ou industrie) montre une tendance à la consolidation autour de grands systèmes intégrés.
- Ⓟ Les grands éditeurs investissent des montants très importants pour maintenir leurs solutions et leurs certifications, mentionnant des investissements annuels de l'ordre du milliard pour certains acteurs.

Il évoque également l'exemple du dossier électronique du patient en Suisse, pour lequel près d'un demi-milliard de francs auraient été investis dans une solution qui n'a finalement pas obtenu la certification nécessaire, entraînant la sortie de Swisscom de ce marché. Ces investissements considérables sont devenus indispensables pour maintenir des systèmes répondant aux exigences actuelles.

Echange avec la Commission

Souveraineté numérique et dépendance au fournisseur

À une commissaire qui s'interroge à ce sujet, l'intervenant rappelle que

- Ⓟ la souveraineté complète supposerait de maîtriser l'ensemble des couches technologiques du système numérique (réseaux, bases de données, matériel et composants) ce qui constitue, selon lui, un objectif de long terme qui devrait être poursuivi à l'échelle européenne.
- Ⓟ A court terme, la mesure la plus pertinente consiste à se concentrer sur la maîtrise des données.

Celles-ci peuvent être hébergées sur des serveurs contrôlés par le CHUV et la FHVi, situés en Suisse et dimensionnés de manière redondante. Cette architecture permet, selon lui, d'empêcher l'éditeur du logiciel ou les autorités de son pays d'accéder directement aux données des patients, tout en conservant les fonctionnalités du système.

- Ⓟ Interrogé ensuite sur la dépendance au logiciel lui-même et sur le risque qu'un accès au système puisse être interrompu pour des raisons politiques ou commerciales, l'intervenant répond que l'accès au logiciel est garanti contractuellement.

Il relève toutefois que, comme l'a montré l'exemple de l'arrêt du support de la solution Soarian par Siemens, certains changements peuvent intervenir dans le cycle de vie des produits. Selon lui, Epic n'a toutefois aucun intérêt économique à se retirer du marché européen, qui constitue un marché important pour l'entreprise, même si certains événements extérieurs (tels que des rachats d'entreprises) restent par nature difficiles à anticiper.

Recherche et utilisation des données de santé

À la question d'une commissaire sur l'utilisation des données du système à des fins de recherche, notamment dans le cadre de projets nationaux ou internationaux, l'intervenant indique que

- Ⓟ tout projet de recherche impliquant des données de patients doit suivre un protocole formel et obtenir le consentement des patients concernés. Ces projets sont soumis à la loi sur la recherche sur l'être humain et doivent être validés par les commissions d'éthique compétentes.

Les règles définissent notamment quelles données peuvent être utilisées, avec quel niveau d'anonymisation ou de pseudonymisation. Ces procédures s'appliquent indépendamment du système informatique utilisé, qu'il s'agisse de Soarian ou d'Epic, et les fournisseurs de logiciels ne sont pas impliqués dans ces contrôles.

Interrogé ensuite sur la possibilité que ces données soient utilisées dans des projets de recherche privés, l'intervenant précise que

- Ⓟ la loi s'applique à tous les projets de recherche, qu'ils soient publics, privés ou réalisés dans le cadre de partenariats public-privé.

Dans tous les cas, les projets doivent être soumis aux commissions d'éthique cantonales et les patients doivent être informés, dans leur consentement, de l'utilisation prévue de leurs données.

Standards de codage et normes internationales

- Ⓟ À une question relative au codage des données dans Epic et à la compatibilité avec d'éventuelles normes européennes futures, l'intervenant indique que les standards mentionnés reposent sur des

normes internationales largement reconnues, notamment FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) et le standard IPS (International Patient Summary). Ces standards ne sont pas propres aux États-Unis mais sont issus de travaux internationaux et sont utilisés à l'échelle mondiale.

Il précise que ces standards sont également pris en compte dans les initiatives européennes, notamment dans le cadre de l'European Health Data Space, et qu'Epic les supporte déjà. Les données peuvent ainsi être exportées selon ces formats, qui sont gérés au niveau international par l'organisation HL7.

Comparaison avec d'autres solutions utilisées en Suisse romande

À la question d'un commissaire sur les raisons pour lesquelles la solution retenue serait plus avantageuse que d'autres solutions utilisées dans la région, notamment Carefolio à l'EHC ou DPI+ à Genève, l'intervenant indique que les travaux menés ces deux dernières années ont d'abord consisté à déterminer quel type d'architecture serait le plus favorable pour les prises en charge hospitalières.

- Ⓢ L'analyse a montré qu'un système commun et intégré entre les hôpitaux permettait de mieux soutenir les filières de soins, notamment les transferts, la réhabilitation, les soins intensifs, la radiologie ou les examens de laboratoire, et qu'il présentait des avantages par rapport à une multiplication de systèmes distincts reliés par des interfaces. Cette orientation a servi de base à la structuration de l'appel d'offres.

Il précise que cette approche s'appuie également sur les expériences menées dans d'autres cantons, notamment à Lucerne, où la solution Epic a été étendue à plusieurs hôpitaux. Il souligne enfin que le Canton de Vaud se trouve dans une situation particulière, plusieurs établissements devant remplacer leur système simultanément, ce qui constitue selon lui une opportunité assez exceptionnelle de mettre en place un système intégré à l'échelle cantonale.

Possibilité d'un accès sécurisé unique au système pour les professionnels et les patients

À la question d'un commissaire sur la possibilité d'accéder au système via un espace sécurisé commun pour les professionnels de santé et les patients, l'intervenant indique que

- Ⓢ les professionnels accèdent au système par authentification, de manière comparable à l'accès actuel à Soarian, et doivent être employés de l'institution et autorisés à se connecter.
- Ⓢ Les patients disposent pour leur part d'un portail patient, par exemple MyLuks, MyInsel ou des portails similaires dans d'autres hôpitaux, qui leur permet notamment de consulter certains documents ou de prendre rendez-vous. Ces accès reposent sur des mécanismes de sécurité distincts et audités.

Rôle de la Confédération et éventuelle infrastructure fédérale de données

À la question d'un commissaire sur l'existence d'une infrastructure fédérale intermédiaire permettant d'assurer la souveraineté des données, l'intervenant indique que,

- Ⓢ dans le cadre du programme DigiSanté, la Confédération a renoncé à l'idée d'un stockage centralisé des données.

Les données doivent rester dans les établissements qui les produisent. Les échanges nécessaires, par exemple pour des analyses ou certains projets, seront organisés par des mécanismes d'orchestration reposant sur des standards d'interopérabilité, notamment FHIR et IPS, sans centralisation des données au niveau fédéral.

Risque de position dominante d'Epic sur le marché du DPI

À la question d'un commissaire sur le risque que la solution Epic acquière une position dominante sur le marché suisse du dossier patient informatisé, l'intervenant indique que

- Ⓢ la situation actuelle du marché est particulière : plusieurs concurrents d'Epic, notamment Oracle ou d'autres acteurs internationaux, sont actuellement engagés dans des processus de modernisation de leurs solutions, avec des investissements importants.

Cette situation se traduit temporairement par un nombre limité d'offres lors des appels d'offres hospitaliers, qui ne reçoivent plus huit à dix propositions comme auparavant mais plutôt deux ou trois. Il estime toutefois que cette phase devrait être transitoire et que

- Ⓢ de nouvelles générations de solutions pourraient redevenir compétitives dans les années à venir, notamment à l'horizon 2031-2032.

Risques liés au Cloud Act et à l'utilisation d'un logiciel américain

À la question d'une commissaire sur les risques liés à l'extraterritorialité du droit américain, notamment au Cloud Act, dans le cas de l'utilisation d'un logiciel américain comme Epic, l'intervenant indique que ce risque a précisément conduit à privilégier des mesures visant à sortir le stockage des données du périmètre contrôlé par l'éditeur.

Il explique que les données ne seraient pas stockées sur des serveurs appartenant à Epic, mais sur des serveurs exploités par les infrastructures informatiques du CHUV et de la FHVI dans un centre de calcul situé dans le canton de Vaud. Le logiciel Epic utiliserait ces serveurs pour lire et écrire les données, mais l'entreprise n'y aurait pas d'accès direct.

Dans cette configuration,

- Ⓢ une demande d'accès adressée à Epic dans le cadre du Cloud Act recevrait la réponse que l'entreprise ne dispose pas d'accès aux serveurs où sont stockées les données, cette architecture visant précisément à réduire l'exposition des données à ce type de dispositif juridique.

3. Expert – Chief medical information officer (CMIO) au CHUV Dr. François Bastardot

Présentation de l'intervenant et rôle au CHUV

L'intervenant indique être médecin diplômé de l'Université de Lausanne, spécialisé en médecine interne générale hospitalière. Après une expérience clinique au CHUV et dans plusieurs services hospitaliers, il s'est engagé en 2016 dans le projet Soarian afin d'y apporter une expertise clinique, notamment dans le domaine de la prescription connectée. Il a ensuite poursuivi une formation en informatique clinique aux États-Unis, notamment à Harvard, avant de revenir au CHUV en 2021 où il occupe aujourd'hui la fonction de Chief Medical Information Officer, chargé de faire le lien entre les besoins cliniques et le système d'information hospitalier.

Évolution de l'activité hospitalière et pression sur les équipes

La durée moyenne de séjour hospitalier a fortement diminué au cours des vingt dernières années, passant d'environ dix jours à environ cinq jours, tandis que le nombre d'hospitalisations a augmenté de plus de 25 %. Cette évolution s'accompagne d'une intensification des flux de patients et d'une complexité croissante des situations cliniques.

Il mentionne également une étude réalisée en 2015 au CHUV montrant que

- Ⓢ les médecins assistants passent plus de cinq heures par jour devant un ordinateur à rechercher et gérer l'information médicale, contre onze minutes seulement par patient consacrées à l'interaction directe avec les patients.

Pression démographique et pénurie de personnel

Le système de santé fait face à une double pression. D'une part, le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la morbidité et de la complexité des prises en charge.

- Ⓢ Au CHUV, plus de 80 % des patients hospitalisés sont multimorbides.

D'autre part, le système est confronté à une pénurie croissante de personnel soignant. Il indique notamment qu'une proportion importante d'infirmières quitte la profession au cours de sa carrière et qu'un tiers des médecins généralistes devrait cesser son activité dans les prochaines années. Il relève également qu'une part significative des étudiants en médecine ne se projette pas dans l'exercice de la profession dans les conditions actuelles.

Difficultés d'accès à l'information médicale

Une grande partie du travail médical consiste aujourd'hui à rechercher et reconstituer des informations dispersées.

- Ⓢ Actuellement, lorsqu'un patient arrive aux urgences, les équipes doivent souvent reconstituer les antécédents, les traitements ou les résultats d'examens en contactant personnellement différents acteurs du réseau de soins.

Cette situation conduit fréquemment à des examens redondants, notamment lors de transferts entre hôpitaux. Il cite à titre d'exemple des données selon lesquelles

- Ⓢ près de 99 % des analyses sanguines répétées dans les huit heures suivant une admission seraient inutiles.

Il évoque également les difficultés liées à l'accès aux directives anticipées, qui peuvent conduire à des situations où des gestes de réanimation sont entrepris alors que les volontés du patient étaient différentes.

Fragmentation des systèmes d'information hospitaliers

Dr. Bastardot décrit un système actuellement fragmenté, où différentes unités utilisent des outils distincts (papier aux urgences, systèmes spécialisés aux soins intensifs, Soarian dans certains services, autres systèmes en réhabilitation). À chaque transfert entre services ou établissements, les informations doivent être ressaisies, ce qui entraîne une perte de temps et un risque pour la qualité et la sécurité des soins.

Selon lui,

- Ⓢ ces opérations de retranscription représentent un volume de travail équivalent à celui d'une équipe médico-soignante dédiée uniquement à des tâches de copier-coller.

Difficultés dans la continuité des soins après la sortie

Dr. Bastardot souligne également les difficultés liées à la transmission des informations au moment de la sortie de l'hôpital. Les médecins de premier recours ou les services de soins à domicile reçoivent souvent des informations incomplètes ou tardives, ce qui complique la continuité de la prise en charge et peut conduire à des réadmissions.

Objectifs et implication du personnel soignant dans la définition du cahier des charges

Dr. Bastardot indique que le projet de DPI vise à améliorer la continuité des informations médicales, à soutenir le travail des médecins et des soignants dans la documentation et la prise de décision, et à intégrer davantage les patients dans leur propre parcours de soins.

Il précise qu'

- Ⓢ un travail de consultation a été mené auprès des services du CHUV et de différents partenaires, impliquant plus de 400 médecins et soignants dans la définition des besoins et dans l'élaboration du cahier des charges.

Choix de la solution Epic

- Ⓢ Le CMIO au CHUV met en avant l'expérience accumulée par l'éditeur, utilisé dans plusieurs milliers d'hôpitaux dans le monde, ainsi que la méthodologie d'implémentation proposée (un seul week-end pour le transfert, vs. 15 ans pour Soarian).

L'intervenant souligne que

- Ⓢ l'utilisation d'Epic implique également l'intégration dans une communauté internationale d'hôpitaux utilisateurs ; plusieurs milliers d'établissements dans le monde utilisent ce système, ce qui permet de partager des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles et de bénéficier de retours d'expérience d'institutions hospitalières de référence.

Pilotage du système de santé et innovation

Dr. Bastardot estime que le nouveau système permettrait également de mieux piloter l'activité hospitalière, notamment dans la gestion des flux de patients et de la planification des capacités hospitalières.

- Ⓢ Il mentionne également le potentiel d'innovation, notamment dans le domaine des outils d'aide à la décision et de l'intelligence artificielle, ainsi que les collaborations possibles avec l'écosystème de startups et d'innovation de la région.

Bénéfices attendus pour les patients

Enfin, Dr. Bastardot souligne que le système permettrait notamment de déployer un

- Ⓢ portail patient offrant des fonctionnalités telles que la prise de rendez-vous, une messagerie sécurisée ou des outils d'éducation thérapeutique.

Il conclut en indiquant que le projet vise à permettre aux établissements du Canton de disposer d'un

- Ⓢ système commun permettant d'assurer une prise en charge cohérente des patients, quel que soit l'établissement où ils sont traités.

Echange avec la Commission

Intégration d'outils d'intelligence artificielle et d'applications tierces

À la question de savoir si la solution Epic permet d'intégrer des applications externes, Dr. Bastardot indique que

- Ⓢ la plateforme fonctionne avec des API, ce qui permet d'y connecter des outils développés par des tiers.

L'objectif est de conserver une interface unique pour les médecins, tout en pouvant intégrer différents outils, notamment des modèles d'aide à la décision ou des solutions d'intelligence artificielle développées localement.

Il précise que

- Ⓢ certains outils existent déjà dans l'écosystème Epic, mais que le CHUV souhaite également développer des modèles locaux afin qu'ils soient validés sur des données et pratiques médicales suisses, plutôt que de reprendre directement des modèles conçus pour d'autres systèmes de santé.

Extension éventuelle du système au-delà des hôpitaux

Interrogé sur le fait que les médecins généralistes ou les CMS ne seront pas nécessairement équipés du système Epic, l'intervenant confirme que

- Ⓢ la première phase concerne les établissements hospitaliers. Il indique toutefois que la vision à plus long terme est d'étendre progressivement l'accès à d'autres acteurs du système de santé, tels que les CMS, les permanences ou certaines maisons de santé, afin d'améliorer la continuité des informations.

La cheffe de Département que les médecins installés n'auront pas l'obligation d'utiliser la plateforme, mais qu'ils pourront y accéder s'ils le souhaitent pour le suivi de leurs patients. Elle mentionne à titre d'exemple l'expérience d'autres cantons, où une partie des médecins installés utilise déjà l'accès à la plateforme hospitalière.

Possibilité pour les patients d'alimenter certaines informations dans le système

Une commissaire relève une possible contradiction concernant la capacité des patients ou d'autres acteurs, comme les CMS, à alimenter le système. Elle indique avoir compris précédemment que ces acteurs disposeraient uniquement d'un droit de consultation, sans possibilité d'ajouter des informations, par exemple concernant les directives anticipées.

Dr. Bastardot répond que,

- Ⓢ dans la vision du système, le patient est appelé à devenir un partenaire et pourra compléter certaines informations le concernant, par exemple les allergies, qui devront ensuite être validées par un médecin.

