

AVANT-PROJET mis en consultation

Exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de Santé (LRSa)

abrogeant les lois

- **sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD)**
 - **sur les Réseaux de soins (LRS)**

modifiant

- **la loi du 29 mai 1985 sur la Santé publique (LSP)**
- **la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES)**
- **la loi du 24 janvier 2006 décembre 1978 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)**

et répondant

- **au postulat Claudine Wyssa et consorts « Analyse des coûts de la prise en charge des personnes dépendantes »**

TABLE DES MATIERES

Préambule	5
Introduction : défis et perspectives	7
1 Réflexions contemporaines sur les systèmes de santé	9
1.1 Quelques concepts et définitions	9
1.2 Les réorientations actuelles des systèmes de santé	10
1.2.1 <i>des soins centrés sur la personne, dans la communauté</i>	11
1.2.2 <i>des dispositifs adaptés aux besoins de santé futurs et aux maladies chroniques</i>	11
1.2.3 <i>un pilotage du système de soins et l'adaptation des conditions structurelles</i>	13
2 Le système de santé du canton de Vaud	14
2.1 Le réseau de médecine de premier recours	14
2.2 Le 144, la Centrale téléphonique des médecins (0848 133 133) et la garde médicale	15
2.3 L'aide et les soins à domicile publics	16
2.4 L'aide et les soins à domicile privés	17
2.5 Le soutien médico-social et aux proches aidants	18
2.6 L'hôpital	19
2.7 Les établissements médico-sociaux et l'hébergement de longue durée	21
2.8 Les réseaux de soins	21
Une vision du futur : de Madame O. Jourduy à Madame D. Eumin	24
3 La vision future du système de santé du canton de Vaud	25
3.1 Le dispositif communautaire	27
3.1.1 <i>des processus solides et efficaces</i>	27
- <i>processus 1 : relier les cabinets de médecine de 1^{er} recours (MPR) au dispositif</i>	27
- <i>processus 2 : répondre à l'urgence</i>	29
- <i>processus 3 : prévenir et freiner le déclin fonctionnel</i>	31
- <i>processus 4 : répondre à la demande de fin de vie à domicile</i>	32
3.1.2 <i>quelques éléments du dispositif communautaire</i>	32
- <i>la gestion de cas</i>	33
- <i>l'articulation entre santé et social</i>	33
- <i>le renforcement et la diversification des structures d'accompagnement médico-social</i>	33
3.2 Le dispositif d'hébergement de longue durée	34
3.3 Le dispositif hospitalier	35
3.4 La mise en place d'un cadre cantonal favorisant le débat sociétal et éthique	36
3.5 Les compétences des professionnels et des personnes concernées	36
3.6 Le développement d'outils partagés	36
3.7 Le monitoring et le pilotage du système	37
4 Les Régions de Santé	38
4.1 La mission et les responsabilités	38
4.2 La gouvernance	39
4.3 Le rôle des autorités cantonales et communales	40
4.3.1 <i>le Grand Conseil</i>	40
4.3.2 <i>le Conseil d'Etat</i>	40
4.3.3 <i>le Département</i>	40
4.3.4 <i>les Communes</i>	40
4.4 Le rôle des organes des Régions de Santé	40
4.4.1 <i>le Conseil d'établissement</i>	40
4.4.2 <i>la Direction générale</i>	40

4.4.3	<i>l'organe de révision</i>	40
4.5	La Commission régionale	41
4.6	Les principes de contractualisation	41
4.7	La mutualisation par le biais d'une faitière	41
5	Les mécanismes de financement	42
5.1	Les objectifs des Régions de Santé du point de vue financier	42
5.2	Le modèle de financement des Régions de Santé	42
5.3	Les principes de calcul de la contribution de base	42
5.4	Les principes de calcul de la contribution complémentaire	43
5.5	Le principe de transparence	44
5.6	Les limites actuelles à l'utilisation du nouveau système de financement	44
5.7	La détermination de la contribution au lancement des Régions de Santé	45
5.7.1	<i>le calcul des montants actuels</i>	45
5.7.2	<i>la contribution au lancement des Régions de Santé, par région</i>	45
5.7.3	<i>l'évolution des contributions publiques</i>	46
5.7.4	<i>le capital de dotation</i>	47
5.8	Autres impacts économiques	48
5.9	Les projections des coûts	48
6	La mise en œuvre	51
6.1	Les démarches entreprises	51
6.2	Le calendrier	51
6.3	La phase de transition (2018)	52
6.4	Les premiers résultats attendus (2018 – 2023)	52
7	Commentaires article par article	56
8	Réponse au postulat Claudine Wyssa et consorts « Analyse des coûts de la prise en charge des personnes dépendantes »	70
9	Conséquences	73
10	Conclusion	75
11	Projet de loi sur les Régions de Santé (LRSa)	76
 Annexes		
A-	glossaire	111
B-	tableaux	116
C-	fiche de projet « Pôle Régional de Santé »	117
D-	les formations professionnelles	119
E-	les modes de rémunération	121
F-	références bibliographiques	122

PRÉAMBULE

S'agissant de la santé, des soins et de l'accompagnement social de sa population, le canton de Vaud a fait œuvre de pionnier en Suisse dans de nombreux domaines. Dès les années 1980, un programme de maintien à domicile a été mis en œuvre, basé sur l'existence des *Centres médico-sociaux - CMS*¹, de structures d'appui (court-séjour en *Etablissement médico-social – EMS*^{*}, accueil de jour), de lits hospitaliers de *réadaptation gériatrique*^{*} ou encore de systèmes de soutien et de relève à l'attention des *proches aidants*^{*}. En 1996 a eu lieu une importante réflexion (Nouvelles orientations de politique sanitaire – NOPS) autour de la coordination des soins comme un préalable requis pour le développement de la qualité des soins : ces travaux ont débouché sur la mise en place des *réseaux de soins*^{*} (LRS 2007).

Pour le canton de Vaud, à espérance de vie à la naissance égale², le recours à l'hébergement est un des plus faibles³ de Suisse. Les durées d'hospitalisations en soins aigus sont stables⁴ depuis plusieurs années. Toutefois, l'augmentation considérable des malades chroniques et des personnes âgées ces 20 prochaines années va mettre fortement sous tension ce système : l'Etat doit définir aujourd'hui des orientations pour répondre aux besoins futurs de soins des personnes.

Le projet de réforme proposé aujourd'hui s'inscrit totalement dans la continuité des réflexions et des actions menées par le canton depuis 30 ans.

En fusionnant les réseaux de soins et les Associations / Fondations de soins à domicile liées à l'AVASAD pour constituer quatre Régions de Santé, le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) veut réunir en une seule organisation des prestations communautaires actuellement disséminées, renforcer la capacité d'innovation du *système de santé*^{*}, adapter les prestations et leur délivrance aux besoins de la population.

Cette réforme cherche avant tout à optimiser le fonctionnement de notre système de santé : il s'agit de garantir les meilleures prises en charge possibles tout au long du parcours de vie des personnes. La réforme s'attache à dépasser certains obstacles constatés aujourd'hui, notamment dans les domaines du financement, de la gouvernance et des systèmes d'informations, obstacles qui tendent à limiter la fluidité et la continuité des prises en charge.

Les principales idées forces de cette réforme ont été présentées et discutées avec les acteurs du monde de la santé lors d'Assises convoquées par le DSAS en mars 2016. Les remarques et questionnements des quelque 270 participants ont permis de faire évoluer le projet jusqu'au stade actuel.

Concrètement, il s'agit donc de

- réunir au sein de quatre établissements autonomes de droit public -les « Régions de Santé »- les dispositifs actuels d'aide et de soins à domicile ainsi que les prestations et responsabilités des réseaux de soins ;
- doter ces établissements d'une responsabilité envers l'entier de la population régionale qu'ils desservent ;
- attribuer à ces établissements une subvention annuelle calculée en fonction de la population couverte et de l'atteinte des résultats escomptés ;
- conférer à ces établissements la compétence d'établir des conventions avec les partenaires régionaux et cantonaux afin de remplir leur mission.

¹ Les mots en italique suivi d'un astérisque * sont définis dans le glossaire en annexe A

² Pour 2015 : hommes = 80.8 ans CH / 80.7 ans VD ; femmes = 84.9 ans CH / 85.1 ans VD (source OFS)

³ VD = 5% des 65 ans et plus ; CH = 6.4 % des 65 ans et plus (sources OFS)

⁴ Durée moyenne de séjour VD 2006 = 7.23 j. / 2014 = 7.31j. (source OFS et SSP)

Les objectifs des Régions de Santé seront

- de maintenir les personnes en santé
- d'intervenir le plus précocement possible pour que les personnes soient en capacité de recouvrer au mieux la santé ou l'autonomie lorsqu'un problème de santé apparaît
- de soutenir et aider les personnes dont l'état de santé dégradé a des conséquences sur leurs capacités fonctionnelles, tant au plan physique, psychologique que social et ceci également en situation de fin de vie

Il s'agit donc tout à la fois d'éviter au maximum l'augmentation trop rapide de la population fragile et dépendante (cf. figure 3) et d'augmenter la capacité de prise en charge dans le lieu de vie des personnes. Ainsi, il sera également possible de limiter la croissance des coûts d'investissement et de fonctionnement en matière d'hospitalisation et d'hébergement.

Les Régions de Santé collaboreront avec les partenaires hospitaliers et d'hébergement de sorte à adapter au maximum le dispositif régional et son fonctionnement aux besoins de la population desservie. La figure 6 en page 27 schématise ce dispositif.

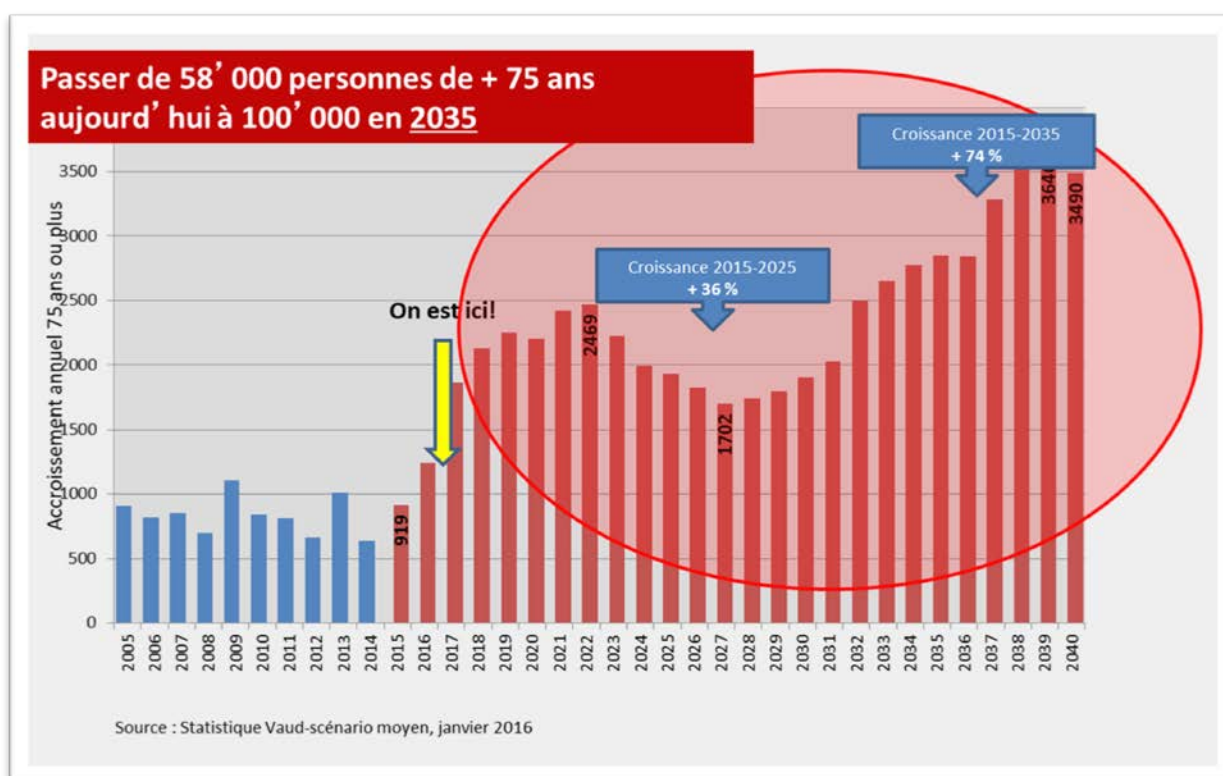
Après avoir précisé les enjeux auxquels fait face notre système de santé et redéfini quelques concepts, cet exposé des motifs revient tout d'abord sur le dispositif actuel, les limites observées dans notre système aujourd'hui avant de proposer les réformes structurelles (projet de loi sur les Régions de Santé) et les principaux changements qui s'en suivront.

INTRODUCTION DEFIS ET PERSPECTIVES

La population vaudoise vieillit, à un rythme qui va fortement s'accélérer ces prochaines années. En 2030, un Vaudois sur cinq sera âgé de plus de 65 ans. D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler et leur nombre devrait passer de 36'000 aujourd'hui à près de 72'000⁵.

Comme l'illustre la figure 1, on compte chaque année un certain nombre de nouvelles personnes âgées dans la population vaudoise. Ainsi, le nombre des nouvelles personnes de 75 ans et plus va passer d'environ 800 chaque année, à plus de 2'000 en 2020 et à plus de 3'500 vers 2040.

Figure 1 : évolution démographique du canton de Vaud. Population de 75 ans et plus (accroissement annuel)



Ce changement démographique est la résultante de deux facteurs : d'une part, la constante augmentation de l'espérance de vie qui devrait atteindre les 90 ans pour les femmes en 2040⁶ et, d'autre part, le vieillissement des « baby-boomers », ces nombreux bébés nés après-guerre qui atteignent aujourd'hui l'âge de la retraite et qui auront entre 75 et 95 ans en 2040.

Si l'avance en âge est la résultante d'importants progrès sociaux et médicaux, elle représente aujourd'hui un défi considérable, notamment dans les domaines de la santé et du social. Le vieillissement démographique va en effet engendrer une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la *dépendance fonctionnelle** (besoin d'aide d'autrui pour réaliser des tâches de la vie quotidienne). Le nombre de malades souffrant de problèmes cardio-vasculaires, du diabète, de cancers, de problèmes respiratoires ou de démences va vraisemblablement doubler d'ici 2040. L'Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) prédit, par exemple, que le nombre de personnes souffrant de démence pourrait passer de quelque 110'000 actuellement à plus de 190'000 en 2030 (Confédération Suisse - DFI 2013)

⁵ Prévision STATVD selon scénario de base (Tableau T01.04.03-A2016-1) cf annexe B

⁶ Prévision OFS selon scénario de référence

Cette augmentation du nombre de malades chroniques va mettre sous tension notre système de santé qui est aujourd'hui calibré pour prendre en charge, de manière épisodique, des personnes souffrant de maladies aiguës. Ces prochaines décennies, notre système sera de plus en plus sollicité pour répondre aux besoins de malades chroniques, souvent âgés, qui nécessiteront non seulement des soins de longue durée, mais aussi une prise en compte plus importante de leurs besoins sociaux et médico-sociaux.

Le recours au système de soins va être fortement impacté par ces changements épidémiologiques et les coûts de la santé, dont 80% peuvent être imputés au traitement des maladies chroniques⁷, vont inévitablement augmenter. En termes de planification sanitaire, si l'utilisation de notre système de soins reste identique, le canton de Vaud devrait mettre en activité plus de 500 lits hospitaliers⁸ d'ici 2030 pour pouvoir satisfaire les besoins des 80 ans et plus et construire, d'ici 2040, près de 4'000 lits d'EMS (Statistique Vaud 2016). Une telle option n'est ni réaliste, ni réalisable.

Le système social va aussi ressentir ces effets et devra s'adapter. Les réformes des retraites prévues au niveau fédéral (Prévoyance Vieillesse 2020, prestations complémentaires AVS/AI) auront pour effet de diminuer globalement les prestations avec, en principe, des correctifs sociaux pour les rentes les plus modestes. Si les réformes des retraites devront respecter le cadre constitutionnel (les 1^{er} et 2^{ème} piliers assurent aux rentiers un revenu permettant de maintenir de manière appropriée leur niveau de vie antérieur), elles ne pourront guère améliorer la situation des personnes face aux coûts d'un hébergement. Aujourd'hui déjà, près du trois quarts des rentiers ne peuvent assumer sans aide publique les coûts d'un hébergement. A l'avenir, cette proportion ne va pas diminuer de manière significative compte tenu de la charge importante que représente le coût d'un hébergement. De même, davantage de prestations d'aide et de soins seront nécessaires pour favoriser le maintien à domicile : les personnes n'auront de loin pas toutes les ressources financières pour les payer

Le soutien des *proches aidants** va globalement se détériorer puisque les générations suivantes seront moins fournies (moins d'enfants pour soutenir leurs parents). Or, ce report de soins informels sur les professionnels sera un défi d'autant plus complexe à relever que la démographie des professionnels va elle-même se modifier avec l'arrivée à la retraite des baby-boomers actuellement actifs dans les domaines sanitaires et sociaux. Ceci nécessite donc d'anticiper l'effort en matière de formation et de recourir à des forces de travail supplémentaires.

Face aux enjeux, il est nécessaire d'agir pour préserver encore mieux l'état de santé de la population et garantir la pérennité d'un système de santé équitable, de qualité, et efficient afin d'appréhender ce défi sans précédent.

Avec cet exposé des motifs et ce projet de loi (EMPL), le Conseil d'Etat s'attache à décrire les éléments qui devront être mis en place pour renforcer le dispositif de santé dans la *communauté**, améliorer la prise en charge des malades chroniques, limiter le *déclin fonctionnel** des personnes, et partant, contenir le besoin de lits supplémentaires hospitaliers et d'hébergement. Il propose des modifications des cadres législatif, organisationnel et financier du dispositif.

Ce rapport n'aborde que de manière incidente certains aspects qui relèvent davantage de la politique d'intégration sociale. Ces points feront l'objet d'un autre rapport qui sera mis en consultation début 2018.

⁷ Cf. Projet de Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) du Département fédéral de l'intérieur

⁸ Hypothèse : Taux de recours à l'hospitalisation identique à âge donné

CHAPITRE 1 REFLEXIONS CONTEMPORAINES SUR LES SYSTEMES DE SANTE

1.1 Quelques concepts et définitions

Avant d'exposer les différents enjeux auxquels devront faire face les systèmes de santé des pays occidentaux en particulier, quelques concepts peuvent être définis.

Le système de santé * est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est de maintenir ou d'améliorer la santé. Il doit fournir des services correspondant aux besoins, répondre aux principes d'économicité et traiter les patients en respectant leur dignité.

Les objectifs d'un système de santé sont globalement de

- maintenir et améliorer l'état de santé de la population. Pour cela il propose des mesures de *prévention primaire, secondaire et tertiaire**
- assurer la réactivité du système de santé et notamment sa capacité de réponse aux attentes et besoins de la population
- optimiser l'utilisation des ressources (équité, qualité, efficacité)

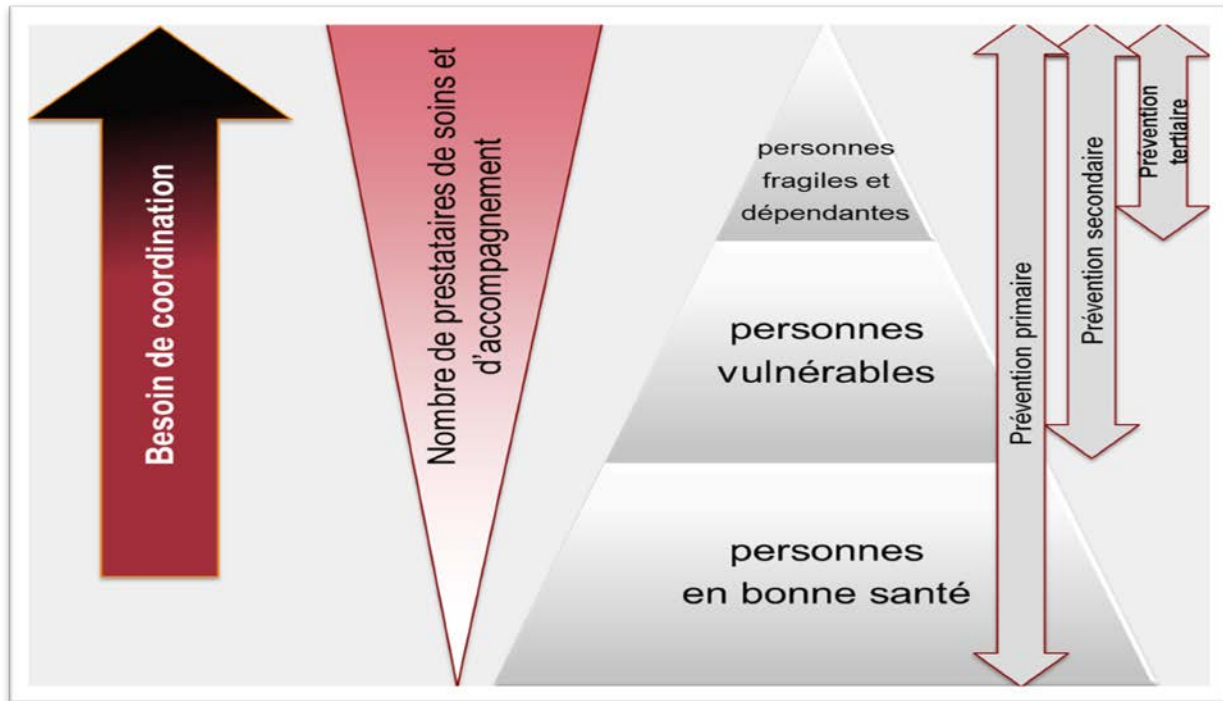
Répondre aux besoins de santé d'une population, c'est promouvoir la santé, prévenir la survenue de maladies ou d'accidents (*prévention primaire**), favoriser le dépistage précoce et la prise en charge optimale des maladies (*prévention secondaire**) et en enfin prévenir le déclin fonctionnel lié à l'évolution de maladies ou à des accidents (*prévention tertiaire**). En développant efficacement ces prestations, le système de santé contribue ainsi à maintenir l'état de santé de sa population et la qualité de vie des personnes. La figure 2 expose ces différentes mesures orientées vers la santé et la qualité de vie des personnes.

Figure 2 : des mesures orientées vers la santé et la qualité de vie des personnes



Les besoins de santé peuvent être **stratifiés** en fonction de groupe de personnes. La figure 3 illustre une stratification de la population et des besoins en termes de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Figure 3 : stratification



La **population** peut être répartie en trois strates :

- la première est constituée de la population en bonne santé et à faible risque qui constitue en général la grande majorité de la population (60 à 80%). Sa santé doit être préservée.
- la seconde (15 à 30%) est constituée de personnes vulnérables, dont la santé risque de se péjorer et de les faire ainsi entrer dans la catégorie des personnes fragiles et dépendantes. Il s'agit typiquement de personnes vieillissantes ou souffrant d'une ou deux maladies chroniques, prises en charge par leur médecin traitant. Leur état de santé doit être stabilisé, et la péjoration de la maladie évitée. On estime que chaque année, un cinquième de cette population évolue vers la troisième strate.
- la troisième strate est constituée des personnes fragiles et dépendantes. Elle représente en général 1 à 5% de la population. Ces personnes ont souvent plusieurs maladies chroniques et des limitations en termes d'indépendance fonctionnelle et d'autonomie. Elles sont en contact avec de nombreux prestataires de santé que le médecin de premier recours doit coordonner. Le déficit de leur état de santé doit être accompagné par des mesures de soins plus larges (interventions soignantes et médico-thérapeutiques, soutien aux proches, etc.). Globalement, dans nos pays industrialisés, cette population représente une part importante des coûts de la santé (60 à 70%). C'est une population à haut risque d'hospitalisation et de réadmission.

1.2 Les réorientations actuelles des systèmes de santé

La recherche de réponses aux défis de société que représente l'accroissement des maladies chroniques, n'est pas propre au canton de Vaud. Tous les systèmes de santé sont aujourd'hui en pleine réflexion. Dans la plupart des pays occidentaux, des réflexions visant à adapter les systèmes de santé pour leur permettre « d'absorber le choc » ont lieu. Les orientations générales ont comme objectifs de meilleurs soins pour les personnes, une meilleure santé populationnelle et des coûts maîtrisés.

Globalement, les réponses sont dans la recherche d'un bon équilibre entre *promotion de la santé**, soins aux malades chroniques et prises en charge stationnaires (hôpital, hébergement). Les principales résultantes de ces réflexions sont :

- une organisation de soins centrés sur la personne, dans la *communauté** ;
- une adaptation des dispositifs de santé aux besoins de santé futurs et aux maladies chroniques en particulier ; cela implique un meilleur lien entre communauté et hôpital ;
- un pilotage du système de soins et une adaptation des conditions structurelles.

1.2.1 Des soins centrés sur la personne, dans la communauté

Aujourd'hui, nos systèmes de soins sont essentiellement centrés sur les dispositifs institutionnels stationnaires (hôpitaux en particulier). Les hôpitaux, au-delà de leur mission de soins aigus, fonctionnent aussi comme lieu de recours lorsque les soins dans la communauté dépassent les disponibilités du système communautaire.

Typiquement, lorsque la situation d'une personne se dégrade à domicile, le seul dispositif à même de la prendre en charge si la surveillance à domicile doit être renforcée est l'hôpital, alors même qu'il n'y a pas forcément de problème de santé nécessitant un plateau technique ou une surveillance en soins aigus. Ainsi, dans certaines situations, l'hôpital et les services d'urgences sont utilisés de manière inappropriée pour solutionner des problématiques sanitaires ou médico-sociales qui pourraient être prises en charge dans la communauté. Ce cas de figure n'est ni satisfaisant d'un point de vue clinique (l'hôpital n'est pas le lieu de prise en charge adéquat pour ces patients) et ni efficient d'un point de vue financier.

Le domaine communautaire et notamment ses dispositifs d'aide et de soins devra être mieux organisé, coordonné et équipé pour pouvoir prendre en charge des situations de plus en plus complexes. Ce renfort sera indispensable pour permettre aux hôpitaux d'assumer correctement leur mission de soins aigus.

Or, les besoins des personnes vivant dans la communauté sont non seulement d'ordre médical (diagnostic, traitement des pathologies), mais aussi social (intégration, liens, soutien aux proches, aides selon les cas) et fonctionnel (maintien de l'indépendance et de l'autonomie). La réponse à ces besoins doit donc être organisée entre plusieurs prestataires et être inscrite dans la durée. Une véritable coordination des soins chroniques autour du patient, dans son lieu de vie, doit être mise en place. C'est par ce biais que les prises en charge des personnes vulnérables et fragiles pourront être optimisées, que l'on pourra éviter ou retarder l'aggravation des problèmes de santé et diminuer le risque d'hospitalisation ou d'hébergement en institution.

Les systèmes de santé doivent donc progressivement se réapproprier une vision de la santé dans la communauté, tout en maintenant une excellente performance des dispositifs stationnaires (hôpital et hébergement).

1.2.2 Des dispositifs adaptés aux besoins de santé futurs et aux maladies chroniques

Trois thématiques ressortent :

a- Une vision globale des besoins et des choix des personnes

Les organisations doivent se préoccuper de la globalité de l'individu pour pouvoir garantir la meilleure efficacité possible des soins.

L'individu doit être considéré dans ses dimensions médicale, psychologique, sociale et spirituelle. C'est particulièrement évident dans le cadre de la prise en charge des personnes souffrant de maladie chronique ou d'un handicap. Ces personnes ont autant besoin de prestations sanitaires que de prestations sociales ou médico-sociales (appui social, administratif ou financier, aide aux proches, etc.). Les aspects de sens et de valeurs sont également très importants à prendre en compte, car ces dimensions colorent les choix et les volontés des personnes. Appréhender uniquement l'une ou l'autre des dimensions sanitaires ou sociales reviendrait à une approche limitative et peu efficiente en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Les réformes

du système doivent permettre de dépasser les frontières entre les deux domaines santé et social : l'articulation et la cohérence des interventions « santé – social » sont déterminantes pour la qualité du dispositif.

La santé et les choix de vie des personnes sont éminemment individuels et subjectifs, tout comme l'est la notion de qualité de vie. Pour une même problématique médicale, il n'y a rarement qu'une seule option thérapeutique. Les réponses du système de santé doivent donc être nuancées en fonction des besoins et des choix des personnes. La personne doit être encouragée à faire des choix éclairés, qui doivent être ensuite respectés et accompagnés.

L'individu doit ainsi devenir un acteur-clé de sa propre santé, et être traité par les professionnels en véritable partenaire dans sa prise en charge. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la prévention (le choix d'habitudes de vie saines par exemple) et dans les domaines de la prise en charge des malades chroniques et des personnes âgées. Certaines personnes préféreront une intervention permettant de gagner des années de vie, même au prix d'un certain risque, alors que d'autres préféreront renoncer à cette même intervention, au risque de voir leur espérance de vie réduite.

Les réformes du système de santé doivent donc permettre de développer des choix de prise en charge plus vastes et plus modulables en s'appuyant sur des principes éthiques, sur des compétences et des structures capables d'appréhender les dilemmes ou conflits éthiques qui surviendront inévitablement s'agissant de choix éclairés des personnes. Il en résultera une plus grande satisfaction du patient et des professionnels de santé, ainsi qu'une efficacité accrue et une meilleure qualité du système de santé.

b- Le renfort de la première ligne de soins et sa capacité de coordination

La première ligne de soins est généralement constituée, dans son noyau, par le patient et – cas échéant – son entourage, et son médecin de premier recours ; le pharmacien est également souvent partie prenante. Lorsque les besoins de la personne croissent, la première ligne de soins s'élargit et s'adjoint les compétences de médecins spécialistes, de structures de prise en charge à domicile, de professionnels de la *gestion de cas**, de consultations spécialisées, d'équipes mobiles, etc.

La première ligne de soins est déjà fortement impliquée dans la prise en charge des malades chroniques. Elle a une responsabilité importante dans l'amélioration de la qualité des soins et la prévention de l'aggravation des problèmes de santé. Mais la coordination de la première ligne avec les autres partenaires est encore souvent insuffisante. Les réformes du système de santé tendent fortement à renforcer ce secteur pour qu'il puisse s'organiser vers une capacité de coordination rapide et efficace, durable dans le temps, notamment avec les soins à domicile, le domaine social et les hôpitaux. Ce renfort passe en général par la constitution autour du médecin de premier recours d'un réseau de compétences (pharmacien, infirmière de pratique avancée ou autre professionnel, équipe interdisciplinaire) pour l'aider à assumer ce rôle de coordination.

c- La continuité des soins et l'utilisation d'outils partagés

La coordination et la continuité des soins sont essentielles pour la prise en charge des malades présentant une ou des maladies chroniques, et qui ont recours à plusieurs prestataires de soins. Or, aujourd'hui, nos systèmes de soins fonctionnent essentiellement « en silo » et la coordination entre les différents acteurs est malaisée et peu efficiente.

Lors des transitions de l'hôpital à la communauté et de la communauté à l'hôpital, par exemple, on constate de sévères lacunes en termes de transmission d'informations, ce qui peut avoir un impact sur la sécurité des patients (par ex. plan de médication) et générer une multiplication des prestations (par ex. examens effectués à double).

Les réformes des systèmes de santé encouragent l'adoption, sur la base d'une concertation commune, de mesures visant à renforcer la collaboration entre chaque acteur des domaines sanitaire, social et médico-social. L'adoption de langage et de processus communs, basés sur des outils d'information compatibles, sont des éléments majeurs dans ce cadre de réforme (OCDE /

Commenwealth Fund). L'utilisation d'un dossier électronique du patient (DEP) partagé entre les différents intervenants, est un élément central afin d'assurer une disponibilité rapide des informations utiles à la prise en charge de patients chroniques, quel que soit le lieu de prise en charge.

1.2.3 Un pilotage du système de soins et l'adaptation des conditions structurelles

Les systèmes de santé se sont construits de manière progressive, depuis le début du siècle passé, le plus généralement en élargissant le champ des prestations pour répondre à la découverte (ou l'apparition) de nouvelles maladies, ceci en suivant un modèle de type « réparation ». Aujourd'hui, face à la réalité des situations de patients (multi-morbidité, chronicité, prise en charge de longue durée), face également à la pression des coûts et des enjeux en termes de qualité et de sécurité, les systèmes doivent progressivement s'organiser pour accompagner et soigner au long cours, sans forcément pouvoir « guérir ». Ce défi d'adaptation doit être piloté efficacement afin de pouvoir allouer les ressources avec la meilleure qualité possible des prestations. Au-delà de la mesure de performance du traitement d'une maladie, il faut donc être capable d'appréhender des notions de trajectoires au sein des systèmes de santé. De nombreux débats ont eu lieu ces dernières années démontrant que les systèmes doivent être davantage capables de mettre en œuvre des dispositifs et des objectifs basés sur de l'*évidence*⁹.

Trois thématiques apparaissent comme essentielles :

a- Système d'information et pilotage

Un système d'information performant est indispensable pour assurer le pilotage d'un système de santé. Des données populationnelles et d'activités doivent être récoltées afin de pouvoir évaluer la productivité des dispositifs et allouer les ressources de manière optimale. Ces données doivent permettre une lecture globale des trajectoires de patients dans le système de santé, et pas uniquement au sein d'une seule entité du système. Des outils standardisés permettant une analyse fiable des besoins populationnels ainsi que des résultats des processus mis en œuvre doivent être déployés. Ces outils permettent de monitorer des indicateurs qualité (efficacité clinique et sécurité) ainsi que des indicateurs de performance (OCDE 2013).

b- Anticipation des besoins des professionnels

Les systèmes de santé doivent faire face au vieillissement de leurs propres professionnels de santé. L'effort en matière de formation doit être soutenu, les rôles des professionnels bien redéfinis et le recours à des forces de travail supplémentaires encouragé. Le monitoring de la démographie médicale et des autres professions de la santé est un élément essentiel à considérer. Par ailleurs, les besoins en matière de compétences doivent être définis.

c- Réformes structurelles

Parmi les éléments centraux permettant de faire face aux futurs besoins de santé de la population, les réformes structurelles (gouvernance, financement) sont souvent mises de côté. Ceci explique que les résultats attendus en termes de performance et d'organisation des services ne sont souvent pas atteints.

Ainsi, même si les acteurs réussissent à se concerter pour coordonner leurs prestations, des limites structurelles les empêchent de dépasser certains obstacles. C'est le cas des mécanismes de financement qui incitent les partenaires à travailler prioritairement pour eux-mêmes. Les systèmes de gouvernance des institutions peuvent aussi parfois freiner la mise en œuvre de la transversalité, nuire à la continuité des soins et de l'accompagnement.

Dès lors, les éléments de réformes structurelles du système de santé doivent couvrir d'une part le domaine du financement pour inciter à la qualité des soins et à la performance, d'autre part la gouvernance.

⁹ Cf. par exemple les initiatives « *less is more* »

CHAPITRE 2 LE SYSTEME DE SANTE DU CANTON DE VAUD

Un système en évolution permanente

Le système de soins subventionné vaudois est constitué d'un riche ensemble d'activités et de services, sous forme stationnaire ou ambulatoire, couvrant l'ensemble des champs préventif, curatif, de réadaptation ou palliatif. Le développement de ce système durant les trente dernières années a été rendu possible à la fois par la capacité financière du canton, par des visions politiques affirmées, ainsi que par la mise en œuvre des connaissances actualisées en matière de soins et d'accompagnement des personnes (cf. par ex. le développement des soins palliatifs, de l'approche des démences, de la prise en charge des cancers, etc.).

Déjà dans les années 80, le canton avait choisi une orientation résolument ciblée vers le communautaire avec en particulier le développement des soins à domicile. De nombreux dispositifs ont par la suite été développés pour soutenir cette orientation, avec notamment la constitution des réseaux de soins. Le dispositif de santé vaudois est détaillé ci-après, en partant des dispositifs les plus proches du patient

2.1 Le réseau de médecine de premier recours

Les cabinets médicaux sont incontestablement le principal lieu de contact entre les personnes et le monde sanitaire. Aujourd'hui plus de 90% des vaudoises et vaudois âgés de 68 ans et plus déclarent avoir un médecin traitant (IUMSP 2013). Elles le voient en moyenne 4 fois par année. A ce jour, le canton de Vaud dispose ainsi d'un excellent réseau de médecine de premier recours, avec une densité de médecins comparable à la moyenne suisse (FMH 2015). Toutefois, au vu de l'évolution de la population et de la structure d'âge des médecins, une péjoration importante de cette offre de soins peut être attendue d'ici une dizaine d'année dans le canton de Vaud (Seematter-Bagnoud 2008, Zeller 2016). Cette pénurie commence déjà à se manifester dans certaines régions.

Partiellement en réponse à ces problèmes prévisibles, des changements structurels sont observés dans l'organisation de la médecine de premier recours. De plus en plus de médecins se regroupent dans des cabinets, pour améliorer l'organisation du travail (notamment des temps partiels), et favoriser également un travail interdisciplinaire et interprofessionnel (Senn 2016). Des réseaux de formation de médecins généralistes ont été mis sur pied pour favoriser une relève dans les régions plus excentrées (Cursus Romand de Médecine de Famille avec des initiatives régionales telles que FoRomNV dans le nord vaudois, ForOmEV dans l'est du canton ou FormOL sur l'ouest), avec des résultats tout à fait prometteurs.

L'activité du médecin de premier recours se complexifie. En raison d'une proportion croissante de malades chroniques dans sa patientèle, le médecin travaille de plus en plus en réseau avec d'autres professionnels de la santé et du social. Lorsque les situations le nécessitent, le médecin de premier recours peut faire appel à différentes ressources d'appui, d'expertise ou de conseil, dont les équipes mobiles (p.ex en psychiatrie de l'âge avancé, en soins palliatifs, en psychiatrie adulte). Ces interventions contribuent à l'adaptation de la prise en charge, ainsi qu'à la formation des équipes de soins et d'accompagnement. Le médecin et les équipes de soins à domicile doivent toutefois assumer eux-mêmes complètement la prise en charge directe, la garde et la responsabilité médicale du patient. Si cette première ligne est dépassée, le recours à l'institution est déclenché soit en direction de l'hôpital, soit vers un hébergement de courte ou longue durée selon les cas et les disponibilités du système.