M. Regamey précise que la réponse précédente concernait l'usage observé actuellement à Berne, mais que la solution elle-même permet techniquement au patient d'ajouter certaines informations dans la plateforme.

Importance d'une mise en œuvre commune entre les établissements

Une commissaire demande confirmation de son interprétation selon laquelle l'un des principaux atouts du projet vaudois réside dans le fait que plusieurs établissements s'engagent simultanément dans la même solution, ce qui constituerait une force du projet.

Dr. Bastardot confirme cette analyse en indiquant que la valeur du projet repose précisément sur une approche commune entre les acteurs du système de santé, tant pour les médecins que pour les patients. L'objectif est d'éviter la multiplication de barrières entre les différents parcours de soins et de permettre une coordination plus efficace entre les institutions, dans un contexte sanitaire marqué par le vieillissement de la population et une pression croissante sur le système de santé.

Gains d'efficacité et impact sur le fonctionnement du système de soins

A un commissaire qui s'interroge sur les gains d'efficacité évoqués dans la présentation et demande si ceux-ci sont documentés, notamment en ce qui concerne la réduction de la charge administrative ou l'impact potentiel sur les besoins en personnel, l'intervenant répond que certaines données existent, en particulier concernant la transmission des informations à la sortie de l'hôpital. Il indique que,

- Ⓟ dans des systèmes comparables, environ 90 % des patients quittent l'hôpital avec une documentation de sortie immédiatement disponible pour la suite de la prise en charge. À titre de comparaison, au CHUV, aujourd'hui, ces informations peuvent être transmises jusqu'à huit jours après la sortie du patient, ce qui illustre selon lui le potentiel d'amélioration en matière d'efficacité et de continuité des soins.

Rôle du patient dans l'alimentation du dossier

A une commissaire qui demande si le fait de considérer le patient comme partenaire dans le système signifie qu'une partie du travail administratif sera assumée par le patient, Dr. Bastardot répond qu'il s'agit avant tout d'impliquer le patient dans sa propre prise en charge, en lui permettant de renseigner certaines informations importantes, comme ses allergies ou ses directives anticipées.

- Ⓟ Cette évolution correspond également aux attentes des nouvelles générations, notamment en matière d'accès en ligne aux services de santé, par exemple pour la prise de rendez-vous en dehors des heures de bureau.

Collaboration avec les acteurs externes au système hospitalier

La même commissaire s'interroge également sur la manière dont le système fonctionnera avec les acteurs extérieurs au projet, tels que les CMS ou les médecins de famille, et demande si, pour ceux qui ne seraient pas intégrés au système, les échanges d'informations continueraient à se faire sur support papier. Dr. Bastardot répond que l'intégration de ces partenaires constitue un enjeu important du projet. Il indique que les besoins des médecins installés, des CMS et des patients partenaires sont pris en compte afin de développer les interfaces nécessaires permettant l'échange d'informations avec le système hospitalier.

Expériences mitigées des pays nordiques

La commissaire évoque également certaines études menées notamment dans les pays nordiques, qui mettent en évidence des expériences mitigées des professionnels de santé avec les dossiers informatisés. [*Pas de réponse*]

Prise en compte des besoins du personnel soignant

A une commissaire qui s'interroge à ce sujet, l'intervenant indique que la dimension soignante est également représentée dans le projet.

- Ⓟ Une responsable infirmière, adjointe à la direction des soins, est impliquée dans le projet afin de représenter les intérêts du personnel soignant infirmier et d'intégrer leurs besoins dans le développement et la mise en œuvre du système.

Accompagnement du changement et information des partenaires externes

Une commissaire s'interroge sur l'accompagnement du changement nécessaire pour les partenaires extérieurs au CHUV et à la FHVI, notamment les structures de réhabilitation, les CMS ou les médecins

installés. Elle demande si des réflexions ont déjà été menées concernant le déploiement du système et l'accès aux outils pour ces différents acteurs, afin de faciliter notamment le retour des patients à domicile.

Dr. Bastardot répond qu'il est essentiel de fournir rapidement une information claire à l'ensemble des acteurs concernés du système de santé vaudois, afin de les informer du périmètre du projet et des effets attendus de son implémentation.

- Ⓢ Les professionnels extérieurs au système pourront, s'ils le souhaitent, accéder à certaines informations via un portail professionnel. À défaut, ils continueront à recevoir les informations nécessaires au suivi des patients, notamment les lettres de sortie, par les canaux habituels, tels que le courrier, un courriel sécurisé ou d'autres moyens de transmission sécurisés, selon leurs préférences.

Comparaison avec d'autres solutions développées en Suisse

Une commissaire demande en quoi la solution Epic serait supérieure à d'autres systèmes existants ou en développement, notamment celui utilisé aux HUG ou des solutions envisagées dans d'autres cantons.

Dr. Bastardot reconnaît que le dossier patient informatisé développé aux HUG constitue une solution de qualité pour les besoins de cette institution. Il souligne toutefois qu'un système conçu pour un établissement donné n'est pas nécessairement facilement transférable à d'autres structures, notamment en raison des différences d'organisation et de la méthodologie nécessaire à son implémentation.

Il ajoute que

- Ⓢ le développement et l'entretien d'un tel système nécessitent des investissements très importants. À titre d'exemple, il indique qu'Epic investit environ 30 à 35 % de ses bénéfices annuels en recherche et développement, soit environ 1,2 milliard de dollars par an. Selon lui, il serait difficile pour un Canton de soutenir un tel niveau d'investissement afin de maintenir une solution locale compétitive.

Il relève enfin que

- Ⓢ nombre de grands hôpitaux internationaux ont renoncé à développer leurs propres systèmes, en raison des coûts et des ressources nécessaires pour rester compétitifs face à des solutions industrielles comme Epic.

Risques liés à la dépendance à une solution étrangère

Un commissaire soulève la question des risques liés à l'utilisation d'une solution développée par une entreprise américaine, dans un contexte géopolitique et économique susceptible d'évoluer. Il évoque notamment l'hypothèse de changements stratégiques ou de rachats d'entreprises qui pourraient modifier les conditions d'utilisation du système ou imposer certains outils technologiques.

Dr. Bastardot répond que cette préoccupation est également partagée par certains de ses collègues.

- Ⓢ La réponse consiste à mettre en place des mesures de mitigation, en particulier en garantissant que les données restent stockées localement et sous le contrôle des hôpitaux. Epic fournirait essentiellement l'infrastructure logicielle, sans accès direct aux données, ce point devant être clairement encadré contractuellement afin de maintenir la souveraineté des données en Suisse.
- Ⓢ Il ajoute que, s'agissant de l'intelligence artificielle, des investissements sont également réalisés localement, notamment au CHUV, afin de développer des modèles open source capables de répondre aux besoins médicaux tout en conservant la maîtrise des données.

Il estime ainsi qu'il est possible de limiter les risques liés à la dépendance technologique en combinant l'utilisation de la plateforme avec des développements locaux.

4. Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)

Mme Patricia Albisetti, secrétaire générale FHV accompagnée de Dr. Marc Alleman, directeur général des eHnv, Marc Devaud, membre du Conseil de fondation du Pôle du Pays d'Enhaut (PSPE), également

nouveau membre du Conseil d'administration de la FHV, Dr Julien Ombelli, directeur médical des Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv) et Kim N'guyen, directeur général de la FHV

La secrétaire générale de la FHV : les hôpitaux font face à plusieurs défis majeurs. En premier lieu la pénurie de personnel, déjà perceptible et appelée à s'accroître, dans un contexte où les besoins en soins de la population continuent d'augmenter.

Trois axes de réponse

Le premier concerne le personnel soignant : former davantage de professionnels, prendre soin des équipes en place et les fidéliser, dans des métiers exigeants. Elle remercie à ce propos les autorités politiques pour les efforts récemment consentis, notamment sur le plan salarial pour le personnel hospitalier des hôpitaux FHV, tout en relevant que des travaux se poursuivent dans ce domaine, notamment dans le cadre du programme Invespro.

Le deuxième axe porte sur la coordination entre les acteurs du système de santé. Elle souligne l'importance de renforcer la coopération et le travail en réseau afin d'éviter le fonctionnement en silos et de rendre le parcours de soins des patients plus fluide.

Transformation numérique et dossier patient informatisé

Enfin (3^e axe), elle évoque la transformation numérique du système de santé, souvent présentée comme un levier essentiel d'amélioration des soins. Dans ce contexte, la FHV considère la mise en place d'un nouveau dossier patient informatisé comme une infrastructure de base pour un établissement hospitalier. Selon elle, ce nouvel outil doit notamment permettre d'améliorer la sécurité des patients.

- Ⓢ Les systèmes actuels impliquent encore de nombreuses saisies répétées d'informations nécessaires à la prise en charge des patients.

Dr. Marc Alleman, directeur général des eHnv

Difficultés d'accès aux informations médicales aux urgences

Le directeur général des eHnv, urgentiste de formation, a été pendant plus de quinze ans médecin-chef des urgences de l'hôpital d'Yverdon, à l'interface entre l'hôpital et l'extérieur. Les urgences voient arriver de nombreuses situations complexes, et l'un des principaux défis consiste à réunir rapidement les informations médicales nécessaires lorsque les patients arrivent, alors même qu'il n'est souvent pas possible d'accéder immédiatement aux informations des médecins traitants ou de l'entourage.

Charge administrative et besoin d'outils efficaces

Les médecins consacrent aujourd'hui plus de 60 % de leur temps à des tâches administratives, dans un contexte de pénurie de médecins et de formation insuffisante de nouveaux professionnels. Il estime dès lors essentiel de réduire cette charge, notamment grâce à des DPI intégrés.

Choix d'un système intégré

Une délégation de l'équipe de FHV a testé plusieurs solutions informatiques. Pour le corps médical, un système intégré apparaît comme la solution la plus pertinente.

- Ⓢ À l'issue de l'appel d'offres, la solution Epic a été retenue ; le directeur général des eHnv considère qu'elle répond aux besoins métiers. Compte tenu de la complexité des systèmes d'information hospitaliers et de l'énergie que leur mise en place mobilise pour les soignants, un changement ne se justifie que s'il apporte une réelle amélioration. Besoin d'outils qui fonctionnent pour ce système intégré.

Il relève que les médecins assistants et les soignants circulent entre les différents hôpitaux, tout comme les patients. Dans les eHnv, environ 90 % de la médecine est de la médecine locale, tandis qu'environ 10 % des prises en charge impliquent l'hôpital tertiaire du CHUV. Ces échanges génèrent aujourd'hui une complexité administrative importante, notamment pour obtenir les informations médicales nécessaires.

Perspective d'un système cantonal unique

Il estime enfin qu'un tournant stratégique se présente aujourd'hui et qu'un système d'information unique à l'échelle du Canton constituerait une opportunité extraordinaire pour faciliter le travail des médecins, des soignants et la circulation des informations médicales.

Échange avec la Commission

Utilité système Epic pour les petits établissements

À une commissaire qui relève que les établissements de la FHV présentent des tailles très différentes, allant d'une douzaine à environ 400 lits, et qui s'interroge sur l'utilité d'un outil comme Epic pour les plus petits établissements, M. Marc Devaud, membre du Conseil de fondation du Pôle du Pays d'Enhaut (PSPE) indique que les solutions ont été testées par les équipes ; il précise que

- Ⓟ tous les modules ne seront pas utilisés partout, l'outil permettant d'adapter les fonctionnalités selon les besoins.

Selon lui, il s'agit moins d'un simple DPI que d'un véritable dossier de santé permettant de connecter les différents acteurs.

- Ⓟ Pour les petits établissements, l'enjeu principal est la connexion avec l'hôpital de référence et, à terme, il le souhaite, avec les médecins traitants.

Cela suppose des données structurées de manière identique et un système garantissant la sécurité des informations. Il relève enfin que, d'expérience, la coexistence de plusieurs systèmes entraîne des difficultés, des coûts et des problèmes de fonctionnement.

Comparaison des coûts avec Carefolio

À un commissaire qui relève que le coût du DPI envisagé pour l'hôpital d'Yverdon paraît nettement plus élevé que celui supporté par l'hôpital de Morges (Carefolio), établissement qu'il estime de taille comparable, M. Kim N'guyen, directeur général de la FHV*i* indique qu'il convient d'être prudent dans les comparaisons. Il relève que les deux institutions se connaissent bien et échangent notamment dans le cadre du réseau bleu, ce qui a permis de discuter de leurs projets respectifs. Selon lui, les systèmes comparés ne se situent toutefois pas au même niveau :

- Ⓟ le système Carefolio de l'entreprise T-Cost correspond à un DPI auquel doivent s'ajouter plusieurs logiciels complémentaires, tandis qu'Epic constitue un système intégré allant au-delà du seul DPI, avec une intégration plus large du système d'information clinique et la perspective d'une connexion jusqu'aux médecins installés. (Les deux ne sont donc pas comparables)

Intercantonalité : HRC et HIB

À un commissaire qui s'interroge sur les conséquences de l'utilisation de systèmes différents au sein des hôpitaux intercantonaux, la secrétaire générale de la FHV relève que

- Ⓟ Cette question se pose déjà aujourd'hui dans ces hôpitaux ; les patients y sont néanmoins bien pris en charge.
- Ⓟ L'implémentation du système Epic vise en premier lieu à disposer d'un système commun sur le territoire cantonal

et ainsi d'améliorer la circulation des informations entre établissements, y compris dans les situations intercantionales grâce à cette uniformisation au niveau du territoire cantonal.

Pilotage du projet et coordination entre établissements

À un commissaire qui s'interroge sur la manière dont sera assurée la coordination entre les établissements dans un contexte où de nombreux logiciels sont actuellement utilisés, les représentants de la FHV évoquent la

- Ⓟ mise en place d'une direction de programme unique, chargée d'acquérir l'expertise nécessaire sur Epic et de piloter ensuite le déploiement et l'intégration du système dans les différents établissements, selon une méthodologie commune.

Ils relèvent que plusieurs logiciels périphériques sont déjà communs aux établissements et qu'une partie d'entre eux sera remplacée par les modules intégrés d'Epic. L'objectif est de centraliser la démarche afin de faciliter ensuite le déploiement du système dans les différents établissements.

Les intervenants soulignent également que ce projet ne relève pas uniquement de l'informatique, mais constitue avant tout un projet métier. Ils insistent dès lors sur l'importance d'un pilotage fort, associé à une implication étroite des compétences métiers afin d'assurer la cohérence des processus entre les différents services et partenaires.

Enfin, ils rappellent que les établissements de la FHV ont déjà l'expérience d'un déploiement commun avec l'introduction de Soarian. Cette expérience constitue une base pour mener un projet de plus grande ampleur, en collaboration notamment avec le CHUV.

Risque de développements spécifiques et de surcoûts (« plan B »)

À un commissaire qui s'interroge sur l'existence éventuelle de « plans B », c'est-à-dire de développements spécifiques demandés par certains utilisateurs, et sur le risque de surcoûts associés, la FHV indique que

- Ⓢ le choix d'un système intégré comme Epic vise précisément à limiter le recours à des solutions parallèles.

Certains DPI présents sur le marché, Carefolio par exemple, se situent à un niveau comparable au système actuel Soarian. Remplacer un système par un autre du même niveau impliquerait pourtant un coût humain important pour les équipes médicales, soignantes et techniques, appelées à modifier leurs pratiques.

- Ⓢ En raison notamment de ces coûts humains (liés aux nécessaires adaptations et changements d'habitudes), il estime qu'un changement de système ne se justifie que s'il permet un véritable saut qualitatif en termes d'intégration.

Il illustre cette idée par une comparaison : certains établissements sont passés du papier au premier téléphone Nokia, c'est-à-dire d'un système très rudimentaire à un outil numérique de base. L'objectif avec Epic est d'aller plus loin et de disposer d'un système intégré qui permet, par exemple, d'interroger rapidement les données afin d'identifier les patients passés par les urgences avec un infarctus du myocarde, de vérifier s'ils ont reçu de l'aspirine et d'analyser immédiatement les situations où ce traitement n'a pas été administré. Selon lui, ce type de fonctionnalité illustre le niveau de performance dont les médecins ont aujourd'hui besoin.