Un autre enjeu de taille pour le médecin de premier recours est la compréhension de l'activité des différents professionnels qui interviennent chez un même patient (plusieurs médecins spécialistes prescripteurs, soins à domicile, soutien des proches ou appui social, etc.). Cette compréhension est malaisée et le médecin traitant peine souvent à jouer le rôle de chef d'orchestre qui devrait être le

sien, en tous les cas dans le champ médical. Il peut par exemple devenir dangereux pour un patient d'avoir plusieurs médecins qui prescrivent des médicaments sans qu'il y ait une liste mise à jour de toutes les substances qu'il consomme. Le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires négatifs devient alors très élevé. Et la polymédication n'est pas rare. Chez les vaudois de 68 ans et plus, une personne sur quatre consomme plus de cinq médicaments par jour (Santos-Eggimann 2014). Dans la même étude, quatre personnes âgées sur dix pensent que leurs médecins connaissent mal leur pratique de l'automédication, et un sur deux les examens et traitements prescrits par d'autres médecins.

En outre, la prise en compte des besoins fonctionnels et de l'environnement social du patient se révèle souvent insuffisante à différents stades de la prise en charge (par ex. identification tardive de l'épuisement de proches aidants, insuffisance du suivi d'information liée au patient, mise en place tardive de mesures de prévention des chutes, etc.). L'identification de ces besoins et l'accessibilité aux prestations doivent donc être améliorées.

Les médecins de premiers recours cherchent donc des voies qui leur permettraient d'améliorer la vision globale des besoins de leur patient. Ils ont décidé au niveau national de soutenir une spécialisation de leurs assistantes médicales (formation de « coordinatrices en médecine ambulatoire ») qui devrait permettre d'améliorer le fonctionnement administratif du cabinet et le suivi de patients complexes.

Mais d'autres voies seront nécessaires pour renforcer la capacité de coordination du médecin de premier recours et améliorer la prévention et la réponse aux besoins fonctionnels et sociaux des patients.

2.2 Le 144, la Centrale téléphonique des médecins de garde (0848 133 133) et la garde médicale

Dans le canton de Vaud, deux numéros de téléphone sont à disposition de la population pour les urgences. L'un, le **144** pour les situations d'urgences vitales, l'autre le 0848 133 133, numéro de la **Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG)**, pour une demande de consultation médicale. Ces deux dispositifs occupent les mêmes locaux, ce qui permet de faciliter la collaboration entre ces deux services.

Dans les situations d'urgence vitale, la centrale 144 engage les moyens de secours requis par la situation (ambulances, SMUR, hélicoptère, pompiers, etc.). En 2015, le 144 a traité près de 85'000 appels pour le canton ; un peu moins de la moitié n'a abouti qu'à un seul conseil ; dans un peu plus d'un tiers des cas (33'000 appels), une ambulance a été engagée ; et environ un appel sur dix, sans caractère urgent, a été rebasculé sur la centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG).

La CTMG, qui fonctionne avec des infirmières spécialement formées, a traité près de 190'000 appels en 2015 : un quart d'entre eux (46'000 appels) concernait la pédiatrie. Pour les adultes, le numéro du médecin de garde a été transmis à la personne dans un peu moins de 20% des situations ; pour un autre 20%, les personnes ont été orientées vers un hôpital ou une permanence. La CTMG fonctionnant également comme conseil, il est difficile de savoir combien de personnes ont finalement consulté un médecin de garde ou une permanence.

Par ailleurs, la CTMG répond aux quelque 6'000 clients des CMS disposant d'un appareil SECUTEL (soit 35'000 appels / an).

Dans le canton de Vaud, l'organisation de la garde médicale est sous la responsabilité de la Société vaudoise de médecine, avec des solutions régionales très diverses (SVM 2016). La grande majorité des médecins sont astreints à la garde, mais la fréquence de celles-ci dépend bien sûr du nombre de médecins dans la région donnée. Les gardes sont donc très fréquentes en région, alors que cette

astreinte est légère en ville de Lausanne. La délégation d'une partie des visites urgentes à domicile à des entreprises privées avec des médecins salariés permet souvent d'alléger la charge de garde pour certains médecins. De nombreux patients se rendent toutefois directement dans des polycliniques ou des centres d'urgence, sans passer par le premier tri de la CTMG.

Le dispositif du 144 est très efficace pour gérer la sécurité vitale. Une fois engagé, ce dispositif vise un risque zéro. Ainsi, si une ambulance est envoyée au domicile d'une dame âgée ayant déclenché son SECUTEL après une chute et des difficultés à se relever, les ambulanciers transporteront la patiente aux urgences, même si leur évaluation clinique est plutôt rassurante. Il faut ensuite attendre l'évaluation à l'hôpital pour juger d'un possible retour à domicile avec une aide qui devra être organisée au mieux selon les disponibilités des soins à domicile et du médecin traitant. Malheureusement, dans la grande majorité des cas, ces patients sont hospitalisés, davantage pour des besoins d'accompagnement qui sont en l'état impossibles à mettre en œuvre au domicile que pour des motifs de soins aigus.

Ce dispositif de réponse à l'urgence ne peut donc pas s'appuyer efficacement sur le dispositif existant d'équipes mobiles (qui font essentiellement du conseil et non de la première ligne) ou de soins à domicile (qui ne peuvent allouer, en un temps très court, une forte densité de prestations d'aide et de soins). Afin de chercher des solutions pour remédier à ces limitations, quelques projets pilotes prometteurs ont été initiés par le Département et financés via l'enveloppe hospitalière ; ils visent à améliorer l'interface entre urgences et soins à domicile. C'est le cas notamment de certains hôpitaux qui accueillent une infirmière des soins à domicile aux urgences 24h/24h.

2.3 L'aide et les soins à domicile publics

Le dispositif d'aide et de soins à domicile public s'est construit progressivement au cours de ces 30 dernières années.

Trois étapes principales ont conduit à la création de l'AVASAD. Les premiers Centres médico-sociaux (CMS) ont été mis en œuvre dès 1987 dans le canton de Vaud, sous l'égide de l'Organisme médico-social vaudois (LOMSV ; RSV-801.11). A l'origine de cette mise en place, on trouve déjà les constats faits en matière d'évolution démographique¹⁰, son impact sur les coûts et la planification. Avec la création des CMS, différents professionnels des soins et de l'intervention sociale, appartenant alors à des employeurs différents, sont regroupés sous un même toit, ce qui est un changement majeur pour la population des bénéficiaires d'aide et de soins.

Au milieu des années 1990, pour répondre aux nouveaux critères de subventionnement de l'Office fédéral des Assurances sociales (OFAS), les Associations et Fondations (A/F) de soins à domicile sont créées et deviennent les nouveaux employeurs de l'ensemble des professionnels des CMS. En 2009, la loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD ; RSV-801.11) est votée par le Grand Conseil, abrogeant la loi sur l'OMSV. La construction de l'AVASAD répond en particulier aux besoins de la nouvelle péréquation financière fédérale (suppression du subventionnement de l'OFAS sur l'aide à domicile), de la nouvelle loi cantonale sur les subventions et de la révision de la LAMAL s'agissant du financement des soins de longue durée. Les membres de l'association AVASAD sont les A/F.

L'AVASAD a pour mission générale d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé à rester dans leur lieu de vie. Pour ce faire, l'AVASAD assure la fourniture de prestations pour promouvoir, maintenir ou restaurer la santé de ces personnes, maximiser leur niveau d'autonomie, maintenir leur intégration sociale et faciliter l'appui de leur entourage.

¹⁰ Voir en particulier les travaux du Prof Pierre Gilliard

L'AVASAD¹¹ accomplit ses missions par l'intermédiaire des sept associations ou fondations (A/F) régionales d'aide et de soins à domicile, en collaboration avec les réseaux de soins reconnus d'intérêt public¹². Les A/F ont pour compétences entre autres de gérer leur budget, garantir la fourniture des prestations définies par l'AVASAD, gérer les CMS, engager et gérer leur personnel.

En termes de gouvernance, l'AVASAD fonctionne avec un Conseil d'administration dont les membres sont les présidents des sept A/F régionales et les représentants des associations de communes vaudoises (UCV et AdCV). Les chefs de service du Service de la santé publique et du Service des assurances sociales et de l'hébergement en sont membres et représentent le canton. Le Conseil d'administration de l'AVASAD a la compétence de nommer un directeur général qui a pour mission d'assurer la bonne marche de l'institution. Les directions régionales, proposées par les A/F et nommées par le Conseil d'administration lui sont subordonnées, mais les directeurs régionaux répondent également à leur Conseil de fondation ou d'association régionale.

Les subventions de l'Etat et des communes sont versées à l'AVASAD. Celle-ci redistribue la part dévolue aux A/F sur la base du budget définitif.

L'association AVASAD est la résultante de ces différentes adaptations et il en ressort une certaine complexité en termes de gouvernance et de financement. La Cour des Comptes du Canton de Vaud a mené en 2015 un audit dit « de performance » du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile (VAUD 2016). Lors de l'audit, la plupart des mesures correspondant à la performance de l'institution (qualité des services, fonctionnement de l'AVASAD, politique RH ou ressources financières, par exemple) étaient en cours d'implémentation et ne déployaient pas leurs effets avec le même niveau de maturité selon les différentes régions. La Cour des comptes s'est ainsi centrée sur un seul indice de performance : celui du taux de support (rapport entre le nombre d'heures de prestations directes aux clients des CMS / encadrement). Identifiant les succès de l'AVASAD, la Cour salue les démarches d'harmonisation des conditions d'octroi des prestations : une charte commune (AVASAD 2016) aux CMS a été édictée ; un outil d'évaluation clinique commun a été intégré. De même, au plan administratif, différents instruments ont été développés réglant de manière homogène les pratiques. Toutefois, la Cour des comptes mentionne que l'AVASAD dans sa structure actuelle est probablement au maximum de ce qu'elle peut fournir comme performance.

En termes d'activité, les situations prises en charge par les CMS sont passées de 27'140 patients/an en 2009 à près de 31'500 patients/an en 2015, soit une augmentation de plus de 16%. Les clients sont en général âgés (51% ont plus de 80 ans) et sont en majorité des femmes (67 %) vivant souvent seules du fait d'un veuvage ou d'une séparation. Ces deux dernières années, on note une augmentation des prestations de plus de 10% par année. Ceci est expliqué en partie par la démographie, mais aussi probablement par une complexification des situations prises en charge. L'AVASAD relève que le temps moyen de prestations par personne et par mois s'est allongé entre 2006 et 2015. Ce temps est passé de 2.5 à 3.3 heures/personne / mois pour les soins infirmiers techniques (pansements, injections, préparations de médicaments, surveillances, etc.), et de 11 à 13 heures/personne/mois pour les soins de base. Les prestations se densifient aussi durant les nuits et les week-ends. Le maintien de ce taux de croissance posera des problèmes de gestion à court terme, tant sur la capacité des équipes à s'adapter à cette croissance qu'au niveau budgétaire.

2.4 L'aide et les soins à domicile privés

Des prestations d'aide et de soins à domicile sont également fournies par d'autres prestataires. Des organisations de soins à domicile privées (OSAD) se sont progressivement développées et le nombre d'infirmiers-ières indépendant-e-s continue également de croître. Depuis le 1er janvier

¹¹ La Loi sur l'AVASAD est acceptée par le GC en 2009 ; l'AVASAD reprend la mission de l'OMSV (Organisme médico-social vaudois – LOMSV de 1967) qui avait été chargé en 1987 par le DSAS de mettre en œuvre la politique de maintien à domicile

¹² LAVASAD / art. 2 al. 5

2012, ces partenaires ont aussi droit à un financement résiduel LAMal, à la condition d'obtenir une autorisation d'exploiter et de passer un contrat de prestation avec l'Etat. Les organisations privées de soins à domicile voient leur part de marché croître pour atteindre environ 20% de la totalité de l'aide et des soins à domicile délivrés dans le canton en 2016.

Pour les soins, les patients vaudois peuvent donc recourir à trois types de prestataires : les CMS, les OSAD privées ou les infirmiers-ères indépendants-es. Pour l'aide, de nombreux prestataires privés existent (femmes de ménages, entreprises d'entretien, personnel de maison, etc.) qu'il n'est pas possible de recenser exhaustivement.

Dans le domaine du handicap, des prestations de soutien (aide ou soins) à domicile spécifiques se sont aussi développées¹³ en sus des prestations des CMS : ainsi le service d'auxiliaires de vie polyvalents géré par Pro Infirmis Vaud en faveur de personnes présentant une déficience intellectuelle ou des séquelles de lésions cérébrales ou encore le service d'accompagnement à domicile délivré par la Fondation de Vernand. Des établissements sociaux éducatifs (ESE) développent également des prestations du même type pour leurs populations.

2.5 Le soutien médico-social et aux proches aidants

Les personnes âgées, malades chroniques ou en situation de handicap, qui nécessitent des prestations sanitaires et de soins ont aussi souvent besoin de soutien social pour elles-mêmes ou leurs proches. En effet les aidants informels risquent souvent l'épuisement et doivent être soutenu au mieux.

L'Etat a mis en place, dès la fin des années 1980, des structures d'accompagnement médico-social (SAMS) pour offrir des lieux de prise en charge temporaire aux personnes fragiles vivant à domicile et ainsi soulager leurs proches.

Les SAMS sont de trois types :

Une personne peut bénéficier d'un **court-séjour** en EMS d'une durée totale de 30 jours par année. Le Canton soutient les bénéficiaires et les structures de court-séjour de trois manières différentes : une subvention aux prestataires (pour compenser la différence de coût d'exploitation avec un long séjour) ; une subvention de fonctionnement qui compense un taux d'occupation plus bas des lits de court-séjour et qui contribue au financement du Bureau régional d'information et d'orientation (BRIO) ; une aide à la personne sous conditions de ressources (abaissement du montant facturé à la personne de CHF 60.- à CHF 30.- par jour). Le canton assume également le financement résiduel LAMal (report soins). En 2015, 56'042 journées de court-séjour ont été effectuées dans des structures d'EMS dans le canton, la plupart effectuées dans des structures conventionnées avec l'Etat.

- Les personnes peuvent aussi bénéficier d'un ensemble de services (soins, repas, animations) durant la journée, et durant la nuit si nécessaire dans des **centres d'accueil temporaire** (CAT). Le bénéficiaire peut privilégier différents modes de fréquentation. Lorsque son choix se porte sur une journée courte incluant le repas du midi, le coût résiduel à sa charge s'élève à Fr. 25.-/jour, et Fr. 15.- si la personne est bénéficiaire des prestations complémentaires. S'ajoute le coût du transport qui varie entre Fr. 9.20 et Fr. 18.40 selon que la personne habite à plus ou moins 5 kilomètres du CAT. Ces frais de transport sont intégralement pris en charge sous condition de ressources. En 2015, 2'379 usagers ont bénéficié des 565 places disponibles sur le territoire. Le taux d'occupation de ces structures est de 85%. L'Etat subventionne les CAT pour les activités d'accompagnement et les transports.

¹³ Voir le Guide info pour les personnes handicapées et ses proches
http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aide_domicile/fichiers_pdf/Guide_pers_handicapees.pdf

- Une personne peut emménager dans un **logement protégé**. Ceux-ci constituent une offre très hétérogène en qualité et conditions d'accès. Ce marché étant ouvert, l'exhaustivité de l'offre n'est pas connue. Le canton soutient des structures de logements protégés conventionnés en octroyant une aide individuelle, sous conditions de ressources, aux locataires pour les prestations d'encadrement sécurisant, d'animation et l'accès à un local communautaire. En 2015, 37 structures sont conventionnées pour un total de 998 appartements protégés. D'ici à la fin 2016, il est prévu de signer huit nouvelles conventions.

L'impact des SAMS sur la possibilité de rester à domicile a été important. Deux éléments limitant leur utilisation sont identifiés par le Département pour lesquels des solutions doivent être étudiées :

- les effets de seuil entre les bénéficiaires PC et ceux qui ne le sont pas
- la faible médicalisation des courts séjours empêchant leur développement vers des lits temporaires d'observation pour des situations ne requérant pas d'hospitalisation.

Au-delà des SAMS, l'Etat a aussi initié différentes mesures ces dernières années pour améliorer le **soutien aux proches** : information à la population, organisation de relève à domicile (présence à la journée), consultation psychologique pour les proches aidants, appui au bénévolat, etc.

Globalement, on constate une offre dense de prestations dans les domaines médico-social et social. Toutefois l'accès à l'information concernant ces prestations est souvent compliqué, tant pour les patients que pour les professionnels qui n'en connaissent souvent pas la diversité.

Les résultats d'une enquête (échantillon de 5'500 personnes âgées de 65 ans vivant à domicile) sur l'accès à l'information médico-sociale indiquent que les prestations sont dans l'ensemble encore mal connues par les bénéficiaires potentiels. Une proportion non négligeable des personnes ayant récemment recherché de l'information sur certaines prestations a jugé cette information contradictoire, incomplète ou dispersée (IUMSP 2013).

Par ailleurs, alors que ces prestations sont souvent indispensables au maintien à domicile et à la prévention du déclin de la personne, nombre d'entre elles sont conditionnées aux ressources de la personne. Les prestations sociales sont en effet régies par des cadres légaux spécifiques (LAPRAHMS). Pour les personnes bénéficiant des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, un catalogue de prestations définit le financement partiel ou complet de certaines prestations, notamment le court-séjour (CS), le centre d'accueil temporaire (CAT), mais aussi des prestations d'accompagnement à domicile (veilles, repas, etc.). Pour certaines personnes ne bénéficiant pas de ces aides, l'accès à ces prestations peut devenir une charge financière importante, risquant de limiter le choix de rester à domicile. Par ailleurs, en situation d'urgence, et par méconnaissance de ses droits ou des aides possibles, le risque existe pour la personne de choisir la solution a priori la moins coûteuse, quand bien même celle-ci ne serait pas la mieux appropriée.

2.6 L'hôpital

Le canton de Vaud dispose d'un parc hospitalier diversifié permettant de couvrir les besoins stationnaires en soins aigus, soins palliatifs, et réadaptation (gériatrique et spécialisée).

En 2015, le canton de Vaud subventionne un parc de 2'410 lits de soins aigus (ou lits A / durée de séjour = 7.3 jours) et de 590 lits de réadaptation (ou lits B / durée de séjour = 22.4 jours), répartis dans 19 hôpitaux et cliniques et dispersés sur 28 sites.

Dans le domaine des soins psychiatriques, 304 lits A (durée de séjour = 28.3 jours) et 15 lits B sont disponibles sur 6 sites.

En sus de ce dispositif subventionné, les lits des cliniques privées non-subventionnés sont au nombre de 380 lits A et 170 lits B pour le somatique, 15 lits pour les soins psychiatriques.¹⁴

Le dispositif hospitalier a vu son activité croître de manière régulière ces dernières années avec une accélération marquée dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Entre 2003 et 2012, le nombre d'hospitalisations de personnes âgées de plus de 80 ans est passé de 53 hospitalisations par année pour 100 vaudois à 58. Les chiffres sont similaires pour les admissions aux urgences : entre 2005 et 2010, alors que l'augmentation globale du volume de consultations aux urgences du CHUV atteignait 22% pour les patients adultes, cette augmentation était de 46% pour ceux de 85 ans et plus.

Avec l'augmentation des maladies chroniques et de la polymorbidité, la pression sur le système hospitalier va se marquer encore plus, non seulement en termes de nombre de patients à soigner, mais aussi en complexité des prises en charge. L'hôpital va devoir accueillir de plus en plus de patients souffrant de pathologies multiples, chroniques et aiguës, auxquelles viennent s'ajouter des problématiques cognitives, affectives, ou sociales complexes.

Or les hôpitaux sont encore organisés prioritairement pour prendre en charge des patients souffrant d'une maladie aiguë décompensée (infection, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, maladie pulmonaire chronique, etc.). Ils sont mal adaptés à la prise en charge des patients âgés et vulnérables. De nombreuses pratiques hospitalières s'avèrent en réalité délétères pour le devenir de ces personnes: jeûne en raison d'examens médicaux interférant avec l'heure des repas qui favorise la malnutrition ; traitement intraveineux continu qui réduit la mobilité et augmente le risque de chute ; prescription de somnifères responsables d'état confusionnel ; maintien au lit et restriction de la mobilité induisant un déconditionnement. Au final, au moins 30% des personnes de 70 ans ou plus sortent d'une hospitalisation aiguë avec une dépendance fonctionnelle nouvelle ou accrue (Gill TM et al., 2010). Le besoin de réadaptation est alors important avant de pouvoir envisager un retour à domicile et la personne âgée, après un séjour en soins aigus va encore bénéficier d'un séjour en lit B.

L'hôpital doit ainsi améliorer son organisation des soins, en lien avec les dispositifs BRIO des réseaux de soins et améliorer ses interfaces avec les autres prestataires communautaires pour assurer une meilleure fluidité des parcours de soins. Récemment, des expériences de réadaptation à domicile ont été mises en œuvre, en lieu et place de l'hospitalisation. Les premiers bilans de ces expériences tendent à démontrer l'impact positif, tant pour la qualité de la prise en charge vécue par le patient que pour l'économicité de celle-ci. Les hôpitaux travaillent également à sécuriser les transitions hôpital-communauté, mais l'organisation du système de santé en multiples prestataires rend la diffusion de ces pratiques difficile.

Le CHUV est dans une situation spécifique : il a aujourd'hui à la fois une mission tertiaire régionale (académique, concentration de prestations hautement spécialisées) et une mission d'hôpital de ville pour la région centre. Or aujourd'hui la capacité tertiaire du CHUV est de plus en plus restreinte par l'augmentation de cas de type secondaire. Par exemple le nombre de journées d'hospitalisation au service de médecine interne du CHUV est passé de 86'540 en 2006 à 111'111 en 2015 (+28%). Chaque année, des lits de médecine dits « satellites » doivent être ouverts en chirurgie ou en gynécologie. Cette situation devient de plus en plus tendue.

Par ailleurs, l'utilisation de moyens de niveau universitaire pour des prises en charge ne nécessitant pas ce type d'expertise ou de plateau technique apparaît comme disproportionnée tant en termes

¹⁴ Sources : base de données autorisations d'exploiter SSP et statistique médicale OFS

de prise en charge (complexité des avis de spécialistes, sectorisation) que de coûts (valeur 2016 du point DRG : CHUV = CHF 10'650.- / FHV = CHF 9'600.-).

Le canton sera donc amené à faire des choix en termes de priorisation des prestations à développer au CHUV dans le but de maintenir un hôpital de référence d'envergure nationale voire internationale.

2.7 Les établissements médico-sociaux et l'hébergement de longue durée

La mise en place du programme de maintien à domicile s'était accompagnée d'un moratoire sur la construction de nouveaux lits d'EMS. Le moratoire ayant été levé en 2003, le parc de lits d'EMS s'est alors d'une part modernisé, d'autre part agrandi. Ces dernières années, le programme PIMEMS a permis la rénovation ou la construction d'en moyenne 100 lits par an.

En 2015, le canton dispose de 6876 lits d'hébergement long séjour répartis entre plus de 150 EMS (sites) et une dizaine de structures hospitalières comprenant des lits C. En moyenne, les personnes entrent à l'EMS à un peu plus de 80 ans (74.7 pour les hommes / 82.6 pour les femmes) ; la durée du séjour est actuellement de 1.4 ans pour les hommes et 2.1 ans pour les femmes, ce qui fait du canton de Vaud un des cantons avec la durée de séjour en EMS la plus courte.

Le besoin en soins est évalué sur une échelle allant de 1 point (minimum) à 12 points (maximum). 58% des résidents vaudois en EMS totalisent 9 à 12 points¹⁵ sur cette échelle. Les besoins de ces résidents sont non seulement d'ordre médico-social, mais aussi et de plus en plus d'ordre médical.

Aujourd'hui, 50% des personnes entrent en EMS après un séjour hospitalier. Le passage entre le domicile et l'hébergement passe donc souvent par la case de l'hôpital. Les EMS tendent aujourd'hui à se rapprocher des prestataires communautaires pour développer des modèles permettant d'améliorer l'anticipation du besoin d'hébergement et faciliter ainsi cette transition difficile pour les patients et leurs proches.

Le canton a également développé depuis quelques années des **Structures de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS (SPAHE)** dédiées à des personnes sortant de l'hôpital et pour lesquelles le retour à domicile n'est pas possible. Les SPAHE offrent un séjour transitoire dans l'attente d'une entrée en EMS. L'objectif de l'accompagnement est de soutenir la personne et sa famille dans ce moment de transition et d'élaboration d'un nouveau projet de vie en EMS¹⁶. Pour des personnes allant définitivement en EMS, ce parcours consiste en une adaptation à une double transition (hôpital → SPAHE → EMS). Le passage du SPAHE vers un retour à domicile n'est pas inclus dans cette trajectoire.

Enfin, d'autres programmes visent aussi à améliorer la prise en charge aigue en EMS (soins psychiatriques en particulier) et ainsi éviter le recours à l'hospitalisation, épisode souvent fragilisant pour les résidents.

2.8 Les réseaux de soins

Dans un souci d'amélioration de la coordination et de la continuité des soins, le Grand Conseil vaudois a adopté en 1997 les Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire – NOPS (Vaud 1997). Il s'agissait de la réforme du système de soins pour répondre aux défis démographique, épidémiologique, technologique et économique alors envisagés il y a 20 ans déjà. La loi sur la planification des établissements sanitaires (LPFES) instituait alors une organisation du système de santé fondée sur l'appartenance des prestataires de soins à des réseaux de soins.

¹⁵ Commission technique intercantonale PLAISIR. Rapport 2014

¹⁶ Voir <http://www.avdems.ch/ems-longs-sejours/sejours-dobservation-et-spah.html>

Actuellement, les quatre réseaux de soins, associations reconnues d'intérêt public, sont régis par la loi sur les réseaux de soins (LRS_810.02), adoptée par le Grand Conseil en 2007.

La loi indique que « *le réseau de soins regroupe au niveau régional les fournisseurs de soins et les autres milieux intéressés représentant la chaîne complète de prestations, incluant des activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales et de réadaptation relevant tant de prises en charge somatiques que psychiatriques.* »¹⁷. Les membres de l'association du réseau de soins sont composés nécessairement des fournisseurs de soins subventionnés par l'Etat (hôpitaux, EMS, soins à domicile, psychiatrie). D'autres prestataires adhèrent aux réseaux de soins sur une base volontaire.

L'organe suprême est l'assemblée générale composée des institutions sanitaires et médico-sociales subventionnées de la région concernée, des communes, et de membres privés (p.ex médecins, OSAD, sages-femmes, centres de prévention, etc.). Chaque réseau est administré par un comité composé de représentants des prestataires de soins régionaux et des communes. Le secrétaire général / directeur du réseau est nommé par le comité. Le secrétaire général / directeur du réseau doit accompagner et convaincre les différents membres du réseau de soins d'orienter leurs activités en coordination les uns avec les autres.

Le financement des réseaux est assuré d'une part par les cotisations de ses membres, et d'autre part par des financements directs pour des activités qu'ils peuvent mener en propre ou sous-traiter à l'un de leurs membres (p.ex les infirmières de liaison, équipes mobiles, consultations spécialisées, etc.)

Les réseaux contribuent « *à la réalisation de programmes cantonaux de santé publique (...) définis par le Département* »¹⁸. Parmi ceux-ci on peut noter, les programmes « Information et Orientation » (BRIO), « Soins palliatifs », « Alzheimer et autres démences », « Diabète », « Vieillesse et santé » ou « Santé mentale ».

Dès le départ, le programme BRIO a été le cœur de la création des réseaux et répondait à la problématique de la bonne utilisation d'une ressource rare : les places d'hébergement en EMS. Favoriser le retour à domicile, s'assurer que les places disponibles en hébergement soient utilisées par les personnes qui en ont besoin prioritairement, permettre aux hôpitaux de libérer des lits de soins aigus lorsque des patients ne peuvent pas retourner à domicile, a donné naissance aux fonctions d'infirmières de liaison et à la mise en place des bureaux de coordination et d'orientation au sein de chacun des réseaux de soins du canton.

Le programme « Vieillesse et Santé » s'est déployé entre 2012 et 2015 : un premier bilan¹⁹ met en évidence l'importance des mesures prises et la nécessité d'instaurer des conditions cadres suffisantes pour que les actions mises en œuvre déploient pleinement leurs effets.

Les réseaux de soins travaillent à la mise en œuvre de programmes permettant d'améliorer la coordination et la continuité des soins et offrent des prestations dans des domaines qui ne sont pas couverts par d'autres prestataires. Toutefois l'articulation entre les différents dispositifs reste difficile, chaque prestataires obtenant finalement sa mission et son financement directement par l'Etat. Le réseau est donc souvent limité dans sa capacité d'avoir une vision globale de l'allocation des ressources au niveau régional et dans sa capacité de mise en œuvre de programmes efficaces.

En 2012, un bilan effectué par le DSAS sur la mise en place des réseaux de soins confirme que ceux-ci ont permis d'améliorer la collaboration et la connaissance mutuelle entre prestataires de soins,

¹⁷ LRS 2007 art. 2

¹⁸ Ibid art. 6.2

¹⁹ Voir www.vd.ch/vieillessement

de déployer des programmes de santé publique au niveau régional et de renforcer la coopération régionale. Mais il relève également certaines limites du système, dont :

- des difficultés pour mettre en place une coordination des soins sur l'entier de la chaîne de soins ;
- des faiblesses dans l'articulation des activités sanitaires et sociales (prise en compte de l'environnement social du patient) ;
- un manque d'implication des médecins de premier recours dans le fonctionnement des réseaux de soins.

A ce titre, une analyse faite par l'institut universitaire de médecine de famille a mis en évidence (Widmer, Bischoff 2010) que « la création des CMS, intégrés dans les réseaux régionaux, a certainement suscité une nouvelle manière de travailler en collaboration et en équipe, au sein de la corporation des médecins de premier recours. (...) La présence du médecin traitant dans les CMS reste toutefois périphérique, quand il est sollicité pour une réunion de réseau ou lors d'un appel téléphonique de la « référente » du CMS. Rares sont les médecins adhérents – à titre de membres - au réseau de soins ».

CONCLUSION

Aujourd'hui, le canton de Vaud peut être fier des dispositifs qui ont été mis en place ces 30 dernières années. La diversité des prestations médicales et médico-sociales est grande, et une bonne qualité des prestations est assurée. Toutefois, chaque prestataire note aujourd'hui une charge de plus en plus forte sur son système et constate des difficultés croissantes de coordination et de planification que les réseaux de soins ne peuvent surmonter.

A ce jour, **l'organisation communautaire** reste faible du point de vue de la gouvernance, malgré l'existence des réseaux de soins. Il n'y a pas de *responsabilité populationnelle** assurée par un acteur identifié. Les structures décisionnelles, telles que les réseaux de soins, sont le plus souvent basées sur un fonctionnement par consensus, dépendant du « bon vouloir » des parties prenantes (entre médecins traitants et CMS par exemple ou entre CMS et hôpital). Sans tension, le système peut fonctionner, mais lors de pressions fortes ou de blocages, celui-ci vit des crises qui impactent l'organisation du système de santé.

Dans ce système, **l'hôpital** de soins aigus continue de pallier les faiblesses du dispositif communautaire, ce qui contribue à son engorgement. En effet, même si l'hôpital identifie des hospitalisations potentiellement *inappropriées**, le réseau communautaire n'est pas toujours en mesure d'assumer la prise en charge de ces patients. De plus, le réseau communautaire n'a aucun incitatif financier à assumer ces prises en charge complexes. A contrario, l'hôpital pourrait avoir un intérêt à garder le patient puisqu'il sera financé (DRG) dès les premières 24h de séjour.

Optimiser les prises en charge des patients chroniques et prévenir les hospitalisations et les institutionnalisations nécessitent donc de revoir l'organisation et la coordination entre les différents dispositifs afin d'en tirer le maximum d'efficacité et de qualité. Pour cela, le **pilotage** du système de santé doit être renforcé afin de pouvoir évaluer les performances des dispositifs et allouer les ressources de manière optimale. Or, même si le canton dispose de multiples sources d'information, il ne détient pas d'information élaborée dans le but de fournir, sur la durée, des éléments d'aide à la décision et au pilotage (p.ex indicateurs de structures, de processus et de résultats). L'information est en outre traitée par domaine d'activité (hospitalisation, hébergement, soins à domicile, etc.), ce qui ne permet pas l'observation de la trajectoire de la personne, des transitions et de la nécessaire coordination entre les domaines d'activité.

Une vision du futur : de Madame O. JOURDUY à Madame D. EUMIN

Madame O. JOURDUY a 88 ans. Veuve, elle vit dans son appartement à Lausanne. Sa fille aînée, célibataire, est déléguée de la Croix-Rouge et souvent en déplacement à l'étranger. Son second enfant, un fils de 57 ans, est marié, père de trois enfants indépendants et déjà deux fois grand-père ; il vit à Payerne où il gère une PME dans le domaine de la construction. Madame Jourduy a encore quelques amis dans son quartier, mais ils ont bien vieilli et limitent leurs déplacements. Chez elle, Madame Jourduy a l'appui du CMS pour une aide à la douche tous les jours ; une infirmière vient une fois par semaine suivre son traitement médicamenteux. Une nuit, Madame Jourduy se lève pour aller aux toilettes : elle fait une chute en entrant dans sa salle de bains. Alerté par le bruit, un voisin appelle le 144 qui dépêche une ambulance. Madame Jourduy est faible, choquée. Transportée au CHUV, il est constaté une lésion à l'épaule droite, des contusions à la hanche et au bras droit, mais pas de fracture. Madame Jourduy reste alitée, n'arrive pas à faire sa toilette seule au lavabo ; elle commence à confondre le jour et la nuit. Ses soignants sont inquiets en raison d'une glycémie instable malgré les antidiabétiques oraux. Elle est transférée en réadaptation après neuf jours de soins aigus. Malgré cette prise en charge, elle reste faible, son équilibre est précaire. Ses enfants craignent une nouvelle chute. Un réseau a lieu : une décision de placement est prise : «**c'est plus sûr...**».

Madame D. EUMIN est dans la même situation.

Aux différentes étapes de sa prise en charge, il est possible de « faire autrement » pour Madame Eumin, soit en développant une attitude de prévention et d'anticipation des problèmes, soit en rendant plus performantes les prestations dans la communauté, soit encore en adaptant les dispositifs de prise en charge dans les structures d'hospitalisation ou d'hébergement.

Avant sa chute :

Problèmes chroniques

- diabète
- douleurs
- troubles de la vision
- faiblesse physique
- polymédication



Anticipation des risques

- intervention sur le risque de chute
- maintien des performances fonctionnelles
- sociabilisation
- réduction du nombre de médicaments

En situation d'urgence :

Problème aigu

- confusion
- chute, fracture?



- consultation médicale urgente à **domicile**
- **diagnostic** à domicile (radiologie mobile, etc.)
- si possible, prise en charge à domicile (diminution des risques de décompensation liés aux changements de milieu)
- accompagnement à domicile, veilles, infirmiers, bénévoles

En cas d'hospitalisation en lit aigu :

Hospitalisation lit A



- prévention de l'état confusionnel
- réadaptation précoce en lit A (**mobilisation**)

En cas de réadaptation :

Hospitalisation lit B



- **réadaptation à domicile**

CHAPITRE 3

LA VISION FUTURE DU SYSTÈME DE SANTE DANS LE CANTON DE VAUD

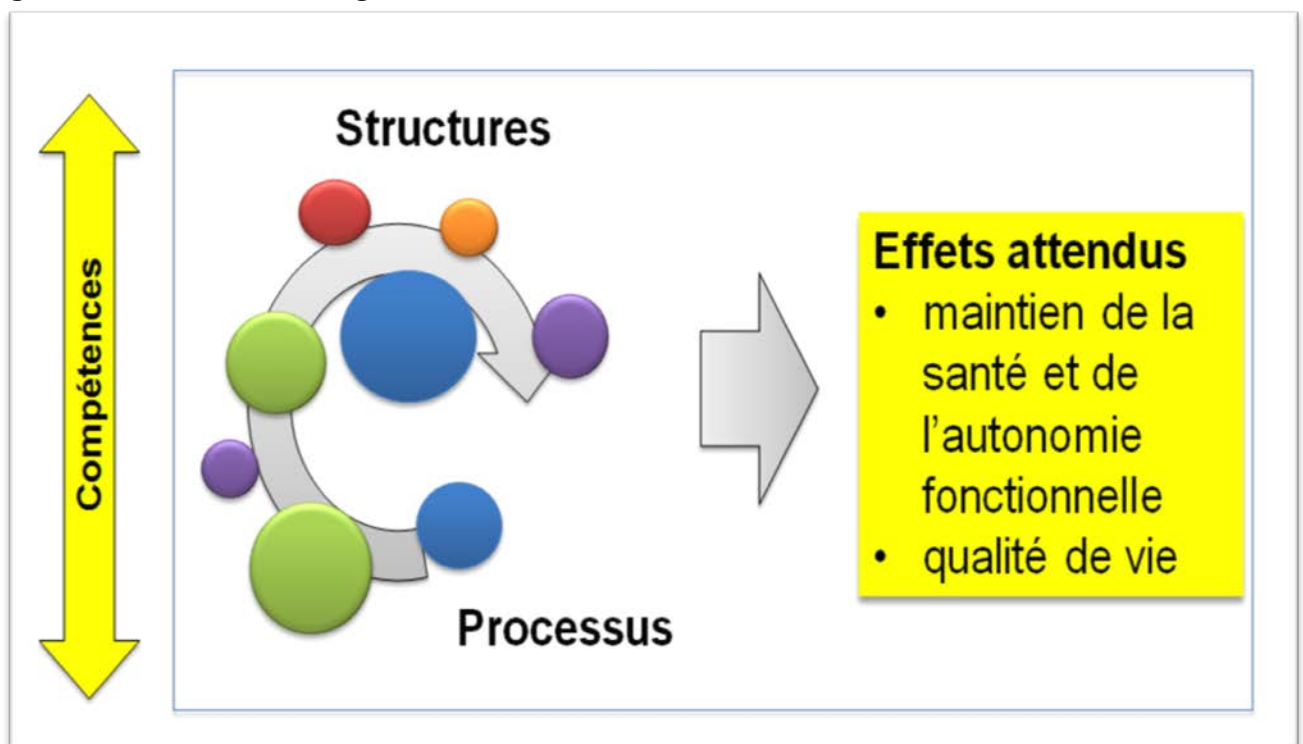
L'adaptation du système de santé cantonal doit se faire en tenant compte des capacités et de l'histoire de ses différents éléments constitutifs. L'organisation du système doit évoluer pour pouvoir répondre aux attentes des personnes et garantir un haut niveau de qualité et d'efficacité, en tenant compte des conditions sociétales et éthiques qui font de plus en plus débat dans la société civile.