Dimension du système pour les hôpitaux régionaux (bis)

À une commissaire qui évoque un article de presse selon lequel le système Epic serait justifié pour le CHUV mais potentiellement surdimensionné pour les hôpitaux régionaux, et qui s'interroge sur l'opportunité d'un appel d'offres distinct, les intervenants soulignent que

- Ⓢ la distinction entre « petits » et « grands » établissements est relative : les hôpitaux régionaux exercent des activités largement comparables et Epic permet d'adapter les modules selon les besoins de chaque établissement.

Ils rappellent à ce titre que le CHUV exerce environ 80 % d'activités comparables à celles des hôpitaux régionaux et 20 % d'activités liées à sa mission universitaire ; les modules spécifiques à la recherche ne concernent ainsi qu'une petite part système.

Ils soulignent enfin que, malgré les enjeux financiers pour les hôpitaux, l'enjeu de l'intégration d'un système commun est bien de permettre, à terme, d'améliorer l'efficacité et de générer des économies.

Représentation des hôpitaux régionaux dans la gouvernance du projet

À une commissaire qui s'interroge sur la manière dont les hôpitaux de la FHV seront représentés dans l'instance stratégique du projet et sur la façon dont leur voix pourra être portée dans l'articulation avec le CHUV, les intervenants indiquent que

- Ⓢ la gouvernance prévue repose sur une représentation paritaire entre le CHUV et autres établissements de la FHV. Les représentants de la FHV auront pour tâche de relayer régulièrement les informations auprès des autres établissements de la fédération.

Ils soulignent toutefois qu'il sera important de laisser une marge de manœuvre suffisante à l'équipe chargée de conduire le projet ; un tel projet représente une véritable aventure et ne pourra aboutir que si les personnes aux commandes disposent de la latitude nécessaire pour avancer, dans un climat de confiance et de transparence. Le cloisonnement constitue aujourd'hui la maladie du système de santé : même au sein d'un même hôpital, les patients doivent répéter plusieurs fois les mêmes informations : ce projet est précisément une occasion unique de dépasser ces logiques de cloisonnement.

Modules et besoins spécifiques des petits établissements

À une commissaire qui s'interroge sur la répartition évoquée entre environ 80 % de modules communs et 20 % liés notamment à la recherche, le membre du Conseil de fondation du Pôle du Pays d'Enhaut confirme que cette estimation correspond globalement à la réalité : si certaines activités spécifiques peuvent subsister selon les établissements, par exemple dans le domaine social ou en fonction des particularités régionales, les prestations ambulatoires demeurent largement similaires d'un établissement à l'autre, qu'il s'agisse du Pays-d'Enhaut, d'Yverdon ou d'autres sites, ce qui permet d'envisager l'utilisation de modules communs pour ces activités.

Coûts de fonctionnement et dépendance au fournisseur

À une commissaire qui s'interroge sur les coûts de fonctionnement annuels du système et sur le risque de dépendance à long terme vis-à-vis du fournisseur, les intervenants relèvent qu'un système intégré permettrait de remplacer une partie des nombreux logiciels et solutions actuellement utilisés, qui devraient eux aussi être renouvelés dans les années à venir. Selon eux,

- Ⓢ les analyses réalisées montrent qu'à terme les coûts ne seraient pas très différents entre une solution intégrée comme Epic et un système moins ambitieux nécessitant le maintien de multiples applications complémentaires.
- Ⓢ Les intervenants reconnaissent également qu'un certain degré de dépendance au fournisseur constitue un risque réel. Ils relèvent toutefois que cette situation existe déjà avec les systèmes actuels et qu'elle est inhérente aux grandes plateformes technologiques. Ce risque est connu et assumé. De plus, Epic est aujourd'hui utilisé dans de nombreux hôpitaux à travers le monde.

Pourquoi l'EHC ne suit pas d'après eux ?

À un commissaire qui relève que l'EHC ne participe pas au projet et s'interroge sur les raisons de cette situation, la secrétaire générale indique que cela s'explique notamment par l'historique de l'établissement : l'EHC n'utilisait pas le système Soarian. Au moment où l'établissement envisageait de l'adopter, l'annonce de l'arrêt du support par Cerner puis Oracle est intervenue, ce qui les a conduits à suspendre ce projet et à se tourner vers une autre solution, en l'occurrence Carefolio.

- Ⓢ L'EHC est donc parti d'une situation différente, avec des systèmes moins développés. Les discussions avec cet établissement laissent entendre qu'il observe l'évolution du projet mené par les autres hôpitaux de la FHV et pourrait, à terme, les rejoindre.

5. Chef de Département de la santé, Berne M. Pierre-Alain Schnegg *directeur de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du Canton de Berne*

Le chef de Département bernois expose le retour d'expérience de l'Insel après l'introduction du système Epic.

Avant cette migration, plus de 50 systèmes différents coexistaient au sein de l'Insel et communiquaient de manière plus ou moins efficace. L'introduction d'Epic a permis de regrouper l'ensemble des informations dans un système unique, ce qui facilite l'accès aux données nécessaires à la prise en charge des patients et renforce la sécurité, notamment grâce à des contrôles numériques lors de certaines procédures (par exemple transfusions sanguines, examens de laboratoire ou contrôle des médicaments).

Les patients disposent désormais d'un accès direct à leurs informations via la plateforme MyInsel. Plus de 63 000 personnes utilisent activement ce portail, qui permet notamment de consulter les informations

médicales, de communiquer avec l'hôpital ou de gérer des rendez-vous. Par ailleurs, plus de 700 médecins adressants utilisent la plateforme Inselink pour échanger des informations et interagir avec l'hôpital.

- Ⓟ L'introduction du système Epic a permis de supprimer environ 50 anciens systèmes. Il relève également certaines améliorations opérationnelles, l'envoi de 99 % des lettres de sortie dans un délai d'une semaine par exemple, un taux de conformité de 98 % pour les contrôles numériques liés aux dossiers patients, ce qui contribue à diminuer les erreurs et l'utilisation d'un chat interne sécurisé par près de 70 % des utilisateurs pour dialoguer entre personnes à l'interne sur un cas particulier. Dans le domaine ambulatoire, certaines cliniques ont déjà atteint plus de 40 % de prise de rendez-vous en ligne, ce qui a contribué à faire diminuer le taux de « no show » aux consultations de 11 % à 4 %.

Il est clair que la mise en œuvre du système s'accompagne d'un important travail de formation et de gestion du changement, dans la mesure où il s'agit d'un véritable processus de transformation organisationnelle.

Coûts de mise en œuvre

S'agissant des coûts, M. Schnegg indique que le contrat initial relatif à l'introduction d'Epic (licences et maintenance) s'élevait à 83 millions de francs hors TVA, soit environ 90 millions avec TVA. Le coût final pour cette partie du projet s'est établi à 104,2 millions, notamment en raison de l'ajout de certaines fonctionnalités et de l'extension du nombre d'utilisateurs.

- Ⓟ À ces montants se sont ajoutés 42,4 millions de francs pour les prestations externes liées au projet (conseil, formation, communication), soit un total d'environ 146 millions de coûts externes.
- Ⓟ L'hôpital a également engagé des coûts internes liés à la participation du personnel au projet, à la formation et à la redéfinition des processus, pour un montant de 52,5 millions de francs. Enfin, certains investissements dans l'infrastructure technique (matériel et réseau) ont été réalisés à hauteur de 28,4 millions de francs.

Impact financier – gains d'efficacité

La mise en œuvre du projet a temporairement pesé sur les résultats de l'Inselhospital, notamment en raison des ressources mobilisées pendant la phase de transformation.

- Ⓟ Pour l'exercice 2025, l'établissement a toutefois enregistré un bénéfice net de 135 millions de francs et une marge EBITDA de 14 %.

Les coûts informatiques (TIC) du groupe Insel sont restés globalement stables, représentant environ 7 % du chiffre d'affaires, soit un niveau comparable à celui observé dans d'autres hôpitaux.

- Ⓟ L'amélioration des résultats s'explique notamment par une hausse de la performance opérationnelle et par certains gains d'efficacité, par exemple liés à la numérisation des processus administratifs.

Couverture médiatique négative du projet

À une commissaire qui s'interroge sur les critiques formulées dans la presse, l'intervenant relève que

- Ⓟ les difficultés financières de l'Insel ont fait l'objet d'articles détaillés alors même que les résultats positifs de 2025 n'ont été que brièvement relayés.

Selon lui, les médias ont tendance à davantage relayer ce qui ne fonctionne pas que les évolutions positives.

Il remarque que pour le cas vaudois, le contexte géopolitique actuel joue certainement un rôle, certaines critiques portant sur le fait que le logiciel choisi n'est pas d'origine nationale.

Effets du système sur les besoins en personnel

À une commissaire qui s'interroge sur le lien entre la diminution des coûts de personnel et l'augmentation des prises de rendez-vous en ligne, ainsi que sur les besoins en personnel liés à la mise en œuvre du système, M. Schnegg indique que l'introduction d'Epic a d'abord nécessité des ressources supplémentaires : le projet a mobilisé environ 52 millions de francs de coûts de personnel interne sur plusieurs années, une partie de ces collaborateurs ayant été engagée spécifiquement pour la mise en œuvre du système.

Les gains d'efficacité observés par la suite ne résultent pas de licenciements, mais notamment du non-remplacement de départs naturels. Certaines fonctionnalités, comme la prise de rendez-vous en ligne ou les contrôles automatisés, ont permis de réduire la charge administrative.

- Ⓣ Il relève enfin que certains retours du personnel soignant indiquent un gain de temps d'environ dix minutes par heure de travail, qui peuvent être réinvesties dans la prise en charge des patients plutôt que dans des tâches administratives.

Souveraineté des données

À un commissaire qui s'interroge sur la souveraineté des données, l'intervenant indique que toutes les données de l'Insel sont hébergées dans des centres de calcul appartenant à l'hôpital et situés en Suisse. Il précise qu'aucune donnée n'est stockée aux États-Unis ou en dehors de ces infrastructures, et qu'elles restent ainsi sous souveraineté suisse.

Réactions du Grand Conseil bernois et confusion dans les coûts

À une commissaire qui relève que les inquiétudes exprimées ne proviennent pas uniquement de la presse mais également de parlementaires, l'intervenant indique que la motion visant à confier une enquête à la Commission de gestion a été refusée lors de la session en cours. Il précise toutefois que la Commission de gestion suivra le dossier et pourra en analyser les éléments.

Il ajoute que les chiffres présentés ont déjà été transmis à la Commission de la santé et sont également à disposition de la Commission de gestion. Selon lui, certaines critiques résultent aussi d'une confusion entre les coûts informatiques liés au système lui-même et des investissements matériels, comme le renouvellement d'équipements ou d'infrastructures, qui interviennent régulièrement et dont le remplacement est souvent réalisé lors de projets de cette ampleur.

Retours du personnel soignant et expérience des patients

À une commissaire qui s'interroge sur les retours du personnel soignant et sur l'expérience des patients, l'intervenant indique que des échanges ont été menés tant avec du personnel de l'Insel qu'avec celui de l'hôpital de Lucerne.

Selon les retours recueillis, le personnel soignant estime gagner environ dix minutes par heure de travail, notamment grâce à la diminution des tâches administratives et à la disparition de certaines doubles saisies dans plusieurs systèmes. L'intégration des données permet également d'améliorer certains processus, par exemple pour le contrôle des médicaments, des examens de laboratoire ou des transfusions, ainsi que pour la rédaction et la transmission des lettres de sortie.

S'agissant des patients, l'intervenant relève des retours globalement positifs, notamment en lien avec l'accès direct aux informations médicales.

- Ⓣ Plus de 63 000 patients utilisent déjà le portail MyInsel pour consulter leur dossier et interagir avec l'hôpital, sans qu'une campagne de promotion particulière n'ait été menée. Selon lui, cette utilisation témoigne de l'intérêt des patients pour ce type de service.

Impact sur la facturation

À un commissaire qui s'interroge sur l'impact du système sur la facturation et sur la qualité des données utilisées à cet effet, l'intervenant indique que le fait de disposer d'un système unique améliore la qualité des informations saisies.

La production plus rapide des lettres de sortie permet également d'accélérer la facturation des prestations. Il mentionne par ailleurs une augmentation du case mix index de l'Insel en 2025 sans être certain de pouvoir établir un lien direct avec l'introduction du système. Selon lui, une meilleure qualité des données saisies peut néanmoins certainement avoir un impact positif sur la facturation.

Diffusion du système au niveau cantonal

À un commissaire qui s'interroge sur la collaboration avec les établissements qui n'utiliseraient pas Epic et sur la possibilité d'étendre ce système à l'ensemble du Canton, M. Schnegg indique que l'objectif est d'en favoriser la diffusion le plus large possible.

Il précise que le Canton peut imposer un tel système aux hôpitaux dont il est actionnaire, mais ne dispose pas de ce levier pour les établissements privés. Il relève toutefois qu'Epic repose sur des standards ouverts, permettant la communication avec d'autres systèmes.

Il indique également qu'un memorandum of understanding a été signé par la majorité des hôpitaux du canton, dont deux grands établissements privés, afin d'examiner l'utilisation éventuelle d'Epic.

Il ajoute enfin que, selon certains retours, les hôpitaux qui n'adopteraient pas ce type de solution pourraient à l'avenir rencontrer des difficultés, notamment en raison des attentes fortes en ce sens des patients et des médecins.

Le conseiller d'Etat bernois remercie et déclare se tenir à disposition pour faire l'intermédiaire au cas où la Commission souhaitait organiser un entretien avec l'Inselspital.

6. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

M. Robert Mardini, directeur général des HUG et M. Jean-François Pradeau, directeur général adjoint aux HUG (et ancien directeur des systèmes d'information aux HUG pendant 10 ans)

Présentation du dossier patient intégré (DPI) des HUG et du projet DPI+

M. Mardini : le dossier patient intégré des Hôpitaux universitaires de Genève est un outil développé depuis une trentaine d'années « par les médecins et pour les médecins », qui a continué d'évoluer au fil du temps. Il précise qu'il est aujourd'hui utilisé par l'ensemble des HUG, soit environ 13 000 collaborateurs répartis sur onze sites. Selon lui, il s'agit d'un outil robuste, éprouvé, agile et évolutif, également ouvert au réseau de soins cantonal, dans lequel certains modules d'intelligence artificielle commencent à être intégrés.

Il souligne que le système répond aux exigences en matière de sécurité et de protection des données et insiste sur l'enjeu de souveraineté numérique : les données sont hébergées sur des serveurs internes (« on-premise »). Selon lui, cet aspect est aujourd'hui particulièrement important au regard de ce qui se passe autour de nous, notamment avec les évolutions de l'intelligence artificielle et les tensions existant avec certains développeurs « de l'autre côté de l'Atlantique ».

À titre personnel, il indique être ingénieur de formation et avoir dirigé auparavant le CICR. Il explique qu'il était initialement plutôt réticent à l'idée d'outils informatiques développés « à la maison », souvent justifiés par l'idée que l'institution se devait d'être différente des autres.

- Ⓢ Il indique toutefois avoir constaté, au contact des médecins et des équipes médico-soignantes des HUG, un attachement très fort à cet outil, décrit comme agile, évolutif et permettant des échanges de données efficaces, qui plaît aussi aux médecins de passage aux HUG.
- Ⓢ S'agissant des coûts, il relève que l'investissement initial, réparti sur trente ans de développement, serait aujourd'hui difficile à reconstituer. En revanche, les coûts actuels de fonctionnement sont d'environ 8 millions de francs par an.
- Ⓢ Il précise enfin que les HUG, en tant qu'hôpital public, ne sont pas un éditeur de logiciels et ne proposent pas de solutions « clés en main ». Leur vision stratégique repose plutôt sur le partage et la collaboration entre institutions, afin de favoriser une circulation fluide des données patients, d'éviter les doublons (les doubles investissements) et d'améliorer la qualité des soins.

M. Pradeau indique qu'il présentera brièvement le dossier patient intégré des HUG, le projet DPI+, ainsi que les réponses aux questions adressées par la commission.

- Ⓢ Le DPI des HUG a été développé progressivement depuis plus de trente ans et couvre aujourd'hui l'ensemble des spécialités hospitalières ainsi que différents services métiers, notamment la prescription, la facturation ou la gestion de certaines activités cliniques.

Il précise que le système repose sur un dossier patient transversal : il ne s'agit pas d'une succession de dossiers liés aux différents services, mais d'un dossier unique qui s'enrichit au fur et à mesure du parcours du patient dans l'hôpital.