Les valeurs dans lesquelles s'inscrivent les changements à mener pour le système de santé du canton de Vaud sont les suivantes :

- une population avec la meilleure espérance de vie possible en *santé** ;
- un système de soins et d'accompagnement social respectueux des choix des personnes, centré sur la communauté, coordonné, intégrant les familles et les proches, en particulier pour les personnes en situation de soins complexes ou en fin de vie ;
- une capacité du système à anticiper les difficultés pour les personnes fragiles ou vulnérables au plan de leur santé, et à éviter ou différer le recours à l'hôpital ou l'hébergement.

Le Conseil d'Etat veut répondre à ces questions en mettant en place un cadre de travail cohérent, prioritairement pour optimiser la prise en charge des maladies chroniques et prévenir le déclin fonctionnel. Sur la base du modèle de qualité des soins de Donabedian qui illustre les différentes dimensions de ce cadre (cf. figure 4), le Conseil d'Etat entend travailler la structure (gouvernance et financement), les processus et les effets résultant de cette réforme.

Figure 4 : cadre d'exercice des Régions de Santé

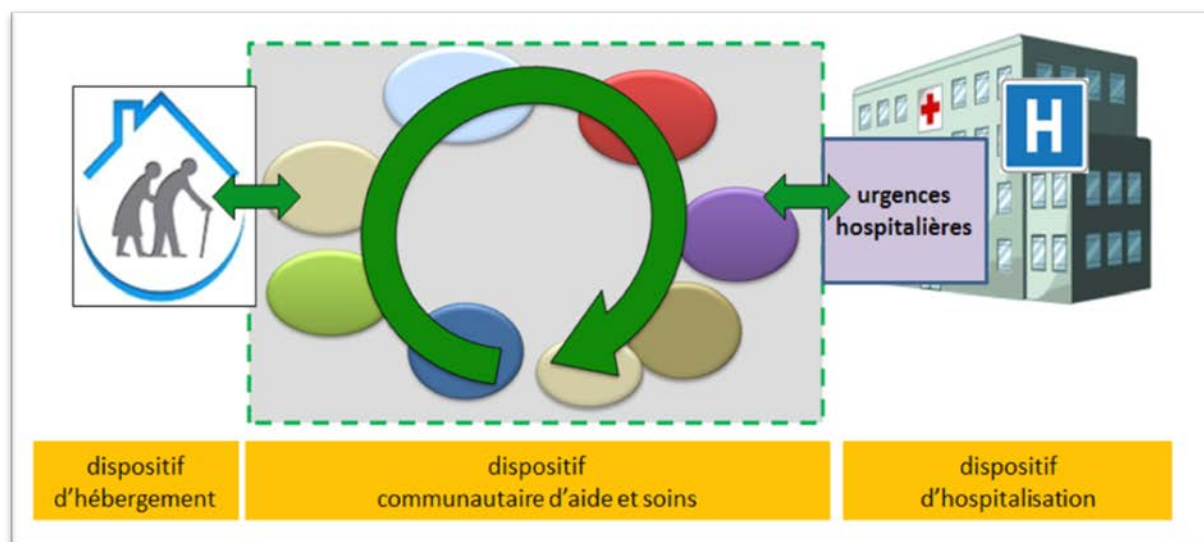


Le Conseil d'Etat propose une organisation sanitaire qui repose sur trois piliers :

- un dispositif communautaire d'aide et de soins ;
- un dispositif hospitalier ;
- un dispositif d'hébergement.

Le système de santé fonctionne sur la base de l'interaction entre ces trois piliers, des structures qui les composent, des processus de travail qui les relient et des résultats produits. La figure 5 représente cette construction.

Figure 5 : les trois piliers d'une organisation sanitaire



Le Conseil d'Etat a opté pour une nouvelle modélisation du dispositif communautaire d'aide et de soins. Le développement des **Régions de Santé** correspond à ce nouveau modèle.

Les Régions de Santé seront garantes des soins dans la communauté, pour une population donnée. Les Régions de Santé résultent de la fusion des réseaux de soins et des Associations / Fondations de soins à domicile liées à l'AVASAD : la réunion en une seule instance de prestations communautaires actuellement disséminées renforcera l'adaptation des prestations aux besoins de la population. Cette réunion devra permettre en outre de réaliser quelques économies d'échelle au niveau des coûts des structures.

Les objectifs des Régions de Santé seront

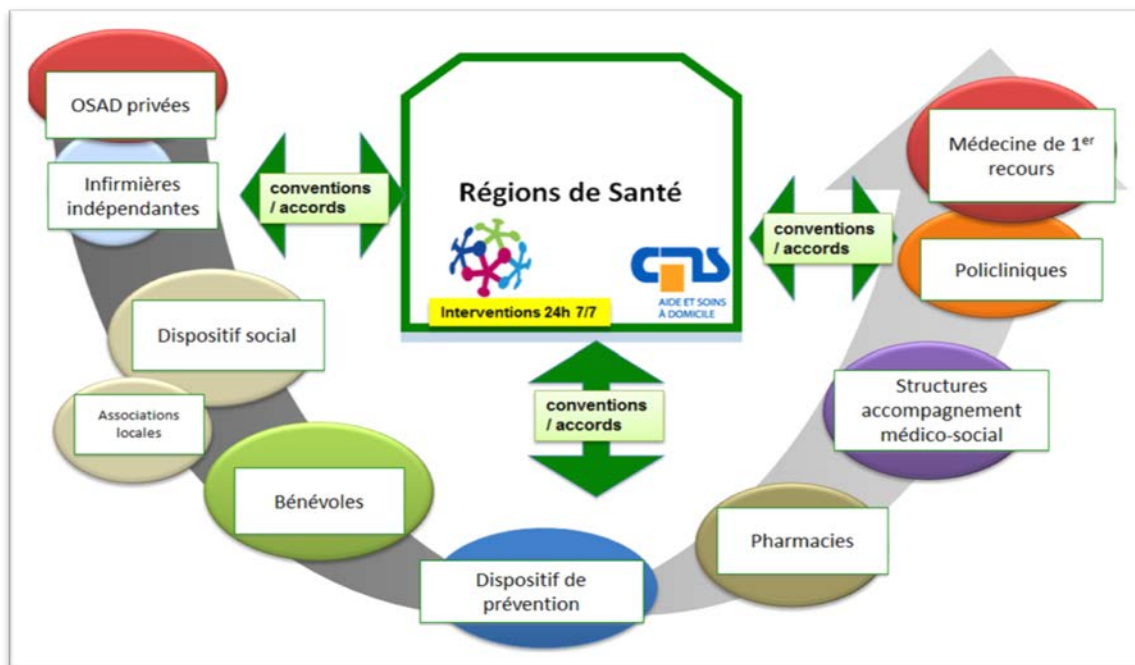
- de maintenir les personnes en santé
- d'intervenir le plus précocement possible pour que les personnes soient en capacité de recouvrer au mieux la santé ou l'autonomie lorsqu'un problème de santé apparaît
- de soutenir et aider les personnes dont l'état de santé dégradé a des conséquences sur leurs capacités fonctionnelles, tant au plan physique, psychologique que social et ceci également en situation de fin de vie

Il s'agit donc tout à la fois d'éviter au maximum l'augmentation trop rapide de la population fragile et dépendante (cf. figure 3) et d'augmenter la capacité de prise en charge dans le lieu de vie des personnes.

Les Régions de Santé seront dotées de la capacité de contracter avec des partenaires régionaux et cantonaux pour remplir leur mission. Pour tenir compte de spécificités géographiques telles que l'éloignement ou l'intercantonalité, une région pourrait passer une convention avec une entreprise

de soins intégrés délivrant tout à la fois des prestations communautaires, d'hébergement et hospitalières sur une partie du territoire de la Région de Santé. Sans être exhaustive du point de vue des partenaires, la figure 6 schématise ce dispositif.

Figure 6 : les régions de santé, un dispositif régional centré sur la communauté



Pour remplir leurs objectifs, les Régions de Santé seront dotées (voir également chapitre 4 du présent document)

- d'une gouvernance forte, s'inscrivant en cohérence avec la politique de santé publique conduite par l'Etat ;
- d'un financement permettant d'opérer des choix, d'innover et de mettre en place des alternatives opérationnelles ;
- de compétences fortes qui leur permettent de remplir leur mission.

3.1 Le dispositif communautaire

Quelle que soit son organisation future, le dispositif communautaire doit être capable de délivrer des prestations d'aide et de soins en qualité et quantité suffisantes, de manière souple et adaptée aux besoins des personnes. Il doit mettre en place un certain nombre de processus de travail pour assurer sa mission.

3.1.1 Des processus solides et efficaces

Ces principaux processus sont :

Processus 1 : relier les cabinets de médecine de premier recours (MPR) au dispositif

Comme mentionné dans le chapitre 2, la médecine de premier recours (médecine générale et interne, pédiatrie) est un élément essentiel du dispositif de soins. Il est important de pouvoir renforcer la capacité des médecins de premier recours à prendre en charge des patients polymorbides, avec parfois des dynamiques sociales ou familiales complexes.

Le cabinet médical de premier recours (solo ou de groupe) doit donc être étroitement coordonné avec l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, ainsi qu'avec les

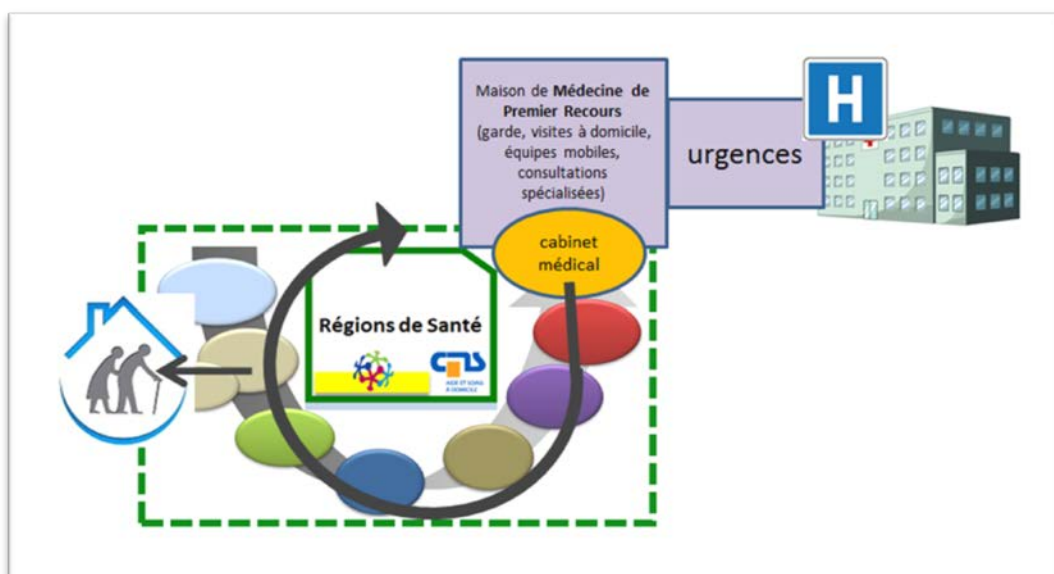
établissements de santé auxquels le patient aura peut-être recours (hôpital, hébergement, structures de jour, etc.) et les dispositifs de prévention. Pour ce faire, les cabinets devront bénéficieront d'un renfort en personnel infirmier, d'une connexion au système d'information sanitaire, de l'accès à l'ensemble du dispositif communautaire. L'usage d'outils de télémédecine rendra également possible une prise en charge plus soutenue dans le lieu de vie.

Pour améliorer l'efficacité globale de la réponse du dispositif communautaire, il s'agira de regrouper en un même lieu, ou dans un même fonctionnement régional, des compétences médicales aujourd'hui dispersées (garde de médecine de premier recours, équipes mobiles, consultations spécialisées, etc.). Il conviendra également de rendre cohérentes entre elles les organisations de garde de ville (cf. LSP, art. 91 let a et b) et de garde hospitalière.

Ce dispositif de réponse aux besoins communautaires, appelé ici **Maison de Médecine de Premier Recours** (cf. figure 7)

- est issu en commun de la médecine de premier recours et de la médecine interne hospitalière ;
- s'appuie sur des professionnels de santé et du domaine social, notamment des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes ou des assistants sociaux ;
- dispose de ressources professionnelles d'appui et d'expertise, notamment médicales et de soins infirmiers (pratiques avancées) dans des domaines tels que la gériatrie, la psychiatrie, les soins palliatifs, les maladies chronique, situées en 2^{ème} ligne (p.ex. consultations spécialisées) et en 3^{ème} ligne (expertise universitaire) ;
- dispose d'une capacité de tri et d'intervention 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, visant le renforcement des soins et de l'aide directement dans les lieux de vie, assurant également la pose d'un diagnostic en situation de crise ou d'urgence non immédiatement vitale. Cette capacité de mobiliser dans un délai court des ressources de soins et d'accompagnement social et donc d'intensifier une prise en charge dans le milieu de vie est une des clefs du recentrage du dispositif d'aide et de soins sur la communauté ;
- a un accès facilité et rapide à des équipements techniques adéquats (imagerie ou ultrasonographie, électrocardiographie (ECG), examens de laboratoires) ;
- dispose de lits d'observation utilisables de quelques heures à quelques jours pour des situations ne nécessitant pas un plateau technique hospitalier ;
- est mis en œuvre par les Régions de Santé et fait l'objet de conventions avec les hôpitaux (leurs services d'urgences et de médecine interne) ainsi qu'avec la médecine de premier recours installée en cabinet

Figure 7 : la Maison de Médecine de Premier Recours



Le dispositif de Maison de Médecine de Premier Recours n'est donc pas seulement une infrastructure ayant une réalité physique, mais également un fonctionnement en réseau, au niveau régional, des acteurs médicaux assurant la première ligne de soins.

Ainsi, demain, les cabinets de médecine de premier recours étant ainsi renforcés, le médecin, tout en restant indépendant, pourra être en mesure à la fois de prodiguer des conseils de prévention et un suivi ciblé pour les patients en bonne santé : la présence de professionnels (assistantes médicales, infirmières, autres) dans son cabinet permettra de renforcer les compétences des patients, de les orienter vers le bon dispositif social ou préventif. Pour des patients complexes, des infirmières particulièrement compétentes dans le domaine clinique l'aideront à dépister les difficultés, à organiser la prise en charge en lien avec le dispositif communautaire, à encourager la personne à entrer en contact avec un réseau de type « Quartier Solidaire ».

Processus 2 : répondre à l'urgence

La réponse à l'urgence est un élément-clé. Chaque personne doit avoir accès le plus rapidement possible à une évaluation et un tri qui puissent lui permettre de bénéficier des réponses les plus appropriées à sa situation.

En ce sens les numéros du 144 et de la CTMG sont bien connus de la population. Dans tous les cas, le 144 oriente les meilleurs ressources en fonction des situations. L'accès aux filières de soins urgents spécifiques, tels que l'infarctus ou l'attaque cérébrale, et nécessitant un plateau technique hospitalier dans un laps de temps court, est direct et très performant. La population est informée des signes et symptômes alarmants nécessitant une prise en charge rapide (trouble de la parole, paralysie, douleurs thoraciques, etc.).

Lorsqu'il ne s'agit pas d'urgence vitale, une évaluation et un tri des situations cliniques sont organisés régionalement. Cette évaluation est accessible et performante. La personne reçoit les conseils, les soins ou l'organisation des prestations dont elle a besoin.

La garde médicale régionale est placée sous la responsabilité de la Région de Santé. Située au sein des Maisons de Médecine de Premier Recours, la garde est constituée par les cabinets médicaux de ville et le service de médecine interne de l'hôpital, service qui gère l'ensemble du flux hospitalier entre les urgences médicales, les soins intensifs et les services de médecine hospitalière. La garde médicale, appuyée par l'expertise des consultations spécialisées et des équipes mobiles (soins palliatifs, psychiatrie, gériatrie, etc.) effectue un tri et oriente la prise en charge. Elle peut intervenir de manière extensive dans la communauté lorsque le relais ne peut pas être directement pris par le médecin traitant. Elle intervient également en milieu institutionnel et d'hébergement selon les besoins.

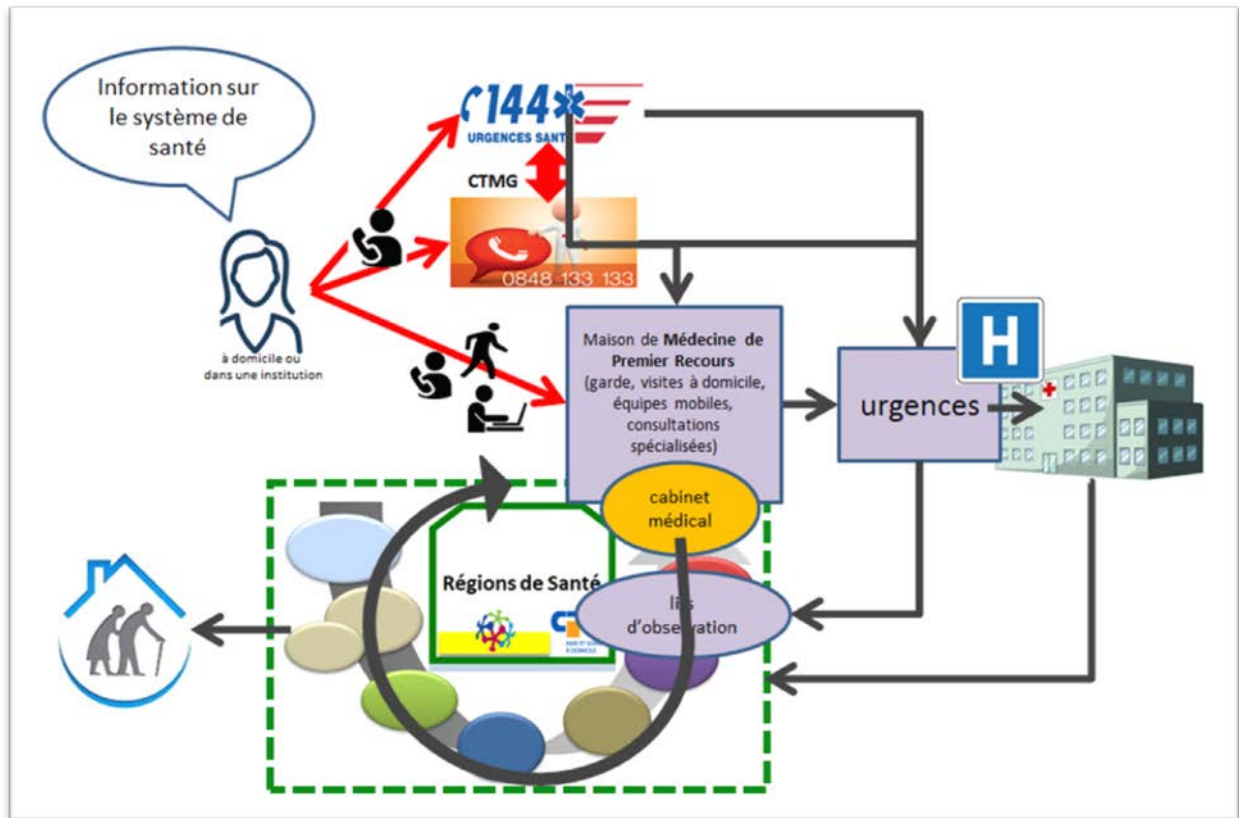
Dans ce processus de réponse, seuls les patients nécessitant une prise en charge hospitalière sont adressés aux urgences de l'hôpital. En renforçant la capacité de tri et de prise en charge dans la communauté, il s'agit aussi de permettre aux urgences hospitalières de fonctionner de manière plus fluide et d'éviter les engorgements.

La figure 8 illustre les flux dans le processus de réponse à l'urgence. Les personnes dans leur lieu de vie (privé ou collectif) peuvent

- appeler le 144 si elles le jugent nécessaire ; un appel ne nécessitant pas une intervention relevant de l'urgence vitale est transmis à la CTMG ;
- appeler la CTMG pour un avis, un conseil, une orientation vers le dispositif requis. La CTMG peut ainsi transférer l'appel à la maison de premier recours qui évaluera si le patient doit se rendre en consultation ou si une équipe d'évaluation (médecin-infirmière) doit être envoyée à domicile ;
- se rendre directement à la Maison de Médecine de Premier Recours.

Au sein de la Maison de Médecine de Premier Recours une évaluation et un tri sont opérés. La prise en charge la plus adaptée est décidée. Cette instance dispose de quelques lits d'observation, médicalisés, qui permettent de suivre l'évolution de la problématique de la personne et décider ultérieurement du processus de soins le plus approprié. La Maison de Médecine de Premier Recours s'appuie également sur les pharmacies pour pouvoir disposer des médicaments et du matériel nécessaires aux prises en charge, notamment à domicile.

Figure 8 : les flux dans la réponse à l'urgence



Les besoins des patients sont reconnus rapidement et pris en compte avec le meilleur dispositif possible. Des propositions sont faites au patient et à ses proches. Par exemple, chez une personne âgée fragile qui présenterait une pneumonie débutante, sans signes de défaillance vitale, et sans indication d'hospitalisation en soins aigus, deux possibilités pourraient être discutées : une prise en charge à domicile, avec la surveillance nécessaire par les soins à domicile (y compris veille à domicile les premières nuits) ; ou alors une observation temporaire dans un lit attenant à la maison de médecine de premier recours, afin de s'assurer de l'évolution favorable de la pneumonie avant un retour à domicile avec surveillance et aide renforcée.

L'engagement de moyens pour le renforcement de l'accompagnement et des soins doit ainsi pouvoir être décidé très rapidement par le dispositif communautaire d'aide et de soins pour créer des alternatives à l'hospitalisation. L'hospitalisation reste un événement grave et indésirable, surtout pour des personnes vulnérables qui sont à haut risque d'y décliner rapidement. Les choix des patients et le maintien des compétences fonctionnelles à long terme sont pris en compte.

Le dispositif envisagé répond aux besoins de soins et d'accompagnement de toute personne. En guise d'illustration, la figure 9 décrit deux situations qui ne sont pas en lien avec un âge avancé et pour lesquelles le processus de prise en charge pourrait être orienté différemment.

Figure 9 : vignettes cliniques

Monsieur M., 25 ans, se présente aux urgences pour des douleurs mal systématisées et une gêne respiratoire. L'infirmière d'accueil et d'orientation peut raisonnablement exclure une cause grave aux symptômes que présente le patient et identifie qu'il s'agit probablement d'une crise d'angoisse ; elle le fait patienter dans la salle d'attente surchargée. Après deux heures d'attente, Monsieur M. est installé dans un box, il est agité et agressif. Le médecin va le voir et décide d'appeler le psychiatre de garde. Ce dernier tarde à venir et le patient devient de plus en plus menaçant envers le personnel soignant ; il en vient à brandir une paire de ciseaux. Le médecin décide d'appeler la police et de transférer le patient contre son gré à l'hôpital de psychiatrie.

A l'avenir, un patient de ce type se présentant à la Maison de Médecine de Premier Recours pourra être pris en charge par un médecin généraliste, avec l'appui d'une infirmière en psychiatrie et la supervision d'un psychiatre de garde. Il sera orienté vers des urgences hospitalières si sa situation nécessite une hospitalisation ou vers le dispositif communautaire pour une prise en charge renforcée. L'évaluation de la personne pourra donc se faire rapidement. Des interventions adaptées pourront lui être proposées dès son arrivée, ainsi qu'un suivi. Si le patient nécessite un lieu de soins et ou de répit en dehors d'une prise en charge hospitalière, il pourra demeurer dans un lit d'observation, sous la responsabilité de l'équipe de la Maison de Médecine de Premier Recours. La présence de la psychiatrie de liaison dans la Maison de médecine de premier recours permettra aussi de former les soignants à une meilleure évaluation psychiatrique des patients.

Madame G., 51 ans, est diabétique de type 2, et nécessite depuis 3 ans des injections d'insuline pour équilibrer son taux de sucre. Elle est au chômage. Elle consomme régulièrement de l'alcool. Elle est amenée aux urgences par les ambulanciers pour une alcoolisation aiguë, ainsi qu'une décompensation de son diabète. Elle a dû quitter son appartement et vit chez des amis depuis plusieurs semaines. Elle n'a plus d'insuline ; la relation avec son médecin traitant est difficile. Elle est hospitalisée et sort le lendemain contre l'avis des médecins. Quelques jours plus tard, elle est amenée en ambulance pour les mêmes raisons.

A l'avenir, une prise en charge interdisciplinaire, incluant l'intensification d'un suivi social, sera offerte à cette personne présentant une situation complexe. Cette prise en charge pourra débuter à l'hôpital si la personne nécessite une hospitalisation ou dans le cadre de la Maison de Médecine de Premier Recours : un suivi pourra s'établir en collaboration avec le médecin traitant. Dans le dispositif communautaire, des infirmières en pratique avancée, compétentes en gestion de situations complexes, pourront proposer, entre autres, un suivi régulier et de l'éducation thérapeutique.

Dans ce nouveau modèle de garde, qui inclura à la fois des médecins indépendants et des médecins salariés, la question de la rémunération est définie par convention entre les Régions de Santé et les médecins indépendants installés d'une part, l'hôpital et les médecins salariés d'autre part.

Un projet est en cours d'initialisation dans le nord vaudois (cf. annexe B « Fiche de projet Pôle Régional de Santé »). Dans ce modèle, le réseau de soins (RSNB) et l'hôpital (eHnv) visent à renforcer la réponse communautaire à la garde médicale et clarifier le rôle des urgences de l'hôpital. Une articulation forte entre le dispositif communautaire et l'hôpital est promue : l'intégration de la garde médicale entre la médecine de ville, les urgences de l'hôpital et le service de médecine interne de l'hôpital est proposée. Ce projet pose des questions légitimes autour d'enjeux stratégiques, financiers, cliniques et de gouvernance.

Processus 3 : prévenir et ralentir le déclin fonctionnel

Le *déclin fonctionnel* * traduit l'effet progressif de la maladie sur la capacité de la personne à accomplir des tâches de la vie quotidienne, comme par exemple faire ses achats ou sa toilette, préparer ses repas, s'alimenter ou encore se déplacer. Les personnes âgées ne vieillissent pas de manière uniforme. Certaines garderont un bon état de santé jusqu'à un âge très avancé, alors que d'autres subiront l'effet de maladies chroniques et évolueront plus rapidement vers la dépendance fonctionnelle ou le décès. L'effet de la maladie est modulé par de nombreux facteurs personnels (disposition génétique ou habitudes de vie par exemple) et environnementaux (isolement par exemple) qui, potentiellement, influencent ce processus.

Le déclin fonctionnel est un processus qui doit être ralenti le plus possible. En effet, la dépendance fonctionnelle peut elle-même entraîner des déficiences au niveau d'autres organes ou systèmes,

susceptibles de générer à leur tour de nouvelles limitations fonctionnelles. Ainsi, une personne souffrant d'une arthrose importante de la hanche réduira progressivement son périmètre de marche et ses activités hors du domicile (limitation fonctionnelle et limitation de rôle) ce qui, à la longue, occasionnera un déconditionnement cardio-respiratoire. Ce déconditionnement pourra, à son tour, contribuer à limiter sa fonctionnalité et son rôle social. Par un effet de synergie, la présence simultanée de plusieurs pathologies chroniques multiplie le risque de dépendance.

Il s'agit donc d'intervenir le plus tôt possible dans ce processus de déclin. Ceci est rendu possible de nombreuses manières et notamment par l'encouragement au maintien des activités quotidiennes et par la réadaptation en cas de perte de fonctions motrices ou cognitives. Dans cette perspective, les acteurs de la 1^{ère} ligne de soins ont un rôle essentiel à jouer dans l'identification précoce et l'adressage des situations à risque de déclin fonctionnel vers des ressources qui sont à même de renforcer les capacités fonctionnelles des personnes. La possibilité d'exercer une activité physique adaptée est l'une de ces ressources ; mais aussi l'accès à un suivi visant une alimentation équilibrée, la santé bucco-dentaire, la compensation de possibles limitations sensorielles (vue, ouïe), ou encore l'accès à des mesures visant à rompre l'isolement.

Pour que la prévention du déclin fonctionnel soit efficace, il s'agit d'une part de promouvoir la détection des personnes à risque, d'autre part d'introduire des mesures de prévention le plus tôt possible. Dans ce cadre, le lien social est un élément important à considérer. Des liens entre dispositifs communautaires sociaux (p.ex. quartiers solidaires) et dispositifs communautaires de santé doivent être favorisés.

Processus 4 : répondre à la demande de fin de vie à domicile

En Suisse, une étude se basant sur des données de 2011 (Reich 2013) a recensé les lieux de décès. 38% des personnes meurent à l'hôpital, alors que 35% vivent leurs dernières heures dans une institution d'hébergement. Seuls 27% décèdent à domicile. Des variations existent entre les cantons : pour le canton de Vaud, le taux des décès à domicile n'était que de 24% en 2011. Chez les personnes de 75 ans et plus (OFS 2009), seul le 15% décède à la maison en Suisse.

Le récent programme national de recherche sur la fin de vie (FNS 2013) prend naissance sur le constat de l'évolution, durant ces dernières années, de la notion de « bien mourir » : on observe des développements autour des pratiques de soins palliatifs, du suicide médicalement assisté, de la position des proches aidants, de l'idée de « désir de mort » chez les personnes gravement malades ou encore de la spiritualité en situation de fin de vie. Les travaux menés actuellement vont permettre de mieux comprendre ces changements. Aujourd'hui, la notion de fin de vie fait davantage partie du débat public, elle est moins taboue auprès des professionnels. Il ressort aussi de ce débat l'expression d'un fort souhait de pouvoir mourir chez soi, dans son lieu de vie habituel : 73% des participants à une enquête (OFS 2009) préféreraient mourir à domicile.²⁰

La réponse à la demande de fin de vie à domicile fait partie intégrante du dispositif communautaire. Elle doit être articulée et dotée de structures spécifiques à l'instar d'autres types de prises en charge : accès aux prestations en urgence, renfort par des équipes mobiles, appui d'expertises spécifiques, etc.

3.1.2 Quelques éléments du dispositif communautaire

Les processus présentés ci-dessus doivent se réaliser par le renforcement des mesures de coordination existantes ou leur diversification. Quelques exemples de ces mesures :

a- La gestion de cas

²⁰ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/13794/index.html?lang=fr>

Globalement la *gestion de cas* * vise à améliorer la coordination et la continuité de prise en charge chez des patients dont les besoins sont particulièrement complexes et auprès desquels de nombreux prestataires interviennent. On pourra distinguer deux types de gestion de cas :

- gestion de cas dans les cabinets médicaux : les médecins s'appuient sur les compétences d'infirmières cliniciennes et de coordinatrices en médecine ambulatoires (assistantes médicales spécialement formées en coordination²¹) pour prendre en charge et suivre des malades chroniques (gestion de la maladie, prévention secondaire, éducation à la santé, etc.). Ces infirmières jouent un rôle essentiel pour soutenir le médecin de premier recours dans son rôle de coordinateur : appui pour l'évaluation des besoins fonctionnels, sociaux et médico-sociaux du patient et de ses proches, lorsque des prestations de soins à domicile ne sont pas encore mises en œuvre. Ces professionnelles s'appuient à leur tour sur les compétences des maisons de médecine de premier recours (nurses practitioners, équipes spécialisées, consultation mémoire, etc.). En cas d'hospitalisation, ces infirmières jouent un rôle essentiel dans la transmission d'information et le suivi des situations. Ce type de suivi s'inscrit sur le long cours en étroite collaboration avec les soins à domicile lorsque ceux-ci entrent en jeu.
- gestion de cas au niveau du système : une gestion de cas est nécessaire pour suivre une patientèle avec des besoins particulièrement complexes, de type médical et social. Cette gestion de cas s'adresse prioritairement aux personnes qui nécessitent des prises en charge soutenues, avec des suivis au long cours des médecins traitants ou des soins à domicile et qui utilisent de manière itérative les dispositifs d'urgence. Ce rôle est assumé par des professionnels spécialement formés à la gestion de cas, quel que soit leur formation de base. Leur rôle est principalement d'assurer un suivi et de construire au mieux avec ces personnes le suivi dont elles auraient besoin. Cette gestion de cas est temporaire, pour assumer une situation de crise. Dès que la situation est à nouveau stabilisée et prise en charge par les prestataires habituels (médecin de premier recours, soins à domicile ou suivi social), la gestion de cas au niveau système s'interrompt.

Dans ce contexte, l'activité des infirmières de liaison est redistribuée vers l'une ou l'autre de ces prestations.

b- L'articulation entre santé et social

En situation d'urgence ou lors de péjoration de l'état de santé (p.ex en fin de vie), le financement de mesures sociales ne doit pas être un frein au maintien à domicile, en particulier s'agissant du renforcement de présences professionnelles ou de veilles à domicile.

Les outils d'information sur les prestations d'aide et de soins doivent être performants et faciliter l'accessibilité au système et sa compréhension, accompagner la prise en charge par d'autres acteurs et anticiper les évolutions technologiques. L'organisation des acteurs sociaux doit s'adapter aux besoins de la population : elle doit être fluide, permettre une évaluation des besoins des personnes, assurer la mise en œuvre rapide – immédiate si requis - du dispositif de soutien nécessaire, de sorte que la personne ou les proches n'aient pas à attendre des décisions administratives lentes, ayant un effet potentiellement délétère (dégradation de la situation de la personne).

c- Le renforcement et la diversification des structures d'accompagnement médico-social

Pour favoriser la mise en œuvre des principaux processus décrits ci-dessus, le dispositif communautaire doit pouvoir s'appuyer sur des structures d'accompagnement médico-social diversifiées et renforcées.

²¹ brevet professionnel délivré pour la première fois en 2017 à une trentaine d'assistantes médicales qui auront suivi un cursus de formation (orientation clinique et orientation de gestion) leur permettant une intervention à partir du cabinet médical
Voir aussi <http://espace-competences.ch/formation/coordinatricecoordonateur-en-medecine-ambulatoire>

La mission originelle du **court-séjour** (répit pour la personne et/ou les proches) doit être poursuivie. Certains lieux de court-séjour doivent aussi acquérir les capacités d'accueillir des situations plus complexes. Ils développent la possibilité de prendre en charge le bénéficiaire dans un bref délai, disposent du niveau de dotation nécessaire. Les compétences présentes dans la Maison de Médecine de Premier Recours les soutiennent dans ces prises en charge (p.ex., psychiatrie de l'âge avancé, soins palliatifs, prise en charge nécessitant des techniques spécifiques).

Le dispositif communautaire doit aussi pouvoir disposer d'une capacité **d'accueil à la journée**, ainsi que de **lits de courte durée** pour l'accueil de patients ne nécessitant pas une hospitalisation en soins aigus, mais dont la situation du point de vue social ou médical est trop incertaine pour rester à domicile. Les situations médicales complexes de transition entre l'hôpital et le domicile sont également éligibles à ce type de prise en charge de manière à sécuriser et planifier le retour à domicile dans de bonnes conditions. Ces lits sont reliés au dispositif d'urgence communautaire 24/7 et à la Maison de Médecine de premier recours.

Des **logements protégés avec un encadrement renforcé** sont une alternative au domicile usuel lorsque celui-ci présente trop de difficultés pour continuer d'y rester. Le Conseil d'Etat ne prévoit pas de modifier sa politique en matière de construction de logements protégés et maintient son appui via les mesures actuellement en vigueur.

Le dispositif communautaire d'aide et de soins sera amené à promouvoir l'utilisation de ces prestations, avec pour effet une possible adaptation de la planification aux besoins émergents dans la région. Par ailleurs, le dispositif pourra faciliter le développement de prestations spécifiques telles que la création de lits d'urgence en court-séjour ou le renforcement de l'accueil de nuit en centre d'accueil temporaire ; il devra donc disposer des financements nécessaires pour optimiser et renforcer ces prestations.

3.2 Le dispositif d'hébergement de longue durée

De par le renfort du dispositif communautaire, le recours à l'hébergement de longue durée (EMS) pourra être parfois évité ou repoussé dans le temps en raison du maintien d'un meilleur état de santé plus longtemps. Un hébergement en EMS restera toutefois une option pour celles et ceux qui le souhaitent et le lieu adéquat de prise en charge lorsque le maintien à domicile devient trop précaire. Les établissements médico-sociaux devront offrir des lieux d'hébergement adaptés aux besoins des personnes et évolutifs en fonction de l'état de santé de celles-ci.

Globalement, un accroissement de la complexité des cas en hébergement de longue durée est attendu. La charge en soins sera progressivement plus élevée : le dispositif d'hébergement bénéficiera des compétences et des expertises nécessaires pour prendre en charge ces personnes. Les dotations des EMS s'appuieront donc sur le dispositif de réponse à l'urgence (cf. point 3.1.1 supra). Les dispositifs d'accompagnement à la fin de vie seront également renforcés de sorte à favoriser la meilleure qualité de vie possible pour les personnes.

Afin de soutenir cette évolution et appuyer la prise en charge en EMS dans des situations critiques, des expériences sont déjà menées dans le canton. Ainsi, la fermeture progressive de 19 lits en psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) dans le centre du canton a permis de transférer une partie des ressources sur l'hébergement de sorte à compléter les équipes des EMS, renforcer les compétences et éviter ainsi le recours à l'hôpital. Une seconde phase de ce projet est en cours avec le renforcement de l'intervention à domicile (médecin traitant et CMS).

3.3 Le dispositif hospitalier

L'hôpital reste un lieu d'intervention aigu, spécialisé et techniquement approprié. Il doit prioritairement se consacrer à sa mission principale qui est la prise en charge de patients avec des besoins spécifiques techniques de prise en charge et de surveillance.

L'hôpital doit également développer des compétences en matière de prise en charge des patients chroniques et des patients âgés, en se centrant sur une approche de médecine interne et générale structurant la réponse hospitalière médicale :

- dans son lien avec la communauté : dans les trajectoires de soins, l'hôpital s'articule avec les prestataires du domaine communautaire et de l'hébergement. La phase d'hospitalisation d'un patient est un choix concerté entre le patient, son médecin traitant et le médecin hospitalier via le dispositif de réponse à l'urgence de la Maison de Médecine de Premier Recours. La phase d'hospitalisation s'inscrit dans la trajectoire de soins du patient. Les choix du patient sont respectés ;
- l'hôpital revisite également certains processus liés à l'activité de soins aigus pour les adapter aux besoins des clientèles âgées et polymorbides. Depuis les urgences jusqu'à la sortie de l'hôpital, les prises en charge aiguës s'inscrivent dans les mêmes continuums de parcours de soins, s'agissant en particulier des personnes vulnérables ou à haut risque de déclin fonctionnel. Ainsi, l'hôpital développe sa capacité à identifier précocement les patients à risque de trajectoires hospitalières chaotiques et de complications durant l'hospitalisation ou après celle-ci. Il renforce le processus d'évaluation et d'orientation aux urgences par l'introduction d'instruments de dépistage, permettant l'identification des problématiques chroniques et fonctionnelles ainsi que la mise en place d'interventions spécifiques.