- Ⓢ Le système est fortement modulaire et paramétrable, ce qui permet d'adapter les activités au logiciel plutôt que l'inverse. Le système n'a pas été conçu comme « une espèce d'énorme monolithe », mais comme une architecture modulaire reposant sur différents modules réutilisables.

Il indique également que certains modules sont certifiés ISO 13485 par Swissmedic, notamment ceux liés à la prescription, considérés comme des dispositifs médicaux.

Il explique ensuite que le projet DPI+ est né de la volonté de partager ce système avec d'autres institutions dans une logique de co-construction. Le DPI constitue le socle du système, tandis que DPI+ correspond au modèle de collaboration permettant son évolution commune.

Ce modèle repose notamment sur une vision partagée entre institutions, une gouvernance commune associant équipes métiers et équipes informatiques, un co-financement des développements et une responsabilité partagée dans l'évolution du système.

Cette approche permet notamment de conserver la maîtrise de la feuille de route du système, les institutions partenaires décidant elles-mêmes des évolutions à apporter. Elle permet également de préserver une certaine flexibilité métier et d'éviter une uniformisation trop rigide des pratiques.

Il indique qu'une collaboration de ce type a été engagée avec l'Hôpital du Valais, qui souhaitait remplacer son système d'information clinique. Après plusieurs mois d'analyse et de démonstrations impliquant un grand nombre de professionnels, il a été décidé d'abandonner la procédure d'appel d'offres et d'entrer dans une démarche de co-construction autour de DPI+.

- Ⓢ S'agissant des conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un tel système, il insiste sur l'importance d'une volonté politique claire et durable, qui a permis jusqu'ici aux HUG de conserver cette autonomie dans leurs choix technologiques. Il souligne également la nécessité d'une forte implication institutionnelle et d'un engagement des métiers, les équipes médico-soignantes jouant un rôle central dans l'évolution du système.

Enfin, il relève qu'un tel dispositif suppose également des ressources techniques importantes ainsi qu'un support permanent afin d'assurer l'exploitation du système, la sécurité des données et la continuité du service.

Echange avec la Commission

Possibilité d'une collaboration avec le CHUV

À la question d'une commissaire sur la possibilité pour le CHUV de rejoindre le projet DPI+, M. Pradeau indique que l'un des avantages du DPI est que

- Ⓢ l'investissement principal a déjà été réalisé au cours des trente dernières années. Le système est aujourd'hui arrivé à un niveau de maturité qui permet de s'ouvrir à d'autres partenaires.

Il précise que cette ouverture pourrait prendre différentes formes. Une collaboration approfondie, comme celle engagée avec l'Hôpital du Valais, implique une véritable co-construction du système.

- Ⓢ Il serait toutefois également possible d'envisager des formes de réplique plus simples, en s'appuyant notamment sur des intégrateurs externes. Une telle démarche nécessiterait probablement environ six mois d'étude pour définir précisément les paramètres d'un éventuel projet avec le CHUV.

Comparaison avec Epic

À la question d'une commissaire sur ce qui pourrait manquer au système des HUG par rapport à Epic, M. Pradeau indique pour que la principale différence avec Epic tient au fait que

- Ⓢ les HUG ne sont pas un éditeur de logiciels et ne disposent donc pas des mêmes moyens pour faire évoluer le système. C'est d'ailleurs ce constat qui a motivé la volonté de développer le projet DPI+ avec d'autres institutions, afin de mutualiser les efforts de développement.

Il ajoute qu'Episc dispose également d'un réseau d'intégrateurs pour le déploiement du système, ce qui n'était pas nécessaire dans le cas du DPI développé pour les seuls HUG. Les équipes internes travaillaient jusqu'ici essentiellement pour l'hôpital genevois, même si elles ont été renforcées dans le cadre du projet avec l'Hôpital du Valais. Les HUG sont actuellement à la recherche d'un intégrateur susceptible d'accompagner d'éventuels déploiements futurs.

Modules externes

A une commissaire qui s'interroge au sujet des modules développées à l'externe, l'intervenant explique qu'auparavant deux solutions différentes étaient utilisées pour les soins intensifs (adultes, pédiatriques et néonataux), fournies par deux sociétés distinctes. Il indique que ces solutions avaient de la peine à évoluer et à communiquer entre elles.

Dans ce contexte, les HUG ont lancé un appel d'offres et ont finalement choisi une solution proposée par la société française Terenui, qui permettait de couvrir l'ensemble de ces domaines. Il précise que cette solution est intégrée derrière le DPI et que les données restent hébergées aux HUG.

Participation à l'appel d'offres vaudois

A une commissaire qui s'interroge à ce sujet, un représentant des HUG indique que

- Ⓢ les HUG avaient déjà annoncé dès 2021 qu'ils ne soumissionneraient pas dans la mesure où ils ne sont pas une société commerciale ni un éditeur de logiciels. Il relève également que ce type de procédure représente un travail très important et que certaines contraintes figurant dans le cahier des charges ne correspondaient pas à leur situation.
- Ⓢ L'intervenant suivant précise toutefois que les HUG ont transmis, en novembre 2024, une proposition de collaboration dans le cadre de cet appel d'offres. Il souligne cependant qu'il ne s'agissait pas d'une réponse formelle à l'appel d'offres, les HUG ne remplissant pas les critères requis pour y participer.

Ressources nécessaires au développement et à l'exploitation du DPI (év. VD)

Une commissaire s'interroge sur les ressources internes nécessaires pour développer et maintenir le DPI depuis trente ans et demande ce que représenterait les ressources pour un tel système pour les hôpitaux vaudois, rappelant que le projet vaudois ne concerne pas uniquement le CHUV mais aussi plusieurs hôpitaux régionaux.

M. Pradeau explique que, s'il peut donner des éléments sur les ressources actuellement mobilisées aux HUG et dans le cadre du projet avec l'Hôpital du Valais,

- Ⓢ une analyse préalable des besoins et de l'organisation retenue serait nécessaire pour pouvoir avancer des chiffres pour le CHUV et les hôpitaux de la FHV.
- Ⓢ S'agissant de la situation actuelle aux HUG, il indique qu'environ 40 personnes travaillent au quotidien sur le DPI, en combinant ressources internes et externes. Cette équipe couvre les aspects cliniques et administratifs du système. Il indique également que, dans le cadre de la collaboration avec l'Hôpital du Valais, des ressources supplémentaires ont été mobilisées. Le projet n'ayant pas pour objectif de générer un revenu pour les HUG, le financement convenu avec le Valais vise principalement à renforcer les équipes existantes. Concrètement, 25 ressources supplémentaires financées par l'Hôpital du Valais viennent soutenir les équipes des HUG, tant sur les aspects techniques que métiers, notamment pour le paramétrage du système. Par ailleurs, sept personnes sont venues renforcer directement l'équipe DPI.

Ces renforts permettent notamment de compenser le temps consacré par les experts des HUG au projet valaisan, tout en poursuivant les évolutions du système pour les HUG et en accompagnant les équipes sur le terrain.

Capacité éventuelle à reprendre un développement alternatif et question des coûts

Un commissaire demande si, dans l'hypothèse où le crédit pour le projet Epic était refusé, les HUG seraient en mesure de proposer une solution alternative sur le modèle de la collaboration engagée avec l'Hôpital du Valais. Il s'interroge également sur les différences de coûts entre une telle approche et le projet Epic.

M. Pradeau répond que « tout est possible », mais que cela dépendrait notamment du temps à disposition et des besoins spécifiques du CHUV. Si l'on devait reproduire un modèle de co-construction similaire à celui développé avec l'Hôpital du Valais, il serait nécessaire d'évaluer préalablement les besoins et les délais associés.

- Ⓢ Il indique toutefois qu'une autre voie (que le co-développement) serait possible, en s'appuyant sur l'industrialisation du système et sur l'intervention d'un intégrateur externe, ce qui pourrait permettre un déploiement plus rapide une fois les besoins définis.
- Ⓢ S'agissant des coûts, il estime qu'une telle solution serait clairement moins onéreuse qu'un système comme Epic. Aux HUG, qui comptent environ 13 000 collaborateurs et couvrent l'ensemble des spécialités hospitalières, le coût annuel de fonctionnement du DPI s'élève actuellement à environ 8 millions de francs, hors collaboration avec l'Hôpital du Valais. Ce coût comprend les ressources humaines nécessaires, soit notamment une équipe d'environ 40 équivalents plein temps, ainsi que les moyens complémentaires requis.
- Ⓢ Il précise toutefois que ce niveau de coût s'explique aussi par le fait que le développement du système a été réalisé progressivement sur une période d'environ trente ans. Cet investissement correspond, selon lui, à un effort de recherche et développement que les éditeurs de logiciels intègrent généralement dans leurs prix de vente, alors que les HUG, en tant qu'hôpital public, ne poursuivent pas un objectif commercial.

Interopérabilité avec d'autres systèmes hospitaliers

A une commissaire qui s'interroge sur les collaborations possibles avec d'autres hôpitaux universitaires utilisant un système différent, notamment Lucerne ou l'Inselspital, qui fonctionnent avec Epic, M. Pradeau indique que la motivation principale pour développer un outil commun entre institutions est précisément de faciliter les collaborations et les échanges de données.

- Ⓢ Des échanges de données existent déjà avec d'autres systèmes, notamment dans le cadre de projets nationaux. L'avantage d'utiliser un même logiciel dans plusieurs institutions est que la structuration des données est identique, ce qui facilite leur partage.

Il indique à titre d'exemple que, si un dossier patient est constitué dans un hôpital et que le patient est ensuite pris en charge ailleurs, par exemple après un accident lors d'un séjour en Valais puis un retour à Lausanne, il devient plus simple de récupérer ces informations lorsque les modèles de données et la base logicielle sont identiques.

Il relève toutefois que des échanges restent possibles entre systèmes différents, même si l'utilisation d'un logiciel commun facilite ces processus.

Interopérabilité avec les partenaires de soins

Une commissaire s'interroge sur les implications de l'interopérabilité avec les partenaires du réseau de soins, notamment les CMS et les médecins traitants ; elle demande si l'adoption d'un système comme Epic pourrait contraindre ces partenaires à conclure des contrats coûteux, et si une solution comme celle proposée par les HUG pourrait faciliter la collaboration avec ces acteurs à des coûts moindres tout en garantissant la souveraineté des données.

M. Pradeau indique que l'enjeu principal est d'améliorer la circulation des informations entre l'hôpital et les autres acteurs du réseau de soins. Il cite l'exemple de l'IMAD à Genève (équivalent de l'AVASAD), en relevant que, par le passé, lorsqu'un patient suivi à domicile arrivait à l'hôpital, les informations étaient souvent transmises sous forme de dossier papier et les échanges restaient limités. Les développements actuels visent précisément à faciliter le partage d'informations entre les systèmes utilisés par les différents acteurs. L'objectif n'est pas d'étendre le DPI aux cabinets médicaux ou aux structures de soins à domicile, mais de permettre l'échange des données nécessaires entre les systèmes.

Critères de l'appel d'offres VD

A une commissaire qui s'interroge sur les critères de l'appel d'offres qui auraient conduit les HUG à se considérer « hors cases », M. Pradeau indique que

- Ⓟ certains des critères concernés sont appliqués par les HUG eux-mêmes quand il s'agit de sélectionner une solution, notamment l'exigence de références dans plusieurs hôpitaux comparables ; ce type de critères exclut de facto certaines solutions qui n'ont pas encore été déployées à grande échelle dans des établissements similaires.

7. Ensemble hospitalier de la Côte (EHC)

MM. Christian Wille directeur général, Mikael De Rahm, directeur général adjoint et Frédéric André, directeur des systèmes d'information

Le directeur général remercie la commission pour cette invitation à entendre l'expérience de l'EHC avec le système Carefolio, développé par la société fribourgeoise T-Cost, dont le déploiement au sein de l'établissement s'achève actuellement. Il précise que l'EHC n'a aucun intérêt particulier quant à l'issue des décrets examinés par la commission et souhaite simplement apporter des éléments d'éclairage utiles à la décision.

L'EHC : une organisation de soins régionale

L'EHC couvre principalement les districts de Morges et de l'Ouest lausannois, soit environ 200 000 habitants. Créé en 2000 par la fusion des hôpitaux de Morges, Aubonne et Gilly, l'établissement s'est progressivement structuré comme un réseau de soins visant à rapprocher médecine hospitalière et médecine de ville. L'EHC comprend aujourd'hui l'hôpital général régional de Morges, deux centres de traitement et de réadaptation, trois EMS et une trentaine de centres médicaux répartis sur une quarantaine de sites. L'établissement constitue le troisième établissement hospitalier du Canton, après le CHUV et l'Hôpital Riviera-Chablais, et le deuxième en nombre de patients hospitalisés.

Une organisation en réseau et un système d'information propre

- Ⓟ L'EHC ne fait pas partie de la Fédération des hôpitaux vaudois informatiques (FHVI) et dispose de sa propre équipe informatique.
- Ⓟ Son organisation en réseau implique un important partage d'informations entre les différents sites : environ 300 patients circulent quotidiennement entre les structures du réseau, alors que les transferts vers d'autres hôpitaux restent beaucoup plus limités.

L'objectif est que les professionnels des différents sites puissent accéder au même dossier patient informatisé afin d'assurer la continuité des soins.

Le choix de la solution Carefolio

Le directeur général indique que

- Ⓟ la solution Soarian ne répondait pas aux besoins d'une organisation en réseau (pour illustrer, il évoque le fait que Soarian n'offre par exemple pas d'agenda).
- Ⓟ L'EHC a donc lancé un appel d'offres autour de 2020, qui a conduit au choix de la solution Carefolio de la société T-Cost, pour un coût d'environ 2,8 millions de francs couvrant l'ensemble des unités fonctionnelles de l'institution.

Ce choix s'explique par trois éléments : la possibilité financière de déployer la solution, la volonté de recourir à une solution suisse, et son adéquation aux besoins spécifiques d'un réseau de soins régional.

Un système utilisé dans plusieurs domaines de la santé

La solution T-Cost est déjà déployée dans de nombreuses structures en Suisse : environ 500 EMS, des services de soins à domicile dans les cantons du Valais et de Fribourg, plusieurs hôpitaux tels que l'hôpital

neuchâtelois ou l'hôpital du Jura, ainsi que des cliniques comme la clinique Daler à Fribourg ou la clinique La Tour à Genève.

Perspectives numériques

L'EHC indique avoir souhaité disposer d'un socle numérique stable et ouvert, permettant l'intégration de nouvelles solutions numériques et d'intelligence artificielle. L'établissement collabore notamment avec le quartier de l'innovation de l'EPFL pour expérimenter différentes applications digitales.

Interopérabilité

La solution Carefolio est également utilisée dans d'autres établissements hospitaliers, notamment l'hôpital du Jura, l'hôpital neuchâtelois et le Réseau de l'Arc (Jura bernois). Des échanges de données structurées sont réalisés avec ces établissements sur la base de standards internationaux. Des échanges de données structurées ont également lieu avec le CHUV dans certains domaines.

Echange avec la commission

Risques de l'isolement ?

A un commissaire qui demande si l'EMPD et l'éventuelle introduction d'Epic pourraient constituer une menace pour l'EHC ou conduire l'établissement à se retrouver isolé, un représentant de l'EHC répond que ce n'est pas le cas : l'établissement a déjà fait le choix de déployer de manière autonome le système Carefolio et a financé lui-même ce projet. Il ne se considère donc pas menacé par l'introduction éventuelle d'Epic dans d'autres institutions. Il précise que

- Ⓢ L'utilisation d'un système différent n'empêche pas les échanges d'informations avec les autres établissements. Des échanges ont notamment lieu quotidiennement avec le CHUV, par exemple pour la transmission structurée de résultats de laboratoire.

Il ajoute toutefois que, dans le cas de l'EHC, les échanges d'informations les plus importants se situent au sein du réseau régional de soins entre les différents sites de l'institution, davantage qu'entre hôpitaux.

Interopérabilité à l'avenir

A une commissaire qui demande si l'interopérabilité avec le CHUV pourra être maintenue à l'avenir si celui-ci adopte durablement le système Epic, un représentant de l'EHC répond que le système utilisé par l'EHC repose notamment sur une brique fondée sur le standard international openEHR. Il précise également que l'établissement est connecté, tout comme le sont le CHUV et les hôpitaux membres de la FHVI, à une infrastructure d'échanges B2B soutenue par le Canton et utilisée pour les échanges de données dans le domaine de la santé.

- Ⓢ Il n'existe donc pas de frein technique : dès lors que les institutions souhaitent échanger des informations, ces échanges restent techniquement possibles, Epic ou pas.

Éventuelle adoption d'Epic par l'EHC

A un commissaire qui demande si l'EHC pourrait être amené à adopter Epic à l'avenir si l'ensemble des hôpitaux vaudois choisissaient ce système, le directeur général adjoint répond que l'établissement n'a jamais exclu la possibilité d'adopter Epic.

- Ⓢ La décision de mettre en place Carefolio a été prise dans un contexte où le système Soarian ne répondait plus aux besoins de l'institution et était jugé obsolète, et qu'il s'agissait également d'une solution financièrement accessible pour l'EHC.
- Ⓢ Si Epic devait être un immense succès et que les moyens financiers le permettaient, une transition pourrait être envisagée à l'horizon 2034.

Il souligne par ailleurs que les échanges d'informations entre hôpitaux ont déjà lieu quotidiennement entre institutions disposant de systèmes informatiques différents. Selon lui, l'enjeu principal ne réside pas tant dans les échanges entre hôpitaux que dans la capacité à partager les informations entre médecine de ville et médecine hospitalière.

Le directeur général ajoute que,

- Ⓟ lors de l'appel d'offres lancé en 2021, Epic n'avait pas répondu ; du fait selon lui que la solution semble plutôt destinée à de très grandes structures.
- Ⓟ Ainsi, l'EHC n'étant jamais entré dans le système Soarian, n'est pas confronté à la problématique urgente de l'obsolescence de Soarian. L'établissement estime dès lors pouvoir examiner sereinement, le moment venu, l'opportunité de rejoindre, ou non, la solution qu'aura choisi le Canton.

Carefolio : coûts d'exploitation et certification

A une commissaire qui demande des précisions sur les coûts liés à la solution Carefolio, notamment les coûts d'exploitation annuels ainsi que d'éventuels coûts liés à la certification du système, un représentant de l'EHC indique que le montant de 2,8 millions de francs mentionné pour l'acquisition de Carefolio incluait déjà une part de maintenance et de coûts d'exploitation sur cinq ans.

- Ⓟ Les coûts récurrents s'élèvent à environ 275 000 francs par année, montant qui était intégré dans l'enveloppe globale du projet. Il précise également que le projet respecte à ce stade le budget initial : le contrat a été signé en 2022 pour ce montant et aucun dépassement n'a été constaté.

S'agissant de la certification, il indique que l'EHC ne supporte pas de coûts particuliers à ce titre et qu'aucun travail spécifique n'est actuellement requis dans ce domaine pour la solution Carefolio.

Effets financiers du nouveau système

À la question d'un commissaire sur les effets financiers de l'introduction de Carefolio, notamment en termes de cash-flow, de rotation des débiteurs ou d'amélioration de la facturation, un représentant de l'EHC indique qu'

- Ⓟ une amélioration claire des délais de facturation a été constatée. Il précise toutefois que le cash-flow dépend principalement des délais de paiement et de retour des assurances, davantage que du système informatique lui-même.

Gains d'efficience et vision du développement des systèmes

À la question d'un commissaire sur les éventuels gains d'efficience liés à l'introduction de Carefolio, un représentant de l'EHC indique que la mise en place du système a conduit l'établissement à repenser et optimiser certains processus hospitaliers.

Il estime toutefois que l'enjeu principal pour la médecine de demain ne réside pas uniquement dans l'efficience des processus internes : le véritable défi consiste selon lui à disposer de l'ensemble des informations relatives aux patients (provenant à la fois de la médecine hospitalière et de la médecine de ville) afin de pouvoir développer des outils d'aide à la décision pour les médecins. Les évolutions actuelles, notamment dans le domaine de l'intelligence artificielle, reposent précisément sur cette capacité à exploiter des données cliniques complètes pour soutenir la prise en charge des patients.

8. Démonstration de l'utilisation du logiciel – Dr. François Bastardot

Contexte général

Il indique d'emblée que présenter EPIC en quelques minutes constitue un véritable défi, tant le système est à la fois complexe et complet. Il souligne qu'il répond aux besoins en matière de prise en charge des patients, aussi bien dans le domaine hospitalier que dans les structures ambulatoires, jusqu'aux CMS et EMS.

Il rappelle le contexte actuel, marqué par la nécessité de trouver une solution commune pour l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un même patient, que ce soit au CHUV, à Yverdon ou à Château-d'Œx, afin d'assurer la continuité des soins et d'en améliorer la qualité. EPIC couvre l'ensemble des fonctionnalités définies dans le cahier des charges (environ 600 « capacités »), issues d'un processus d'appel d'offres particulièrement rigoureux ayant mobilisé plus de 400 collaborateurs. Il relève que cette solution a fait l'objet d'un large consensus parmi les équipes.

EPIC permet de répondre aux besoins actuels, mais également d'anticiper les évolutions futures, notamment dans le domaine de la médecine prédictive et de l'aide à la décision, en particulier pour la gestion des

traitements médicamenteux. Il souligne également que l'outil ne se limite pas à un dossier patient informatisé, mais permet aussi de monitorer et piloter les services, les départements et, à terme, l'ensemble du système de santé.

Un seul dossier pour la continuité

L'intervenant met ensuite en évidence les limites des systèmes actuels, illustrées par les parcours patients impliquant plusieurs outils (par exemple Métavision et Soarian), avec une ressaisie répétée des informations (diagnostics, allergies, traitements) à chaque étape ou transfert. Cette charge administrative est également présente lors des transferts entre établissements. EPIC permet de lever ces barrières en offrant une couverture fonctionnelle complète et un accès partagé à une information unique, fiable et actualisée.

Démonstration

Traduction, vue centralisée du patient

Il présente ensuite l'outil à partir de captures d'écran (données fictives), en précisant que l'interface peut être traduite en français. Il décrit une vue centralisée du patient permettant d'accéder en un seul écran à l'ensemble des informations utiles à la prise en charge (identité, allergies, parcours, documents). Il relève notamment l'intérêt de la visualisation chronologique du parcours patient, qui permet d'accéder rapidement aux différentes consultations et rapports médicaux, là où les systèmes actuels nécessitent de nombreuses manipulations.

Aide à la décision

Il mentionne également des fonctionnalités d'aide à la décision permettant au médecin de s'appuyer sur des recommandations (orientation, bonnes pratiques) et de générer automatiquement les ordres correspondants en fonction de l'option thérapeutique retenue.

Urgences, tableau de bord (paramètres vitaux, priorités, antécédents)

Abordant le domaine des urgences, l'intervenant décrit un tableau de bord permettant de visualiser en temps réel l'ensemble des patients, leurs paramètres vitaux, leurs traitements et leur niveau de priorité. Il souligne le gain de temps considérable lié à l'accès immédiat à des informations qui nécessitent aujourd'hui de nombreuses démarches (contacts avec pharmacie, médecins traitants ou autres structures).

Pilotage des établissements (flux patients, projections)

Il met également en avant les capacités de pilotage en temps réel de l'activité hospitalière (occupation des lits, flux de patients, projections), aujourd'hui quasi inexistantes ou largement limitées (format papier).

Plans de soins (personnel infirmier)

S'agissant du personnel infirmier, il insiste sur le soutien apporté par EPIC dans l'organisation et la réalisation des soins. Le système permet une planification structurée des tâches, avec une visibilité claire des activités à effectuer pour chaque patient. L'utilisation de smartphones permet aux infirmières de documenter en temps réel les paramètres cliniques et les soins directement au lit du patient, réduisant ainsi le recours au papier, les ressaisies et les délais de transmission des informations.

Il souligne également l'amélioration de la sécurité, notamment lors de l'administration des médicaments, grâce à l'intégration des informations clés (identité, allergies, traitements) et aux mécanismes de vérification. EPIC facilite en outre la documentation médico-légale en permettant la génération de synthèses automatisées en fin de service, réduisant la charge administrative tout en améliorant la qualité et la traçabilité. Les transmissions entre équipes s'en trouvent également simplifiées grâce à un accès partagé à une information complète et actualisée.

Réseau de soins (CMS, EMS, généralistes)

L'intervenant évoque ensuite l'intégration du réseau de soins, en incluant les médecins de ville, les CMS et les EMS, via des portails sécurisés permettant l'échange d'informations et le suivi des patients. Il souligne l'importance de ne pas générer de charge supplémentaire pour les médecins installés, grâce à une plateforme unique indépendante de l'établissement concerné.

Expérience patients : portail patients

S'agissant de l'expérience patient, il met en avant les offertes par le portail patient (prise de rendez-vous, accès aux résultats, communication avec les équipes, renouvellement d'ordonnances). Il illustre ces apports par une expérience personnelle vécue dans un environnement EPIC, mettant en évidence la continuité des informations et l'amélioration de la compréhension et de l'engagement du patient, notamment grâce à la traduction des interfaces.

Potentiel d'innovations (télémédecine, hospitalisation à domicile, IA)

Enfin, il relève le potentiel d'innovation permis par EPIC, notamment dans les domaines de la télémédecine et de l'hospitalisation à domicile, ainsi que la possibilité d'intégrer des technologies avancées, notamment en matière d'intelligence artificielle, dans un cadre respectant les exigences de souveraineté des données.

En conclusion, l'intervenant estime qu'EPIC constitue un outil structurant permettant d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité du système de santé, tout en plaçant le patient au centre de la prise en charge et en ouvrant la voie à de nouvelles formes d'organisation des soins.

Echange avec la Commission

Utilisation des smartphones par le personnel soignant

A une commissaire qui s'interroge sur l'usage qui sera fait des smartphones mis à disposition des infirmières par le CHUV, notamment sur leur caractère strictement professionnel et sur l'éventualité de devoir les restituer en fin de journée, Dr. Bastardot répond que la question se pose dans l'ensemble des hôpitaux. La vision actuelle est celle d'un équipement professionnel remis aux professionnels de santé, les médecins cadres en disposant déjà. S'agissant du personnel soignant travaillant en rotation, le modèle envisagé est celui d'un téléphone de fonction pris en charge au moment du shift et restitué en fin de journée. Les données demeurent ainsi au sein de l'institution, ce qui permet également de maîtriser le parc informatique pour des raisons de confidentialité.

Accès aux données de recherche

À une commissaire qui s'interroge sur la mesure dans laquelle EPIC alimentera les programmes de recherche, notamment au regard des projets en matière d'intelligence artificielle présentés lors de séances précédentes, l'intervenant indique que l'intérêt des milieux académiques pour la réutilisation des données à des fins de recherche est considérable, que ce soit dans une perspective de registres (maladies rares par exemple) ou dans le cadre des essais cliniques. Il précise qu'EPIC répond parfaitement à ces besoins, rappelant que ce système est notamment celui retenu par la Mayo Clinic et le KSR. Il tient à préciser, soulignant les fréquentes mécompréhensions là-autour, que les données introduites dans le système appartiennent aux établissements et aux patients et que leur exploitation à des fins de recherche ne donne lieu à aucun coût supplémentaire auprès d'EPIC. Il relève enfin que le potentiel de recherche ne se limite pas au bassin de population lausannois, mais s'étend à l'ensemble des établissements concernés, ouvrant des perspectives significatives pour l'identification des maladies rares à l'échelle des douze hôpitaux partenaires, voire au-delà.

Le commissaire relève que la gestion des données demeure aujourd'hui particulièrement complexe. L'intervenant en convient et précise que le data management constitue un véritable savoir-faire, qui nécessitera des compétences spécifiques appelées à perdurer. Il souligne qu'EPIC ne supprime pas l'ensemble des difficultés liées à l'accès aux données mais que le système est structuré de manière à en faciliter l'exploitation utile. Il relève par ailleurs qu'EPIC permettra de rester pleinement aligné avec le programme DigiSanté, ce qui constitue un avantage considérable dans la mesure où les établissements partageront les mêmes ontologies requises par DigiSanté.

Points critiques et risques liés au déploiement (nécessaire normalisation des pratiques, importance du paramétrage initial)

Un commissaire aimerait entendre l'intervenant sur les points négatifs du système EPIC, en faisant notamment référence aux propos d'un confrère norvégien (par ailleurs député) qui qualifie EPIC de « tumeur à éradiquer ».

Dr. Bastardot relève que puisqu'EPIC touche au cœur de la profession, les médecins ne sont pas unanimes quant aux bénéfices apportés, l'on trouvera toujours des personnes pour critiquer tel choix ou telle fonctionnalité.

Le déploiement d'EPIC implique d'entrer dans une vision systémique de la santé : plutôt que de travailler en silos où chacun traite la donnée selon ses propres règles, il s'agit de s'accorder sur des terminologies et des ontologies communes afin que la donnée puisse suivre le patient de manière cohérente : cette évolution peut déplaire dans la mesure où elle impose une gouvernance du système de santé, une normalisation de l'information et une obligation pour les médecins de se former à un nouvel outil.

Ces enjeux de conduite du changement constituent une priorité absolue ; des démarches de communication sont d'ores et déjà engagées auprès des chefs de département et de service en vue d'atteindre progressivement les utilisateurs finaux d'ici deux ans.

Le commissaire insiste : n'existe-t-il aucun point négatif ? Dr. Bastardot souligne alors la nécessité d'intégrer les médecins dès le début au paramétrage du système afin de garantir la meilleure cohérence avec la mission de soins. Il met en garde contre le risque d'écouter prioritairement les besoins de la recherche en matière de collecte de données ce qui alourdirait considérablement la charge de documentation (un médecin assistant confronté à un formulaire de quarante cases à cocher en serait l'illustration). Il relève qu'il convient de s'entendre sur la mission première d'EPIC (prodiguer des soins avant de soutenir la recherche) et qu'un important travail sur les mentalités est nécessaire pour s'assurer que tous partagent la bonne vision dès le départ. Il conclut en relevant que cette leçon a déjà été vécue avec Soarian et qu'il ne s'agit pas de la répéter.

Adéquation d'EPIC aux établissements de tailles petites ou moyennes

La même commissaire demande si EPIC, qui semble taillé pour de grands hôpitaux, ne représente pas une solution surdimensionnée pour les onze établissements de la FHV qui n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes structures.

L'intervenant concède que cette impression peut se former à première vue tant le système est complet et couvre l'ensemble des spécialités. Il rappelle toutefois que les patients complexes suivis au CHUV se rendent également à Yverdon ou à Château-d'Œx avec cette même complexité qu'il faudra prendre en charge sur place : une maladie rare n'a aucune raison de revenir exclusivement à Lausanne et devra être traitée avec le même niveau de standard partout. Il souligne par ailleurs que la médecine se pratique de la même manière dans tous les établissements : le médecin en formation passe par le CHUV puis rejoint un hôpital régional en s'attendant à y retrouver les mêmes outils et les mêmes standards, notamment en matière de pharmacogénomique. Il estime que dans cinq à dix ans il serait absurde pour un établissement de fonctionner avec un système complètement à l'écart de cette réalité tant du point de vue du patient qui ne comprendrait pas une différence de prise en charge que du médecin qui se retrouverait dans un hôpital de deuxième zone décroché du système de santé.

Aspect de l'aide à la décision intégrée au système

Un commissaire pose une série de questions relatives aux fonctionnalités informatiques de l'outil. Il souhaite comprendre comment interpréter le résumé présenté lors de la démonstration : s'agit-il d'une simple agrégation de sources de données ou d'une interprétation de celles-ci ? Il demande également si une forme d'intelligence artificielle est utilisée pour interpréter les données disponibles et fournir un soutien à l'appréciation de la situation médicale du patient en vue d'un traitement.

L'intervenant confirme que c'est précisément la direction dans laquelle le système s'oriente : EPIC permet non seulement le recueil et la structuration des données mais dispose également d'outils capables d'agrèger et de consolider la connaissance en temps réel. Il souligne que des liens vers les sources primaires sont systématiquement présents afin de permettre de retracer l'origine d'une information, à l'image de ce que font Claude ou ChatGPT pour éviter les hallucinations en permettant de retourner à la source, à la différence qu'EPIC opère dans un contexte d'information extrêmement maîtrisé et validé.