Le CHUV, dans son rôle de centre de référence universitaire, évolue progressivement vers une concentration de ses activités dans le domaine tertiaire. Il redéfinit une stratification des cas en fonction de leur complexité et du lieu de prise en charge. Si le niveau de médecine hautement spécialisée (MHS) est réparti au niveau inter-cantonal, il importe également de définir les prestations médicales spécialisées qui devront être regroupées cantonalement au CHUV. Pour l'organisation de ces prestations, les critères à prendre en considération sont :

- la rareté des situations ;
- la rareté des compétences et/ou des ressources (plateau technique spécialisé, interdisciplinarité requise, etc.) ;
- la nature du risque (opératoire ou autre).

Cette réflexion devra être menée dans des domaines tels que la chirurgie thoracique, les complications du diabète (diabète gestationnel ou pied diabétique par ex.), ou encore la pédo-psychiatrie.

Dans sa fonction d'hôpital de proximité pour la région centrale du canton, le CHUV développe avec la Région de Santé des modalités visant la régulation des situations ne nécessitant pas une hospitalisation. Les hospitalisations provenant de l'extérieur de la région et ne nécessitant pas le plateau technique du CHUV sont réorientées vers les régions. Par ailleurs, pour renforcer la capacité de prise en charge régionale, le CHUV développe des liens forts avec les hôpitaux régionaux et les Régions de Santé pour assumer, dans des délais courts, conseils et expertises interdisciplinaires visant le diagnostic, la mise en place ou le rééquilibrage de projets thérapeutiques dans certains domaines de spécialités. Dans cette perspective sont mis en œuvre des systèmes facilitant la télémédecine. Le CHUV articule également les cursus de formation avec le monde hospitalier et communautaire. Pour cela les statuts des médecins cadres sont harmonisés.

3.4 La mise en place d'un cadre cantonal favorisant le débat sociétal et éthique

Les enjeux sociétaux et éthiques en lien avec le système de santé font régulièrement l'objet de débats institutionnels, politiques et médiatiques, mais rarement à un niveau populationnel. Pour ce faire, le Conseil d'Etat entend favoriser les débats de société et la constitution de lieux de référence du type des commissions d'éthique. Dans le message du Conseil fédéral relatif au nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte (modification du Code Civil entrée en vigueur en 2013), l'accent a été mis sur l'autonomie de la personne. Dans ce contexte, le rôle et l'utilité des directives anticipées, les placements à des fins d'assistance (PLAFA) de même que le droit de faire appel à une assistance au suicide en l'absence de maladie dont l'issue fatale est imminente, représentent autant de débats qui devront être menés professionnellement, dans le respect des connaissances actuelles en la matière, et en tenant compte du contexte culturel cantonal.

3.5 Les compétences des professionnels et des personnes concernées

Le bilan actuel des formations professionnelles (cf. annexe C) met en évidence les efforts déployés par le canton pour se doter des compétences professionnelles requises par les besoins de la population.

Au niveau communautaire, les principaux développements en matière de compétences sont orientés vers des pratiques avancées au sein des équipes médicales et pluri-professionnelles. Dans les cabinets médicaux, le rôle de coordination assumé par des infirmières ou des assistantes médicales permet d'améliorer le fonctionnement, autant pour la gestion administrative du cabinet que pour la prise en charge et le suivi de patients complexes. L'accès à des formations médicales en médecine de famille est favorisé.

Dans le domaine de l'hébergement et à domicile, la prise en charge de personnes dans des situations plus complexes, avec des profils plus dépendants et des besoins en soins et en accompagnement plus importants nécessite une augmentation du niveau de qualification. Cette transition vers des équipes disposant d'un niveau de compétences plus élevé se réalise par un remplacement progressif d'une partie du personnel auxiliaire par du personnel qualifié, principalement de niveau secondaire. Cette stratégie est déjà mise en œuvre et se concrétise notamment dans la directive de la Commission inter services de visites des établissements sanitaires et sociaux (CIVESS) fixant la dotation et les qualifications du personnel de soins et d'accompagnement en EMS.

Le succès de cette stratégie de qualification nécessite en amont de soutenir la formation des futurs professionnels afin d'assurer la relève, principalement par la formation duale de CFC en soins et accompagnement (assistant-e en soins et santé communautaire - ASSC et assistant-e socio-éducatif - ASE) et par la formation continue.

Les patients eux-mêmes augmentent leur capacité d'autogestion de la maladie. Ils ont de plus en plus facilement accès à des conseils grâce aux outils technologiques (prises de rendez-vous par internet, SMS ou e-mails pour conseils et suivi de traitements chroniques, etc.). Et les conseils par des pairs sont de plus en plus diffusés.

3.6 Le développement d'outils partagés

Aujourd'hui, chaque milieu de soins dispose de langages et d'échelles d'appréciation de la situation du patient qui lui sont propres, parfois standardisés (p.ex PLAISIR pour les EMS ou RAI pour les soins à domicile), mais qui ne parlent pas le même langage. Par ailleurs, la transmission d'information d'un milieu de soins à un autre est assurée par des moyens devenus obsolètes (transmission par fax du document médico-social de transmission – DMST et du document médical de transmission–DMT).

Le Grand Conseil a adopté le 7 décembre 2016 un exposé des motifs et projet de décret – EMPD portant sur « le développement d’outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins ». Ce décret inscrit le dossier électronique du patient – DEP comme un outil à développer de manière prioritaire pour favoriser la continuité et la coordination des soins. Par ailleurs, le déploiement par sites-pilote d’outils d’évaluation clinique issus de la famille des outils interRAI™ permet à terme d’instaurer un langage commun entre acteurs.

3.7 Le monitoring et le pilotage du système

Le pilotage stratégique du système sanitaire s’appuie sur un système de monitoring efficace qui fournit une aide à la décision relative à la planification, à l’allocation des ressources et à l’évaluation de la performance du système. Ce système de monitoring repose sur un ensemble de systèmes d’information cohérents intégrant des processus et des outils communs garantissant une continuité de l’information et un niveau d’interopérabilité permettant d’en assurer le partage. Chaque système d’information constituant cet ensemble cohérent génère des données de qualité pour l’institution et la soutient dans sa gestion par une série de tableaux de bords pertinents permettant le suivi de sa stratégie. La mise au point de ces tableaux de bord repose sur un système d’information décisionnel performant, permettant d’exploiter l’ensemble des informations, et mettant à disposition du management des institutions un outil facilitant la prise de décisions.

Ces dernières années, des efforts importants ont été réalisés par les différents acteurs du système sanitaire pour informatiser l’existant (processus de dématérialisation). Ces efforts n’ont pas été que techniques, une standardisation de nombreux processus métiers a été de fait nécessaire à l’intérieur des institutions. Ces systèmes d’information de gestion se sont construits pour la plupart en silo et répondent en premier lieu aux besoins métiers de base (administration, facturation, plan de soins, documentation, RH, planification par exemple). Aujourd’hui ces systèmes d’information produisent de grosses quantités de données, souvent peu valorisées, éparses, parfois de qualité insuffisante.

Pour permettre le pilotage du système sanitaire, cet ensemble de systèmes d’information doit s’inscrire dans une urbanisation cohérente s’attachant à mettre en place des points d’accroche garantissant la continuité, la comparabilité et le partage d’une partie de l’information produite. Cette information ainsi générée sera utilisée par le système d’information décisionnel afin de renseigner sur les indicateurs pertinents et permettre l’évolution et l’amélioration des modèles de planification ou d’allocation de ressources.

Aujourd’hui, il existe une volonté partagée des acteurs de se diriger vers un système d’information sanitaire vaudois cohérent, facilitant notamment l’enjeu essentiel de partage de l’information. Il s’agit d’accompagner cette mutation en garantissant un cadre clair et commun, sécurisant ainsi les acteurs dans leur prise de décision relative à l’évolution de leur propre système d’information. Cela facilitera la construction des ponts dont le système sanitaire aura besoin demain et cela renforcera la visibilité nécessaire à un bon pilotage. Ces éléments sont fondamentaux dans la recherche de performance du système de santé vaudois.

CHAPITRE 4 LES « REGIONS DE SANTE »

Le système de santé pourra tenir le choc du vieillissement et de l'accroissement des maladies chroniques si son centre de gravité bascule sur la communauté. Pour ce faire, il y a lieu de mettre en place une organisation solide, innovante, soutenant une première ligne de soins forte, garante de la coordination des soins.

En cohérence avec l'organisation générale du canton, et dans le but de consolider et adapter le système de santé du canton de Vaud, le Conseil d'Etat propose la mise en œuvre de quatre Régions de Santé pour l'ensemble du canton. Cette répartition correspond à l'organisation du territoire en matière de soins.

Ces partenaires se voient confier une responsabilité sur l'ensemble d'une population et non pas uniquement sur les personnes consommatrices de soins. De plus, ils peuvent actionner des prestations hors de leur propre périmètre d'action, qu'elles soient sanitaires ou sociales.

Les Régions de Santé seront donc à la fois prestataires et régulatrices au niveau d'une région. Ce choix évitera la dichotomie actuelle entre les réseaux de soins d'un côté (régulateurs) et les soins à domicile (prestataires de soins) de l'autre. Cela permettra aux Régions de Santé d'avoir une légitimité à la fois stratégique et concrète en termes opérationnels.

4.1 La mission et les responsabilités

Le Conseil d'Etat a la volonté d'édicter un cadre légal précis et suffisamment évolutif pour permettre au dispositif mis en place de s'adapter à moyen terme. Ce nouveau cadre impliquera l'abrogation de la loi du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins (LRS) et de la loi du 6 octobre 2009 sur l'association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD).

Les Régions de Santé, qui prennent la forme d'établissements autonomes de droit public, ont une responsabilité publique vis-à-vis de la population du territoire régional desservi. En ce sens, les Régions de Santé reprennent la **mission**, qui incombait jusque-là à l'AVASAD de prodiguer des soins et de l'accompagnement « *à toutes les personnes sollicitant ses services habitant son champ géographique respectif* »²².

Le cadre légal proposé fixe le principe de l'égalité de traitement entre tous les habitants du canton. Il confère aux Régions de Santé la mission de garantir, vis-à-vis des autorités cantonales et communales, une responsabilité envers l'ensemble d'une population régionale : cette responsabilité consiste, en respectant le choix des personnes, à mettre en œuvre les actions propices à favoriser le maintien des personnes dans leur lieu de vie, et d'éviter, lorsque des alternatives sont envisageables, leur hospitalisation ou leur hébergement dans une institution. Cette mission doit s'exercer dans un esprit d'équité, dans le respect de la dignité et de la liberté des personnes.

Les Régions de Santé agissent donc de sorte à ce que les personnes intéressées puissent bénéficier le plus possible de prestations desservies dans la communauté. En développant la capacité de réponse en situation d'urgence, d'anticipation du déclin fonctionnel des personnes vulnérables et de prise en charge des situations complexes, l'action des Régions de Santé vise à différer ou éviter une hospitalisation ou un hébergement prématuré en institution.

L'exercice de la mission des Régions de Santé passe également par la capacité de coordonner au niveau régional la délivrance des prestations et les partenaires sanitaires et sociaux, dont les médecins installés, les hôpitaux, les établissements d'hébergement, les organismes sociaux et

²² LAVASAD (2009) art. 2.5

médico-sociaux, et les autres prestataires sanitaires. Pour des prestations spécifiques, cette coordination s'étend à des institutions délivrant des prestations pour l'ensemble du canton.

Avec la mise en œuvre des ressources dont elles disposeront, les Régions de Santé sont donc redevables :

- du maintien de l'état de santé de la population par une offre de prestations visant la réduction des risques en matière d'atteinte à la santé, la baisse de l'incidence et de la prévalence des maladies ;
- de l'efficacité et de la qualité du système de soins et d'accompagnement social dans la communauté, permettant aux personnes vulnérables de rester dans leur cadre de vie habituel et au système de garantir la meilleure économie des prestations fournies ;
- du renforcement et de la promotion des compétences en santé des personnes desservies régionalement, afin que ces dernières puissent agir de façon autonome et participer pleinement aux décisions médicales qui les concernent.

Les Régions de Santé font bénéficier les personnes de mesures préventives, de prestations sanitaires, sociales et médico-sociales qui permettent le maintien de l'état de santé et l'autonomie fonctionnelle. Le périmètre des prestations couvre les domaines de la prévention, de la prise en charge dans la communauté au plan curatif, palliatif, médico-social et de réadaptation. Les prestations concernent les domaines de la santé physique, mentale et du handicap.

Par les collaborations qu'elles établissent avec les instances communales, les *agences d'assurances sociales** et les associations ou groupes actifs régionalement, les Régions de Santé visent le développement de politiques et de mesures pratiques contribuant à l'accomplissement de leur mission, par exemple dans les domaines du logement, des transports, de la prévention ou encore de l'intégration sociale.

Compte tenu des enjeux démographiques et de morbidité, les cibles principales attribuées aux Régions de Santé sont fixées en tenant compte tout d'abord des besoins de soins et d'accompagnement des clientèles les plus utilisatrices du système, à savoir les personnes en situation de grande fragilité ou de dépendance, ou à risque de le devenir, quel que soit leur âge. Des objectifs concernant des populations spécifiques pourront être déterminés.

Les cibles sont définies pour une période de 5 ans, avec des déclinaisons annuelles, et portent sur chacune des dimensions illustrées à la figure 4 (p. 25). Le suivi et le pilotage de la mise en place des Régions de Santé se déclinent en une analyse des réformes structurelles, des processus, ainsi que sur des résultats mesurés auprès de la population (outcomes).

4.2 La gouvernance

Les Régions de Santé disposent d'une autonomie à l'intérieur du cadre proposé avec le présent projet. Les perspectives stratégiques des institutions sont identifiées et alignées sur la mission confiée. Le système mis en place au niveau régional recherche d'une part l'adaptation aux besoins des personnes de la région, d'autre part l'optimisation de l'utilisation des ressources allouées.

Les Régions de Santé mettent en œuvre et développent un ensemble de prestations et de services tenant compte de l'offre existant au niveau régional, dans le domaine sanitaire, social ou médico-social. Les Régions de Santé disposent de la compétence de conclure des ententes ou des conventions avec les acteurs présents régionalement : sur la base des autorisations d'exploiter délivrées par le canton, elles fixent les exigences qualitatives et quantitatives quant aux prestations attendues de la part des cocontractants.

Les Régions de Santé mettent en œuvre leur propre monitoring, en adéquation avec celui de l'Etat. Sur la base des informations concernant la population régionale, les Régions de Santé déterminent et ajustent leurs prestations pour la meilleure efficacité (rapport coût / qualité) régionale.

4.3 Le rôle des autorités cantonales et communales

4.3.1 Le **Grand Conseil** comme autorité législative cantonale supérieure, exerce sa responsabilité de contrôle démocratique sur le dispositif cantonal et les Régions de Santé. Il décide des budgets annuels et reçoit l'information nécessaire relative à la mise en place de l'organisation et ses résultats. A chaque législature, un rapport d'évaluation lui est transmis.

4.3.2 Le **Conseil d'Etat** exerce la haute surveillance sur les Régions de Santé. Il définit le territoire géographique de chacune d'elles. En ayant consulté les différents milieux concernés, il nomme trois des cinq membres du Conseil d'établissement de chacune des Régions de Santé. Par ailleurs, il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à un autre organe.

4.3.3 Le **Département** en charge de la santé définit les conditions cadres déterminant les responsabilités des Régions de Santé. En particulier, il définit des domaines de prestations dans lesquels les Régions de Santé doivent développer des prestations soumises au Département pour approbation.

De plus, de sorte à garantir l'égalité de traitement au niveau cantonal, le Département détermine

- les conditions financières par domaine de prestations et les tarifs ;
- les conditions d'obtention des autorisations d'exploiter et les délivre.

4.3.4 Dans chaque région, les **Communes** désignent deux membres pour siéger dans les Conseils d'établissement. L'un d'entre eux préside la Commission régionale (cf. point 4.5) mise en place dans chacune des quatre Régions de Santé. Le rôle des communes est essentiel pour la qualité de vie des personnes habitant leur territoire : la mise en œuvre de politiques en matière de logement, de transports, d'intégration sociale ou encore de culture ont un impact majeur sur la qualité de vie et la santé des personnes. Par ailleurs, les communes soutiennent les personnes vivant à domicile par des mesures d'aide individuelle financées en particulier par la facture sociale. Ainsi, l'accessibilité aux prestations sociales et d'accompagnement nécessaires à la poursuite de la vie chez soi malgré la dépendance ou le handicap continuera d'être facilitée par une aide à la personne (aide au ménage, transports, repas à domicile, etc.).

4.4 Le rôle des organes des Régions de Santé

4.4.1 La responsabilité du **Conseil d'établissement** est centrée sur la stratégie de la Région de Santé, le suivi de la mise en application des mesures visant l'atteinte des objectifs, la surveillance de la gestion et du bon fonctionnement de l'institution. Le Conseil d'établissement est constitué d'un nombre restreint de personnes choisies pour leurs compétences et leur expérience. Il est nommé pour une législature (mandats renouvelables 2 fois) par le Conseil d'Etat.

4.4.2 Pour en assurer la **Direction générale**, un-e directeur-trice général-e dirige l'institution, nommé-e par le Conseil d'établissement. L'organigramme de la Direction générale est constitué de telle sorte que les principaux domaines d'intervention des Régions de Santé soient représentés en son sein. Les Régions de Santé étant par ailleurs des lieux de formation importants pour les métiers médicaux, des soins et de l'intervention sociale, leur organisation doit permettre de répondre aux exigences des différentes filières de formation.

4.4.3 A l'instar des procédures existantes aujourd'hui pour l'AVASAD et les sept associations / fondations d'aides et de soins à domicile (A/F), les quatre Régions de Santé se dotent d'un **organe de révision** commun agréé par le Département.

4.5 La commission régionale

Regroupées dans une **Commission régionale**, les différentes parties prenantes des Régions de Santé que sont les communes, la société civile (associations, groupement de patients, etc.), les partenaires professionnels ou encore les collaborateurs des Régions de Santé disposent d'un espace de travail permettant d'appuyer la mission de la Région de Santé, de lui confier des tâches spécifiques ou encore de préavisier des aspects stratégiques. La loi ne prescrit pas de forme particulière concernant la Commission régionale : chaque Région de Santé, dans le cadre de la mise en place de ses organes de gouvernance, choisira sa propre organisation. Dans tous les cas, et dans le but de privilégier un système ouvert, les Commissions doivent pouvoir être interpellées directement par le Département ou être force de proposition à l'égard de celui-ci.

4.6 Les principes de la contractualisation

Un contrat de prestations fonde les rapports entre l'Etat et les Régions de Santé. Etabli pour la durée d'une législature, il spécifie en particulier les objectifs à atteindre, les processus de définition et de suivi des prestations des Régions de Santé, les modalités de gestion des plaintes, les informations requises pour le monitoring, les engagements financiers.

Les Régions de Santé sont habilitées à passer des conventions ou des mandats avec des acteurs sanitaires et sociaux, actifs au niveau cantonal ou dans la région, et dont les buts et activités contribuent à l'atteinte des objectifs des Régions de Santé.

4.7 La mutualisation par le biais d'une faitière

Afin d'assurer une cohérence cantonale et d'œuvrer dans une perspective d'économicité, certaines activités ou fonctions sont regroupées. Les Régions de Santé s'organisent ainsi en une faitière, constituée sous forme d'association de droit public autonome, dotée de la personnalité juridique, en particulier pour

- représenter les Régions de Santé auprès des instances cantonales et fédérales
- proposer à chaque législature au Département un bilan de l'activité des Régions de Santé et un plan cantonal prospectif conforme au cadre légal
- participer à la négociation de la CCT applicable à toutes les régions
- négocier des tarifs
- gérer le système d'information des Régions de Santé
- assurer la formation continue du personnel
- assurer une politique de communication partagée (charte graphique, site Internet, etc.)

Enfin, la facturation et l'encaissement sont assurés par une centrale commune aux quatre Régions de Santé.

Issue des Régions de Santé, cette faitière est financée par elles-mêmes ; la faitière se dote d'une organisation ad hoc, assurant sa pérennité.

Chapitre 5 LES MECANISMES DE FINANCEMENT

5.1 Les objectifs des Régions de Santé du point de vue financier

L'évolution prévisible de la population vaudoise implique la nécessité d'envisager le développement de ses infrastructures hospitalières et d'hébergement, mais donne également l'opportunité de réfléchir à une meilleure allocation des deniers publics dans ce secteur d'activité.

On constate aujourd'hui que l'hôpital est un centre de gravité fort du système sanitaire, parfois voie ultime de prise en charge de patients. L'examen des cas d'hospitalisation à partir des urgences met en évidence que dans une part des situations (Amalric 2009, Margan 2008, Sautebin 2012), la prise en charge pourrait continuer à se faire à domicile moyennant des renforcements en ressources humaines et techniques. Un effort important consenti sur le maintien à domicile permettra donc de limiter l'accroissement des journées d'hospitalisation.

Le projet proposé dans le présent exposé permet d'envisager l'amélioration du parcours du patient dans l'ensemble des structures de prise en charge en développant le maintien à domicile. Aujourd'hui, une journée d'hospitalisation en soins aigus en médecine coûte près de Fr. 1'200.- alors qu'une prise en charge à domicile, calculée sur les 100 clients les plus lourds (env. 2% de la clientèle des CMS) ayant eu des prestations d'aide et de soins durant un mois (calcul basé sur la statistique d'activité de l'AVASAD en 2014) coûte Fr. 336.- par jour (101 minutes d'aide et de soins quotidiens valorisés à Fr. 200.- l'heure). Une analyse de cas spécifique aboutit aux mêmes conclusions.

Même si les prestations de maintien à domicile se développent fortement, l'activité hospitalière et l'hébergement vont continuer à progresser, notamment du fait de l'augmentation de la population vaudoise²³. Ce projet de réforme permettra de contenir ce développement. En responsabilisant les acteurs autour de la santé communautaire et en transférant des ressources financières, publiques notamment, aux Régions de Santé, on se donne les meilleures chances d'atteindre ces objectifs.

L'impact des mécanismes de financement doit également permettre la prévention du déclin fonctionnel : la prise en charge des situations en amont permet de retarder d'autant l'usage de dispositif plus coûteux. Il s'agit dès lors de reconnaître et supporter financièrement ce travail d'anticipation, en évitant de centrer le système de financement sur la seule prise en charge de personnes dépendantes, qui sont les plus consommatrices de soins.

5.2 Le modèle de financement des Régions de Santé

Le projet instituant les Régions de Santé prévoit d'associer trois types de rémunération (voir aussi annexe D) :

1. une rémunération à l'acte s'agissant de la participation des assureurs, telle qu'elle est prévue dans la LAMal pour le domaine ambulatoire, et la participation des patients/clients (ou des régimes sociaux concernés) pour les prestations qui leurs sont facturées ;
2. une rémunération par capitation, s'agissant de la **contribution publique (canton et communes) de base** ;
3. une rémunération basée sur des objectifs de performance s'agissant de la **contribution publique (cantons et communes) complémentaire**.

²³ <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DomID=36>

5.3 Les principes de calcul de la contribution de base

La contribution de base sera calculée à partir de la population desservie par les Régions de Santé, population pour laquelle des critères de risques seront établis afin d'en ajuster le montant de la capitation. Des données populationnelles devront donc être collectées pour fournir l'information nécessaire relative à l'observation de ces critères de risques. Ces critères d'ajustement comprennent par exemple des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'éloignement géographique ou encore des facteurs de morbidité comme le degré d'autonomie fonctionnelle, les diagnostics médicaux ou les médicaments prescrits. En effet, une allocation adéquate des ressources aux Régions de Santé dépend non seulement de l'effectif de la population concernée, mais également de son état de santé qui déterminera ses besoins de prise en charge. Plus la population est âgée, dépendante, et/ou chroniquement malade, plus les mesures mises en œuvre pour garantir son maintien à domicile devront être intensives et nécessiteront des ressources plus importantes pour les Régions de Santé.

D'autre part, il est fondamental de pouvoir associer ces facteurs de risque individuels – mais rendus anonymes, pour transmission à l'Etat – aux coûts individuels de prise en charge par les Régions de Santé pour chaque personne, afin de pouvoir construire un modèle prédictible des coûts. En cela, la centralisation de la facturation des prestations des Régions de Santé ainsi que des co-contractants permettra de faciliter l'obtention d'une partie des informations de coûts nécessaires à la construction du système de financement.

Pour déterminer les charges que devront supporter les Régions de Santé en T+1, le modèle associe les facteurs de risques de la population observés en T-1 aux coûts attendus de ces facteurs de risque. Les coûts attendus étant estimés sur la base d'observations passées (relation entre les facteurs de risque en T-2 et les coûts associés à ces facteurs en T-1). La prise en compte de facteurs de risque externes à l'activité des Régions de Santé permet également de prédire le coût à charge de Régions de Santé que représentent certaines catégories de la population. Par exemple, il serait possible de prédire le coût à charge des Régions de Santé engendré par une personne suite à un épisode particulier traité dans les soins aigus (AVC, diabète, etc.) sur la base du DRG généré par ce patient. Certains DRG deviendraient alors des prédicteurs de coûts auxquels les Régions de Santé associeront des besoins de prestations futurs.

Cette partie du financement suivra naturellement l'évolution de la population, tant en termes d'effectifs que de besoins de prestations évalués en fonction du monitoring des facteurs de risque. Elle prend également en compte – avec un certain retard – l'évolution des techniques et pratiques médicales dans la prise en charge des patients. En effet, l'examen des coûts générés par une catégorie de patients dont la prise en charge aiguë devient moins invasive par l'amélioration des techniques médicales, par exemple, générera des coûts moindres en termes de soins à domicile. La diminution des coûts pour cette catégorie de patients sera répercutée sur le modèle de financement au moment où les nouveaux coûts constatés seront intégrés au modèle et au calcul du budget suivant, soit avec un retard de 2 ans.

5.4 Les principes de calcul de la contribution complémentaire

Outre le financement nécessaire au traitement de la population identifiée à un moment donné, la contribution de l'Etat repose également sur un incitatif à la performance, basé sur des objectifs que l'Etat fixe aux Régions de Santé pour une période donnée (une législature par exemple). Le premier objectif fixé consiste à réduire la progression des journées d'hospitalisation. Pour ce faire, il est prévu que l'Etat alloue une contribution complémentaire permettant aux Régions de Santé d'entreprendre des actions pour diminuer certaines catégories de journées d'hospitalisation, que le patient soit à son domicile privé, ou que ce domicile soit un lieu d'hébergement. Dans les situations d'hébergement, la mise en place d'équipes mobiles permettant de prendre en charge des cas qui seraient hospitalisés, pourrait être soutenue par la mise en œuvre d'un double incitatif : équipe

mobile mise à disposition pour le lieu d'hébergement (comprise dans le fonctionnement des Régions de Santé) et limitation – voire suppression - de la facturation de la garde de lit si le pensionnaire est hospitalisé.

Ces démarches visant au maintien à domicile impacteront la contribution des Régions de Santé en deux temps : dans un premier temps, par une attribution forfaitaire en fonction des journées d'hospitalisation économisées et dans un second temps, par l'ajustement de la contribution de base qui tiendra compte de l'augmentation du niveau global de risque et des coûts associés que représentent ces patients maintenus à domicile, en fonction de la mesure de leur morbidité.

En économisant sur la croissance des journées d'hospitalisation et d'hébergement, une réallocation des ressources sera possible. Le projet prévoit donc de financer dans un premier temps le développement du maintien à domicile par une limitation de la croissance des structures hospitalières et d'hébergement. Au niveau hospitalier, le projet anticipe à l'horizon 2028 une diminution de 20 % des journées de réadaptation engendrées par la population âgée de plus de 75 ans, de 60 % pour les journées de soins aigus en provenance des urgences (niveaux d'urgences les plus bas : 4 et 5) pour la population âgée de plus de 65 ans, ainsi qu'une diminution d'un jour de la durée moyenne de séjour (DMS) des autres hospitalisations en soins aigus pour la population âgée de plus de 75 ans. Au niveau des EMS, un maintien à domicile supplémentaire moyen de 2 mois avant entrée en EMS est escompté.

5.5 Le principe de transparence

Pour que le système puisse fonctionner dans un climat de confiance entre l'Etat, les communes et les Régions de Santé, il est fondamental que l'ensemble des éléments permettant de calculer la contribution de l'Etat, que ce soit la contribution de base ou la contribution complémentaire, soit défini ex ante et partagé en toute transparence entre les acteurs.

Les évolutions du modèle de calcul de financement, son affinement en fonction des connaissances académiques, de l'ajout de nouveaux facteurs de risque, ne sont introduites qu'après validation scientifique et en toute connaissance de cause des Régions de Santé.

De même, les critères d'évaluation de la performance, une fois les premiers objectifs atteints en termes de diminutions de journées d'hospitalisation devront être fixés et communiqués aux Régions de Santé de manière à ce que la mesure de l'objectif ne souffre d'aucune approximation ni d'aucun arbitraire.

5.6 Les limites actuelles à l'utilisation du nouveau système de financement

Au lancement de la nouvelle organisation, toutes les données ne seront probablement pas disponibles pour assurer le calcul de la contribution de base (rémunération par capitation ajustée au risque). Il s'agit non seulement de collecter des données individuelles anonymisées des critères de risques par région, mais également de les mettre en relation avec des coûts de prise en charge individuels, nécessitant une comptabilité analytique solide et détaillée.

Du côté des facteurs de risques, l'évaluation RAI™ permet déjà d'obtenir des informations sur les AVQ (*activités de la vie quotidienne*)* et les AIVQ (*activités instrumentales de la vie quotidienne*)*, éléments déterminants dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Toutefois, la couverture des clients évalués doit encore être améliorée. Si les DRG sont déjà collectés dans le cadre de la statistique médicale fédérale, ceux-ci ne peuvent actuellement pas être reliés à la population générale. Il s'agit pour ce faire d'utiliser un numéro d'identification unique permettant l'appariement des différentes données individuelles récoltées tout en garantissant la protection des données en s'assurant qu'à aucun moment un individu ne puisse être identifié. Les données sur les médicaments prescrits ne sont quant à elles pas disponibles à ce jour de manière centralisée.

L'utilisation de ces données (*PCG – Pharmaceutical Cost Groups**) dans le cadre de la compensation des risques au niveau fédéral pourrait changer la donne mais ne garantit pas pour autant l'accessibilité de ces données aux cantons.

La construction de la contribution de base devra donc suivre un processus itératif avant d'aboutir à un système qui corresponde aux principes décrits. Dans l'intervalle, cette contribution sera calculée en utilisant les données disponibles qui permettront de distinguer les différentes catégories de population confiées aux Régions de Santé, telles que le taux de population par classe d'âge, par sexe et selon l'éloignement moyen des clients par rapport aux intervenants. Certains critères de morbidité pourraient être disponibles comme les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et différentes classes de risque pourraient être élaborées de manière « grossière » dans un premier temps (par exemple basées sur des catégories de coûts ou de taux de recours).

5.7 La détermination de la contribution au lancement des Régions de Santé

5.7.1 Le calcul des montants actuels

Dans un premier temps, la contribution allouée aux Régions de Santé représentera la somme des contributions versées à l'AVASAD, aux réseaux de soins, voire à d'autres structures de prise en charge financées par l'Etat à l'heure actuelle. A l'avenir, celles-ci établiront une convention avec les Régions de Santé. Sur la base des budgets 2016, la figure 10 identifie la répartition de ces montants globaux.

Figure 10 : montants globaux de la contribution aux Régions de Santé (base : budget 2016)

Libellé	Montants (en millions de francs)		
	Canton	Communes	Total
AVASAD*	134.3	66.5	200.8
OSAD et infirmières indépendantes	5.7	0.0	5.7
Réseaux de soins**	12.2	0.0	12.2
Autres institutions***	6.2	0.0	6.2
Total au budget	158.4	66.5	224.9

* sans l'unité Promotion de la santé et prévention en milieu scolaire

** sans les cotisations et contributions des institutions partenaires

*** montant à affiner

En outre, les réseaux de soins sont financés par leurs membres (hôpitaux et EMS). Ces contributions s'élèvent actuellement à 11 millions de francs environ (7 millions des hôpitaux ; 3 millions des EMS et 1 millions des CMS).

Les Régions de Santé ne percevant plus les contributions des membres des réseaux de soins, l'ensemble du financement reçu des hôpitaux et des EMS sera intégré au budget des Régions de Santé. S'agissant des hôpitaux, le coût de cette contribution peut être assimilé à des prestations d'intérêt général et le budget des hôpitaux sera adapté en conséquence. S'agissant des EMS, la situation est un peu plus compliquée, dans la mesure où ces cotisations sont intégrées dans le prix de pension facturé aux résidents. Toutefois, une proportion importante des résidents bénéficie de prix de pensions réduits. Cette cotisation est donc de facto financée en grande partie par l'Etat. Le total des montants assumés par les résidents eux-mêmes représente environ Fr. 600'000.-. La part payée par les communes par le biais de la facture sociale s'élève également à Fr. 600'000.-. Ces deux montants seront intégrés dans le budget des Régions de Santé à l'avenir. Pour les CMS enfin, le montant s'annule vu leur intégration dans les Régions de Santé.

5.7.2 La contribution initiale des Régions de Santé, par région

Les données actuelles ne permettent pas encore de calculer précisément la contribution de chaque Région de Santé en fonction de critères décrits au point 5.3. Le coût moyen par habitant aboutit à des écarts importants entre les différentes régions qu'il s'agira d'évaluer afin d'aboutir à une répartition équitable de la contribution publique. La contribution initiale sera donc en partie basée sur des critères historiques. C'est la mise sur pied d'une base de données permettant une exploitation plus précise des variables qui permettra de faire évoluer ces contributions vers un véritable financement par capitation. Dans un délai de cinq ans, l'analyse de ces données permettra de réajuster – cas échéant – la contribution initiale.

Globalement et sur la base du budget 2016, une répartition historique de la contribution publique représente les montants suivants. Ces montants seront adaptés en fonction du dernier budget alloué à l'AVASAD, aux Réseaux et aux partenaires privés avant la mise en œuvre concrète des Régions de Santé. La figure 11 montre la contribution au lancement des Régions de Santé pour chacune des quatre régions, sur la base du budget 2016 des soins à domicile privés et publics, ainsi que des réseaux de soins.

Figure 11 : contribution au lancement des Régions de Santé, par région (base : budget 2016)

	La Côte	Nord-Broye	Haut-Léman	Centre	Total
AVASAD	38.3	49.6	38.0	74.9	200.8
Réseaux	2.2	3.2	3.2	3.6	12.2
OSAD et Inf. ind.	0.4	2.1	0.7	1.9	5.1
Autres	1.5	1.6	1.5	1.6	6.2
Total	42.4	56.5	43.4	82.0	224.3

5.7.3 L'évolution des contributions publiques) Le financement de la contribution de base et de la contribution complémentaire est assuré par le Canton et les communes.

Le coût pour les communes ne doit pas être impacté du fait de la réforme proposée. En conséquence, la contribution des communes doit correspondre au financement qu'elles ont alloué précédemment à l'AVASAD. La figure 12 indique cette évolution. A noter que, durant la période, des changements sont intervenus impactant la calculation de la part des communes. Ainsi, en 2008 l'application de la RPT sur le subventionnement de l'AVS ; en 2012, l'application du nouveau régime de financement des soins ; en 2014, l'application du protocole canton – communes.

Figure 12 : évolution de la part communale au financement de l'AVASAD (2007 – 2016)

Année	En millions CHF	En CHF par habitant
2007	31.9	49.00
2008	50.1	74.16
2009	55.5	81.61
2010	61.8	90.20
2011	67.9	97.30
2012	73.6	103.90
2013	77.9	107.95
2014	56.7	77.66
2015	63.3	85.15
2016	68.0	90.00

Dans le cadre de la consultation, des discussions vont s'engager avec les communes pour déterminer le mode de calcul de leur contribution.

Cette contribution des communes, ainsi que la contribution du canton, qui sera inscrite au budget ordinaire de l'Etat, en faveur des Régions de Santé vont suivre naturellement l'augmentation de la population vaudoise et de la population âgée en particulier. Lors leur constitution (phase de transition en 2018), les Régions de Santé vont procéder aux premiers travaux visant à mettre sur pied leur gouvernance et leur organisation : ces travaux sont financés par la mobilisation des fonds disponibles au sein de l'AVASAD – respectivement des A/F – et des réseaux de soins (cf. colonne « autofinancement » de la figure 13 ci-dessous)

Mais pour que les Régions de Santé puissent développer leurs activités en fonction des objectifs retenus dans un contexte financier serein, il est proposé que l'Etat alloue un montant extraordinaire de 50 millions de francs sur une période de trois ans (2019 – 2021). A l'issue de la consultation sur le projet, le Conseil d'Etat proposera les mécanismes de financement et d'utilisation de ce montant. Comme l'illustre la figure 13 ci-dessous, ce montant doit permettre de financer la transition vers les Régions de Santé, d'investir en particulier dans les processus cliniques, le système d'information et le monitoring, ainsi que d'initialiser les premières mesures permettant d'atteindre les objectifs fixés (diminution des journées d'hospitalisation des 65 ans et plus / diminution de la durée moyenne de séjour en EMS / amélioration de l'état fonctionnel des personnes fragiles et vulnérables). Les premiers effets de ces mesures vont générer des limitations de la croissance des journées d'hospitalisation et d'hébergement qui doivent permettre de compenser l'apport financier consenti au lancement du projet.

Afin de faciliter la possibilité d'engager rapidement des prestations d'accompagnement et de soins (p.ex en situation d'urgence ou de péjoration rapide d'une situation), des investigations seront menées avec les assureurs maladie pour que l'ensemble des flux financiers transitent par une centrale commune de facturation et d'encaissement.

Figure 13 : utilisation du montant de CHF 50 millions : répartition par natures de charges

		Charge brute	Revenus LAMAI	Sous-total	Autofinancement	Charge nette
1- coûts liés à la mutation	frais fiduciaires / notariat	1'200'000.00		1'200'000.00	-	1'200'000.00
2- investissements	mise en place des processus cliniques	3'150'000.00		3'150'000.00	3'150'000.00	-
	développements des systèmes d'information	4'500'000.00		4'500'000.00	4'500'000.00	-
	développement des outils de monitoring	2'500'000.00		2'500'000.00	2'500'000.00	-
3- déploiement des processus cliniques	développement de la garde médicale	5'000'000.00	1'500'000.00	3'500'000.00		3'500'000.00
	renforcement cabinets médicaux	6'000'000.00	-	6'000'000.00		6'000'000.00
	infirmières cliniciennes dans maisons de médecine de premier recours	4'500'000.00	450'000.00	4'050'000.00		4'050'000.00
	renforcement équipes CMS pour fins de vie à domicile	36'000'000.00	9'000'000.00	27'000'000.00		27'000'000.00
	renfort équipe CMS pour prévention du déclin fonctionnel / mesures d'accompagnement social	7'200'000.00		7'200'000.00	-	7'200'000.00
	réadaptation à domicile	6'000'000.00	2'400'000.00	3'600'000.00		3'600'000.00
TOTAUX		76'050'000.00	13'350'000.00	62'700'000.00	10'150'000.00	52'550'000.00

L'utilisation de ces ressources doit permettre de limiter la croissance de l'hospitalisation et de l'hébergement. Le Département tiendra compte des résultats des Régions de Santé dans l'élaboration des budgets hospitaliers pour la période 2019 – 2021 et adaptera également la

prochaine planification médico-sociale (2017 – 2022) pour limiter la croissance du parc de lits de longue durée en EMS.

En principe, à l'issue de la période 2019 - 2021, les mesures nécessaires au déploiement des Régions de Santé seront réalisées et le système d'information permettra d'évaluer les objectifs en termes de recours à l'hospitalisation et à l'hébergement. De ce fait, le système de financement prévu par la loi pourra déployer tous ses effets.

5.7.4 Le capital de dotation

Le capital de dotation doit permettre aux Régions de Santé d'investir dans leurs projets. En créant les Régions de Santé, les actifs de l'AVASAD et des Réseaux de soins sont d'ores et déjà disponibles pour alimenter le capital de dotation. A l'heure actuelle, les fonds disponibles des institutions se montent à environ 17 millions de francs (capital, réserves et provisions sans affectation).

5.8 Autres impacts économiques

Pour les assureurs, la situation est plus favorable, puisque l'on peut estimer que l'économie réalisée sur les hospitalisations sera supérieure à l'augmentation des soins dus au maintien à domicile, compte tenu que les frais de l'aide à domicile ne sont pas à la charge de l'AOS.

S'agissant de l'impact du projet sur le coût des EMS, on peut estimer que tous les financeurs seront gagnants (toujours sans tenir compte des impacts démographiques).

Sans tenir compte des variations démographiques, si le type de prestations change et produit les effets attendus (baisse des hospitalisations inappropriées / diminution des durées de séjour de l'hébergement), mais que les mécanismes de financement restent identiques à ceux en vigueur actuellement, les communes seront pénalisées alors que les assureurs et l'Etat seront bénéficiaires. Il faudra donc corriger le mécanisme de financement, de manière à ce que les charges assumées par les communes croissent dans la continuité des années précédant la réforme, sans être alourdies par la réforme. Des discussions dans ce sens seront conduites avec les associations faitières des communes. La figure 14 ci-dessous résume cette situation.

Figure 14 : impacts économiques sans changement des mécanismes de financement

	Canton	Communes	Assureurs
Diminution des hospitalisations aiguës	+	=	+
Diminution de la durée de la réadaptation	+	=	+
Augmentation du maintien à domicile	-	-	-
Hébergement en EMS	+	+	+
Impact global	+	=	+

5.9 Les projections des coûts

Les deux figures suivantes synthétisent la projection des coûts attendus jusqu'en 2028. Dans la figure 15, la courbe verte illustre la tendance actuelle d'évolution des coûts du maintien à domicile. Les barres représentent le cumul des financements liés à la contribution de base (en bleu) et à la contribution extraordinaire de l'Etat de CHF 50 millions (en rouge).

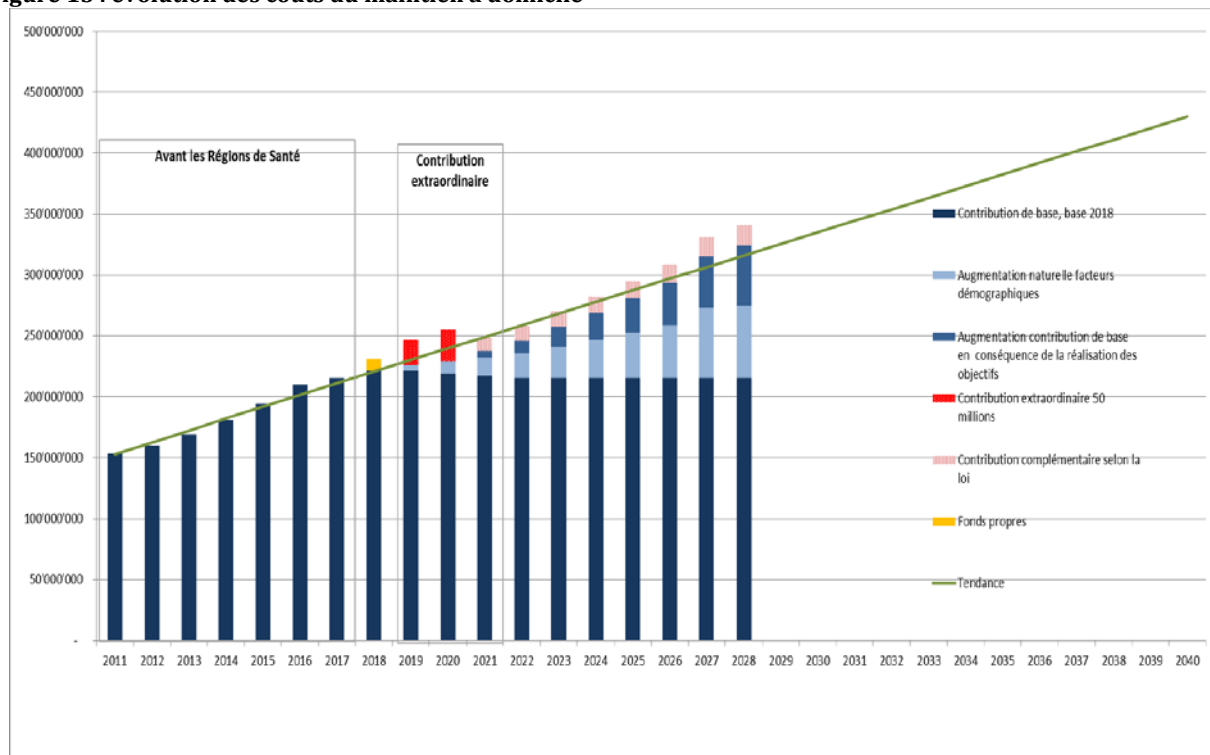
Cette contribution extraordinaire vise la mise en place et le renforcement initial des Régions de Santé jusqu'en 2021 afin d'atteindre les objectifs suivants :

- constituer les nouvelles gouvernances, mettre en place et assurer le fonctionnement du management
- définir et rendre opérationnels les processus de travail prioritaires suivants :
 - 1- le renforcement du lien entre les cabinets de médecine de premier recours et le dispositif de soins

- 2- le développement de la capacité du système à répondre aux situations d'urgence en évitant l'hospitalisation
- 3- le développement de la prévention du déclin fonctionnel
- 4- le renforcement de la prise en charge à domicile des situations de fin de vie
- engager et/ou former les collaborateurs pour assurer le renforcement des processus cliniques ci-dessus
- construire le système d'information, les outils de monitoring et compléter les équipements requis pour le pilotage du dispositif

Dès 2021, le modèle de financement sera celui prévu par la loi, soit une rémunération par capitation (les différentes teintes de bleu) et une rémunération selon l'atteinte d'objectifs (en rose).

Figure 15 : évolution des coûts du maintien à domicile

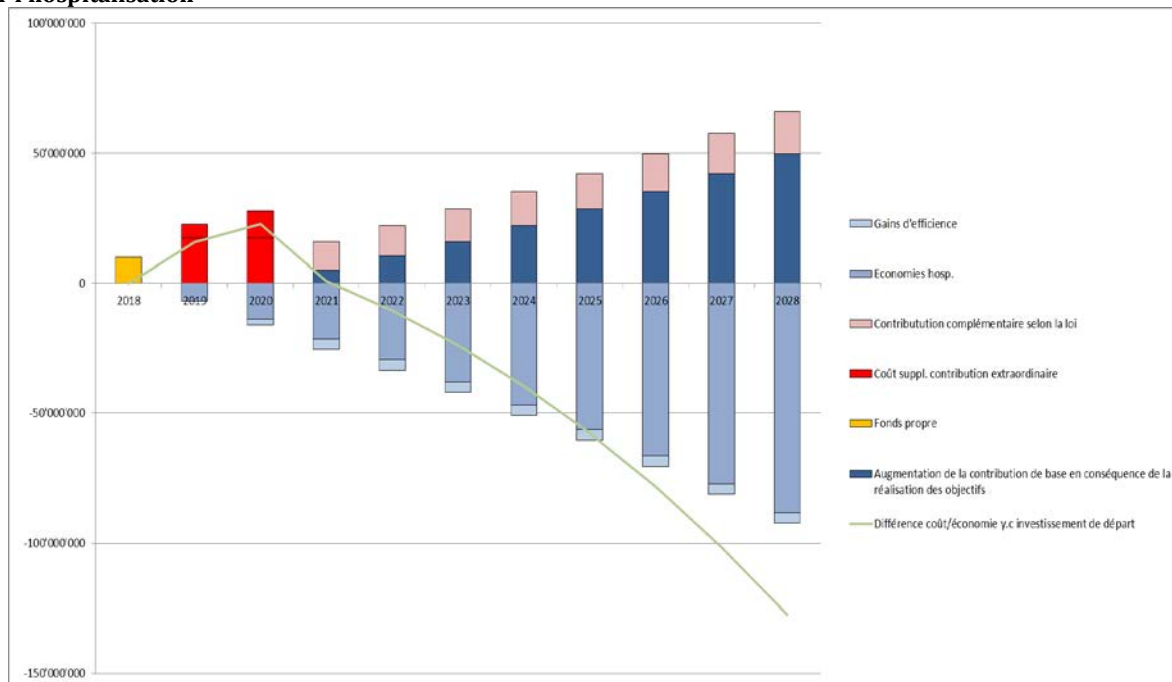


La figure 16 ci-après illustre davantage l'évolution de la contribution extraordinaire entre 2019 et 2021 (en rouge), puis dès 2022 l'augmentation de la rémunération par capitation en conséquence de la réalisation des objectifs (contribution de base en bleu foncé) et la rémunération selon l'atteinte d'objectifs (en rose) non encore prise en compte dans la contribution de base par le modèle de financement. Ce graphique met en regard les économies attendues au niveau hospitalier dès 2019.

La courbe verte montre ainsi que les coûts (y compris la contribution extraordinaire) seront supérieurs aux économies jusqu'en 2020, puis que cette différence sera proche de zéro en 2021, et ce sans prendre en compte les économies potentielles réalisées par l'Etat via une moindre augmentation des subsides de primes LAMal du fait de la diminution des coûts hospitaliers pour les assureurs.

S'agissant des économies réalisées sur l'hébergement, elles pourront être calculées une fois que les cibles de planification auront été définies.

Figure 16 : évolution du coût du maintien à domicile - coûts supplémentaires comparés aux économies réalisées sur l'hospitalisation



Chapitre 6 LA MISE EN ŒUVRE

6.1 Les démarches entreprises

La mise en œuvre des Régions de Santé correspond à une adaptation importante du système de santé vaudois. Cette évolution va se dérouler sur un laps de temps de quatre ans pour que l'ensemble des pièces constitutives de ce changement soient à maturité et produisent leurs effets.

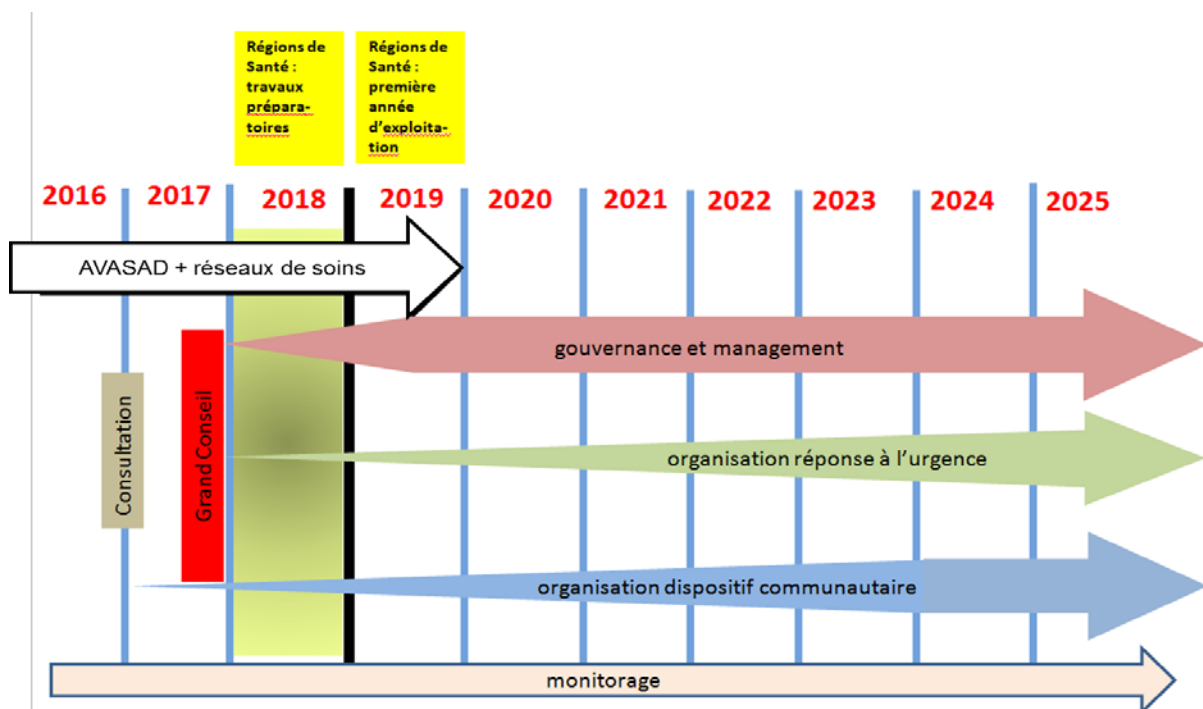
Précédemment à la phase de consultation, les acteurs ont été informés et associés à certaines étapes de la réflexion. Le DSAS a ainsi organisé des Assises (17 mars 2016) consacrées à l'aide et aux soins dans la communauté : près de 270 personnes représentant les institutions de soins et d'action sociale, les milieux professionnels, les milieux politiques ont pu exprimer leurs premières attentes et réflexions face à ce projet.

Éléments de synthèse ressortant des Assises

- un accord existe sur la nécessité d'adapter le système de soins pour faire face à l'impact du vieillissement démographique
- un modèle centré sur les soins de santé primaires est vu comme intéressant et novateur
- des mécanismes de financement reliés aux besoins des patients doivent permettre de dépasser certaines limites du financement « en silo » actuel
- une attention doit être portée sur les mécanismes de gouvernance
- l'importance du rôle et de la place des médecins de premier recours est relevée
- la liberté de choix des personnes prises en charge doit être respecté
- la complémentarité santé – social est à rechercher
- la formation est importante et nécessaire pour appuyer le changement

6.2 Le calendrier

Figure 17 : calendrier prévisionnel



6.3 La phase de transition (2018)

Si le Grand Conseil accepte ce projet, un travail de préparation important pour faire muter le dispositif devra avoir lieu : il serait ainsi possible que les Régions de Santé débutent en 2019 leur première année d'activité.

Durant cette phase de transition, il s'agira d'une part de maintenir un service de qualité pour la population, et d'autre part de mettre en place le nouveau dispositif.

A ce titre, des responsabilités claires doivent être identifiées pour l'Etat, les futures Régions de Santé et les partenaires. Si les changements structurels, l'élaboration et l'application des conditions cadres sont du ressort de l'Etat, le mode d'élaboration du dispositif d'intégration régional doit rester au niveau du terrain, dans une perspective de concertation entre partenaires interdépendants.

Dès lors, le Conseil d'Etat va s'attacher, aussitôt le cadre législatif adopté, à mettre en place les gouvernances propres à chacune des Régions de Santé. Une instance de coordination, placée sous l'égide du Département (DSAS) et regroupant les acteurs actuels et les quatre nouvelles structures, conduit la transition entre les deux modes de gouvernance.

Sur des bases communes au plan cantonal, il s'agit de développer régionalement des solutions à des problèmes identifiés en termes de prise en charge, de continuité de prestations, de qualité des approches préventives. Les quatre Régions de Santé vont se développer durant la même période sur l'ensemble du canton. Bien que la conduite globale du changement, au sens de ce qui est normalisable, soit administrée de manière *top down*, elle ne sera à elle seule pas suffisante pour engager de véritables modifications des processus de prises en charge et d'accompagnement au niveau des personnes. L'innovation locale (*bottom up*) doit jouer son plein rôle, au profit d'un dispositif de qualité et efficace, répondant aux besoins de la population et capable d'adaptation. Les acteurs vont donc participer à un véritable projet de changement : ce processus sera assumé par le SSP qui pilotera dans un premier temps le travail de préparation, puis passera la main aux gouvernances des Régions de Santé et des acteurs du terrain en fonction des objets. Les processus clés (lien avec la médecine de premier recours / réponse à l'urgence / prévention du déclin fonctionnel / fin de vie à domicile) seront traités prioritairement

En marge des changements qui résulteront de cette réorganisation du dispositif de soins et d'accompagnement dans la communauté, d'autres domaines pourront être affectés. Ainsi, une réflexion est actuellement menée sous l'égide du Service de protection de la Jeunesse (SPJ) concernant la gouvernance de l'ensemble des activités cantonales autour de l'enfance : dans la continuité des prestations actuelles de l'AVASAD en matière de petite enfance et de santé scolaire, ce domaine va également être amené à évoluer.

6.4 Les premiers résultats attendus (2018 - 2021)

L'impact créé par ce projet de réforme structurelle doit être mesurable au travers d'indicateurs populationnels de maintien de l'état fonctionnel, de la qualité de vie, ou encore de réduction des journées d'hospitalisations et de report de l'hébergement. Le plein effet des Régions de Santé sur ces indicateurs ne pourra être observé que lorsque les établissements fonctionneront à plein. L'adoption par le Grand Conseil (7 décembre 2016) d'un décret sur « le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins » conduit à l'implantation, dans les différents lieux de soins, d'outils partagés (InterRAI) permettant de suivre des indicateurs relatifs à l'état de santé et d'autonomie fonctionnelle de personnes fragiles ou dépendantes d'aides et de soins.

Dans un premier temps, afin de permettre une allocation des ressources conformes aux premiers objectifs fixés par l'Etat, certains indicateurs devront être rendus disponibles, tels que l'évolution du nombre de journées d'hospitalisation par tranche d'âge et la durée moyenne des séjours, l'évolution du nombre d'hospitalisations des personnes de plus de 65 ans ayant transité par le service des urgences en fonction de leur degré de gravité ou encore la durée moyenne de séjour en réadaptation. Ces données sont aujourd'hui disponibles de routine dans les établissements hospitaliers. Il s'agira de bien définir leur périmètre afin de pouvoir vérifier que les économies escomptées dans ce domaine se réalisent.

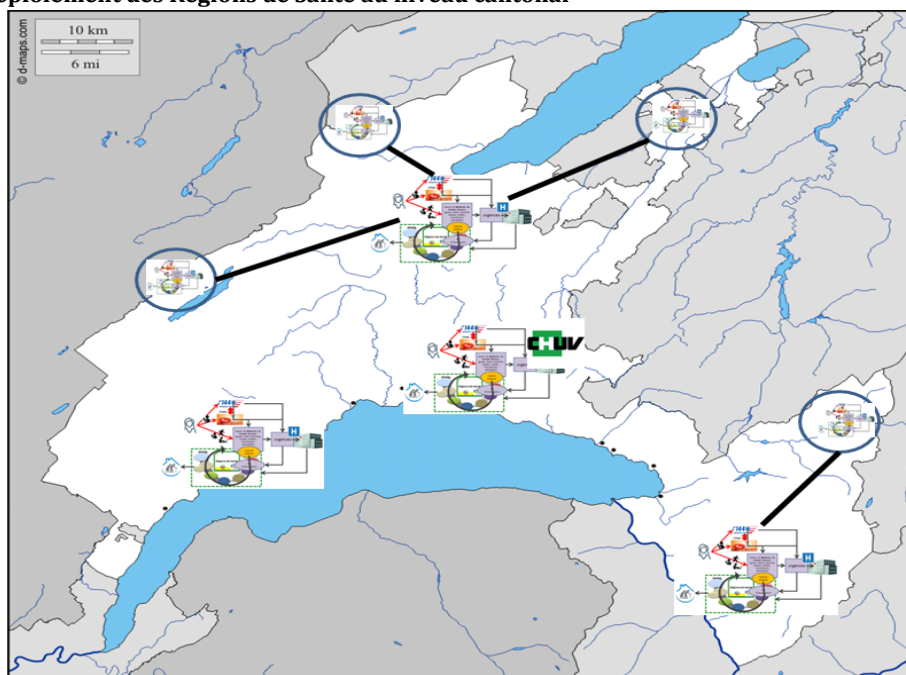
Parallèlement, des indicateurs d'activité des Régions de Santé devront permettre de vérifier que les économies qui auront été constatées sur le domaine hospitalier ont bien comme corolaire le développement des activités de maintien à domicile. Il sera ainsi possible de vérifier, par exemple, que la mise en place et l'activité déployée dans les futures Maisons de Médecine de Premier Recours est en adéquation avec la diminution des urgences hospitalières.

D'une manière plus générale, le monitoring des effets populationnels sera développé afin de mieux préciser le référentiel des critères d'atteinte de résultats des Régions de Santé dans le temps. Il devra bien entendu être élaboré conjointement entre l'Etat et les Régions de Santé et devra prendre en considération les cinq principaux éléments de réforme suivants :

- gouvernance
- management
- organisation de la réponse à l'urgence
- organisation du dispositif communautaire
- monitoring

Il est prévu qu'au plus tard à l'issue de la période de transition, l'organisation des Régions de Santé se soit déployée sur l'ensemble du territoire cantonal (cf figure 18 ci-dessous), en tenant compte des projets de développement d'entreprises intégrées régionalement telles qu'ils existent à la Vallée de Joux, dans le Balcon du Jura, dans la Broye et au Pays d'Enhaut.

Figure 18 : déploiement des Régions de Santé au niveau cantonal



THEMES		CRITERES	DELAIS
1- gouvernance	Conseil d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> les membres du Conseil d'établissement sont-ils nommés ? le Conseil d'établissement dispose-t-il d'un règlement de fonctionnement ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2018 30.06.2018
	Direction générale	<ul style="list-style-type: none"> la Direction générale est-elle nommée ? l'organigramme et les règles de fonctionnement de la Direction générale ont-ils été transmis au Département ? une politique d'accompagnement au changement est-elle élaborée ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2018 31.12.2018
	Commission régionale	<ul style="list-style-type: none"> la commission régionale est-elle nommée ? la commission régionale est-elle dotée d'un règlement approuvé par le Conseil d'établissement ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2018 30.06.2019
	organe faitier	<ul style="list-style-type: none"> les tâches mutualisables sont-elles définies ? l'organe faitier est-il fonctionnel ? les conventions de mutualisation sont-elles signées ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2018 31.12.2018 30.06.2019
2- management			
	contractualisation	<ul style="list-style-type: none"> les principaux partenaires sont-ils identifiés ? les conventions avec les OSAD privées et les infirmier-e-s indépendant-e-s sont-ils passés ? la contractualisation avec les cabinets médicaux est-elle pilotée ? une contractualisation avec les différents acteurs du secteur social est-elle définie ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2019 30.06.2019 30.06.2019 31.12.2018
	processus RH	<ul style="list-style-type: none"> les contrats de travail des collaborateurs, établis selon la CCT SAN sont-ils signés ? une politique de formation visant l'accompagnement au changement est-elle formalisée ? des places de formation, y compris pour les médecins de premier recours, sont-elles disponibles ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2018 30.06.2019
	processus financiers	<ul style="list-style-type: none"> une structure de comptabilité analytique est-elle fonctionnelle ? un système de gestion des risques est-il défini ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2018
	processus qualité	<ul style="list-style-type: none"> des indicateurs de qualité sont-ils identifiés ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018
	système d'information	<ul style="list-style-type: none"> un système d'information est-il défini ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018
3- organisation de réponse à l'urgence			
	processus	<ul style="list-style-type: none"> le dispositif de réponse à l'urgence a-t-il été défini en partenariat avec la médecine de premier recours, la médecine hospitalière et 144 / CTMG ? un diagramme régional des flux est-il disponible ? les modalités d'alternatives à l'hospitalisation sont-elles décrites ? les modalités d'intervention en EMS sont-elles définies ? l'implication des équipes expertes (soins palliatifs, psychiatrie de l'âge avancé) est-elle définie ? le dispositif régional permettant une alternative à l'hospitalisation est-il planifié à 5 ans ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2018 30.06.2018 30.06.2018 31.12.2018 31.12.2018 31.12.2019
	urgences hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> un concept de fonctionnement des urgences hospitalières régionales tenant compte du dispositif communautaire est-il élaboré ? la médecine hospitalière est-elle impliquée dans le dispositif de réponse à l'urgence ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2018
	garde médicale	<ul style="list-style-type: none"> le système de garde médicale régional est-il intégré au dispositif de réponse à l'urgence ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018
	lits d'observation	<ul style="list-style-type: none"> un dispositif de lit d'observation est-il élaboré conjointement avec la médecine de premier recours, l'hôpital et les EMS ? la planification du développement de ce dispositif est-elle prévue ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 30.06.2019

4-organisation du dispositif communautaire	renfort de la médecine premier recours	<ul style="list-style-type: none"> le projet de Maison de médecine de Premier Recours est-il décrit ? des liens entre le Réseau de santé et les cabinets médicaux sont-ils formalisés ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2018
	gestion de cas	<ul style="list-style-type: none"> des ententes sont-elles conclues avec des cabinets de groupe de médecine de premier recours pour un renfort d'infirmière clinicienne ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2019
	liens avec l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> les liens avec l'hôpital sont-ils définis pour le suivi des patients hospitalisés ? les processus de sortie des patients de l'hôpital sont-ils définis ? une identification des patients à risque de déclin fonctionnel lors d'une hospitalisation est-elle mise en place ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2018 31.12.2018
	dispositifs spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> les processus de recours aux dispositifs spécialisés (diabète, mémoire, gériatrie, etc.) au sein de la Maison de Médecine de Premier Recours sont-ils définis ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2019
	prévention	<ul style="list-style-type: none"> la contractualisation avec le dispositif de prévention est-elle planifiée ? les liens avec le dispositif d'appui social régional sont-ils l'objet d'une entente signée ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2018 31.12.2018
5- monitoring	management des Régions de Santé	<ul style="list-style-type: none"> des indicateurs liés à la contractualisation au sein de la Région de Santé sont-ils existants ? des indicateurs d'activité sont-ils existants ? des indicateurs financiers sont-ils existants ? des indicateurs RH sont-ils existants ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 30.06.2018 31.12.2018 31.12.2018 31.12.2018
	clinique	<ul style="list-style-type: none"> l'état fonctionnel chez patients bénéficiaires de prestations est-il documenté ? quelle est la qualité de vie perçue au sein des Régions de Santé ? quelle est l'incidence des chutes dans population de 65 ans et + ? quelle est la proportion de patients adhérant au plan de médication partagé ? quelle part des décès a lieu à domicile ? quelles sont les caractéristiques de la population suivie en médecine de premier recours ? quelles sont les caractéristiques de la population suivie à domicile ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2018 31.12.2019 31.12.2019 31.12.2019 31.12.2019 31.12.2019 31.12.2019
	système de santé	<ul style="list-style-type: none"> quel est le nombre de journées d'hospitalisation en soins aigus pour des personnes de + de 65 ans admises aux urgences avec un score aux urgences supérieur à 3 ? quel est le nombre de visites directes aux urgences dans la population des 65 ans et plus ? quelle est la durée moyenne de séjour en hébergement de longue durée ? quelle est la proportion des entrées en hébergement provenant directement de l'hôpital ? ... 	<ul style="list-style-type: none"> 31.12.2019 31.12.2019 31.12.2019 31.12.2019

A l'issue de la phase d'implémentation des Régions de Santé (2021), le monitoring se ciblera sur des indicateurs de performance, notamment ceux qui permettront l'allocation du financement décrite au chapitre 5.

CHAPITRE 7 : COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article premier (Buts)

De manière synthétique, la volonté du législateur et le sens donné à la loi sur les Régions de Santé figurent dans ce premier article.

Article 2 (Statut et raison sociale)

Il est proposé ici de constituer quatre établissements autonomes de droit public cantonal dotés de la personnalité juridique. La raison sociale de chaque établissement commence par les termes « Régions de Santé ».

Par ailleurs, le nombre de ces Régions est limité à quatre afin de permettre une meilleure coordination et de renforcer les collaborations et les rapports entre les différents partenaires (cf. également commentaire ad art. 11).

La question peut se poser de la raison du choix de la forme de l'établissement autonome de droit public, alors que d'autres formes de personnes morales pourraient également être choisies, telles que la Société anonyme, l'association, y compris de droit public sur le modèle de l'AVASAD ou la fondation.

En l'espèce, la forme de l'établissement de droit public nous paraît la plus adéquate. Constituée de par la loi, elle bénéficie d'une forte légitimité démocratique, est stable et dispose d'un contexte juridique homogène, car les intentions politiques, les buts généraux et l'ossature de l'organisation disposent d'un ancrage légal. Grâce à la souplesse d'ajustement, y compris au niveau organisationnel, le législateur peut créer du sur mesure, en s'inspirant au besoin des mécanismes d'autres formes juridiques, tout en garantissant un contrôle démocratique suffisant. Cette forme juridique a notamment été retenue par les cantons de NE, GE et TI pour leurs organisations de soins à domicile.

L'association, même de droit public, ne constitue pas une forme juridique adéquate pour les Régions de Santé. Ces dernières, contrairement à l'AVASAD, ne vont en principe pas être composées de personnes morales distinctes de type associations ou fondations mais vont intégrer en leur sein les individus qui les composaient.

Quant à la société anonyme de droit public, c'est une forme à caractère mixte, régie à la fois par la loi qui la constitue et par les dispositions du Code des obligations qui régissent les sociétés anonymes de droit privé. Cette société de capitaux est une forme juridique peu adaptée pour une institution fortement subventionnée dont les buts ne visent pas à déployer des activités économiques génératrices de profit. Même si l'intervention financière de tiers est envisageable, L'Etat ne tient pas nécessairement à ce que ces tiers investisseurs, dotés d'un droit de codécision, interfèrent trop dans la politique sanitaire du canton. Quant au Conseil d'administration, même si tous ses membres étaient des représentants de l'Etat, il devrait défendre les intérêts de « sa » société, quitte à le faire au détriment de ceux de l'Etat.

La fondation a pour sa part été conservée par le canton du Jura, par exemple. Elle repose souvent sur des raisons historiques, à savoir l'initiative d'un donateur qui a affecté des biens à un but similaire à celui poursuivi par le canton concerné. Cette forme juridique n'est pas optimale, car elle ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre au législateur, notamment quant à sa structure, et elle est soumise au contrôle de l'autorité de surveillance des fondations.

Article 3 (Siège)

Il aurait été envisageable de déterminer le siège dans la loi, en choisissant par exemple pour chaque Région de Santé la localité ou l'agglomération la plus importante. Le Conseil d'Etat propose cependant de laisser la question ouverte, de sorte que chaque Région de Santé puisse choisir le lieu qui lui semblera le plus adéquat.

Article 4 (Mission)

Alinéa 1

Par « santé » au sens de la présente loi, il faut entendre la santé au sens global ou holistique du terme, qui comprend en particulier la santé physique et psychique, mais aussi environnementale et sociale (voir glossaire, annexe A du présent rapport).

Lors de l'accomplissement de sa mission, la Région de Santé doit assumer une responsabilité envers toute la population de sa région. Outre les missions de l'AVASAD et des réseaux de soins, il s'agit de garantir que chaque personne vivant dans le périmètre desservi par la Région de Santé ait accès dans son lieu de vie à toutes les prestations nécessaires au maintien de son état de santé – dont les capacités physiques et mentales nécessaires - , et de sa qualité de vie, indépendamment des ressources dont cette personne dispose. Ceci implique également une responsabilité envers la société. Il ne s'agit pas uniquement de dispenser de l'aide sociale individuelle, mais de favoriser la mise en place et le développement d'un cadre de vie et d'activités propres à faire que les personnes concernées se sentent bien et s'épanouissent dans leur lieu de vie (voir notamment ce qui se fait au niveau communal, ou par des partenaires tels que Pro Senectute).

Alinéas 2

L'alinéa 2 énumère les principaux domaines couverts par la responsabilité populationnelle. Il s'agit notamment de la prévention, des soins, de l'accompagnement social et médico-social. Ceci implique la mise en place de collaborations avec, par exemple, des cabinets médicaux, dont les médecins de premier recours, pour y développer des activités de prévention, notamment afin d'anticiper, prévenir et ralentir le déclin fonctionnel des patients.

Une dynamique vertueuse et des stratégies partagées devront aussi être développées avec le domaine stationnaire (hôpitaux et institutions), afin de différer au maximum l'entrée à l'hôpital ou en EMS, et cas échéant d'en raccourcir la durée du séjour.

Alinéa 3

Cet alinéa ancre non seulement la garantie d'un accès équitable à toutes les prestations fournies en application de la présente loi, mais il rappelle que le respect de la dignité et de la liberté personnelle des personnes concernées doit être assuré. Ceci implique en particulier que chaque habitant de la zone d'intervention d'une Région de Santé bénéficie de la liberté de choix, également en fin de vie. Cette liberté implique aussi celle de ne pas recourir à la Région de Santé et à ses services. Celle-ci aura donc l'obligation, au moment d'orienter une personne vers des prestataires, de lui proposer la liste de tous les prestataires qu'elle a répertoriés susceptibles de fournir à cette personne ce dont elle a besoin, même si ces prestataires sont hors de la Région de Santé ou ne collaborent pas avec elle.

Article 5 (Charte)

Dans l'accomplissement de ses tâches, il incombera à la Région de Santé d'organiser et de délivrer les prestations requises par la loi dans le respect des principes d'égalité de traitement, d'équité, de qualité, de sécurité et d'économicité. Ces principes devront régir l'ensemble des activités et des relations de la Région de Santé, tant à l'égard de la population concernée que de son personnel ou de ses partenaires.

Pour assurer le respect de ces principes sur tout le territoire cantonal, l'article 5 prévoit que les Régions de Santé se dotent d'une charte, qui définit leurs droits et devoirs et ceux de leurs cocontractants, notamment le devoir de prise en charge au sens de l'article 4, alinéa 1, lettre b) de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), ainsi que les droits et devoirs des usagers. Cette charte est soumise à ratification du Département, afin d'en renforcer la portée normative.

Le recours à un instrument tel qu'une charte est fondé sur les mêmes réflexions que celles qui avaient été menées lors de l'élaboration de la loi sur l'AVASAD. Il ressort en particulier du bulletin du Grand Conseil de l'époque (débat du 15 septembre 2009 concernant en particulier la LAVASAD ; BGC p. 42 ss) que la charte est un instrument à la fois contraignant et suffisamment souple pour tenir compte, notamment pour la mise en œuvre du devoir de prise en charge, des spécificités de chaque intervenant et de chaque cas particulier.

Cependant, cette obligation n'a pas d'incidence sur les conséquences financières, celles-ci étant régies par les normes usuelles en vigueur – en particulier la législation fédérale sur les assurances sociales et privées, ou le droit cantonal.

La situation a évolué depuis 2009. Lors de ces débats, deux intervenants, dont le Chef du Département de la santé et de l'action sociale, avaient laissé entendre qu'« à terme on pourrait imaginer poser cette obligation non pas aux partenaires séparément mais à un réseau de soins intégrés, à une entreprise de soins intégrés régionale ; cela pourrait être une suite à toutes ces réformes ». Or, le temps est venu, avec le présent projet, « d'aller plus loin et de penser de manière beaucoup plus globale le traitement des personnes ayant besoin d'un système sanitaire. » (même source)

Article 6 (Tâches)

Lettre a : Dans l'accomplissement de ses tâches, il incombera à la Région de Santé d'organiser et délivrer les prestations requises par la loi dans le respect des principes généraux mentionnés dans cette disposition, principes qui, il sied de le rappeler, devront régir l'ensemble des activités et des relations de la Région de Santé, tant à l'égard de la population concernée que de son personnel ou de ses partenaires.

Concernant ces derniers, on pourrait craindre que la Région de Santé, agissant à la fois en tant qu'institution de coordination et de fourniture de prestations, soit juge et partie et puisse à ce titre être tentée de s'approprier pour elle seule cette part de marché. Par conséquent, l'obligation de respecter ces principes constitue un garde-fou, en complément à d'autres prévus par le présent projet de loi, tels que la forme juridique de la Région de Santé, le contrat de prestation que l'Etat conclut avec elle, les modes de financement, ou encore les mécanismes de contrôle et de monitoring.

Dans le domaine de l'intervention sociale, la Région de Santé sera notamment chargée de développer, d'organiser ou de fournir les prestations sociales, dont celles des assistants sociaux, dans le cadre d'une prise en charge continue auprès de l'utilisateur, les prestations de repas, ménage, veille et présence, d'aide à la famille notamment, la bio-télévigilance, les transports à mobilité réduite, ou encore les prestations aux proches aidants.

Lettre b : il est indispensable que la Région de Santé collabore avec les professionnels des soins et de l'intervention sociale actifs dans son champ d'intervention, afin de répondre de manière optimale aux réels besoins de la population concernée. Cette collaboration se fera en particulier par le biais de conventions, d'ententes, d'échanges formels ou non, de partages d'idées et de stratégies, ou par la mise en place de processus de gestion, par exemple en situation de cas complexes.

Citons à titre d'exemples la collaboration avec les services communaux, les agences d'assurances sociales, les organismes de relève professionnelle ou encore Pro Senectute.

Lettre c : afin que tout soit mis en œuvre pour que la personne soit soignée dans son lieu de vie ou puisse réintégrer rapidement ce dernier, et dans les meilleures conditions possibles, y compris dans les situations d'urgence, le rôle de coordination de la Région de Santé entre partenaires publics et privés est essentiel. La personne concernée, a fortiori en situation de grande vulnérabilité ou de dépendance, requérant des services de la part de prestataires multiples, doit faire l'objet de toutes les attentions. Des processus de travail et des mécanismes de coordination doivent être mis en place au sein des Régions de Santé pour assurer la continuité des prises en charge. A ce titre, on peut citer pour exemples la gestion de cas,

l'adaptation du dispositif des urgences hospitalières, l'interfaçage des dispositifs sanitaires et sociaux, l'adaptation des structures d'accompagnement médico-social.