S'agissant de l'aide à la décision, il relève que l'état actuel du savoir médical est tel qu'aucun praticien ne peut prétendre en maîtriser l'intégralité hors spécialisation poussée et qu'un médecin traitant confronté à un patient complexe appréciera d'autant plus cet appui. Il précise toutefois qu'il s'agit d'un outil d'aide à la décision : c'est le médecin qui décide et non EPIC. Le système formule des propositions étayées sur les

bonnes pratiques cliniques locales en traumatologie, en orthopédie ou en oncologie et est appelé à évoluer en permanence pour y rester aligné.

Le commissaire en déduit qu'il s'agit donc de bien plus qu'un outil computationnel d'information et qu'EPIC interprète en réalité une base de données sur la base d'un ensemble connu d'informations. L'intervenant acquiesce et rattache cette dimension aux enjeux de certification en tant que dispositif médical (Medical Device). Il relève que des solutions non certifiées existent déjà et posent des problèmes de validation clinique auxquels aucun hôpital n'est aujourd'hui prêt à s'exposer en termes de responsabilité. Interrogé sur le point de savoir si EPIC est déjà certifié à cet égard, il précise que cela dépend des fonctionnalités : certaines sont certifiées tandis que d'autres ne peuvent pas encore être déployées sans tomber sous les exigences de certification de Swissmedic ; une question qui se pose pour l'ensemble des dispositifs médicaux.

Biais dans les mécanismes d'aide à la décision ?

Une commissaire s'interroge sur les risques de biais dans les mécanismes d'aide à la décision : dans la mesure où ces outils s'appuient sur des bases de données susceptibles de reproduire des inégalités de prise en charge (notamment à l'égard des femmes ou des personnes racisées) quels sont les points d'attention à cet égard ?

L'intervenant relève que la question touche à la pratique clinique elle-même. Il explique que la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine) repose sur des données collectées à partir de cohortes de patients avec des prises en charge standardisées et qu'elle comporte effectivement des biais. Il souligne toutefois que le médecin, dès sa formation, est extrêmement sensibilisé à l'exercice du regard critique sur ces données selon deux axes : d'une part la validation interne (les données correspondent-elles à sa pensée scientifique ?) et d'autre part la validation externe (les résultats tirés d'une cohorte sont-ils valides pour la population qu'il soigne ?).

A la commissaire qui demande si cet exercice critique est réellement pratiqué de manière systématique, l'intervenant explique que même pour une pathologie courante comme une pneumonie, le praticien se demande en permanence si les standards de traitement correspondent au patient qu'il a en face de lui, que ce soit pour la durée ou le choix de l'antibiotique, grâce à un sens clinique qui permet d'optimiser la prise en charge. La dimension éthique est inhérente à cette démarche et elle est présente dans la pratique médicale depuis vingt-cinq à trente ans déjà.

Posture critique face aux recommandations du système et formation du personnel soignant à cet égard

Une commissaire évoque le risque que le personnel soignant, médecins et infirmières, accorde une confiance excessive aux propositions du système d'aide à la décision sans les remettre en question. Elle demande si une formation éthique spécifique est prévue à cet égard.

A propos de ce risque de « délégation cognitive », l'intervenant confirme qu'il s'agit d'un enjeu sociétal majeur indépendant de l'outil lui-même : le risque est réel de voir le médecin s'appuyer par défaut sur un système expert au détriment de son propre jugement. Il indique que ce débat a déjà lieu à l'université où une formation spécifique est en cours de construction dès la première année de médecine afin de sensibiliser les étudiants à la constitution du savoir et à l'usage critique des outils d'aide à la décision. Il souligne qu'il faudra accompagner les professionnels de santé dans cette dimension et maîtriser ce risque.

La commissaire complète sa question en étendant la problématique aux infirmières qui sont également confrontées à des alertes générées par le système. Elle demande par ailleurs si un logiciel sera capable de gérer la saisie par les médecins privés si cela venait à être possible. L'intervenant précise que les infirmières se trouvent dans la même situation que les médecins face à l'information et qu'elles devront être formées en conséquence. Il souligne que la gouvernance des alertes et des niveaux de décision sera cruciale et que le projet devra s'accompagner d'une gouvernance institutionnelle incluant formation et rafraîchissement régulier des compétences dans le temps, la médecine étant une science en évolution constante.

La cheffe du Département tient à apporter une précision : l'usage d'algorithmes pour guider les prises en charge n'est pas une nouveauté introduite par EPIC mais une réalité de la pratique médicale quotidienne depuis de nombreuses années. Ce qu'explique l'intervenant c'est que l'exigence faite aux médecins de

pouvoir questionner ces algorithmes et d'évaluer leur pertinence pour chaque situation individuelle existe déjà. L'intervenant acquiesce : cela fait vingt-cinq ans que cette démarche est au cœur de la pratique clinique.

Accès au système pour les médecins du réseau ambulatoire

A une commissaire qui demande si l'accès au système pour les médecins du réseau et les CMS est bien inclus dans l'offre globale sans qu'aucune licence ni aucun équipement supplémentaire ne soit à leur charge quel que soit le nombre d'accès demandés, l'intervenant confirme que l'outil permettant de faire la passerelle entre l'hôpital et le réseau ambulatoire est inclus dans l'offre globale d'EPIC équipant les hôpitaux. Il précise qu'aucun matériel ni aucune licence supplémentaire n'est à la charge du médecin, la gestion des identités étant assurée au niveau de l'établissement ou du système de santé.

Continuité des données entre le cabinet et l'hôpital

Une commissaire revient sur la question de la redondance des examens : si elle a bien compris les échanges précédents les médecins privés (cardiologues et autres spécialistes) ne pourront pas verser leurs résultats d'examens directement dans le dossier hospitalier ce qui lui paraît problématique au regard de l'objectif affiché d'éviter les analyses répétées.

La cheffe du Département précise que les investigations déterminantes sont celles réalisées en milieu hospitalier : lorsqu'un patient est transféré d'un hôpital à un autre c'est là que se situent les véritables gains d'efficacité et les redondances à éviter. Une prise de sang effectuée deux semaines plus tôt chez le médecin généraliste ne change pas fondamentalement la donne car un patient qui arrive à l'hôpital en situation de décompensation grave fera l'objet de nouveaux bilans de toute façon.

L'intervenant complète en indiquant que le portail offre néanmoins au médecin privé la possibilité de rendre disponible le contenu des investigations récentes sans lui imposer de structurer l'information selon les exigences hospitalières. Il pourra y déposer librement un scan, un PDF de laboratoire ou un document complété à la main afin que ces éléments soient accessibles dès l'arrivée du patient aux urgences. Il conclut en relevant qu'on continuera par ailleurs à accueillir des patients arrivant avec leur sac de médicaments et leur feuille de traitement manuscrite et qu'il faut savoir composer avec toutes les situations.

Préadmission et anticipation des besoins du patient

Un commissaire partage sa propre expérience d'une hospitalisation et relève qu'à sa compréhension le médecin traitant pourra désormais transmettre les informations en amont via le portail afin qu'elles soient disponibles à l'arrivée du patient, tout en notant qu'une batterie de tests préopératoires reste de toute façon obligatoire.

L'intervenant confirme : EPIC permet d'anticiper les besoins du patient en étudiant son dossier avant même son arrivée et en réalisant une préadmission, à l'image d'un check-in d'aéroport, de sorte que les informations essentielles (allergies, motif de consultation) soient déjà disponibles à l'accueil sans perte de temps.

Le commissaire demande si le dossier papier à remplir à la main à l'admission disparaîtra. L'intervenant indique que ce format restera accepté si nécessaire mais que les médecins travailleront de plus en plus avec ces outils en dehors de l'hôpital. Le commissaire plaisante en relevant que cela dépendra de l'âge du médecin concerné.

La cheffe du Département abonde dans ce sens : un médecin proche de la retraite qui a ses habitudes de transmission du dossier sous forme papier ne changera pas forcément ses pratiques en fin de carrière. En revanche un médecin plus jeune ayant utilisé EPIC à l'hôpital avant de s'installer en cabinet connaîtra l'outil et aura naturellement le réflexe d'utiliser le portail, ce qui sera bénéfique tant pour lui que pour le patient à l'hôpital.

Formation au système et accès des médecins privés

Une commissaire souhaite un complément sur la question de l'accessibilité du système pour les médecins, ayant entendu lors d'une séance précédente qu'une formation passant par EPIC était nécessaire. Elle demande comment celle-ci se déroule et quelle en est la durée.

S'agissant des médecins du CHUV, l'intervenant confirme qu'une formation au système d'information est exigée de tout médecin arrivant dans un établissement. Il indique qu'au CHUV 90% des médecins sont déjà

formés à leur arrivée ce qui constitue un bon résultat mais demeure insuffisant : les 10% restants se trouvent en difficulté lors de leurs premières gardes avec des risques pour les patients. Il estime dès lors indispensable d'exiger des professionnels de santé de réussir leur formation avant de prodiguer des soins ce qui correspond aux bonnes pratiques organisationnelles des institutions.

La commissaire précise que sa question portait spécifiquement sur les médecins privés installés en ville. L'intervenant explique que ceux-ci n'utilisent pas le cœur du système tel que présenté lors de la démonstration : étant indépendants du système sanitaire dans son organisation ils n'ont aucune formation à suivre pour accéder au portail. Ils peuvent y consulter les données (résultats de laboratoire d'Yverdon ou du CHUV) comme ils le feraient dans leur dossier habituel sans exigence de formation particulière. Pour la tenue du dossier de leurs patients ils restent par ailleurs dans leur environnement traditionnel (Mediway ou autre) ce qui soulève la question de la complétude et de la continuité de la donnée dans la prise en charge.

Smartphone : protection des données et saisie des paramètres cliniques

La même commissaire s'interroge sur les garanties offertes en matière de protection des données, tant pour le personnel soignant que pour les proches qui consulteraient le dossier depuis leur propre téléphone. Elle demande ensuite si les paramètres cliniques saisis dans le dossier (température, rythme cardiaque) sont relevés par un être humain ou transmis directement par des capteurs.

L'intervenant indique que les possibilités de paramétrage sont très nombreuses. S'agissant de l'accès des patients et de leurs proches à leurs données, il précise qu'il s'agit d'un choix personnel : nul n'est obligé de télécharger l'application. Celle-ci est conçue pour répondre aux exigences légales en matière de protection des données et fonctionne comme un coffre-fort numérique sécurisé. Le patient peut toutefois aussi choisir de partager ses données avec un proche aidant afin de faciliter sa prise en charge. Il souligne que l'ensemble des accès repose sur la même plateforme soumise aux mêmes exigences et que quelque 3'700 hôpitaux l'exploitent aujourd'hui avec des résultats probants.

9. M. Bruno Giussani, auteur, journaliste, conférencier

62 ans, actif dans le domaine des technologies numériques depuis plus de 30 ans. Il indique avoir co-développé le premier site web d'information en Suisse pour le magazine *L'Hebdo*, puis avoir cofondé des entreprises de services Internet. Il précise avoir travaillé pour le World Family Forum pour responsables du digital, avoir écrit pour divers journaux sur ces thématiques, et avoir séjourné près de deux ans dans la Silicon Valley. Il ajoute avoir exercé durant vingt ans comme directeur européen des conférences TED.

Il mentionne avoir publié, au cours des deux dernières années, deux ouvrages : l'un portant sur la dépendance européenne et suisse à la technologie américaine³, l'autre sur les impacts de l'intelligence artificielle⁴.

Il indique avoir pris connaissance de l'EMPD examiné par la Commission et comprendre l'urgence du projet. Il précise ne pas être compétent pour discuter des aspects techniques du système EPIC mais se situer davantage sur le plan du contexte dans lequel s'inscrivent aujourd'hui les choix technologiques.

Impact du choix sur les pratiques

Dans un premier temps, il souligne que le choix auquel la Commission est confrontée ne relève pas uniquement d'un choix technologique ou informatique. Un système intégré de gestion hospitalière tel que le DPI constitue une infrastructure stratégique qui ne se limite pas à soutenir le fonctionnement du système de santé, mais qui en co-détermine les modalités.

Cette caractéristique est d'ailleurs propre à l'ensemble des plateformes numériques contemporaines, y compris celles utilisées dans la vie quotidienne, telles que WhatsApp ou les systèmes de Microsoft. Ces technologies ne sont plus de simples produits, mais des architectures au sein desquelles les utilisateurs doivent adapter leurs modes de fonctionnement, à l'instar d'infrastructures physiques.

³ Giussani, B. (2025). *Moins d'Amérique dans nos vies : Face à l'IA, l'urgence d'une souveraineté numérique*. Georg Éditeur

⁴ Giussani, B. (2026). *Manuel de résistance à l'emprise technologique : Comment ne pas se laisser manipuler à l'ère de l'intelligence artificielle*. Éditions des Équateurs

En conséquence, toute modification décidée par l'éditeur du logiciel est susceptible d'entraîner des adaptations organisationnelles en aval. Il rappelle à cet égard que les logiciels sont, par nature reprogrammables, ce qui constitue un avantage en termes d'évolution, mais que, lorsque leur contrôle échappe aux utilisateurs, chaque reprogrammation implique une transformation des pratiques professionnelles.

Dépendance

Il relève que la dépendance technologique est particulièrement marquée à l'égard des plateformes américaines. Certaines applications, telles que WhatsApp, ont dépassé leur statut d'outil pour devenir de véritables infrastructures sociales, professionnelles et individuelles, dont il est difficile de se passer. Si des alternatives aux applications existent, il est par contre beaucoup plus complexe de substituer des infrastructures.

Dans ce contexte, il estime que la société Epic Systems constitue, au regard du paysage technologique américain, un acteur relativement fiable. Il relève néanmoins que l'adoption de son système conférerait à cette entreprise une position monopolistique durable sur le fonctionnement du CHUV et des hôpitaux vaudois. Ce monopole ne tient pas uniquement à l'existence d'un fournisseur unique, mais également au fait que le système structure les pratiques professionnelles du personnel soignant et administratif.

Il observe à ce propos que l'urgence de l'acquisition évoquée par le Conseil d'État découle de la décision d'un prestataire américain de mettre fin au support d'un système existant, ce qu'il considère comme une illustration concrète de la dépendance actuelle, laquelle serait remplacée par une autre.

Il relève que ces dépendances se traduisent notamment par des augmentations tarifaires imprévues, des choix de développement imposés par les éditeurs, ainsi que par une intégration croissante des systèmes, renforçant la dépendance vis-à-vis du fournisseur. Cette tendance devrait encore s'accroître avec le développement de l'intelligence artificielle.

Solutions d'IA EPIC propriétaires et peu transparentes ?

À ce propos, il souligne que l'intelligence artificielle ne doit pas être appréhendée comme une simple succession d'outils spécialisés, mais comme une technologie « totalisante », capable de s'intégrer à l'ensemble des systèmes existants et d'en assurer la coordination. Il anticipe qu'elle jouera un rôle central dans l'optimisation des processus et l'orchestration des systèmes, au point de rendre certaines applications dépendantes de son activation. Les solutions d'intelligence artificielle associées à EPIC sont propriétaires et peu transparentes ; leur interopérabilité avec d'autres systèmes demeure incertaine. Il invite la commission à approfondir cet aspect, en soulignant que le système envisagé est évolutif et que l'IA en constituera un moteur essentiel.

Géopolitique et législation US

Enfin, il relève que l'origine américaine de l'entreprise échappe en principe au cadre des marchés publics, centré sur des considérations techniques, fonctionnelles et économiques. Cet élément revêt toutefois selon lui désormais d'une importance stratégique et géopolitique croissante ; le contexte international a évolué et que la question de la souveraineté numérique s'impose désormais à tous les niveaux, qu'il s'agisse des États, des organisations ou des individus. Il considère que cette problématique ne peut être résolue par de simples garanties contractuelles, notamment en raison du caractère extraterritorial de certaines législations américaines, susceptibles d'imposer des accès ou des restrictions.

Vellités de sorties de la dépendance dans l'UE

Il mentionne enfin que plusieurs institutions européennes ont engagé des réflexions visant à réduire leur dépendance aux technologies américaines, citant notamment l'initiative récente du gouvernement français visant à préparer une sortie des solutions Microsoft.