Lettre d : l'ancrage local est primordial, d'où la nécessité pour la Région de Santé de travailler étroitement avec les communes et les partenaires locaux et de les soutenir pour favoriser le développement de cadres de vie idoines pour la population concernée. Ceci implique le développement de politiques adaptées, par exemple en matière de logement, de transports, de prévention et d'intégration sociale.

Article 7 (Prestations ; a) périmètre)

Cet article complète les dispositions relatives à la mission (art. 4) et aux tâches (art. 6), en fixant le périmètre dans lequel ces dernières s'inscrivent, ainsi que les prestations dont les Régions de Santé sont responsables (al. 1).

Alinéa 2

Cet alinéa indique les mesures pour la mise en œuvre desquelles la Région de Santé est garante, donc responsable, et à quels besoins de la population concernée ces mesures doivent répondre (cf. chapitre 3.1, p. 27 ss). La Région de Santé concernée les met en œuvre elle-même, ou les délègue en tout ou en partie, selon des modalités à déterminer avec ses partenaires et/ou cocontractants.

Alinéa 3

Cette disposition souligne également que la responsabilité de la coordination des prestations en faveur de la population qu'elle dessert incombe à la Région de Santé concernée, et ce quel que soit le partenaire, son statut juridique ou son champ d'action - régional ou cantonal.

Alinéa 4

C'est à la Région de Santé qu'échoit également la tâche, dans le cadre légal fixé, dont l'article 7, de définir les prestations et processus de travail propres à lui permettre la couverture des catégories de prestations (art. 8). Le propos ici n'est pas d'énumérer un catalogue de prestations, mais de définir leur périmètre, tant il est vrai que l'objectif visé à moyen terme est de sortir de la logique trop stricte du panier et du socle minimal de prestations, et de ne pas ancrer ces dernières dans la loi pour assurer un cadre permettant d'intégrer l'évolution vers des pratiques de soins et d'accompagnement aujourd'hui encore inconnues. L'expérience a démontré que les acteurs concernés sont prisonniers de ces concepts, et de ce fait limités dans leur propension à explorer des pistes et à proposer des solutions innovantes propres à mieux répondre aux besoins de la personne concernée.

Article 8 (b) Catégories)

Cette disposition est une concrétisation du délicat équilibre auquel ce projet aspire, entre autonomie des Régions de Santé, libres de définir leurs prestations et processus de travail (art. 7, al. 4) et d'offrir dans leur région des prestations supplémentaires – notamment dans le cadre de mandats confiés par les communes -, et le devoir de l'Etat de définir les besoins auxquels chaque Région de Santé devra répondre, de veiller à une couverture de ces besoins équivalente sur l'ensemble du territoire cantonal, et respectueuse des principes généraux du droit, dont l'équité et l'égalité de traitement, mais aussi de principes comme l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations. Cette disposition, tout en évitant d'être trop précise, fixe tout de même un socle minimal et non exhaustif de catégories de prestations. Il reviendra à l'organe faitier des Régions de Santé, défini à l'art. 29 de la loi, de déterminer, par catégorie de prestations, celles que les Régions de Santé doivent assurer.

Alinéa 1

Cet alinéa prévoit qu'il incombera cas échéant à l'organe faitier (art. 29) d'enrichir ces catégories, dont les principales sont mentionnées aux lettres a à d.

L'objectif visé à moyen terme est de sortir de la logique trop stricte du panier et du socle minimal de prestations.

Or, il est souhaitable que lors d'une intervention sur le terrain pour une même problématique, chaque Région de santé puisse offrir les prestations qui lui paraissent le mieux répondre aux besoins de la personne concernée et qui tiennent compte des ressources et de l'organisation du dispositif régional. Prenons à titre d'exemple la prévention des chutes des personnes âgées. Pour y remédier, chaque Région de Santé pourra garantir des prestations différentes, isolées ou combinées, l'important étant qu'elles atteignent leur but. Il est par exemple envisageable d'informer et sensibiliser les personnes concernées et leur entourage au moyen de spots publicitaires, de conclure une convention, par exemple avec les Ligues de la santé, ou des clubs de gymnastique offrant des cours adaptés aux besoins des seniors et d'inciter les personnes concernées à y participer, etc.

Alinéa 2

Toujours dans un souci d'équilibre entre autonomie et surveillance, il est prévu de ne soumettre à l'aval du Département que les catégories de prestations établies par l'organe faîtière.

Article 9 (c) Délivrance)

Cette disposition rappelle que la Région de Santé doit, lorsqu'elle délivre ses prestations, tenir compte de l'offre existante. Ceci implique que si ces prestations sont disponibles dans la région et remplissent les exigences, notamment qualitatives, requises, la Région de Santé devra acquérir ces prestations auprès des prestataires concernés. S'il devait y avoir inadéquation ou absence d'offre, il incomberait alors à la Région de Santé d'inciter ses partenaires à combler cette lacune, ou à y remédier elle-même. Pour les Régions de Santé qui fournissent directement des soins, l'alinéa 2 leur donne la base légale les habilitant à facturer à charge de la LAMal.

Article 10 (Dotations)

Cette disposition est potestative et ne sera concrétisée que si la situation requiert l'intervention de l'Etat. Alors, le Département pourra, le cas échéant, fixer des règles en matière de dotations.

Article 11 (Découpage géographique)

Il incombe au Conseil d'Etat de déterminer le territoire d'action de chaque Région de Santé. Celui-ci pourra ainsi être modifié au gré des expériences et de l'évolution des besoins spécifiques des populations concernées, mais aussi du dynamisme et de la créativité de ces régions.

Si le Conseil d'Etat souhaite procéder à de telles modifications, il faudra cependant qu'il veille à ce que ces changements déploient leurs effets au premier janvier d'un exercice en raison de l'application des principes de financement par capitation proposés.

A ce stade des réflexions et des connaissances du Conseil d'Etat en la matière, le premier découpage géographique proposé correspondra au découpage actuel des quatre régions sanitaires des réseaux de soins du canton que sont le Réseau santé la Côte, le Réseau santé région Lausanne, le Réseau santé Nord-Broye et le Réseau santé Haut-Léman.

Article 12 (Responsabilité pour actes illicites)

Le Conseil d'Etat estime que les Régions de Santé, en tant que délégataires d'une tâche publique, doivent répondre à titre primaire des actes illicites commis par ses organes ou ses agents conformément à la législation sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents. Le Canton intervient donc à titre subsidiaire.

Article 13 (Rapports de travail et prévoyance)

Le législatif et l'exécutif de notre canton ont toujours accordé beaucoup d'importance aux conditions de travail et aux salaires du personnel engagé dans les domaines social et des soins (soit de la santé). Ces conditions constituent par exemple un critère pour être reconnu d'intérêt public (art. 4, al. 1 let. d de la loi sur les réseaux de soins) ou pour se voir délivrer une

autorisation d'exploiter – en l'espèce un home non médicalisé (art. 23, al. 1 let. f de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) -. Selon le droit actuel, en l'absence de convention collective de travail, le Conseil d'Etat peut poser des exigences en matière de conditions d'engagement et de travail – en l'espèce du personnel de l'AVASAD et des A/F - (art. 27 LAVASAD).

La présente disposition s'inscrit dans le droit fil de cette tradition. Il est d'autant plus important de la perpétuer dans cette loi que la LRS et la LAVASAD vont être abrogées avec l'entrée en vigueur de la présente loi.

Alinéa 1

Le premier alinéa pose le principe selon lequel le personnel des régions de Santé est régi par la Convention collective de travail applicable au secteur de la santé (CCT-San), ou par les règles fixées par l'organe faïtier (art. 29, 30) et validées par le Conseil d'Etat.

Alinéa 2

Afin d'assurer une homogénéité et l'égalité dans le traitement du personnel des Régions de Santé, il est également proposé de l'assurer d'office à la Caisse intercommunale de pension (CIP), et d'affilier la Région de Santé à la Caisse cantonale d'allocations familiales (CCAF). Concernant la CIP, une exception est prévue dans une disposition transitoire (art. 45 al. 4). Les collaborateurs assurés auprès de la Caisse du personnel de l'Etat de Vaud (CPEV) qui le souhaitent pourront y rester.

Alinéa 3

En tant que délégués d'une tâche étatique, les Régions de Santé sont également responsables de s'assurer que leurs partenaires traitent leur personnel conformément aux conventions et normes reconnues par l'Etat en vigueur dans le secteur d'activité concerné.

Alinéa 4

En matière salariale, cet alinéa prévoit l'application aux Régions de Santé des mêmes principes que ceux applicables aux établissements sanitaires d'intérêt public (art. 4b LPFES), notamment pour prévenir le risque d'une augmentation excessive des charges salariales du personnel dirigeant.

Alinéa 5

Les Régions de Santé se voient déléguer la compétence de reconnaître les organisations représentatives de leur personnel et d'entretenir avec elles des contacts réguliers (cf. art. 13 LPers). Cette compétence constitue également une obligation que nous proposons d'ancrer dans la présente loi, dans l'intérêt du personnel concerné et du bon fonctionnement de l'institution.

Article 14 (Formation du personnel)

Dans les domaines de responsabilité des Régions de Santé, la formation joue un rôle essentiel, en particulier dans notre canton, soucieux de la qualité de l'accompagnement social (art. 24b al. 3 LAIH) et des soins prodigués à la population concernée (ex. : art. 78a LSP, formation continue), mais aussi de la sensibilisation du personnel soignant, notamment en matière de prévention (art. 34 LSP), ainsi que de la relève professionnelle (art. 147 let. h projet de révision de la LSP).

Pour ces motifs, l'article 14 prévoit que les Régions de Santé favorisent la formation de leur personnel et de celui de leurs partenaires, en assurant la relève par la coordination et la création de places de stage et d'apprentissage en leur sein et auprès de leurs partenaires, ainsi que par la formation continue et postgrade.

Le terme « cocontractants » utilisé dans cette disposition et dans la présente loi (art. 15 p. ex.) désigne les personnes et entités amenées à contracter avec les Régions de Santé par convention de collaboration au sens de l'article 41 ou par contrat d'achat de prestations.

Article 15 (Monitoring)

Pour les explications relatives au concept de monitoring en lien avec le projet de mise en place des Régions de Santé, nous renvoyons au chapitre 3.7 du présent rapport (p. 37).

Il importe de souligner ici que les Régions de Santé et leurs partenaires seront tous responsables, chacun à leur niveau, du fonctionnement du système qui sera mis en place. Les données collectées permettront tout d'abord aux Régions de Santé de veiller à leur bonne gestion.

De par leur responsabilité vis-à-vis de la communauté de leur région, les Régions de Santé devront aussi piloter l'ensemble du système.

Elles devront au demeurant fournir au Département les informations dont celui-ci aura besoin pour remplir sa mission (cf. également l'article 36). Il leur incombera finalement de s'assurer de recevoir les informations pertinentes de la part de leurs cocontractants.

Article 16 (Acquisition et développement de biens et de services)

Alinéa 1

Lors de l'acquisition et du développement de biens et de services, la Région de Santé doit tout mettre en œuvre pour garantir la meilleure utilisation des ressources afin de fournir des prestations dans le respect des critères de qualité, de sécurité et d'économicité (idem art. 4c LPFES).

Alinéa 2

Cette disposition souligne qu'en tant que délégataires d'une mission de l'Etat, les Régions de Santé sont tenues de respecter le droit des marchés publics.

Article 17 (Système d'information)

Alinéa 1

Si l'on veut que la coordination, la qualité du suivi des personnes concernées, la gestion de leurs données, dont les échanges et la mise en commun, mais aussi les tâches de contrôle, d'évaluation ou encore de monitoring soient assurées de manière optimale, il est essentiel que les Régions de Santé se dotent d'un seul et même système d'information (SI), dont la gestion est confiée à une instance approuvée par le Département.

Alinéa 2

Les termes « systèmes d'information » ne doivent pas être compris dans une acception trop large, faute de quoi l'autonomie des Régions de Santé deviendrait une coquille vide. Ce qui est notamment visé ici, ce sont surtout les systèmes informatiques et de communication, dont la téléphonie, ainsi que certains outils d'évaluation impliquant le recours à un langage commun (p.ex. comptabilité, interRAI).

Il incombera aux Régions de Santé de s'assurer que leurs partenaires utiliseront des outils compatibles avec les leurs, de sorte que l'accomplissement de leur mission ne soit pas entravé.

Article 18 (Flux financiers)

A l'instar de ce qui est prévu pour le système d'information (art. 17), le Conseil d'Etat propose ici de mutualiser la facturation et l'encaissement, en prévoyant que les Régions de Santé se dotent d'une centrale commune agréée par le Département. Il est indispensable de prévoir un tel système, si l'Etat veut véritablement piloter et monitorer le système cantonal mis en place, mais aussi calculer au plus juste le financement des Régions de Santé (concernant la mutualisation, voir aussi le chapitre 4.7, p. 41 du présent rapport).

CHAPITRE II – CONTRÔLE DEMOCRATIQUE ET SURVEILLANCE

Articles 19 et 20 Remarques générales

La loi sur les réseaux de soins et la loi sur l'AVASAD ne contiennent pas de disposition analogue à ces deux articles, le législateur ayant alors estimé que les compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat ressortaient clairement, aussi bien de la constitution cantonale que des lois qui régissent ces autorités.

Cependant, vu l'autonomie qu'il est prévu d'octroyer aux Régions de Santé, il paraît important, dans ce contexte, de bien les situer dans la hiérarchie des autorités cantonales, et de rappeler qu'elles sont aussi soumises au contrôle démocratique du pouvoir législatif et à la haute surveillance de l'exécutif.

Article 19 (Grand Conseil)

Cette disposition souligne qu'en tant qu'autorité chargée de la haute surveillance du Conseil d'Etat, donc par ricochet également des autres organismes chargés de tâches publiques, telles les Régions de Santé, le Grand Conseil se verra remettre par le Conseil d'Etat, une fois par législature, un rapport d'évaluation de l'atteinte des objectifs des Régions de Santé (voir supra point 4.3.1 du présent rapport, p. 40). Cette autorité exerce également son contrôle via les budgets et les comptes de l'Etat.

Article 20 (Conseil d'Etat)

Le Conseil d'Etat est en charge de la haute surveillance des Régions de Santé (al. 1), de manière plus rapprochée que le Grand Conseil, puisqu'il est amené à exercer les compétences que lui confère la présente loi (ex. : art. 11) et celles qui ne sont pas attribuées à une autre autorité (al. 2).

Afin de permettre aux Régions de Santé de saisir les opportunités d'élargir le cercle de leurs partenaires, mais aussi leur catalogue de prestations, et de faire évoluer leur institution au gré des réalités de leur terrain, il est proposé de donner au Conseil d'Etat la compétence de conclure des conventions intercantionales (al. 3). Une telle évolution est envisageable en lien avec les activités déployées au sein de toute région du canton proche d'un canton voisin tel celui de Fribourg (voir aussi supra chapitre 4.3.2, p. 40 du présent rapport).

Article 21 (Département)

La surveillance des Régions de Santé incombe au Département, ce que souligne la présente disposition, selon une logique et des mécanismes de contrôle qui ont fait leurs preuves dans les domaines de la santé et de l'accompagnement social, mais qui devront être adaptés aux nouvelles structures autonomes mises en place et aux objectifs visés par la présente loi.

Ceci implique notamment le recours au système de « reporting-controlling » et le contrôle de l'utilisation des ressources allouées conformément à l'affectation prévue (al. 1), mais aussi la vérification de l'atteinte des objectifs fixés dans les contrats de prestations, du respect de principes tels que l'économicité, ou encore s'assurer, pour le Département, que les Régions de Santé sont en mesure de réduire le recours aux structures hospitalières dans leur sphère d'intervention.

L'alinéa 2 rappelle que pour permettre au Département de remplir son rôle, il doit obtenir tous les renseignements nécessaires concernant les Régions de Santé et leurs cocontractants. Ceux-ci ont donc l'obligation de collaborer à cette fin, conformément aux exigences fixées par le Département (cf. supra le présent rapport, chapitre 4.3.3 p. 40).

CHAPITRE III – DISPOSITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

Ce chapitre ne fait pas qu'instituer les organes des Régions de Santé et décrire leurs compétences. Il prévoit également l'instauration d'un organe factif, ainsi que de Commissions régionales consultatives, qui peuvent notamment œuvrer en tant qu'organe de conciliation. Les

Régions de Santé ont l'obligation d'en désigner une chacune. Chaque Commission organise son travail et élabore son propre règlement de fonctionnement. Celui-ci est approuvé par le Conseil d'établissement (art. 31).

Article 22 (organes)

Les Régions de Santé sont des établissements de droit public qui doivent leur existence et leur personnalité juridique à la loi. Celle-ci détermine les organes de chaque Région de Santé, à savoir le Conseil d'établissement (a), la Direction (b) et l'organe de révision (c).

Article 23 (Conseil d'établissement ; a) composition et fonctionnement)

Alinéa 1

Le Conseil d'établissement est le pouvoir supérieur de la Région de Santé. Il est appelé à jouer un rôle clé pour cette dernière, dont il va définir la stratégie et qu'il va piloter dans le cadre légal fixé. Il est proposé de le composer de cinq membres (al. 1), choisis selon leurs compétences et expérience, afin que les processus décisionnels restent efficaces.

Alinéas 2 à 4

Le Conseil doit à la fois être constitué de membres aux compétences solides et complémentaires, ceux-ci devant aussi être garants d'un ancrage dans la région pour laquelle ils vont œuvrer. Dès lors, outre les trois membres représentatifs des milieux professionnels choisis par le Conseil d'Etat, dont le président (al. 2), deux autres membres seront proposés par les communes de la Région de Santé concernée (al. 3).

Tous les membres du Conseil sont nommés par le Conseil d'Etat. Afin d'assurer dynamisme et créativité au sein de cet organe, il est proposé que le mandat des membres du Conseil ne soit renouvelable que deux fois (al. 4).

Alinéa 5

Comme il est d'usage pour d'autres personnes morales, l'alinéa 5 prévoit que le Conseil se dote d'un règlement de fonctionnement. Celui-ci est soumis à l'approbation du Département, afin que ce dernier puisse en particulier s'assurer de son adéquation avec la lettre et l'esprit de la présente loi, mais aussi de sa cohérence, notamment avec les règlements élaborés par les autres Régions de Santé (voir aussi supra chapitre 4.4.1, page 40 du présent rapport).

Article 24 (Conseil d'établissement ; b) Compétences)

Afin d'éviter un vide juridique, et de couvrir des cas de figure qui auraient été omis dans la présente loi ou ses dispositions d'application, l'alinéa premier octroie à titre subsidiaire au Conseil toutes les compétences qui n'ont pas été expressément dévolues à un autre organe.

Le 2^e alinéa (lettres a à m) énumère l'essentiel des compétences du Conseil d'établissement, que celles-ci soient stratégiques, financières, administratives, ou encore de nomination, en particulier de la Commission régionale (let. h) ou de la Direction (let. 1).

Article 25 (Conseil d'établissement ; c) Autres compétences)

La présente loi encourage (art. 16), et oblige dans certains cas (art. 17 et 18 p. ex.), les Régions de Santé à mutualiser certaines tâches. Cette disposition prévoit que le Conseil peut conclure les conventions requises, sous réserve des compétences dévolues à l'organe faitier (art. 30).

Article 26 (Direction ; a) Principes)

Cette disposition institue une Direction composée d'un directeur ou d'une directrice générale. La loi ne fixe pas les spécificités de l'équipe dont cette personne sera entourée pour composer sa direction. Il incombera en effet au Conseil d'établissement, selon les particularités de la Région de Santé concernée, de décider de la composition et des règles de fonctionnement de la Direction, à charge pour cette dernière d'en informer le Département.

Article 27 (Direction ; b) compétences)

Cet article énumère les compétences de la Direction, qui assure avant tout la direction opérationnelle de la Région de Santé (al. 1). Nous renvoyons pour le reste au chapitre 4.4.2 du présent rapport (p. 40).

Article 28 (organe de révision commun)

Cette disposition concrétise un autre cas de mutualisation qu'il est proposé de rendre obligatoire de par la loi : la nomination par les Régions de Santé d'un organe de révision commun agréé par le Département.

Cette proposition est dictée par le souci pour le canton de recevoir des rapports rédigés et structurés de manière uniforme et selon une terminologie unique qui facilitera les contrôles par l'Etat, mais aussi par l'organe faîtier et les Régions de Santé. La communication entre ces partenaires en sera plus aisée, ainsi que l'exploitation des données collectées.

Finalement, la comparaison entre les Régions de Santé – en particulier quant à la pertinence et à l'efficacité des solutions mises en œuvre par chacune d'elles -, en sera aussi facilitée.

Article 29 (Organe faîtier ; a) composition et fonctionnement) et 30 (b) compétences)

(cf. le chapitre 4.7, p. 41 du présent rapport)

Il est ici proposé d'instaurer un organe faîtier, sous forme d'une association de droit public (art. 29 al. 1) dont les Régions de Santé assumeront les charges de constitution et de fonctionnement (art. 29 al. 2). Le fait que l'organe faîtier soit doté de la même forme juridique que l'AVASAD vise à faciliter la transition entre les deux régimes. Cet organe aura pour responsabilité, outre des charges de représentation et de négociation (art. 30 al. 1 let. b, c et d), de veiller à la cohérence dans l'accomplissement des tâches mutualisées des Régions de Santé (art. 30 al. 1 let. a). Il incombera à l'organe faîtier de trouver l'équilibre entre respect de l'autonomie des Régions de Santé (art. 30 al. 1), harmonisation et cohérence.

Il sera loisible à cette instance de mutualiser d'autres tâches et d'exercer d'autres attributions (art. 30 al. 1 let. f), pour peu qu'elle en ait reçu la compétence par les Conseils d'établissement des Régions de Santé ((art. 29 al. 3).

Article 31 (Commission régionale ; a) Composition)

(cf. le chapitre 4.5, p. 41 du présent rapport)

De par sa composition, la Commission régionale sera la garante, au sein d'une Région de Santé, de la représentativité des intérêts des parties prenantes et des spécificités de la région concernée (al. 1). Le Conseil d'établissement veillera à cette représentativité, lors de la nomination des membres de la Commission, sur proposition du président de la Commission. Ce dernier sera, il sied de le rappeler, désigné par les communes parmi les deux membres du Conseil qu'elles auront proposés (art. 23 al. 3).

De la sorte, des liens étroits seront tissés entre la Région de Santé, son Conseil, ainsi que sa Commission, encore renforcés par le fait que le règlement de cette dernière sera soumis au Conseil (al. 2).

Article 32 (Commission régionale ; b) Rôle)

La Commission régionale est une commission consultative à disposition d'une Région de Santé (al. 1), mais aussi du Département lorsque celui-ci le requiert (al. 2). Elle œuvre également pour ces derniers en tant que force de proposition. De plus, la Commission est dotée de compétences décisionnelles et de contrôle lorsqu'elle alloue des financements trouvés par ses soins pour permettre à la Région de Santé de réaliser des projets innovants (al. 3).

Finalement, la Commission officie en tant qu'organe de conciliation en cas de divergences entre la Région de Santé et ses partenaires. A ce titre, elle est également habilitée à rendre des

décisions, selon les modalités prévues par son règlement.

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 33 (Garantie de l'Etat)

Bien que la responsabilité de gestion incombe aux Régions de Santé (art. 37), il n'en demeure pas moins que la garantie de l'Etat est nécessaire pour faciliter les relations entre ces Régions et les établissements bancaires, en particulier lorsqu'il s'agit de négocier une ligne de crédit ou un emprunt.

Article 34 (Modalités de financement)

(cf. chapitre 5 concernant les mécanismes de financement, p. 42 ss du présent rapport)

Les ressources financières dont les Régions de Santé vont disposer pour couvrir leurs charges seront constituées du produit de la facturation des prestations aux patients et aux assureurs, y compris le financement résiduel versé par le canton au sens de l'article 25a alinéa 5 LAMal (let. a), de la subvention annuelle de l'Etat selon l'article 35, des contributions communales selon l'article 36, de dons et de legs éventuels (let. c) et d'autres contributions (let. d). Parmi ces dernières, figureront par exemple les montants réunis par les Commissions régionales pour financer des projets innovants pour leur Région (art. 32 al. 3).

Article 35 (Subvention annuelle de l'Etat)

Les principes de calcul de la contribution de base et de la contribution complémentaire qui constituent la subvention annuelle de l'Etat sont détaillés aux chapitres 5.3 et 5.4 du présent rapport (p. 43 ss). Ils permettent d'asseoir la responsabilité des Régions de Santé vis-à-vis de leur population au-delà de la fourniture de prestations de soins.

Article 36 (Subvention annuelle des communes)

Les principes contenus dans cet article seront déterminés à l'issue de la phase de consultation du présent avant-projet, suite aux discussions avec les communes

Articles 37 (Pilotage par l'Etat) et 38 (Responsabilité de gestion)

Concernant ces dispositions, et dans le sens souligné au chapitre 5.5 du présent rapport (p. 44), le respect du principe de transparence par tous les partenaires est essentiel. Il implique en particulier que l'Etat collabore avec les Régions de Santé, qui lui apportent leur soutien pour définir les données et indicateurs nécessaires au pilotage du dispositif et à la détermination de la subvention annuelle (art. 35, 36).

Conformément à ce principe et en tant que responsables de leur gestion, les Régions de Santé communiquent immédiatement au Département tout fait qui peut influencer de manière significative leurs résultats financiers (art. 38).

Article 39 (Exonération fiscale)

Pas de commentaire

CHAPITRE V – CONTRAT DE PRESTATIONS

Article 40 (Contrat de prestations)

(cf. chapitre 4.6, p. 41 du présent rapport)

La liste des éléments qui feront partie intégrante des contrats de prestations n'est de loin pas exhaustive. Cet instrument permet en effet de tenir compte des spécificités de chaque Région de santé et de les intégrer cas échéant dans le contrat correspondant. On peut par exemple imaginer des catégories supplémentaires de prestations propres à une Région, ou la possibilité de poursuivre ou mettre en place des partenariats ponctuels avec le canton voisin, sous réserve des cas requérant la conclusion d'accords intercantonaux relevant de la compétence du Conseil

d'Etat (art. 20 al. 3).

CHAPITRE VI – COLLABORATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA SANTE, MEDICO-SOCIAUX ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Article 41 (Conventions)

Dans les limites fixées par le Département (al. 2), les Régions de Santé peuvent conclure des conventions avec tous les acteurs reconnus par l'Etat, afin d'assurer la couverture des besoins des populations concernées. Le nombre et le contenu de ces conventions dépendront de l'organisation et du fonctionnement de chaque Région de Santé, puisqu'il leur est loisible de délivrer elles-mêmes des prestations, en se dotant des compétences et ressources humaines nécessaires.

Il ne messied pas de rappeler que les modalités de collaboration avec les partenaires seront multiples. Outre les conventions, il est envisageable pour les Régions de santé de conclure des contrats d'achat de prestations, des ententes, voire de collaborer de manière informelle avec des partenaires, y compris s'ils ne sont pas reconnus par l'Etat, pour peu qu'ils soient en mesure de répondre à l'un ou l'autre besoin de la population de la Région concernée.

CHAPITRE VII – DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Articles 42 (Principes)

Il s'agit des principes applicables durant la période de transition nécessaire à la mise en place des Régions de Santé et du nouveau modèle de financement, afin de garantir que les personnes concernées reçoivent comme par le passé les prestations de qualité dont elles ont besoin, et que les nouveaux clients ou patients soient également pris en charge dans la même mesure qu'actuellement, mais aussi que les Régions de Santé bénéficient d'un financement suffisant. Celui-ci sera effectué selon les modalités actuelles.

Articles 43 (Financement des Régions de Santé et des partenaires concernés ; a) Mode de financement et échéances) et 44 (b) Capital de dotation)

Outre les mécanismes et délais de mise en place du nouveau système qu'elle prévoit, cette disposition garantit que durant la phase transitoire, le mode de financement actuel est maintenu (art. 43 al. 2), et que le coût de la mise en œuvre des Régions de Santé est intégré aux comptes de l'AVASAD (al. 3).

Quant aux actifs nets des associations et fondations anciennement membres de l'AVASAD, ils constitueront le capital de dotation des Régions de Santé (art. 44).

Article 45 (Anciens membres de l'Association d'aide et de soins à domicile et réseaux de soins)

Le texte de cette disposition ne requiert pas de commentaire particulier sous réserve des conventions passées par les Régions de Santé avec les associations et fondations (A/F) concernées (al. 3) et de la modification des statuts de ces A/F (al. 5), ainsi que de leurs conséquences sur la portée du premier alinéa.

Le contenu des conventions dépendra en particulier des A/F et de leur devenir. Si elles ont été uniquement constituées pour remplir les missions qui vont être reprises par les Régions de Santé, elles seront dissoutes ou devront se donner de nouveaux buts et trouver d'autres sources de financement. Le sort des biens mobiliers et immobiliers et de la fortune éventuelle des A/F est régi par leurs statuts, ainsi que par l'article 43 et le premier alinéa de la présente disposition.

Le Conseil d'Etat garantit que la mise en œuvre des Régions de Santé ne débouche sur aucun licenciement de collaborateur œuvrant au sein de l'AVASAD, des A/F ou des réseaux de soins (garantie de non-licenciement).

Article 46 (Dissolution de l'AVASAD et des réseaux de soins)

Afin d'assurer l'opérationnalité du dispositif actuel, le Conseil d'Etat de Vaud prendra la décision de dissoudre l'AVASAD et les réseaux de soins lorsque les Régions de Santé et leur faitière seront constituées et organisées.

Article 47 (Abrogation)

Pas de commentaire

Article 48 (Exécution et entrée en vigueur)

Pas de commentaire

* * * * *

ANNEXE

Généralités

Ne sont proposées dans cette annexe que les adaptations minimales nécessaires à l'entrée en vigueur de la loi sur les Régions de Santé. Nombre de questions sont encore ouvertes, qui trouveront réponse à l'échéance de la période transitoire, voire ultérieurement, au fur et à mesure de l'évolution des Régions de Santé.

Avant-projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

Articles 4 et 32a

La référence aux réseaux de soins est remplacée par une référence aux Régions de Santé.

Articles 143 f (Définition) et 143 g (Conditions d'exploitation)

Les modifications apportées à ces deux dispositions ont pour objectif de concrétiser le transfert de la compétence du Département de contractualiser avec les organisations de soins à domicile (OSAD) et les infirmières et infirmiers indépendants aux Régions de Santé (art. 143 f al. 3 et art. 143g al.2 et al. 2 let. g). Une OSAD pourra être amenée à contracter avec une ou plusieurs Régions de Santé, selon l'étendue du territoire sur lequel elle déploie son activité.

Le Département conservera en revanche les compétences liées à l'octroi et au retrait des autorisations d'exploiter et de diriger des OSAD et cas échéant au prononcé de sanctions au sens du chapitre XII de la présente loi.

Avant-projet de loi modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)

Article premier

La référence à la loi sur l'AVASAD est remplacée par une réserve en faveur de la loi sur les Régions de Santé (al. 2).

Dans les autres dispositions qui font l'objet d'une révision, il s'agit simplement de remplacer la mention « AVASAD » par celle de « Région de Santé ».

Avant-projet de loi modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)

Généralités

Il s'agit également dans le présent projet d'adaptations terminologiques et du remplacement des mots « réseaux de soins » par « Régions de Santé » (art. 13, 18, 22, 23 et 30).

Article 1

Le terme « réseaux de soins » est supprimé sans remplacement, les Régions de soins faisant

l'objet d'une loi spécifique.

Article 4

(al. 1 let. i). Cette disposition est abrogée, car elle ne peut pas être reprise. En effet, le nouveau système proposé laisse aux Régions de Santé la liberté du choix de ses cocontractants, dans les limites de la loi sur les Régions de Santé. Il n'est dès lors pas opportun de faire de l'adhésion à une Région de Santé un critère de reconnaissance d'intérêt public d'un établissement sanitaire privé.

8 - Réponse au postulat Claudine Wyssa et consorts « Analyse des coûts de la prise en charge des personnes dépendantes »

8.1 Texte du postulat

Le postulat a été déposé le 5 mai 2015 et soutenu par 27 cosignataires. Développé en séance, le texte est renvoyé à l'examen de la commission thématique de la santé publique (CTSP) réunie le 19 juin 2015. Le Grand Conseil le renvoie au Conseil d'Etat dans sa séance du 22 septembre 2015. Le texte du postulat est le suivant :

« Voilà vingt-cinq années que le canton de Vaud mettait en place les soins à domicile. À l'époque, l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) était mandaté pour mettre en œuvre une politique de maintien à domicile. La loi de 2009 instituait l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) comme organe faitier des sept associations, fondations et organismes existants dans le canton. Aujourd'hui, le canton de Vaud est reconnu comme l'un des cantons dans lequel le maintien à domicile est le plus développé, tant quantitativement que qualitativement.

L'objectif politique du maintien à domicile est de permettre aux personnes âgées ou dépendantes de rester à domicile le plus longtemps possible, ceci à la fois pour leur confort de vie et pour des raisons économiques. En effet, un séjour à domicile revient nettement moins cher à la société, au canton et à la famille qu'un séjour en Établissement médico-social (EMS) ou en chambre d'hôpital. C'est l'argument utilisé régulièrement pour justifier une augmentation constante des coûts de l'ensemble de l'appareil du maintien à domicile (MAD). Cependant, à ce jour, il n'y a aucun chiffre qui permet d'étayer ces affirmations dans le contexte plus global de l'organisation sanitaire vaudoise. Par ailleurs, toutes les projections statistiques nous prédisent une forte augmentation de la population âgée dans les prochaines années, et donc également une forte augmentation des coûts induits par l'hébergement et le maintien à domicile. Pour anticiper cette vague de dépenses prévisibles, il est nécessaire de pouvoir disposer d'informations permettant d'apprécier la situation réelle et ses impacts en termes de financements.

C'est la raison pour laquelle nous demandons, par la voie de ce postulat, un rapport financier permettant de déterminer les coûts et les bénéfices de la solution vaudoise et notamment quelles sont les économies induites par l'utilisation intensive du MAD. »

8.2 Réponse

Les récents travaux de l'observatoire suisse de la santé (OBSAN, 2016) confirment l'impact des choix du canton de Vaud en matière de soins de longue durée. La figure 15 situe le canton de Vaud en comparaison avec les autres cantons suisses :

- en matière d'hébergement, le canton de Vaud a le plus bas taux de recours, la durée moyenne de séjour la plus courte et la plus forte intensité de soins en EMS ;
- en matière d'aide et de soins à domicile, le canton de Vaud se caractérise par un taux de recours légèrement supérieur à la moyenne suisse alors que le nombre d'heures par client (toutes prestations confondues) est parmi les plus élevés en comparaison nationale.

Figure 15 : comparaisons inter cantonales en matière de recours à l'hébergement et aux services d'aide et de soins à domicile

	Vaud	Suisse	Ecart (min - max)
Hébergement			
• nombre de places de long séjour (pour 1000 hab de 65 ans et +)	51.75	64.03	48.35 - 118.14
• taux de recours standardisé (pop CH 2013)	4.34	5.71	4.34 - 8.26
• évolution du taux de recours standardisé (2006 - 2014)	-4.01%	-9.03%	-15.45% - +24.96%
• âge moyen à l'entrée (années)	85.72	84.53	82.79 - 85.84
• durée moyenne de séjour (années)	2.51	2.93	2.51 - 3.52
• durée moyenne des soins LAMal (minutes/ jour)	170.96	113.36	83.39 - 170.96
Aide et soins à domicile			
• taux de recours standardisé (pop CH 2013)	15.16	13.65	7.62 - 21.6
• nb d'heures de prestations (an / client)	91.90	74.40	46.50 - 100.00
o dont soins LAMal	76.90	60.90	39.50 - 82.00
o dont aide à domicile	51.90	50.20	25.10 - 69.30
• nb d'heures de prestations par habitant 65 ans et +	14.12	10.16	5.97 - 16.15

OBSAN 2016 / Sources : OFS ; SPITEX 2014 ; STATPOP 2014 - dernières modifications 13.10.2016

Les aspects historiques évoqués dans le texte de la motion sont rappelés dans le présent EMPL sous les points 2.2 (p. 15), 2.3 (p. 16) et 2.8 (p. 21). De même, les perspectives démographiques sont présentées à la figure 1 (p. 7) ainsi que leurs impacts sur le système de soins et le système social dans le chapitre introductif (p. 7 et 8). A noter également le récent rapport de Statistique Vaud (2016), *Estimation des besoins en lits pour les EMS. Période 2015 – 2040. Canton de Vaud* qui étaye les perspectives en matière de construction de lits d'EMS citées dans l'EMPL. Il est également rappelé ici que la construction d'une place d'hébergement en EMS représente un investissement d'environ CHF 300'000.-- et des coûts d'exploitation annuel de l'ordre de CHF 117'000.-- (base : CHF 321.96 de coût de financement par jour en 2016²⁴)

Le DSAS relève l'importance de la question posée du choix entre le maintien à domicile ou l'hébergement. Deux perspectives sous-tendent sa réponse :

- la prise en compte du souhait des personnes : majoritairement, les personnes souhaitent rester chez elles, dans la meilleure santé possible, en situation d'autonomie ;
- la disponibilité future du système de santé en matière d'infrastructures : construire 4'000 lits d'EMS d'ici 20140 n'est ni réaliste, ni réalisable dans les conditions actuelles de la réglementation et probablement difficile à supporter économiquement.

Une étude récente (BASS, 2011) mandatée par l'Association suisse des services d'aides et de soins à domicile (ASSASD) traite en particulier des « *avantages économiques de l'une ou l'autre forme de soins (à domicile / en EMS) tenant compte du prix coûtant* »²⁵. Partant des législations et des structures de coût des cantons de Zürich, Berne et Vaud, la comparaison intègre le prix coûtant pour les soins et l'accompagnement tant à domicile qu'en EMS, ainsi que les coûts d'investissement, les frais généraux pour les dépenses courantes dans les deux milieux. Il en ressort une confirmation selon laquelle « *les soins à domicile présentent des avantages économiques quant aux coûts globaux pour les cas de complexité légère à moyenne, les soins en EMS pour les cas de complexité moyenne à élevée* ».

La question réside donc dans cette frontière entre soins à domicile et hébergement que sont les situations de complexité « moyenne » : l'étude en question les situe dans une fourchette de soins requis (donc uniquement les prestations LAMal selon l'évaluation PLAISIR en vigueur dans les EMS) allant à domicile de 60 à 120 minutes par jour (soit un prix à domicile entre CHF 94.85 et frs 189.70, financement LAMal et résiduel inclus). On voit alors que d'autres facteurs sont déterminants pour ascender à domicile au coût complet d'une journée en EMS : il s'agit essentiellement des coûts liés au besoin d'accompagnement à domicile pour des activités ne relevant pas des soins au sens de la LAMal (alimentation, ménage, transport, sécurité, etc.) ainsi que des coûts du logement et de ses charges. L'étude BASS relève que le coût de l'heure de soins à domicile est également impacté d'une part par la dispersion sur le territoire de la clientèle et les frais de transport engendrés, d'autre part par le mode d'organisation des prestations. Par exemple, dans la même heure d'intervention, un professionnel réalise à la fois des soins techniques qui requièrent niveau de compétences élevé et des prestations davantage de base qui ne nécessitent pas systématiquement pareille compétence. L'étude BASS relève l'intérêt des solutions alternatives à l'hébergement ou au domicile « classique », telle que les logements protégés, pour une partie de ces situations de complexité moyenne : un regroupement de logements protégés permettrait de limiter l'effet de dispersion de la clientèle et de développer une organisation des interventions mettant davantage en phase besoins des personnes et compétences professionnelles engagées.

Le DSAS estime que l'approche de cette frontière nécessite également de prendre en considération des éléments qualitatifs tels que la capacité du système de soins de réduire la période de dépendance (prévention du déclin fonctionnel), les contributions des proches aidants à domicile, les trajectoires et choix de vie (et de fin de vie) des personnes, etc.

²⁴ www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/social/EMS/.../Cout-fin_EMS_2016.pdf

²⁵ Op cit. résumé en français p II

Le DSAS est attaché aux orientations de la politique médico-sociale du canton de Vaud : les attentes de la population et les résultats des développements effectués durant ces trois dernières décennies le renforce dans sa conviction de centrer encore davantage la prise en charge des personnes fragiles ou vulnérable dans la communauté. Il considère que l'ensemble des mesures proposées dans le présent EMPL affirme cette politique et permet de contenir le nombre de places d'hébergement en EMS qu'il conviendrait de construire si une telle politique n'était pas conduite.

CHAPITRE 9 : CONSEQUENCES

Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Le projet d'un nouveau cadre législatif a comme conséquence d'abroger la loi sur l'AVASAD (LAVASAD) et la loi sur les réseaux de soins (LRS). Les activités gérées par l'AVASAD actuellement et qui ne sont pas dans le périmètre de l'aide et des soins à domicile (p.ex santé scolaire, prévention petite enfance) devront s'intégrer dans un autre cadre réglementaire. De plus, au fur et à mesure de sa mise en œuvre, le présent projet requerra des adaptations législatives et réglementaires, en particulier de la LSP, de la LPFES, de la LAPRAMS et de leurs réglementations d'exécution.

Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

Le projet impacte les finances de l'Etat par le changement de modèle de financement du maintien à domicile. Par contre, l'évolution du système permettra à l'Etat de réduire la progression des dépenses dans ce domaine d'activité.

La modélisation table sur une limitation de l'accroissement des hospitalisations pour des personnes qui sont aujourd'hui hospitalisées depuis les urgences de l'hôpital, mais dont la situation de santé ne nécessite pas un séjour hospitalier.

Une contribution extraordinaire de l'Etat de CHF 50 millions, utilisable sur trois ans, permet de transformer le système et d'augmenter sa capacité à délivrer de l'aide et des soins dans la communauté, également en situation d'urgence. A l'issue de la consultation sur le projet, le Conseil d'Etat proposera les mécanismes de financement et d'utilisation de ce montant. Le retour sur investissement complet est prévu dès la 3^{ème} année de fonctionnement des Régions de Santé comme l'illustre la figure 14 du présent rapport.

Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

Le statu quo aurait un impact financier certain, amenant à une augmentation des charges pour les finances publiques. La principale incertitude du projet réside dans la capacité qu'auront les Régions de Santé à mettre en place les structures et les processus permettant en particulier d'atteindre les objectifs de réduction d'hospitalisation. Un suivi de la mise en œuvre du nouveau dispositif permettra son pilotage et la prise de décisions en faveur de mesures correctrices. Le Grand Conseil sera régulièrement informé des développements de cette nouvelle organisation ; une évaluation renseigne le Grand Conseil à chaque législature.

Personnel

Le projet n'aura pas d'incidence sur le personnel de l'Etat. Quant à celui de l'AVASAD, des A/F et des réseaux de soins, le Conseil d'Etat garantit que la mise en œuvre des Régions de Santé ne débouche sur aucun licenciement de collaborateur œuvrant au sein de ces institutions (garantie de non-licenciement). Les effectifs subiront par ailleurs les adaptations ordinaires inhérentes à l'accroissement de la population concernée et selon ses besoins.

Communes

Les communes seront partie prenante des Régions de Santé, comme le prévoit le présent projet. Le coût pour les communes ne doit pas être impacté du fait de la réforme proposée. En conséquence, la contribution des communes doit correspondre au financement qu'elles ont alloué précédemment à l'AVASAD. Des discussions dans ce sens sont conduites avec les associations faîtières des communes.

Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Le projet présenté s'inscrit dans la continuité de la mesure 1.4. du programme de législature 2012 – 2017 « Anticiper les besoins en soins et en hébergement ». En lien avec cette mesure, le rapport de politique sanitaire 2013 – 2017 prévoyait les objectifs suivants :

- Consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels
- Renforcer la première ligne de prise en charge des patients
- Mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillesse et Santé »
- Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

Le projet des Régions de Santé consolide l'ensemble des travaux menés pour atteindre ces différents objectifs et permet de baliser la prochaine législature en matière d'adaptation du système de santé.

Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA

L'AVASAD et les réseaux de soins bénéficient de conditions leur permettant d'être subventionnés par l'Etat. Ces subventions seront transférées aux Régions de Santé qui fonctionneront à l'intérieur d'un cadre conforme à la LSUBV.

Découpage territorial (conformité à DecTer)

Durant sa phase initiale, ce projet est sans incidence sur ce découpage.

Incidences informatiques

A ce stade, ces incidences sont difficiles à estimer, eu égard au fait que le projet prévoit la mise en place par les Régions de Santé d'un système d'information unique, et l'adoption de langages communs, également avec leurs partenaires et cocontractants. De plus, un monitoring performant du système devra être mis en place.

RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

Simplifications administratives

Pour les usagers, l'accès aux prestations sera facilité par une plus forte intégration des différents prestataires qui composent le dispositif communautaire d'aides et de soins. Dans les régions, le cadre prévu permettra d'accroître l'articulation entre le domaine des prestations sanitaires et celui des prestations sociales. La réduction du nombre d'institutions de 12 actuellement (4 réseaux de soins + 1 AVASAD + 7 Associations / Fondations de soins à domicile) à 5 demain (4 régions de Santé + 1 faîtière) ainsi qu'une mutualisation de fonctions aujourd'hui dispersées (p.ex centrale d'encaissement) permettra des gains d'échelle.

Protection des données

Dans un domaine tel que celui-ci, la préoccupation du respect des règles fédérales et cantonales de protection et de sécurité des données est constante. Formation, sensibilisation, développement et acquisition de produits adaptés seront encouragés. Cas échéant, la législation ad hoc sera également révisée.

Autres

Néant

CHAPITRE 10 : CONCLUSION

Le projet de réforme proposé est conséquent. Mais l'enjeu démographique des prochaines décennies est de taille : son impact sur le fonctionnement de notre société doit être appréhendé dans toutes ses dimensions.

S'agissant du système de santé, le DSAS estime que tous les moyens doivent être mis en œuvre pour le faire évoluer, optimiser son fonctionnement afin de pouvoir répondre, dans la durée, aux futurs besoins des patients que nous sommes potentiellement. Ces adaptations sont nécessaires dans un monde sanitaire qui sera bousculé non seulement par l'augmentation des malades chroniques, mais aussi par l'explosion des nouvelles technologies et le changement des besoins des citoyens consommateurs de soins.

Le présent exposé des motifs relève en préambule les conséquences problématiques, en termes d'investissements et de coûts d'exploitation, d'un fonctionnement à l'identique de celui d'aujourd'hui : il paraît difficile d'imaginer que la réponse aux besoins de la population passe seulement par la construction et l'exploitation d'un tel nombre de lits hospitaliers ou d'hébergement supplémentaires. De même, il paraît impossible de ne pas investir dans l'anticipation et la prévention pour éviter la perte d'autonomie qui peut conduire rapidement une personne à une prise en charge en institution.

Les clefs du succès de ce nouvel aménagement du dispositif passent par une capacité à prendre le risque du changement, à investir dans des formes de travail novatrices, à développer des nouveaux processus de prise en charge, à partager les responsabilités autour des situations de prises en charge complexes

Le modèle présenté recentre le système sur la communauté, c'est-à-dire à l'endroit où la personne vit. Il s'agit d'un changement profond dans la culture du système de soins et dans les pratiques de soins qui va nécessiter un travail important de mise en œuvre.

* * * * *

11 - Projet de loi sur les Régions de Santé (LRSa)

Projet de loi sur les Régions de Santé (LRSa)

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décrète

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1^{er} – Buts

La présente loi a pour buts de constituer quatre Régions de Santé chargées de mettre en œuvre les conditions favorables au maintien de l'état de santé de leur population, et en particulier les interventions visant la prévention des incapacités liées à la maladie, la prise en charge des malades chroniques, de sorte à favoriser le maintien à domicile, différer ou éviter une hospitalisation ou un hébergement prématuré en institution.

Art. 2 – Statut et raison sociale

Il est constitué quatre établissements autonomes de droit public cantonal dotés de la personnalité juridique. Chacun se dote d'une raison sociale commençant par les termes « Région de Santé ».

Art. 3 – Sièges

Chaque Région de Santé a son siège au sein de la région qu'elle dessert.

Art. 4 – Mission

1 La Région de Santé a pour mission de garantir que toute personne résidant dans la région dont elle est responsable bénéficie dans son lieu de vie des mesures nécessaires au maintien de son état de santé, de son autonomie fonctionnelle et de sa qualité de vie.

2 Ces mesures relèvent notamment de la prévention, des soins et de la prise en charge médicale, de l'accompagnement social et médico-social.

3 La Région de Santé garantit à l'ensemble de la population desservie un accès équitable aux prestations fournies en application de la présente loi, dans le respect de la dignité et de la liberté des personnes concernées, dont celle de décider de leur maintien ou non à domicile, également en fin de vie.

Art. 5 – Charte

Afin d'assurer l'égalité de traitement et le respect des principes généraux de la présente loi sur l'ensemble du canton, les Régions de Santé se dotent d'une charte commune qui rappelle notamment leurs droits et devoirs et ceux de leurs partenaires, en particulier les devoirs de prise en charge au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et de la loi du 24 janvier 2006 sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS). La charte est soumise au département en charge de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour ratification.

Art. 6 – Tâches

La Région de Santé a pour tâches de :

- a. organiser et délivrer les prestations nécessaires à l'accomplissement de sa mission, dans le respect des principes d'équité, d'adéquation, de qualité, de sécurité et d'économicité ;
- b. collaborer avec les professionnels des soins et de l'intervention sociale et le réseau

institutionnel actifs dans sa région, notamment selon des modalités fixées par convention ;

- c. coordonner l'activité de ses partenaires publics et privés afin d'assurer à toute personne d'être orientée correctement dans le système, et d'être soignée dans son lieu de vie, y compris dans les situations d'urgence, ou de réintégrer ce dernier dans les meilleurs délais ;
- d. collaborer avec les communes et les autres partenaires locaux pour qu'ils développent des politiques adaptées aux besoins de la population, notamment en matière de logement, de transports, d'équipements publics, de prévention et de mesures soutenant l'intégration sociale.

Art. 7 – Prestations

a) Périmètre

1 Le périmètre des prestations d'une Région de Santé couvre la prévention et la prise en charge dans la communauté sur les plans curatif, palliatif, médico-social, d'accompagnement social et de réadaptation.

2 La Région de Santé est garante, auprès de la population concernée, des mesures mises en œuvre pour répondre à l'urgence, anticiper le déclin fonctionnel, prendre en charge des situations complexes, également en fin de vie, et promouvoir la santé.

3 La Région de Santé coordonne au niveau régional la délivrance des prestations avec les partenaires sanitaires et sociaux, dont les médecins, les hôpitaux, les établissements d'hébergement, les organismes sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'avec des institutions délivrant des prestations pour l'ensemble du canton.

4 La Région de Santé définit ses prestations et processus de travail pour garantir la couverture des catégories de prestations au sens de l'article 8.

Art. 8 b) – Catégories

1 Les catégories de prestations des Régions de Santé sont en particulier les suivantes:

- a. les prestations médicales, y compris le renforcement de la première ligne de soins, l'organisation de gardes, l'interface avec les dispositifs d'urgence et les soins aigus des hôpitaux, ainsi que les moyens diagnostiques, de réadaptation, de soutien et d'accompagnement à domicile lors de maladies chroniques et en fin de vie ;
- b. les interventions médico-thérapeutiques, de soutien au quotidien lors de défaillances fonctionnelles et les soins à disposition en permanence, y compris ceux dispensés par des équipes mobiles dans le lieu de vie, afin de renforcer les prestations en cas de crise et éviter une hospitalisation ;
- c. les prestations d'aide au maintien à domicile et d'accompagnement, également des proches aidants, dans les structures d'accompagnement médico-social, d'hébergement en institution ainsi que d'information et d'orientation ; et
- d. les prestations préventives favorisant l'autonomie fonctionnelle de la population de la Région de Santé.

Art. 9 c) Délivrance

1 La Région de Santé délivre ses prestations en tenant compte de l'offre existante.

2 La Région de Santé est habilitée à facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie ainsi que les autres assurances régies par le droit fédéral.

Art. 10 Dotations

1 Le département peut fixer des règles en matière de dotations, notamment en personnel et en matériel.

Art. 11 – Découpage géographique

1 Le territoire couvert par chaque Région de Santé est délimité par le Conseil d'Etat.

Art. 12 – Responsabilité pour actes illicites

1 La Région de Santé est responsable des dommages causés de manière illicite par des membres du Conseil d'établissement et de la direction, ainsi que par son personnel.

2 Le Canton verse les indemnités dues par la Région de Santé si celle-ci n'est pas en mesure de le faire.

3 La Région de Santé et le Canton disposent d'une action récursoire contre l'auteur du dommage si celui-ci a agi intentionnellement ou par négligence grave.

4 Pour le surplus, la loi sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (LRECA) s'applique par analogie à la responsabilité des Régions de Santé.

Art. 13 - Rapports de travail et prévoyance

1 Les rapports de travail entre la Région de Santé et son personnel sont régis par une convention collective de travail, ou à défaut, par les règles approuvées par le Conseil d'Etat sur proposition de l'organe faîtière.

2 Le personnel de la Région de Santé est assuré auprès de la Caisse intercommunale de pension (CIP). La Région de Santé est affiliée à la Caisse cantonale d'allocations familiales (CCAF).

3 Lorsqu'elle contracte avec des partenaires au sens de l'article 41, la Région de Santé s'assure que ces derniers traitent leur personnel conformément aux conventions et normes reconnues par l'Etat en vigueur dans leur secteur d'activité.

4 Le Conseil d'Etat fixe la rémunération des membres du Conseil d'établissement, de la Direction générale et des médecins employés par la Région de Santé.

5 La Région de Santé reconnaît les organisations du personnel et entretient avec elles, ou avec leurs représentants dans l'institution, des contacts réguliers.

Art. 14 – Formation du personnel

1 Les Régions de Santé favorisent la formation de leur personnel et de celui de leurs cocontractants au sens de l'article 41, notamment par la création et la coordination de places de stage et d'apprentissage, ainsi que par la formation continue et postgrade.

Art. 15 – Monitoring

1 La Région de Santé procède au monitoring régulier de ses activités et, dans la mesure nécessaire, de celles de ses cocontractants dans le but de contribuer à sa bonne gestion. Les résultats du monitoring sont transmis au département.

2 Le cadre du monitoring est transmis au département pour information.

Art. 16 – Acquisition et développement de biens et de services

1 Lors de l'acquisition et du développement de biens et de services, les Régions de Santé mettent tout en œuvre pour garantir la meilleure utilisation des ressources afin de fournir des prestations dans le respect des critères de qualité, sécurité et économicité.

2 La législation sur les marchés publics est réservée.

Art. 17 – Système d’information

1 Les Régions de Santé disposent et utilisent le même système d’information, dont elles confient la gestion à une instance approuvée par le département.

2 Elles s’assurent en particulier que les matériels, logiciels et moyens de communication choisis soient compatibles entre eux, permettent l’utilisation d’outils et de langages communs, notamment cliniques, également avec les partenaires, ainsi qu’une exploitation optimale et homogène des données, y compris à des fins d’évaluation et de pilotage par le département.

Art. 18 – Flux financiers

1 Les Régions de Santé se dotent d’une centrale commune de facturation et d’encaissement agréée par le Département.

Chapitre II Contrôle démocratique et surveillance

Art. 19 – Grand Conseil

1 Le Grand Conseil est informé une fois par législature de l’atteinte des objectifs des Régions de Santé par un rapport d’évaluation que lui soumet le Conseil d’Etat.

Art. 20 – Conseil d’Etat

1 Le Conseil d’Etat exerce la haute surveillance sur les Régions de Santé.

2 A ce titre, il exerce les compétences qui lui sont attribuées par la présente loi, ainsi que celles qui ne sont pas déléguées au département ou à d’autres autorités.

3 Il est habilité à conclure les conventions intercantionales nécessaires à l’exécution de la présente loi.

Art. 21 – Département

1 Le département veille à la bonne application de la loi par les Régions de Santé. Il s’assure en particulier que chacune utilise les ressources allouées conformément à l’affectation prévue.

2 Le département reçoit des Régions de Santé, conformément aux exigences qu’il a fixées, les informations nécessaires concernant leur activité et celle de leurs cocontractants au sens de l’article 41, leur situation financière et comptable.

Chapitre III Dispositions d’organisation et de fonctionnement

Art. 22 – Organes

1 Les organes de la Région de Santé sont :

- a. le Conseil d’établissement ;
- b. la Direction ;
- c. l’organe de révision.

Art. 23 – Conseil d’établissement

- a) Composition et fonctionnement

1 Le Conseil d’établissement (ci-après le Conseil) est composé de cinq membres choisis sur la base de leurs compétences et expérience.

2 Trois membres, dont le président du Conseil, sont choisis par le Conseil d’Etat, après consultation des représentants des milieux professionnels concernés.

3 Les communes de la Région de Santé proposent deux membres.

4 Les membres sont nommés par arrêté du Conseil d'Etat pour une législature. Leur mandat est renouvelable deux fois.

5 Le Conseil se dote d'un règlement de fonctionnement, soumis à l'approbation du département.

Art. 24 b) Compétences

1 Le Conseil exerce toutes les compétences de la Région de Santé non dévolues à un autre organe par la présente loi et ses dispositions d'application.

2 Il est en particulier chargé de :

- a. définir la stratégie et la politique de la Région de Santé, puis garantir leur mise en œuvre dans le cadre fixé par la présente loi et par le contrat de prestations qui lie la Région de Santé au département;
- b. négocier le contrat de prestations, au sens de l'article 40, avec le département ;
- c. fixer le budget et approuver les comptes annuels ;
- d. édicter, avec l'aval du département, les principes de fonctionnement de la Région de Santé, y compris sa coordination avec ses partenaires publics et privés, notamment en matière de prestations, d'allocation de ressources et de gestion financière, ainsi que de ressources humaines (conditions de travail, prévoyance professionnelle, formation, notamment) et de système d'information ;
- e. proposer au département pour ratification les éléments fondant la Commission régionale au sens de l'article 31, dont le règlement de fonctionnement ;
- f. répondre vis-à-vis de l'Etat de la bonne marche de la Région de Santé et veiller à l'accomplissement de sa mission ;
- g. ratifier les conventions de collaboration avec les partenaires publics et privés de la Région de Santé, y compris l'acquisition de prestations ;
- h. nommer les membres de la Commission régionale, sur proposition du président ;
- i. nommer les membres de la Direction ainsi que le directeur général ;
- j. fixer les règles de fonctionnement de la Direction et transmettre celles-ci au département pour information
- k. nommer l'organe de révision conformément à l'article 28 ;
- l. décider de l'acquisition ou de l'aliénation de biens mobiliers ou immobiliers ;
- m. décider de l'acceptation de dons et de legs.

Art. 25 c) Autres compétences

1 Chaque Conseil est habilité à conclure des accords de collaboration avec les autres Régions de Santé. Les compétences de l'organe faïtier sont réservées.

Art. 26 – Direction

a) Principe

1 Le directeur général s'entoure de personnes disposant des compétences nécessaires à l'accomplissement de la mission de la Région de Santé.

Art. 27 – b) Compétences

1 Le directeur général assure la direction opérationnelle de la Région de Santé.

- 2 La Direction négocie les conventions de collaboration avec les partenaires publics et privés de la Région de Santé, y compris l'acquisition de prestations.
- 3 La Direction contracte les emprunts nécessaires au nom de la Région de Santé.
- 4 La Direction fournit aux autorités de surveillance les informations et rapports concernant l'activité de la Région de Santé.
- 5 Pour le surplus, les compétences de la Direction sont définies par le Conseil.

Art. 28 – Organe de révision commun

- 1 Les comptes de chaque Région de Santé sont révisés selon les principes du contrôle ordinaire au sens de l'article 727 du Code des obligations par un organe de révision externe commun agréé par le département. En cas de désaccord, ce dernier tranche.
- 2 A la fin de chaque exercice, l'organe de révision présente au Conseil de chaque Région de Santé son rapport qui est transmis au département avec les comptes.
- 3 La durée du mandat de l'organe de révision est d'une année, renouvelable.

Art. 29 – Organe faïtier

a) Composition et fonctionnement

- 1 Un organe faïtier est créé sous la forme d'une association de droit public autonome, dotée de la personnalité juridique et placée sous la surveillance de l'Etat.
2. Les Régions de Santé assument les charges de constitution et de fonctionnement de l'organe faïtier.
- 3 Les Conseils d'établissement des Régions de Santé élaborent un règlement concernant l'organisation et le fonctionnement de l'organe faïtier qui doit être approuvé par le département.

Art. 30 b) Compétences

- 1 L'organe faïtier est notamment compétent, dans les limites de l'autonomie des Régions de Santé, pour :
 - a. veiller à la cohérence et à l'harmonisation cantonale dans l'accomplissement des tâches mutualisées des Régions de Santé ;
 - b. représenter les intérêts des Régions de Santé, notamment auprès de l'Etat ;
 - c. participer aux négociations portant sur l'adoption ou la révision de conventions collectives de travail applicables dans le domaine d'activité des Régions de Santé ;
 - d. participer aux négociations de tarifs communs ;
 - e. déterminer les prestations des Régions de Santé, pour chaque catégorie définie à l'art. 8 ; cette liste est soumise à l'approbation du département ;
 - f. exercer les attributions confiées par les Régions de Santé.
- 2 Les tâches suivantes sont mutualisées :
 - a. la finalisation et la présentation au Conseil d'Etat pour ratification des catégories de prestations des Régions de Santé (art. 8) ;
 - b. l'organisation et la coordination de la formation initiale, continue et postgrade du personnel et des cocontractants des Régions de Santé (art. 14) ;
 - c. l'acquisition et le développement des biens et des services propres à assurer le fonctionnement des Régions de Santé (art. 16) ;
 - d. la gestion du système d'information des Régions de Santé (art. 17).

Art. 31 – Commission régionale

a) Composition

1 Chaque Région de Santé se dote d'une Commission régionale (ci-après la Commission) qui comprend au moins des représentants des communes, des patients, des institutions régionales, du personnel, des associations ou groupements régionaux concernés par l'activité de la Région de Santé, et des fournisseurs de prestations.

2. Les communes désignent l'un de leurs représentants au sein du Conseil en tant que président de la Commission.

3 Le règlement de la Commission est soumis au Conseil pour approbation.

Art. 32 – b) Rôle

1 La Commission appuie les organes de la Région de Santé dans le développement de celle-ci et peut formuler des propositions à l'attention de la Région de Santé et du département.

2 Le Conseil consulte la Commission quant aux orientations et au plan de développement de la Région de Santé. La Commission peut également être consultée par le département.

3 La Commission peut réunir des financements pour des projets innovants contribuant à la mission de la Région de Santé. Elle alloue ces financements à la Région de Santé et s'assure de la réalisation des projets.

4 La Commission offre ses bons offices et œuvre en tant qu'organe de conciliation lors de divergences entre la Région de Santé et ses partenaires.

Chapitre IV Dispositions financières

Art. 33 – Garantie de l'Etat

1 L'Etat peut garantir les engagements des Régions de Santé lorsqu'elles contractent des emprunts sur les marchés financiers.

2 Le montant maximal des garanties que le Conseil d'Etat peut accorder est déterminé annuellement par le Grand Conseil.

Art. 34 – Modalités de financement

1 Les charges des Régions de Santé sont couvertes par :

- a. le produit de la facturation des prestations aux patients et aux assureurs ;
- b. une subvention annuelle de l'Etat ;
- c. une subvention annuelle des communes
- d. des dons et des legs ;
- e. d'autres contributions.

2 Le département peut accorder des avances ponctuelles aux Régions de Santé, sur demande motivée.

Art. 35 – Subvention annuelle de l'Etat

1 La subvention annuelle de l'Etat est composée d'une contribution de base et d'une contribution complémentaire.

2 La contribution de base est calculée sur la base de la population desservie par la Région de Santé et ajustée aux risques liés aux facteurs sociodémographiques et de morbidité de la population concernée.

3 La contribution complémentaire est fixée en fonction de la capacité de la Région de Santé

à réaliser les objectifs fixés par l'Etat.

4 Les versements sont effectués par l'Etat sous forme d'acomptes mensuels.

Art. 36 – Subvention annuelle des communes

A compléter à l'issue de la consultation en fonction des discussions qui seront tenues avec les communes.

Art. 37 – Pilotage par l'Etat

1 Afin notamment de permettre le pilotage du dispositif et la détermination de la subvention annuelle, l'Etat définit les données et indicateurs nécessaires avec le soutien de la Région de Santé.

Art. 38 – Responsabilité de gestion

1 Chaque Région de Santé est responsable de sa gestion. Elle utilise les moyens qui lui sont accordés de manière conforme à sa mission.

2 La Région de Santé communique immédiatement au département tout fait pouvant influencer de manière significative son résultat financier.

Art. 39 – Exonération fiscale

1 Les Régions de Santé sont exonérées des impôts cantonaux et communaux.

Chapitre V Contrat de prestations

Art. 40

1 Le département conclut avec chaque Région de Santé un contrat de prestations annuel portant notamment sur les objectifs, le respect des prestations au sens de la présente loi, des exigences de qualité et de performance, ainsi que du budget alloué.

Chapitre VI Collaboration avec les autres acteurs de la santé, médico-sociaux et d'accompagnement social

Art. 41 – Conventions

1 Chaque Région de Santé conclut des conventions avec des acteurs institutionnels fournissant des prestations de soins, médico-sociales et d'accompagnement social, ainsi qu'avec d'autres acteurs de ces domaines reconnus d'intérêt public par l'Etat, afin d'assurer la couverture des besoins des populations concernées.

2 Le département émet des directives sur les clauses standards minimales à intégrer dans ces conventions.

3 Les Régions de Santé tiennent ces conventions à disposition du département.

Chapitre VII Dispositions transitoires et finales

Art. 42 – Principes

1 Le Conseil d'Etat met en vigueur la présente loi de manière à assurer auprès des populations concernées le maintien de prestations de qualité.

2 A cette fin, durant la phase de mise en place des Régions de Santé et d'initialisation du nouveau modèle, le financement des institutions concernées est assuré selon les mêmes modalités et dans la même mesure qu'avant l'adoption de la présente loi.

Art. 43 – Financement des Régions de Santé et des partenaires concernés

a) Mode de financement et échéances

1 Le cadre budgétaire prévu à l'article 34 doit être mis en place au plus tard pour le 1^{er}

janvier 2019.

2 Jusqu'à la mise en place des moyens nécessaires à l'établissement du cadre budgétaire, le mode de financement actuellement en vigueur subsiste. .

3 Durant la phase transitoire, le coût de la mise en œuvre des Régions de Santé est intégré aux comptes de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD).

4 La réorganisation, y compris une éventuelle intégration des structures concernées dans les Régions de Santé et la mise en œuvre du nouveau modèle doivent être achevées au plus tard deux ans après la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 44 b) Capital de dotation

1 Les Régions de Santé sont dotées d'un capital constitué de la reprise des actifs nets des institutions qui les composent, y compris des associations et fondations (A/F) anciennement membres de l'AVASAD.

Art. 45 – Anciens membres de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et réseaux de soins

1 Dans la région qu'elles desservent, les Régions de Santé reprennent dans la mesure nécessaire les actifs, passifs, ainsi que les droits et obligations de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), des associations et fondations (A/F) régionales d'aide et de soins à domicile et des réseaux de soins relevant de leur activité au sens de la présente loi.

2 Elles font de même pour les droits et obligations découlant des rapports de travail de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, des associations et fondations (A/F) régionales d'aide et de soins à domicile, ainsi que des réseaux de soins.

3 Elles concluent à cet effet des conventions, soumises au département pour approbation, avec les entités concernées.

4 Elles affilient le personnel concerné à la Caisse intercommunale de pension (CIP), sous réserve des collaborateurs membres de la Caisse du personnel de l'Etat de Vaud (CPEV), qui peuvent rester assurés auprès de cette dernière.

5 Les A/F modifient leurs statuts pour tenir compte des alinéas 1 à 3 ci-dessus et de l'entrée en vigueur de la présente loi.

6 Sur proposition des Conseils des Régions de Santé, le Conseil d'Etat définit les modalités de mise en œuvre du présent article.

Art. 46 – Dissolution de l'AVASAD et des réseaux de soins

1 Le Conseil d'Etat fixe par arrêté la date de dissolution et le mode de liquidation de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et des réseaux de soins.

Art. 47 – Abrogation

1 La loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et la loi du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins sont abrogées à l'échéance de la période transitoire au sens de l'article 46 de la présente loi.

Art. 48 – Exécution et entrée en vigueur

1 Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a), de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le XX

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

AVANT-PROJET DE LOI

Modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD
vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décrète

Article premier

¹ La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme il suit :

Chapitre II Organisation et compétences

Art. 4 Département de la santé et de l'action sociale

¹ Sous réserve des pouvoirs du Conseil d'Etat, le département propose et met en œuvre la politique sanitaire du canton. Il assure l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions cantonales et intercantionales d'ordre sanitaire.

Art. 4 Département de la santé et de l'action sociale

¹ sans changement

Texte actuel

- ² Le département agit avec la collaboration des services de l'Etat. Le cas échéant, il s'assure le concours :
- a. du Conseil de santé ;
 - b. de la Commission cantonale de politique sanitaire ;
 - c. des réseaux de soins reconnus d'intérêt public ;
 - d. des préfets ;
 - e. des médecins-délégués ;
 - f. des médecins-vétérinaires-délégués ;
 - g. des municipalités et des commissions de salubrité ;
 - h. des institutions d'intérêt public, des associations professionnelles, des groupements d'établissements sanitaires ;
 - i. des commissions permanentes en matière de santé publique nommées par le Conseil d'Etat ;
 - j. de la Commission d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : la Commission d'examen des plaintes) ainsi que du Bureau cantonal de la médiation santé-handicap (ci-après : le Bureau de la médiation) ;
 - k. de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) ;
 - l. de la Commission des maladies transmissibles ;
 - m. de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA).

Projet

- ² Le département agit avec la collaboration des services de l'Etat. Le cas échéant, il s'assure le concours :
- a. sans changement
 - b. sans changement
 - c. des Régions de Santé ;
 - d. sans changement
 - e. sans changement
 - f. sans changement
 - g. sans changement
 - h. sans changement
 - i. sans changement
 - j. sans changement
 - k. sans changement
 - l. sans changement
 - m. sans changement

Texte actuel

Projet

Chapitre IV Prévention

Art. 32a Composition et organisation

¹ La CPSLA comprend des représentants des services de l'administration concernés, des associations intéressées, des communes, des réseaux de soins et des milieux concernés.

² Elle peut recourir à d'autres experts que ceux du GEA.

³ Les membres de la CPSLA ainsi que son président sont nommés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable.

⁴ Le nombre de membre, la limitation du mandat ainsi que les autres règles de fonctionnement et d'organisation sont fixés par le Conseil d'Etat.

Art. 32a Composition et organisation

¹ La CPSLA comprend des représentants des services de l'administration concernés, des associations intéressées, des communes, des Régions de Santé et des milieux concernés.

² sans changement

³ sans changement

⁴ sans changement

Chapitre VIIbis Organisations de soins

Art. 143f Définition

¹ L'organisation de soins à domicile fournit ambulatoirement ou au domicile du patient les soins et les prestations destinées à:

a. permettre aux personnes qui le souhaitent de rester dans leur

Art. 143f Définition

¹ Sans changement

a. Sans changement

Texte actuel

environnement familial et social;

b. éviter, différer ou raccourcir le séjour dans un établissement sanitaire.

² Ces soins et ces prestations comprennent notamment les soins de base, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, ainsi que des activités de conseil et de prévention.

³ Une organisation de soins à domicile peut également fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie si elle dispose d'un mandat du département et si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- a. les problèmes de santé aigus du patient sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires ;
- b. le patient a besoin provisoirement d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant ;
- c. un séjour dans un centre de traitement et de réadaptation ou dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué ;
- d. l'objectif de la prise en charge est que le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes disponibles avant le séjour hospitalier ;
- e. un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la lettre d. est établi.

Projet

b. Sans changement

² Sans changement

³ Une organisation de soins à domicile peut également fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie si elle dispose d'un mandat d'une Région de Santé et si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- a. Sans changement
- b. Sans changement
- c. Sans changement
- d. Sans changement
- e. Sans changement

Texte actuel

Art. 143g Conditions d'exploitation

¹ L'organisation de soins à domicile doit disposer:

- a. d'un directeur répondant aux exigences des articles 147 à 149;
- b. d'un médecin-conseil;
- c. du personnel spécialisé ayant reçu la formation nécessaire à l'accomplissement de sa mission;
- d. des équipements et des locaux nécessaires à la fourniture des soins mentionnés à l'article 143f;
- e. d'une structure permettant de répondre aux demandes de soins;
- f. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires;
- g. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département;

ou dépendre par contrat de prestations d'une structure sanitaire qui en dispose.

² Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat de subventions destinées à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale, une organisation de soins à domicile doit respecter par analogie les conditions posées par l'article 4, alinéa 1, lettres a, b, e et h, ainsi que par les articles 32a et suivants de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires. Elle doit en outre bénéficier d'un mandat accordé par le

Projet

Art. 143g Conditions d'exploitation

¹ sans changement

- a. sans changement
- b. sans changement
- c. sans changement

- d. sans changement

- e. sans changement
- f. sans changement

- g. sans changement

² Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat de subventions destinées à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale, une organisation de soins à domicile doit respecter par analogie les conditions posées par l'article 4, alinéa 1, lettres a, b, e et h, ainsi que par les articles 32a et suivants de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires. Elle doit en outre

Texte actuel

département, sur la base des conditions suivantes :

- a. capacité de répondre à la couverture des besoins, notamment du point de vue des soins, du champ géographique d'intervention et du type de patientèle;
- b. présence d'un dispositif d'admission, d'évaluation et de suivi des cas ;
- c. mise en place d'une permanence en fonction des besoins ;
- d. élaboration de modalités de collaboration avec les Centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile ainsi qu'avec les réseaux de soins ;
- e. engagement à fournir des informations permettant à l'Etat de vérifier le respect de la législation, notamment concernant l'affectation conforme des ressources allouées et l'édiction de règles comptables et financières ;
- f. engagement à autoriser l'Etat à s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes ;
- g. capacité à fournir des "soins aigus et de transition" au sens de l'article 143f.

Projet

bénéficiaire d'un mandat accordé par une Région de Santé sur la base des conditions suivantes :

- a. sans changement
- b. sans changement
- c. sans changement
- d. élaboration de modalités de collaboration avec la Région de Santé concernée et ses autres partenaires ;
- e. sans changement
- f. sans changement
- g. sans changement

Texte actuel

Projet

Art. 2 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le

Texte actuel

Projet

AVANT-PROJET DE LOI

Modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD
vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décète

Article premier

¹ La loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale est modifiée comme il suit :

TITRE I GÉNÉRALITÉS

Article 1 But

¹ La loi a pour but de garantir l'accès à un encadrement médico-social de

Article 1 But

¹ Sans changement

Texte actuel

qualité à domicile et lors d'hébergement.

² Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) , sur la santé publique (LSP), sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) , sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS), ainsi que la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE).

Article 2 Objet

¹ La loi institue un appui social et une aide financière individuelle en faveur des bénéficiaires dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais liés à l'action médico-sociale dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement médico-social ou en home non médicalisé.

² Elle peut octroyer des subventions à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (ci-après : AVASAD) ainsi qu'aux autres organismes favorisant le maintien à domicile au sens de l'article 10, alinéa 2, lettre b.

Projet

² Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), sur la santé publique (LSP), sur les Régions de Santé (**LR**Sa), sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH), sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS), ainsi que la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE).

Article 2 Objet

¹ Sans changement

² Des subventions peuvent être octroyées aux Régions de Santé ainsi qu'aux autres organismes favorisant le maintien à domicile au sens de l'article 10, alinéa 2, lettre b.

Texte actuel

Article 4a Délégation à l'AVASAD

¹ Dans le cadre de la subvention prévue à l'article 2, alinéa 2, le département délègue à l'AVASAD la compétence de réduire le coût de ses prestations d'aide à domicile mises à la charge des bénéficiaires, en fonction de leurs ressources. Le département édicte des normes qui comprennent, entre autres, la liste et le barème des prix des prestations et qui portent notamment sur l'aide à la famille, les repas à domicile, l'aide au ménage et les veilles et présences.

² Les prestations sont fournies sur la base d'une évaluation de la situation du requérant et de son entourage. La loi sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises est applicable en ce qui concerne le calcul du revenu déterminant et la composition de l'unité économique de référence. Les articles 9, alinéa 3, 11, alinéas 2 et 4 et 12, alinéas 1 à 3 de la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sont également applicables par analogie.