Conception informatique has been

À titre de dernier point, il indique, sur la base d'une appréciation générale, que la solution EPIC lui semble relever d'une conception informatique héritée des années 1990, reposant sur une architecture centralisée intégrée. Cette approche entre en tension avec l'évolution actuelle du système de santé vers des structures

en réseaux, fondées sur la circulation et le partage des données. Une alternative pourrait consister à privilégier des standards communs favorisant l'interopérabilité entre systèmes distincts. Il conteste par ailleurs l'idée d'une opposition binaire entre recours à un système unique et autosuffisance technologique, cette dernière étant selon lui irréaliste. Il plaide plutôt pour une approche graduée permettant de renforcer le contrôle, l'autonomie et la capacité de choix en matière technologique.

Echange avec la Commission

Un commissaire interroge l'intervenant sur la manière de concilier la souveraineté numérique avec la liberté de choix des utilisateurs. Il s'interroge également sur la possibilité de promouvoir une forme de « désaméricanisation » sans tomber dans un protectionnisme autoritaire. Enfin, il demande à quel niveau doivent se situer les choix numériques, en se demandant s'ils relèvent des utilisateurs individuels, des États, des cantons ou des décideurs institutionnels.

B. Guissani : les choix numériques se situent à tous les niveaux, dans la mesure où les technologies structurent désormais l'ensemble des activités humaines, qu'il s'agisse d'usages individuels, professionnels ou institutionnels. Les outils numériques conditionnent de plus en plus l'accès à certaines activités du monde physique ; le recours aux codes QR pour l'entrée dans certains lieux en est un bon exemple.

Les choix technologiques doivent être appréhendés de manière plus consciente, dans la mesure où, contrairement à un produit classique dont on peut cesser l'usage, une infrastructure technologique engage durablement ses utilisateurs.

S'agissant de l'équilibre entre souveraineté numérique et liberté de choix, il considère qu'un tel équilibre est possible, en précisant que la souveraineté ne doit pas être envisagée de manière binaire, mais comme une gradation impliquant des arbitrages constants. Selon lui, ces arbitrages dépendent notamment de la sensibilité des données et des processus concernés, certains domaines nécessitant un contrôle accru, tandis que d'autres peuvent tolérer un certain degré de dépendance. Il illustre cette dépendance en relevant que le départ d'un acteur technologique comme Google aurait aujourd'hui des conséquences bien plus profondes et systémiques pour le fonctionnement du pays que celui d'entreprises industrielles ou alimentaires comme Mercedes ou Danone, qui n'aurait finalement que peu d'impact sur notre quotidien.

Invité à préciser sa position sur le risque de protectionnisme autoritaire, il relève que différents modèles existent actuellement ; il cite notamment la Chine, caractérisée par une approche fortement régulée et les États-Unis, qu'il décrit comme reposant sur une logique d'absence de régulation publique explicite. Il nuance toutefois cette absence apparente de règles en indiquant que les normes sont en réalité définies par les entreprises elles-mêmes, à travers le code informatique et les conditions d'utilisation, souvent acceptées sans plus de réflexion. Il en conclut que des règles existent dans tous les cas et que l'enjeu réside dans l'identification de l'acteur chargé de les définir.

Un commissaire interroge l'intervenant sur l'existence éventuelle de solutions totalement indépendantes, notamment dans le domaine de l'open source. Il s'étonne que ces alternatives ne soient pas davantage mises en avant.

B. Guissani distingue deux approches en matière de réduction de la dépendance : une approche géographique et politique consistant à privilégier des solutions suisses ou européennes et une approche fondée sur les logiciels libres. Il indique ne pas être en mesure de se prononcer sur l'existence d'une solution open source susceptible de remplacer EPIC, ce domaine ne relevant pas de sa spécialité.

Pour finir, il indique avoir été particulièrement surpris, à la lecture du projet par le fait que l'appel d'offres n'ait suscité que trois réponses, dont une a été rapidement écartée. Pour lui, un appel d'offres d'une telle ampleur et complexité, portant sur un projet estimé à deux milliards de francs sur quinze ans, aurait dû être remis en question avec un nombre aussi limité de soumissionnaires. Une telle situation révèle selon lui un problème dans la conception même de l'appel d'offres, qui aurait dû conduire à son annulation et à sa redéfinition. Il relève en outre que plusieurs acteurs potentiels n'ont pas participé à la procédure, ce qui, à ses yeux, renforce le caractère problématique du processus.

Questions/Réponses :

1. Qui est juridiquement responsable des données traitées dans EPIC (canton, établissement, fournisseur) et comment cette responsabilité est-elle répartie ?

Chaque hôpital reste responsable du traitement des données qu'il gère dans un dossier patient partagé, même si le système est commun. En Suisse, la responsabilité ne disparaît jamais lorsqu'un dossier est partagé : elle se répartit entre les institutions qui y accèdent et y contribuent.

Tant EPIC (s'il a accès à des données) que le fournisseur tiers qui hébergera les données (lequel doit encore être sélectionné) sont des sous-traitants au sens de la LPD, et interviennent sous le contrôle et la responsabilité des hôpitaux. Les sous-traitants ont, au demeurant, des obligations propres, notamment en termes de sécurité et de collaboration avec les hôpitaux.

2. Où les données sont-elles stockées et des transferts à l'étranger sont-ils prévus ou possibles (notamment vers des pays soumis à des législations extraterritoriales) ?

Les données du DPI VD seront intégralement stockées en Suisse. Le contrat avec EPIC prévoit une installation "sur site", à savoir chez l'hébergeur sélectionné par le projet (CHUV, ou FHVI par exemple). EPIC ne sera pas l'hébergeur.

L'accès hors de Suisse aux données personnelles sera encadré contractuellement, techniquement et organisationnellement et ne sera possible que dans des situations limitées, notamment lorsque cela est nécessaire aux activités de maintenance.

3. Le recours au fournisseur Epic Systems expose-t-il les données à l'application du CLOUD Act, et, le cas échéant, quelles garanties concrètes ont été mises en place pour prévenir tout accès par des autorités étrangères contraire au droit suisse ?

Le CLOUD Act s'applique à toute entreprise présentant un lien suffisant avec la juridiction américaine, même si les données sont stockées en Europe ou en Suisse. EPIC est ainsi a priori soumis à cette réglementation, même si elle a communiqué n'avoir jamais fait l'objet d'une requête basée sur cette disposition.

Le CLOUD Act n'est au demeurant pertinent que si le prestataire dispose des données. Or, comme exposé à la question précédente, EPIC ne sera pas l'hébergeur des données et n'aura accès à des données personnelles que de manière limitée, notamment lors d'opérations ponctuelles de support. Par ailleurs, le projet de contrat actuellement en discussion contient une annexe spécifique consacrée à la protection des données.

C'est ainsi ce mécanisme contractuel et organisationnel qui limitera l'accès aux données personnelles par le fournisseur au maximum, et mettra en place une surveillance (monitoring) de ces accès.

A noter qu'à ce jour, ces points sont toujours en discussion avec le fournisseur dans le cadre des négociations contractuelles et de la description précise du fonctionnement des systèmes d'EPIC.

4. Une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD/DPIA) a-t-elle été réalisée, et quels sont les principaux risques identifiés ?

La révision de la loi vaudoise sur la protection des données, en cours de consultation, loi à laquelle nous sommes assujettis, prévoit une telle analyse pour notre projet, qui présente potentiellement un risque élevé pour les droits de nos patients.

Le projet DPI VD a donc prévu une telle analyse qui a débuté dans le cadre du pré-projet, sous la forme d'un Groupe de travail de la Commission cantonale de suivi du DPI. Cette analyse demande d'avoir élaboré l'architecture technique et le modèle de sécurité pour pouvoir être finalisée. Elle sera donc disponible fin 2027 selon la planification actuelle du projet.

5. *Quels standards de sécurité sont appliqués (certifications, audits indépendants) et à quelle fréquence ces contrôles ont-ils lieu ?*

EPIC applique un programme de sécurité de l'information structuré et soumis à des contrôles indépendants réguliers.

EPIC dispose d'une certification ISO/IEC 27001:2022, délivrée par un organisme de certification accrédité indépendant (A-LIGN). Cette certification couvre la gestion de la sécurité de l'information (ISMS) pour les données de santé protégées, les données à caractère personnel et les informations confidentielles rencontrées dans le cadre des services d'implémentation, de support et de services désignés fournis par EPIC à ses clients. La certification actuelle a été renouvelée en mars 2025 et est valable jusqu'en mars 2028. En complément, EPIC fait l'objet d'un audit annuel indépendant de type SOC 2 Type II portant sur la sécurité, la disponibilité et la confidentialité de ses systèmes, réalisé conformément aux normes AT-C 105 et AT-C 205 ainsi qu'à la norme ISAE 3000. Le dernier rapport couvre l'intégralité de l'année 2025.

EPIC mandate régulièrement des auditeurs tiers pour évaluer la performance de sa sécurité de l'information et l'efficacité de son système de management de la sécurité. Le fournisseur met à jour ses pratiques de sécurité régulièrement, afin de prendre en compte l'évolution des menaces, les meilleures pratiques du secteur et les exigences légales et réglementaires applicables.

Le programme de sécurité couvre l'ensemble des risques liés à l'accès, l'utilisation, le stockage, le partage et la destruction des données confidentielles, avec notamment une authentification multifacteur pour tout accès à distance, un chiffrement des données en transit et au repos, ainsi qu'une surveillance continue des événements de sécurité.

Les rapports d'audit indépendants sont disponibles sur demande des établissements, offrant aux établissements une visibilité sur le niveau de sécurité effectif d'EPIC. Les modalités de contrôle et d'audit à l'initiative des établissements font par ailleurs l'objet de discussions entre les parties.

6. *Qui peut accéder aux données (y compris du côté du fournisseur) et comment les accès sont-ils limités, contrôlés et tracés ?*

Les droits d'accès seront strictement limités en fonction de la clause du besoin de savoir (comme déjà c'est le cas dans nos logiciels (Soarian, Synedra = archive médicale, ...)).

Les éléments techniques du logiciel EPIC sont en cours d'analyse avec le fournisseur dans le cadre des discussions contractuelles.

Côté fournisseur, et comme déjà répondu, EPIC aura un accès limité aux données lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de ses activités, par exemple du support. La possibilité d'EPIC de recourir à des sous-traitants sera contractuellement limitée et encadrée conformément aux exigences légales.

7. Quel est le dispositif en cas d'incident (cyberattaque, fuite) : gestion, notification, responsabilités et prise en charge des coûts ?

Nos Directions des Systèmes d'Information (DSIs) disposent d'équipes et de systèmes et procédures dédiés à la surveillance (monitoring) des systèmes et à la prise en charge des incidents de sécurité informatique des systèmes sous leur gestion.

Conformément à la LSI, les incidents de sécurité sont notifiés à l'OFCS (Office Fédéral de la Cybersécurité), ainsi qu'à la police et aux autorités compétentes. Le projet de nouvelle loi sur la protection des données vaudoise mentionné prévoit au demeurant d'intégrer une obligation de notifier certaines violations des données à l'autorité de surveillance ou aux personnes concernées, à laquelle le CHUV et les établissements assujettis se conformeront bien évidemment.

Dans le cas des fuites de données, les incidents, investigations et notifications sont coordonnés entre les DSIs et les bureau DPO (déléguée à la protection des données).

Les éléments liés à la responsabilité et la prise en charge des coûts sont convenus dans la convention de collaboration.

8. Quelle est la politique de conservation, d'archivage et de suppression des données, notamment en fin de contrat avec Epic Systems ?

En fin de contrat avec EPIC, les données doivent être restituées dans un format exploitable conformément aux obligations contractuelles et aux lois sur la protection des données.

9. Le canton pourra-t-il récupérer l'ensemble des données dans un format exploitable (interopérabilité) sans dépendance excessive au fournisseur ?

Il n'y a pas de limitation d'accès aux données d'EPIC pour les établissements et le canton.

Il est prévu que les établissements aient le droit de récupérer l'intégralité de leurs données à l'issue du contrat, dans des formats ouverts et interopérables reconnus par le secteur de la santé, tels que HL7 FHIR ou CSV, accompagnés de la documentation technique nécessaire à une réutilisation indépendante. En l'état, EPIC s'engage par ailleurs à apporter son concours actif pour faciliter la transition vers un autre système.

La question de la migration des données en fin de contrat est un enjeu commun à tout projet de système d'information de santé d'envergure, et ne présente pas de difficulté particulière liée à EPIC par rapport à d'autres fournisseurs de systèmes équivalents. Du fait de sa complexité inhérente, elle nécessite dans tous les cas une anticipation suffisante et une planification rigoureuse, indépendamment du fournisseur retenu.

10. Comment les droits des patients sont-ils garantis (accès, rectification, opposition, information sur les traitements) ?

Le logiciel EPIC fournit les outils nécessaires à la gestion du droit d'accès et des autres droits conférés par la loi, ... De surcroît, comme dans tout logiciel dossier patient moderne, l'ensemble des opérations est historisé, enregistré afin de pouvoir remonter dans le temps en cas de problème.

Cela dit, les processus liés au droit à l'information et au droit à l'oubli pour les patients sont déjà implémentés dans nos hôpitaux, dans la limite des autres obligations/lois et des restrictions techniques.

11. Quelles garanties contractuelles concrètes encadrent l'utilisation des données par le fournisseur (y compris anonymisées) et quelles sont les limites de sa responsabilité ?

Le contrat avec EPIC est en cours d'élaboration, et certaines questions techniques et organisationnelles sont toujours discutées. L'équipe en charge de la négociation a clairement indiqué au prestataire la nécessité de fournir des garanties acceptables concernant le traitement des données personnelles, notamment quant au respect du secret médical, ainsi que des règles relatives à la protection des données. A noter qu'EPIC est parfaitement au courant de ces exigences, dans la mesure où sa plateforme est déjà utilisée en production dans d'autres établissements hospitaliers en Suisse depuis plusieurs années.



DESTINATAIRE : CPARL SUR LE DPI VD
EXPÉDITEUR : DSAS
DATE : 18 MARS 2026
CONCERNE : **ETUDE SUR LE DPI+**

1. INTRODUCTION

La présente note a pour objectif de documenter les caractéristiques et conséquences d'un hypothétique projet DPI+ dans le Canton de Vaud.

La section 2. résume les caractéristiques et surtout les différences fondamentales entre un projet de type Epic et un projet DPI+.

La section 3. évalue les conséquences d'une étude complémentaire de 6 mois pour préciser un projet DPI+ vaudois, comme proposé par les HUG lors de leur audition devant CPARL le 12.03.2026.

La section 4. donne des informations complémentaires sur la situation des hôpitaux mentionnés (ou ignorés) par les HUG lors de cette audition.

2. PROJET EPIC VS DPI+

Le projet de DPI-VD tel que souhaité par la commission de suivi éponyme vise à mettre en place dans des délais courts un dossier patient moderne qui puisse structurer le travail des médecins et soignants du Canton autour de bonnes pratiques cliniques (« best practices »). Le but est aussi d'éliminer les discontinuités d'information intrahospitalières et entre hôpitaux.

Le projet DPI+ serait un projet de co-développement du DPI des HUG tel que proposé par la Direction des HUG lors des auditions de la CPARL le 12.03.2026. Ce projet est difficilement comparable avec le projet DPI VD, car il ne répond pas aux mêmes impératifs temporels, aux mêmes objectifs (décrits dans l'appel d'offres et la vision).

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des principales différences.

	Epic	DPI+
Alignement sur les bonnes pratiques cliniques	<i>Epic est livré d'office avec le support des bonnes pratiques cliniques internationales (>3000 hôpitaux). Cela permet de structurer le travail des médecins et soignants de manière similaire dans tous les établissements.</i>	Avec le DPI+ les pratiques seraient à définir par le CHUV et la FHV. Cela pourrait être plus flexible mais moins structurant. <i>Actuellement, i certains développeurs valaisans sollicitent le CHUV pour obtenir des copies d'écran de Soarian afin de pouvoir ensuite les implémenter dans le cadre du projet DPI+ Valais.</i>

<p>Périmètre</p>	<p><i>Epic dispose du plus grand périmètre de DPI sur le marché, il couvre tous les volets de spécialités, et intègre aussi les soins intensifs, le bloc, l'anesthésie, etc.</i></p>	<p>Le cœur de la proposition DPI+ couvre environ le périmètre actuel de Soarian ou de produits comme KISIM.</p> <p><i>La solution couvre un périmètre plus large que Carefolio mais bien plus restreint qu'EPIC.</i></p> <p><i>L'offre devrait être complétée par différents outils, plus ou moins intégrés, comme par exemple « Grimoire » (Terenui) pour les soins intensifs.</i></p>
<p>Intégration</p>	<p>Epic intègre toutes les fonctionnalités nécessaires à la clinique autour d'une base de données commune. <i>La ressaisie d'informations est supprimée offrant ainsi la possibilité de monter des filières de soins intégrées au niveau du canton.</i></p> <p><i>Un système EPIC permettrait d'interconnecter complètement les hôpitaux vaudois avec les autres hôpitaux EPIC, dans les cantons de Berne, Lucerne, etc.</i></p>	<p>Le DPI+ n'est pas un système homogène. <i>Pour couvrir la fonctionnalité requise, le DPI+ doit s'interfacer avec différents logiciels (soins intensifs, ...). Les mêmes discontinuités d'information qui ont conduit au choix d'un DPI intégré perdureraient.</i></p> <p><i>La situation pourrait même être encore plus mauvaise si le CHUV implémentait le DPI+ et les hôpitaux de la FHV un autre système !</i></p>
<p>Durée du projet</p>	<p><i>Epic réalise régulièrement des projets courts sur 18 à 30 mois.</i></p> <p><i>Epic équipe environ 150 nouveaux hôpitaux chaque année. C'est d'ailleurs une de ses forces sur le marché, beaucoup d'hôpitaux étant dans la même situation d'urgence.</i></p>	<p><i>La nécessité de définir et spécifier la solution implique que le projet serait non seulement plus long (4 à 5 ans) mais aussi plus risqué et avec davantage d'inconnues.</i></p>
<p>Coûts</p>	<p><i>Epic est certes plus cher mais propose un périmètre fonctionnel très vaste.</i></p> <p><i>Epic respecte généralement les coûts annoncés, ainsi que l'a présenté le Canton de Berne. C'est aussi le cas dans d'autres projets.</i></p>	<p><i>Les coûts du DPI+ sont probablement un peu moins élevés, mais sur un périmètre différent.</i></p> <p><i>HFR a comparé DPI+ et KISIM sur un même périmètre et conclu que sur ce périmètre, le DPI+ était plus cher et en coût d'investissements, et en coûts d'exploitation.</i></p>
<p>Démarche</p>	<p><i>Démarche structurée et éprouvée sur de nombreux projets.</i></p>	<p><i>Démarche à développer avec les incertitudes et risques associés.</i></p>
<p>Evolutivité</p>	<p><i>Epic, répond aux exigences requises (appel d'offres) avec un logiciel complet et évolutif. Epic investit un milliard de dollars par an en recherche et développement (R&D).</i></p> <p><i>Epic va donc rester au premier plan de l'état de l'art car il a la masse critique en ressources de R&D.</i></p>	<p><i>Même avec le CHUV dans le périmètre du DPI+, la capacité d'investissement annuel (R&D) serait beaucoup moins importante (de 10 à 20 Mios).</i></p> <p><i>Cette capacité d'investissement sur le DPI+ réduite rendrait difficile les développements pour suivre les</i></p>

		<p>innovations technologiques, p.ex. AI, génétique.</p> <p>Le DPI+ évoluerait donc vraisemblablement moins vite que le marché. Ce qui rendrait l'écart de fonctionnalité avec des produits comme Epic de plus en plus grand.</p> <p>Ces constats s'appuient par exemple sur le fait que les HUG ont mis plusieurs années à développer la partie soignant de la documentation des perfusions, alors que cette fonctionnalité était présente dans Soarian dès le début.</p>
Respon-sabilité	<p>Epic prend toute la responsabilité de la certification « medical device » demandée par l'ODim.</p> <p>Epic s'engage à supporter les hôpitaux dans le développement du projet.</p>	<p>Le CHUV et la FHV devraient faire certifier leurs propres équipes de développement ISO 13485 pour le développement de « medical devices ».</p> <p>Les HUG ne peuvent pas prendre cette responsabilité pour le CHUV et les hôpitaux de la FHV, leur certification n'étant pas valable hors du périmètre HUG.</p> <p>Les HUG ne s'engagent pas pour la réalisation du projet.</p>
Exploitation	<p>L'exploitation est supportée par Epic, y.c. au niveau des mesures de sécurité.</p>	<p>L'exploitation est à réaliser par nos hôpitaux.</p>
Pérennité	<p>3000 hôpitaux utilisent Epic dans le monde, cette énorme base est de facto une garantie de pérennité.</p>	<p>La situation du DPI+ est fragile car il est trop petit. C'est probablement la raison principale pour laquelle les HUG et le VS souhaitent élargir leur collaboration.</p> <p>Depuis plus de 10 ans, la tendance est d'abandonner les développements propres dans les hôpitaux pour aller vers des produits du marché. Ceci, pour des questions de capacités de développement et d'évolutivité, voir ci-dessus.</p> <p>La poursuite du déploiement du DPI+ a déjà été remise en question ces dernières années par les HUG.</p>
Souveraineté	<p>Les données seront hébergées en Suisse. Le logiciel est implémenté dans les hôpitaux.</p> <p>Le fournisseur est américain.</p>	<p>Les données sont hébergées en Suisse. Le logiciel implémenté dans les hôpitaux.</p> <p>Le fournisseur est suisse.</p>

En synthèse, **le DPI+ serait un projet très différent** que le celui autour du logiciel d'EPIC. Il ne répondrait pas aux demandes des hôpitaux concernés (médecins, soignants, patients et communauté) tels que définies par la commission de suivi DPI-VD. Il présenterait en outre des **délais de réalisation accrus, des risques très importants en matière d'interopérabilité (entre les différents logiciels puisque pas intégrés), d'évolutions et aucune garantie de pérennité.**

Le DPI+ n'est **pas structurant ni cadrant, ce qui en réduit l'efficacité.** Le périmètre actuel est celui de Soarian, les ruptures d'informations persistent.

3. CONSÉQUENCES D'UNE ÉTUDE DPI+ DE 6 MOIS

Si les hôpitaux (CHUV et hôpitaux concernés de la FHV) devaient réaliser une telle étude, cela signifierait que le projet Epic actuel serait gelé pendant toute la période de l'étude, et de la décision subséquente, soit jusqu'à fin 2026 environ. Une telle étude déboucherait sur deux scénarios dont les conséquences sont présentées ci-dessous :

:

- 1) **Le DPI+ n'est pas envisageable.**
- 2) **Un projet DPI+ est lancé.**

Situation 1 : le DPI+ n'est pas envisageable

Si, comme cela a été le cas pour HFR en 2025, la proposition des HUG n'est pas envisageable à la fin de l'étude, l'offre d'Epic ne sera plus valable. Une analyse juridique serait alors nécessaire afin de déterminer si une simple réactualisation est suffisante ou si un nouvel appel d'offres est nécessaire.

Conséquence : la mise en service d'Epic serait repoussée à fin 2029 ou 2030

- 6 à 12 mois de retard découlant de la durée de l'étude préalable puis des délais pour un éventuel nouvel appel d'offres. Ce retard pourrait être encore plus important si cet appel d'offres fait l'objet de recours.
- Risque supplémentaire à opérer Soarian un an de plus, alors que les premiers problèmes sont déjà présents en 2026

Situation 2 : Un projet DPI+ est lancé

Dans le cas où l'étude conduirait au lancement d'un projet DPI+ incluant le CHUV et 11 hôpitaux de la FHV les conséquences seraient multiples. L'évaluation de celles-ci est basée sur (cf. section 4. et annexes) :

- L'étude Gartner réalisée en 2022 pour le CHUV avec la collaboration des HUG.
- La proposition faite au CHUV et à HRC par les HUG fin 2024.
- Des informations reçues de l'HFR qui a mené une étude similaire de 6 mois fin en 2024 pour analyser l'offre DPI+.

Pour ce projet les hypothèses suivantes sont posées :

- L'appel d'offres marchés publics actuel (CIS27) est annulé (recours éventuel d'Epic).
- Un nouvel appel offre serait lancé pour identifier un intégrateur externe pouvant mettre à disposition sur plusieurs années environ 40 développeurs en charge du développement pour le CHUV et la FHV. En effet, ni le CHUV ni la FHV ne disposent d'équipes de développement et il est illusoire de pouvoir engager une quarantaine de personnes sur un marché tendu, avec un système de classes salariale pour ce type de métiers ne

correspondant pas aux prix du marché. Il faut noter que les HUG sont encore à la recherche d'un intégrateur.

- Une certification « medical devices » selon l'Ordonnance sur les dispositifs médicaux (Odim) en bonne et due forme serait nécessaire. Celle-ci nécessiterait la mise en place d'un système d'assurance qualité ad-hoc et l'engagement de spécialistes dédiés.

Conséquences :

■ Délai : mise en service du DPI-VD repoussée à 2032

- 6 mois pour la mise en place de l'équipe, 4-5 ans au minimum pour réaliser le projet.
- Risque opérationnel à opérer Soarian 2-3 ans de plus, alors que les premiers problèmes sont déjà présents en 2026.

■ Prix un peu moins élevé

- En extrapolant au périmètre du projet DPI-VD, les prix indiqués en 2024 dans la proposition des HUG pour le périmètre CHUV+HRC (p.23) , des prix très similaires à ceux des offres de produits du marché sont obtenus :

Investissement : env. Frs 140 Mios
Maintenance : env. Frs 10 Mios/an

Note : comme la structure des activités d'un projet DPI+ (développement) est très différente de celle d'un projet Epic (configuration et paramétrage de progiciel), ces coûts ne sont pas directement comparables à ceux de l'EMPD. En particulier les coûts du DPI+ n'incluent vraisemblablement pas les équipes métier pour la maintenance, ni les coûts d'exploitation technique et pas les coûts pour la formation.

■ Périmètre DPI réduit et moins bien intégré

- Le DPI+ actuel correspond environ au périmètre de Soarian actuel.
- Des extensions au DPI+ sont toujours possibles (EMS, CMS, etc.) mais devront être développées par la suite. Par comparaison, EPIC dispose déjà aujourd'hui de l'ensemble du périmètre requis par les hôpitaux.
- Le DPI+ est aujourd'hui un ensemble applicatif disparate : les blocs opératoires, les soins intensifs, l'anesthésie et d'autres systèmes sont des produits séparés et interfacés.
- De ce fait, les gains d'efficience possibles seraient réduits.

■ Risques accrus et incertitudes pour le projet

- Pas d'obligation de résultat des HUG : le CHUV et les hôpitaux sont responsables, en particulier pour la certification des dispositifs médicaux.
- Méthodologie de développement et déploiement à créer.
- Risques sur le développement des fonctionnalités qui manquent au périmètre actuel du DPI+ : par exemple, soins intensifs, anesthésie, ...
- Partenariat déséquilibré : priorité est donnée à l'Hôpital du Valais.
- Risques de report des délais
- Risques sur le prix du projet

4. SITUATION DANS LES AUTRES HÔPITAUX – RÉFÉRENCES DPI+

Situation au Tessin - Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

Les HUG ont indiqué que le Tessin était un succès car ils avaient développé leur propre logiciel, appelé « Geko », sur la base du DPI. Il convient toutefois de préciser que si l'EOC a dû développer son propre DPI, c'est parce qu'il n'arrivait pas à adapter le DPI des HUG (basé sur les pratiques des HUG) pour l'adapter à leur établissement. Ils ont donc utilisé les fondations du DPI pour ensuite suivre leur propre voie et développer leur propre dossier patient.

Situation pour l'Hôpital fribourgeois (HFR)

Les HUG n'ont pas évoqué HFR dans leurs références.

Les HUG et l'HVs ont également proposé à HFR de mener une étude de 6 mois. Celle-ci a été réalisée début 2025 ; les éléments suivants ont conduit HFR au lancement d'un appel d'offres marché public et au choix de KISIM (Cistec) :

- Le DPI+ était plus cher que les offres avec des produits du marché.
- Il n'y avait pas d'engagement de la part des HUG concernant les délais et le résultat.
- Le contrat de partenariat était défavorable à HFR (clause de priorité à HVs, et projet en cours jusqu'à 2028-2029).

À la suite de la proposition des HUG, HFR a donc suivi un processus similaire à celui du CHUV en 2022, et finalement lancé un appel d'offres marché publics.

Situation de l'Hôpital du Valais (HVs)

L'hôpital du Valais est en cours de projet. Il est également important de relever que le projet n'est pas représentatif de la taille et de la complexité du projet DPI-VD.

Co-développement DPI+

Sur la base de ce qui précède, le co-développement DPI+ tel que proposé par les HUG de dispose d'aucune référence de réalisation couronnée de succès.

Les autres hôpitaux qui l'ont évalué ou acheté se sont séparés des HUG (Tessin), ont renoncé (HFR), sont encore en développement (HVs) ou ne sont que des prospects (Hirslanden).

5. CONCLUSIONS

Sur la base de ce qui précède, le DSAS relève qu'un co-développement DPI+ :

- ne permettrait pas d'atteindre les ambitions et les objectifs d'un Hôpital numérique tel que décrit dans le projet d'EMPD.
- ne permettrait pas une réalisation avant 2029, date limite d'utilisation de Soarian.
- ne serait pas beaucoup moins cher, tant à l'investissement qu'à l'exploitation.
- Présenterait des risques de réalisation largement supérieurs à un déploiement avec la solution Epic.

Annexes : DPI_-_HUGHVS_-_Proposition_alternative_AO_Vaud_-_vf.pdf
 CHUV - Analyse DPI Genève - Analyse de Scénarios – vFinale.pdf
 CHUV - Analyse DPI Genève - Executive Summary pour CHUV - confidentiel - V 1 0.pdf

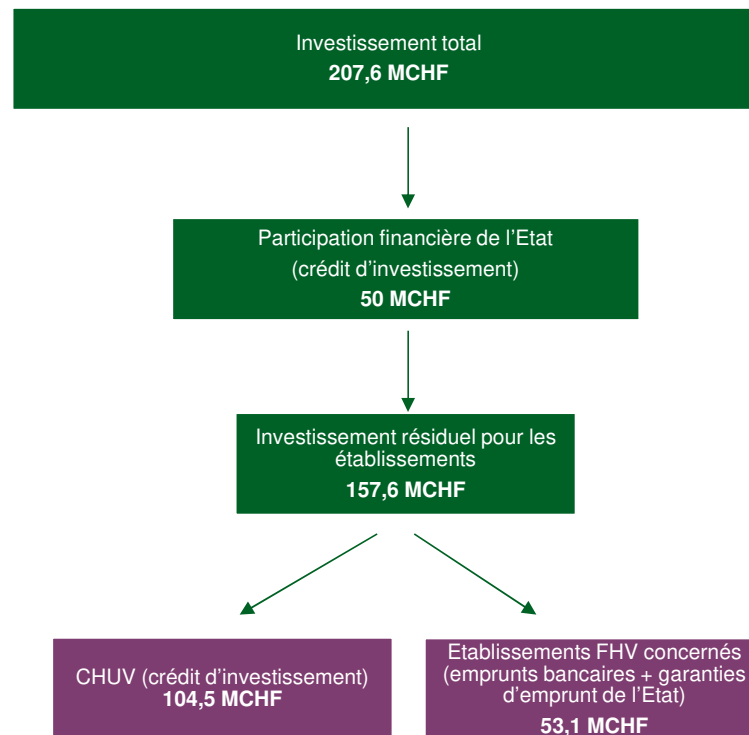


EMPD DPI VD

COMMISSION PARLEMENTAIRE

DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

RAPPEL: MODALITÉS DE FINANCEMENT



RÉPARTITION DES 53.1 MILLIONS PAR ÉTABLISSEMENTS FHV CONCERNÉS

Etablissement FHV concernés	Clé FHV *	Répartition de l'investissement (en million)
HRC	35.7%	18.95
eHnv	21.8%	11.58
GHOL	15.7%	8.35
HIB	10.5%	5.57
Nant	4.9%	2.62
Lavigny	2.0%	1.04
RSBJ	2.7%	1.42
Lavaux	2.2%	1.19
PSVJ	1.9%	1.02
PSPE	1.7%	0.90
Rive Neuve	0.9%	0.46
Totaux	100%	53.1

* Clé FHV: répartition au prorata du budget d'exploitation des établissements