Projet

Article 4a Délégation aux Régions de Santé

¹ Dans le cadre de la subvention prévue à l'article 2, alinéa 2, le département délègue aux Régions de Santé la compétence de réduire le coût de leurs prestations d'aide à domicile mises à la charge des bénéficiaires, en fonction de leurs ressources. Le département édicte des normes qui comprennent, entre autres, la liste et le barème des prix des prestations et qui portent notamment sur l'aide à la famille, les repas à domicile, l'aide au ménage et les veilles et présences.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 20a Subventions aux établissements médico-sociaux pour les prestations de maintien à domicile

¹ Le département peut accorder une subvention :

- a. aux établissements médico-sociaux et aux Associations/Fondation régionales d'aide et de soins à domicile au sens de la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, pour les prestations d'accueil temporaire au sens de l'article 13 ;
- b. aux établissements médico-sociaux pour les prestations de court séjour au sens de l'article 18 de la loi.

² La contribution de l'Etat est inscrite au budget du département et fait l'objet d'une convention entre le département et les EMS, respectivement les Associations/Fondation régionales, qui porte notamment sur :

- a. les montants permettant de compenser les coûts administratifs induits par la prise en charge des résidents en court séjour ;
- b. les montants permettant de contribuer au financement des charges fixes et du personnel d'encadrement pour les prestations en unité d'accueil temporaire ;
- c. les montants permettant de compenser la part non prise en charge par les assureurs- maladie, au sens de l'article 26g, lettre b LPFES, pour les prestations en unité d'accueil temporaire ;
- d. la garantie des prestations de qualité et de mise à disposition de personnel qualifié ;

Projet

Art. 20a Subventions aux établissements médico-sociaux pour les prestations de maintien à domicile

¹ Le département peut accorder une subvention :

- a. aux établissements médico-sociaux et aux Régions de Santé au sens de la loi dusur les Régions de Santé, pour les prestations d'accueil temporaire au sens de l'article 13 ;
- b. Sans changement

² La contribution de l'Etat est inscrite au budget du département et fait l'objet d'une convention entre le département et les EMS, respectivement les Régions de Santé, qui porte notamment sur :

- a: Sans changement ;
- b : Sans changement ;
- c : Sans changement ;
- d : Sans changement ;
- e : Sans changement.

³ Sans changement

Texte actuel

e. l'évaluation, le suivi et le contrôle.

³ Le règlement précise les modalités.

TITRE IV VOIES DE DROIT

Art. 34 Réclamation et recours³

¹ Les décisions du département peuvent faire l'objet d'une réclamation. Les décisions de l'AVASAD fondées sur l'article 4 a peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Service en charge des assurances sociales et de l'hébergement.

² La loi sur la procédure administrative est applicable.

Projet

Art. 34 Réclamation et recours³

¹ Les décisions du département peuvent faire l'objet d'une réclamation. Les décisions des Régions de Santé fondées sur l'article 4 a peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Service en charge des assurances sociales et de l'hébergement.

² Sans changement

Texte actuel

Projet

Art. 2 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le

Texte actuel

Projet

AVANT-PROJET DE LOI

Modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD
vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décète

Article premier

¹ La loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public est modifiée comme il suit :

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Objet et but de la loi

¹ La présente loi a pour objet la planification et le financement des

Art. 1 Objet et but de la loi

¹ La présente loi a pour objet la planification et le financement des

Texte actuel

établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

² Son but est d'assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la collectivité, ainsi que de fournir une information appropriée à la population.

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public

¹ Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

- a. être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ;
- b. accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation, tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner ;
- c. se soumettre à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;

Projet

établissements sanitaires d'intérêt public.

² Sans changement

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public

¹ Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

- a. sans changement
- b. Sans changement
- c. Sans changement

Texte actuel

- d. recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information;
- e. appliquer les dispositions d'une convention collective de travail de force obligatoire existante ou à défaut les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;
- f. ...
- g. se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d ;
- h. adhérer au réseau de soins régional conformément à la législation y relative.

^{1bis} S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :

- a. se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations de soins et socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat ; les prestations socio-hôtelières sont fixées dans le standard officiel établi par le

Projet

- d. Sans changement
- e. Sans changement
- f. Sans changement
- g. Sans changement
- h. Abrogé

^{1bis} Sans changement

Texte actuel

Projet

Conseil d'Etat, après consultation des associations faïtières, et qui constitue la base du tarif journalier ;

b. appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;

c. respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat , après consultation des associations faïtières, sur les catégories et les prix maximaux de prestations supplémentaires à usage personnel non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières ;

d. créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f ;

e. se soumettre aux dispositions prévues par l'article 4g en matière de sous-traitance d'activité.

^{1er} S'il s'agit d'un hôpital, il doit, outre les conditions posées par l'alinéa 1, se soumettre au contrôle de l'Etat sur ses investissements, ainsi qu'aux dispositions édictées en la matière par le Conseil d'Etat conformément à l'article 4h.

^{1er} Sans changement ;

² Sans changement ;

Texte actuel

Projet

² La reconnaissance d'intérêt public fonde le droit de l'établissement à la contribution financière de l'Etat.

³ Le département décide du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire.

⁴ La reconnaissance peut être accordée pour une durée limitée et assortie de conditions ou de charges. La liste des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public est à disposition des tiers intéressés.

⁵ ...

⁶ Le Conseil d'Etat peut, par règlement, adapter les conditions posées par la lettre d) de l'alinéa premier en ce qui concerne les EMS reconnus d'intérêt public et pour les hôpitaux rattachés à une institution qui consacre une proportion significative de son activité à la prise en charge de cas relevant de l'assurance invalidité.

⁷ Pour ces établissements, le Conseil d'Etat peut limiter, voire supprimer la participation financière de l'Etat à la prise en charge des coûts de leurs

³ Sans changement ;

⁴ Sans changement ;

⁵ ...

⁶ Sans changement

⁷ Sans changement

Texte actuel

investissements informatiques

Projet

Art. 13 Rôle de la commission de politique sanitaire

¹ La Commission de politique sanitaire:

1. collabore à l'élaboration de la politique de l'Etat en ce qui concerne les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins et, à la demande du département, à l'organisation sanitaire cantonale, sous réserve des attributions du Conseil de santé;
2. préavise sur les projets de lois et règlements qui concernent la planification et le financement des investissements des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins;
3. propose au département et, le cas échéant, au département dont relève l'action sociale, des directives concernant la construction et l'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

Art. 13 Rôle de la commission de politique sanitaire

¹ La Commission de politique sanitaire:

1. collabore à l'élaboration de la politique de l'Etat en ce qui concerne les établissements sanitaires d'intérêt public et les Régions de Santé et, à la demande du département, à l'organisation sanitaire cantonale, sous réserve des attributions du Conseil de santé;
2. préavise sur les projets de lois et règlements qui concernent la planification et le financement des investissements des établissements sanitaires d'intérêt public et des Régions de Santé;
3. propose au département, des directives concernant la construction et l'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public et des

Texte actuel

² ...

³ La Commission de politique sanitaire, ou les partenaires qui y sont représentés, peuvent être chargés de tâches particulières liées à l'application de la présente loi, notamment en ce qui concerne la répartition des ressources consacrées à l'exploitation et à l'investissement des hôpitaux d'intérêt public et des réseaux de soins, ainsi que la préparation et la diffusion de l'information à la population.

Chapitre III Planification

Art. 18 But

¹ La planification cantonale a pour but d'organiser l'offre hospitalière et d'hébergement nécessaire à la couverture des besoins en soins de la population.

² Elle tient compte de tous les établissements sanitaires, quel que soit leur statut juridique, des réseaux de soins et des possibilités de collaborations,

Projet

Régions de Santé.

² ...

³ La Commission de politique sanitaire, ou les partenaires qui y sont représentés, peuvent être chargés de tâches particulières liées à l'application de la présente loi, notamment en ce qui concerne la répartition des ressources consacrées à l'exploitation et à l'investissement des hôpitaux d'intérêt public et des Régions de Santé, ainsi que la préparation et la diffusion de l'information à la population.

Art. 18 But

¹ Sans changement.

² Elle tient compte de tous les établissements sanitaires, quel que soit leur statut juridique, des Régions de Santé et des possibilités de

Texte actuel

notamment intercantionales et entre réseaux de soins.

³ Elle est élaborée sous la forme de règlements d'application de la présente loi, conformément à l'article 22.

Art. 22 Portée

¹ Les règlements constituant la planification cantonale portent notamment sur :

1. la carte des zones et des secteurs sanitaires et l'implantation des établissements sanitaires d'intérêt public ;
2. les différentes missions des établissements sanitaires d'intérêt public, compte tenu notamment de leur appartenance à un réseau de soins ;
3. ...
4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la définition de la politique sanitaire du canton et à l'information de la population ;
5. la procédure de construction ;

Projet

collaborations, notamment intercantionales et entre Régions de Santé.

³ Sans changement.

Art. 22 Portée

¹ Les règlements constituant la planification cantonale portent notamment sur :

1. Sans changement ;
2. les différentes missions des établissements sanitaires d'intérêt public, compte tenu notamment de leur lien conventionnel à une ou plusieurs Régions de Santé ;
3. Sans changement ;
4. Sans changement ;

Texte actuel

6. les programmes d'économie et de restructuration du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public ;
7. les modalités types des plans stratégiques de développement ;
8. les dispositions d'application relatives à l'admission sur les listes au sens de l'article 39 LAMal ;
9. les exigences en matière de promotion et de contrôle de la qualité ;
10. les modalités d'encadrement de l'offre et des dépenses du secteur d'intérêt public.

Art. 23 Missions des hôpitaux d'intérêt public

¹ Les différentes missions des hôpitaux d'intérêt public sont définies en application du principe de la décentralisation des actes médicaux courants et de la centralisation des actes médicaux spécialisés. L'application de ce principe tient compte:

- de la qualité requise des soins;
- de la sécurité des patients;

Projet

5. Sans changement ;
6. Sans changement ;
7. Sans changement ;
8. Sans changement ;
9. Sans changement ;
10. Sans changement.

Art. 23 Missions des hôpitaux d'intérêt public

¹ Les différentes missions des hôpitaux d'intérêt public sont définies en application du principe de la décentralisation des actes médicaux courants et de la centralisation des actes médicaux spécialisés.

L'application de ce principe tient compte:

- a. Sans changement ;

Texte actuel

- du coût des prestations fournies;
- de la proximité des autres établissements sanitaires;
- des possibilités de collaboration dans le cadre d'un réseau de soins;
- des besoins régionaux et de la situation géographique;
- de la situation existante à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 30 Responsabilité

¹ Les hôpitaux d'intérêt public sont responsables de leur gestion et doivent s'en tenir aux ressources attribuées pour l'hospitalisation en division commune et les tâches particulières. Un bénéfice d'exploitation est acquis à l'établissement ; un déficit engage sa seule responsabilité.

² ...

³ L'article 25b et la loi sur les Hospices cantonaux sont réservés.

Projet

- b. Sans changement ;
- c. Sans changement ;
- d. Sans changement ;
- e. des possibilités de collaboration dans le cadre d'une Région de Santé;
- f. Sans changement ;
- g. Abrogé

Art. 30 Responsabilité

¹ Sans changement

² Sans changement

³ La loi sur les Hospices cantonaux est réservée.

Texte actuel

Projet

Art. 2 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le

Annexe A : glossaire (par ordre alphabétique)

Agences d'assurances sociales

« Les agences d'assurances sociales renseignent et orientent la population sur ses droits et obligations en matière d'assurances et de régimes sociaux ; elles fournissent un appui pour remplir les formules officielles de demande de prestations et contrôlent l'exactitude des renseignements fournis par les requérants. Les agences sont intégrées à l'association régionale d'action sociale de leur région ».

Vaud - <http://www.vd.ch/themes/social/informations-sociales/agences/>

AVQ (activités de la vie quotidienne)

AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne)

« Les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou activités élémentaires sont se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes et contrôler ses sphincters. Elles sont complétées par les activités instrumentales (AIVQ) comme utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer le repas, entretenir le ménage, faire la lessive, utiliser les moyens de transports, prendre des médicaments, tenir son budget. Les AVQ et AIVQ permettent de mesurer l'indépendance et l'autonomie de l'individu. L'indépendance est la capacité fonctionnelle à accomplir les AVQ. L'autonomie est la capacité à prendre des décisions, selon ses valeurs et à assumer les conséquences. Une personne peut perdre son autonomie et/ou son indépendance. La perte est progressive ou immédiate, définitive ou provisoire, liée à la survenue d'incapacités fonctionnelles et cognitives. D'abord apparaissent des incapacités liées aux activités instrumentales puis élémentaires. Les causes sont d'ordres biologique (maladie, accident), psychique (maladie mentale), affectif (troubles de l'humeur), socio-environnemental (isolement) » .

Social Info <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=16>

Centre médico-social

Dans le canton de Vaud, service communautaire délivrant des prestations d'aide et de soins à domicile. Les CMS sont gérés par les Association et Fondations d'aide et de soins à domicile, organisées cantonalement sous l'égide de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD).

Communauté

Dans le présent texte, le terme « communauté » est défini comme un ensemble de personnes résidant dans une même zone géographique.

- pour l'OMS²⁶, « une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de taille et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés » .
- pour le SEPSC – Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (2009), « le plus difficile (...) fut d'essayer de s'accorder sur une définition (...). Trois caractéristiques reviennent

²⁶ OMS/UNICEF, Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. OMS, Genève, réimpression 1986, pp. 55-56

souvent : la communauté est marquée par un type d' « interaction sociale » au sein d'un collectif, intermédiaire entre individu et société; elle implique souvent le partage d' « un espace géographique » et fait participer des personnes qui ont entre elles « des relations communautaires particulières » (sentiment d'appartenance, solidarité, etc.) ».

Déclin fonctionnel

Diminution du nombre des activités de la vie quotidienne (AVQ) réalisées de façon indépendante par la personne.

Etablissement médico-social

« L'EMS est (...) un lieu de vie, offrant des prestations médico-sociales, hôtelières, de soins et d'animation. Si l'hébergement en long séjour reste une activité importante, d'autres possibilités sont offertes à la clientèle. La palette des prestations s'étend de l'accueil temporaire au court séjour. Des logements sécuritaires permettent à des personnes autonomes de bénéficier de la sécurité assurée par la proximité de l'EMS. Les EMS se consacrent à diverses missions, selon leur clientèle : la gériatrie somatique pour des personnes atteintes de troubles physiques liés à l'âge, la psychogériatrie pour des personnes souffrant d'affections psychiques liées à l'âge, allant des états dépressifs jusqu'aux démences, la psychiatrie pour des personnes jeunes ou âgées atteintes de pathologies psychiatriques (psychoses, Korsakoff, déficits, etc.), les accueils sociaux destinés à des personnes seules, isolées, dont la vie à domicile devient impossible, les autres missions dans des domaines nouveaux (troubles neurologiques du sida par exemple) ».

SOCIALinfo – Dictionnaire suisse de politique sociale - <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=399>

Expert (rôle de ...)

« Celui dont les connaissances dans un domaine sont reconnues par ses pairs et qui accepte de faire des expertises, c'est-à-dire de répondre à des questions formulées par des non-experts sur les problèmes relevant de ses compétences. Les difficultés de reconnaissance de l'expert se situent dans des domaines qui sont hors du champ des sciences dites dures ».

C. Got 1998 <http://www.sante-publique.org/general/expertise.htm>

Evidence-based

« Utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques ».

Sackett 1996

Gestion de cas

Il s'agit de la pratique de « professionnels de la santé qui, d'une part, s'occupent de la coopération avec les patients et d'autre part, dirigent l'action commune de toutes les institutions et professions impliquées ».

Mercais 2015

Hospitalisation appropriée / inappropriée :

Pathologie, état de santé ou traitement nécessitant une prise en charge, une surveillance ou un plateau technique hospitalier. A contrario, l'hospitalisation est inappropriée (à savoir non pertinente et non justifiée) lorsque la situation de la personne ne justifie pas le recours à un séjour hospitalier. Selon Haute autorité de Santé (HAS – France 2004), « *on dénombre deux catégories de journées d'hospitalisation non pertinentes :*

- *non pertinentes mais justifiées : le patient ne reçoit pas de soins techniques mais une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative ou tout simplement un hébergement. Ces journées relèvent de la planification des structures sanitaires et sociales ou d'un défaut d'organisation hospitalière, mais nullement d'une décision inadéquate du ou des professionnels de santé qui ne font que s'adapter à une offre de service insuffisante ou indisponible.*
- *non pertinentes et non justifiées : le patient reçoit des soins ou des services qui pourraient être rendus dans d'autres structures y compris à domicile. Ces journées relèvent d'un problème d'organisation, du processus décisionnel des professionnels de santé ou de raisons liées aux patients ou à leurs proches ».*

Indépendance fonctionnelle

Dépendance fonctionnelle

La dépendance fonctionnelle (anglais : functional limitations, disability / allemand : Pflegebedürftigkeit) se définit comme une incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne (AVQ). En Suisse, on évalue à 10% la proportion des personnes de plus de 65 ans et à 20% de celles entre 75 et 94 ans qui ont besoin d'aide pour effectuer au moins une AVQ de base, telle que se laver, s'habiller, s'alimenter. La dépendance fonctionnelle engendre une dépendance à autrui, et en particulier au soignant, que ce soit un proche aidant ou un soignant professionnel.

PCG – Pharmaceutical Cost Groups

Groupes de Coûts Pharmaceutiques.

Prévention

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit

- la **prévention primaire** comme l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. La promotion de la santé et la prévention primaire sont des domaines d'action vastes, faisant interagir différentes politiques publiques, divers territoires administratifs ou encore un grand nombre acteurs du domaine privé (économie et monde du travail, urbanisme et environnement construit, mobilité, etc.). La prévention primaire fait l'objet d'une attention croissante dans la plupart des pays occidentaux. Les facteurs de risques principaux (sédentarité, alimentation déséquilibrée, consommation de tabac et consommation excessive d'alcool) sont abordés soit par des mesures comportementales (information à la population, cours, etc.) soit par des mesures structurelles (taxe sur les boissons sucrées, prix du paquet de cigarette ou loi sur la fumée passive, etc.).

- La **prévention secondaire** comprend toutes les mesures visant à diagnostiquer les maladies à un stade précoce (diagnostic précoce ou dépistage) et permettant l'amélioration du pronostic de cette maladie en instaurant un traitement efficace.
- La **prévention tertiaire** (prévention de la dépendance fonctionnelle) vise à éviter ou diminuer les répercussions fonctionnelles des maladies. Par exemple, une personne souffrant d'une insuffisance cardiaque qui, en raison d'une grippe, reste alitée chez elle, est à haut risque de perdre des capacités fonctionnelles et de subir un événement indésirable tel qu'une chute pouvant entraîner une hospitalisation. Face à cette situation, la responsabilité du soignant est non seulement de soigner l'épisode aigu, mais aussi de mettre rapidement en œuvre un suivi et un programme de reconditionnement afin d'éviter une péjoration des capacités de la personne.

Proches aidants

« Une personne de l'entourage immédiat d'un individu dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins et de présence, de nature et d'intensité variées, destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore à assurer sa sécurité. Il peut s'agir de membres de la famille, voisins ou amis. Cela ne concerne pas les formes organisées de bénévolat ».

Vaud – Commission consultative pour le soutien direct des proches aidants à domicile – CCSPA

Promotion de la santé

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ».

OMS, Charte d'Ottawa, 1986

Réseaux de soins

« Le réseau de soins regroupe au niveau régional les fournisseurs de soins et les autres milieux intéressés représentant la chaîne complète de prestations, incluant des activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales et de réadaptation relevant tant de prises en charge somatiques que psychiatriques ».

Vaud - Loi sur les réseaux de soins (LRS) 2007, article 2

Responsabilité populationnelle

« La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en

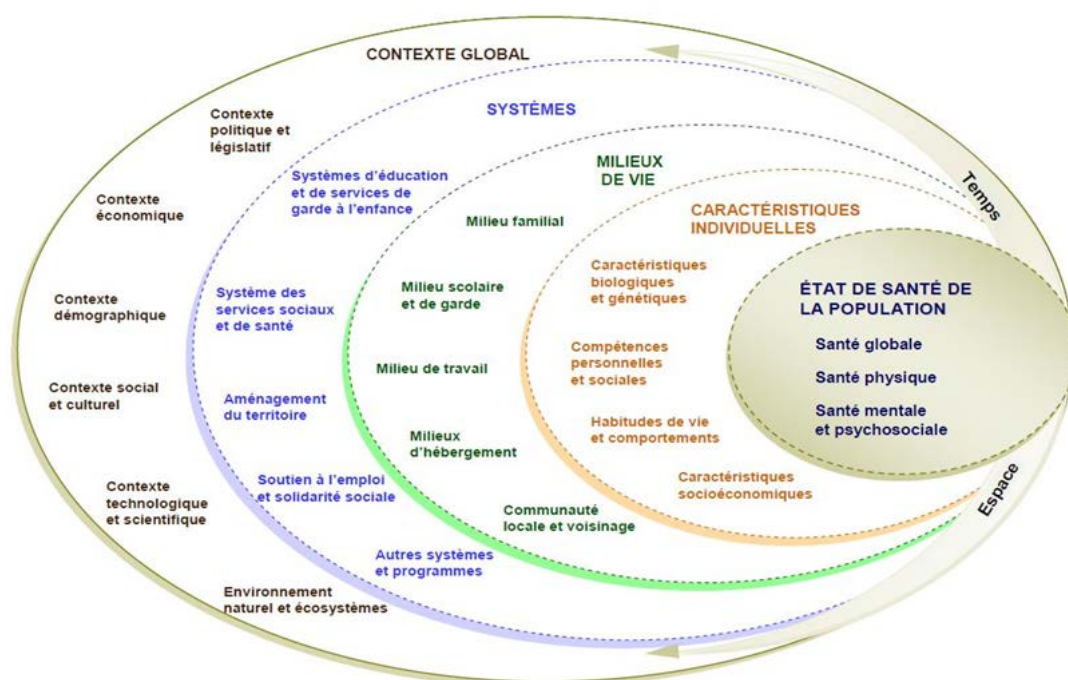
- *rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population*
- *assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis*

- *agissant en amont, sur les déterminants de la santé* ».
- Québec - Loi sur les services de santé et services sociaux (2005)

Santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » Organisation mondiale de la santé, 1946.

L'état de santé d'une personne ou d'une population est la résultante de multiples facteurs et conditions. Les services sociaux et de soins sont un des déterminants²⁷ de cet état de santé.



Système de santé

« Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (...) Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondant aux besoins et financièrement justes et traiter les patients décemment »

²⁷ <http://www.promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>

Annexes B : tableaux

Population résidante permanente par groupe d'âges, Vaud

Groupe d'âges	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0 à 19 ans	151 358	161 730	167 444	177 362	185 143	199 021	199 533	210 205
20 à 39 ans	179 387	196 134	209 767	225 319	224 544	231 587	227 145	237 874
40 à 64 ans	220 589	238 282	250 283	275 712	271 843	294 505	286 033	311 487
65 à 79 ans	69 972	79 214	90 875	99 731	107 894	124 368	132 020	147 372
80 ans et +	29 485	32 828	36 170	39 125	48 216	55 866	63 592	71 875
Total	650 791	708 189	754 539	817 249	837 640	905 346	908 322	978 813

Source: STATVD, Scénario de base, janvier 2016

Annexe C « Fiche de projet Pôle Régional de Santé »

Le projet Pôle Régional Santé est un projet régional du Nord vaudois, soutenu par le Bureau Nord du Réseau de Santé Nord Broye, porté par les eHnv.

Mandant : Dr Julien Ombelli, Directeur Médical, eHnv

Cheffe de projet : Brigitte Kauz, chargée de projets, RSNB

Contexte

La surcharge chronique des services d'urgences, la diminution des médecins de premier recours, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des patients multimorbides, ainsi que le vieillissement de la population ont des impacts directs sur la population et les institutions. C'est pourquoi, il faut repenser le paradigme des soins, avoir une vision holistique des systèmes de santé et évoluer vers une pratique plus interdisciplinaire. Le Pôle Régional Santé, en amont des urgences des eHnv à Yverdon-les-Bains, coordonné avec les autres permanences des eHnv, avec les ressources hospitalières et des autres institutions de la région, permettrait d'apporter une réponse aux besoins évolutifs de la population et du système de santé.

Objectifs principaux

- optimiser les prises en charge des patients adultes (≥ 16 ans), entre les différents prestataires de soins de la région Nord vaudoise
- favoriser les prises en charge ambulatoires
- éviter les hospitalisations inappropriées
- améliorer l'intégration et la continuité des soins

Objectifs secondaires

- s'adapter à l'évolution du recours aux prestations de santé de la population (Nord vaudois)
- améliorer l'efficacité et la qualité des prestations de santé (Nord vaudois)
- déployer un service de médecine interne générale régional (extensiviste)
- intégrer le cursus de médecine générale (forOm) et la question de la garde médicale régionale dans le Pôle Régional Santé
- intégrer les compétences pharmaceutiques dans les prises en charges interdisciplinaires (pharmacie d'officine)
- améliorer les flux des patients (intra et extra hospitalier)
- réduire les coûts liés aux hospitalisations
- réduire le nombre de lits hospitaliers (eHnv)
- accueillir l'héliport (Yverdon-les-Bains)

Réalisation

Création d'une structure communautaire en amont, et en interface avec l'hôpital (tri, détection et orientation), tout en disposant des infrastructures et des compétences hospitalières 24h sur 24.

Périmètre

Tout le Nord vaudois est concerné par le projet : les eHnv, le réseau de santé Nord-Broye (RSNB), le réseau de santé du Balcon du Jura (RSBJ), les soins à domicile (ASPMAD), le service de psychiatrie du nord vaudois (SPN), les médecins et autres professionnels de la santé installés, les structures d'accueil médico-social (SAMS), les pharmacies. Les prestations offertes par le Pôle Régional Santé dépendront : des eHnv

(tri/orientation, surveillance des patients, lits « temporaires²⁸ », formation et engagement des médecins), du RSNB, de l'ASPMAD, du SPN et/ ou de conventions entre les différents partenaires (médecins, pharmaciens, autres soignants indépendants). Les infrastructures appartiendront en partie ou en totalité aux eHnv.

Enjeux

- stratégiques pour les différentes institutions du Nord vaudois : compatibilité avec une vision régionale
- financiers : financement équilibré entre l'hôpital (diminution des lits) et le Pôle Régional Santé (business plan), obtention de subventions pour le financement du projet
- gouvernance
- juridiques : bases légales du projet, statut juridique
- architecturaux : liens avec le bâtiment existant, cohérence des locaux pour optimiser les flux des patients et garantir la sécurité, éviter la multiplication des activités et la fragmentation des prises en charge
- cliniques : prestations ambulatoires optimales par rapport à la diminution des lits
- santé publique : compatibilité du projet avec la vision du Service de la santé publique, assurer une garde médicale régionale, présence d'un hélicoptère, diminution des lits de médecine

Planification

Le projet se trouve actuellement en phase d'initialisation. La construction du bâtiment sera soumise à un concours d'architecture à partir de janvier 2017. La fin des travaux de construction pourrait être prévue en 2021. Les prestations cliniques interdisciplinaires seront développées en parallèle.

²⁸ A distinguer des lits de court séjour des 4 Marronniers

Annexe D : les formations professionnelles

Depuis plusieurs années, le Conseil d'Etat accorde une attention et des moyens particuliers au renforcement des services de santé. Cependant, tous ces développements ne peuvent avoir lieu qu'en s'appuyant sur une offre suffisante en personnels de santé qualifiés pour répondre aux besoins du marché du travail.

La formation des médecins

Dans le canton de Vaud, la formation pré-graduée est assurée par l'UNIL (Université de Lausanne). Le nombre d'étudiants formés est passé de 120 à 160 entre 2007 et 2012 (158 masters délivrés en 2015) et devrait s'élever à 220 d'ici 2018-2020. Le financement supplémentaire de 100 millions de francs annoncé par le Conseil fédéral en février 2016 doit permettre l'augmentation du nombre de diplômes en médecine humaine et porter le nombre de masters délivrés annuellement en Suisse de 1100 à 1300.

Après l'obtention de son diplôme, le médecin débute sa formation post-graduée (période entre l'obtention du diplôme fédéral de médecine et l'obtention du titre de spécialiste). C'est l'Institut suisse de la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) qui règle et organise cette formation. La durée pour obtenir le titre de médecin spécialiste est en général fixée à cinq ou six ans. Dans les faits, la formation post-graduée dure en moyenne huit ans. Actuellement existent 44 disciplines de formation post-graduée, dont 43 sont représentées au sein des différents services du CHUV.

Par sa mission de formation post-graduée des médecins, le CHUV assure la relève académique, celle d'une bonne partie des médecins cadres des hôpitaux régionaux romands et celle de la majorité des médecins spécialistes en cabinet. Dès lors, en tant que principal établissement de formation post-graduée dans le canton, le CHUV a fait figurer cette formation dans ses programmes prioritaires. En effet, les attentes auxquelles la formation post-graduée doit satisfaire sont multiples. La formation doit répondre aux besoins de la population, du fonctionnement de l'hôpital ainsi que des services et finalement assurer une relève académique, hospitalière et de médecine de premier recours.

Une collaboration CHUV-UNIL a permis la création de l'Ecole de Formation Post-graduée (EFPG) à la Faculté de Biologie et Médecine (FBM) en 2013, dont la mission est de développer et structurer la formation médicale post-graduée en collaboration étroite avec la Direction médicale du CHUV et tous les partenaires concernés.

En parallèle de cette politique de recensement et d'encouragement à la formation postgraduée mise en place par le CHUV, et compte tenu du fait que les circuits de formation dépassent largement le périmètre du CHUV et du canton de Vaud, le SSP a confié au Professeur honoraire P.-A Michaud un mandat visant à explorer et promouvoir des modèles de filières de formation postgraduée (FPG) mieux structurées, organisées de façon rationnelle et les moins longues possible, à l'échelon romand, avec un focus sur la médecine de famille et la médecine interne générale (Michaud 2015).

La formation des autres personnels de santé

On peut distinguer les écoles supérieures (ES, tertiaire B) des hautes écoles spécialisées (HES) et des universités (toutes deux tertiaire A). En Suisse romande, la formation en soins infirmiers n'est délivrée que dans les HES (niveau Bachelor).

D'après les données de l'Obsan (Merçais 2016), entre 2010 et 2014 le nombre de personnes entamant une formation en soins infirmiers dans une HES a augmenté presque sans discontinuer. Parallèlement, le nombre de diplômés Bachelor a également suivi une hausse continue. Pour le canton de Vaud, près de 300 bachelors en soins infirmiers ont été délivrés en 2015 par les HES du canton.

La formation délivrée au niveau universitaire s'adresse au personnel infirmier diplômé. Ce cursus peut être suivi depuis 2007 à l'UNIL (Institut universitaire de formation et recherche en soins infirmiers – IUFRS) depuis et conduire à l'obtention d'un Master et d'un doctorat en Sciences infirmières. En 2015, 29 masters et 2 doctorats avaient été délivrés.

Au niveau secondaire II

D'importantes mutations ont eu lieu ces dernières années. Les formations permettant d'acquérir un certificat de formation professionnelle (CFC) sont entrées en vigueur en 2001 (premières entrées sur le marché du travail en 2004) et remplacent les formations d'aide familiale et d'infirmier/ère assistant/e. La formation d'assistant/e en soins et santé communautaire (ASSC) développe des compétences pour soigner et accompagner des personnes de tous âges, au quotidien ou durant une période de maladie ; sous la responsabilité du personnel infirmier, les ASSC appliquent certains traitements et effectuent des actes médico-techniques. La formation d'assistant/e socio-éducatif (ASE) est orientée sur l'accompagnement des personnes handicapées, des personnes âgées ou des enfants qui requièrent une aide dans les activités de la vie quotidienne.

En 2010, on recense 529 ASSC diplômés (HES La Source – HECV Santé 2011). Ce nombre a continuellement augmenté les années suivantes : 159 CFC ont été délivrés en 2015.

Annexe E : les modes de rémunération

La **rémunération à l'acte** associe à chaque prestation un tarif fixe payé par le financeur. Ce mode de rémunération a comme désavantage d'être inflationniste : fournir plus de prestations est rémunérateur pour le prestataire de soins, y compris celles qui ne seraient pas strictement nécessaires. Le paiement à l'acte encourage par contre à améliorer la qualité des soins (par la quantité) et favorise la diffusion des technologies médicales importantes, ce qui a un effet positif sur la satisfaction des patients. A moins qu'une rémunération spécifique ne soit prévue pour les prestations de prévention, elles ont tendance à être mises de côté. La liberté d'action du prestataire est totale, et le risque financier est supporté par le financeur.

Un mode de **rémunération par capitation** finance les prestataires de soins sur la base d'une somme forfaitaire par tête, indépendamment du volume de prestations fourni. Ce financement peut être défini par patient traité, ou par personne sous la responsabilité du prestataire (par exemple parce qu'il habite dans la région couverte par ce prestataire). Le prestataire reçoit un financement forfaitaire, qui peut être ajusté au risque, notamment dans le but d'éviter une sélection des patients. Ce mode de rémunération est associé à une meilleure maîtrise des dépenses et non à une rémunération à l'acte. De même, les activités de prévention sont mises en avant, tout comme l'efficacité des prises en charge. Ce mode de rémunération peut toutefois inciter à décharger les patients plus rapidement sur d'autres prestataires (hôpitaux notamment) lorsque les coûts de ceux-ci ne sont pas inclus dans le calcul de la rémunération par capitation. Il peut aussi conduire à réduire la quantité des soins prodigués, voire à refuser certains soins, et donc amener une diminution de la satisfaction des patients, voire de la qualité des soins. Le risque financier est alors partagé entre le financeur et les prestataires de soins, cette répartition dépendant principalement du degré d'ajustement aux risques de la capitation. Ce type de financement sera appliqué à la contribution de base de l'Etat.

Enfin, la **rémunération à la performance** (pay for performance, P4P) (Cashin 2014) fait dépendre le financement des prestataires à l'atteinte d'objectif de performance. Il peut s'agir de processus de soins (mesures de prévention...) ou de résultats obtenus (satisfaction des patients, mesures de qualité cliniques...). Il s'agit le plus souvent d'un paiement additionnel à un autre mode de rémunération. Il est alors un outil d'amélioration de la qualité, et ne représente généralement qu'une partie assez faible de la rémunération totale.

Ainsi, avec un mode de paiement mixte, les institutions ne seront pas incitées à limiter les prestations jugées nécessaires pour le patient et permettant le développement du maintien à domicile, tout en ayant les ressources nécessaires au déploiement de mesures de prévention et d'autres types de prestations mal ou non rémunérées dans le cadre de la LAMal.

Annexe F : références bibliographiques

Amalric F et al. (2009), *Hospitalisations évitables et soins primaires*. IMS Health no 145730 Puteaux France

ASI – Association suisse des infirmières (2012), *Réglementation de l'exercice de l'infirmière de pratique avancée APN*.

AVASAD – Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (2016), *Charte des CMS*. http://www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2012-09/avasad_charte_cms_a5_p_p.pdf

AVASAD – Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (2016), *Rapport annuel 2015*. http://www.avasad.ch/jcms/p_37654/fr/avasad-rapport-annuel-2015

AVIVO – Association de défense et de détente des tous les retraités (2015), *Hors-série. Logement*. Décembre 2015

BASS – Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien AG (2011), *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Im Auftrag des Spitex Verbands-Schweiz*. Bern, 12 mai 2011

Bélan F et al. (2006), *Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada*. Can J Aging. 2006 Spring;25(1):5-42.

Burla L et al. (2014), *Monitorage du personnel des professions de la santé non médicales – 1ère partie : personnel soignant*. OBSAN 2014

Cashin C et al. (2014), *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. OMS. Open University Press

Cohidon C, Senn N (2012), *Médecine de famille en Suisse : Les pratiques des médecins, l'expérience des patients ; données suisses issues de l'enquête internationale QUALICOPC ;* <http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-medecine-de-famille-en-suisse>

Confédération Suisse – Département fédéral de l'Intérieur DFI (2013), *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Janvier 2013

Confédération Suisse – Département fédéral de l'Intérieur DFI (2013), *Stratégie nationale en matière de démence 2014 - 2017*. Novembre 2013

Confédération Suisse – Conseil fédéral (2015), *Synthèse 15.077 Objet du Conseil fédéral. Message du 18 novembre 2015 concernant la loi fédérale sur les professions de la santé*

CSNA - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2014), *MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*. Les cahiers pédagogiques de la CSNA – France

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

Curry N et al. (2010), *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. The Kings Fund

De Pietro C et al. (2015), *Health Systems in Transition. La Suisse. Résumé 2015*. European Observatory on Health Systems and Policies - OMS

Dutoit L et al. (2016), *Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006 – 2013*. Observatoire suisse de la santé, OBSAN rapport 69

FMH – Fédération des médecins suisse (2015), *Statistique médicale 2015 de la FMH*. Bulletin des médecins suisses, 2016 ;97(12-13) : 448 - 453

FNS – Fonds national suisse de la recherche scientifique (2013), *Portrait du Programme national de recherche (PNR 67). Fin de vie* » Berne 2013

<http://docplayer.fr/195273-Portrait-du-programme-national-de-recherche-pnr-67-fin-de-vie.html>

Freudiger S et al. (2012), *Evaluation de la charge et des besoins des proches*. Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)

Gasser N et al. (2015), *Agile, puis fragile. La transition du 3^{ème} au 4^{ème} âge chez les personnes vulnérables*. Fachhochschule NW Schweiz et Pro Senectute Suisse

Ghosh A et al. (2014), *Evaluating PACE : a review of the literature*. US department of Health and Human Services

Gray B. H et al. (2015), *Home Care by Self-Governing Nursing Teams : The Netherlands' Buurtzorg Model*. The Commonwealth Fund. Case Study Vol 14 May 2015

HAS – Haute autorité de Santé, France (2004), *Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation*. Novembre 2004

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

Hébert R et al. (2004), *Intégrer les services pour l'autonomie des personnes*. EDISEM

HES La Source – HECV Santé (2011), *Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud. Mandat du Service de la Santé publique et de la Direction Générale de l'Enseignement Postobligatoire (DFJC)*.

IUMSP – Institut universitaire de médecine sociale et préventive (2013), *Cohorte Lc65+ : La Lettre de la Cohorte Lc65+ no 10* (2013)

http://www.lc65plus.ch/lc65_home/lc65-publications/lc65-lettres-de-la-cohorte.htm

Junod A et al. (2014), *La santé des aînés. Portrait de la santé et de ses déterminants sociaux en ville de Lausanne*. UNIL, CHUV, Centre d'observation et d'analyse du vieillissement

Koch N. et al.(2015), *Démographie médicale*. CHUV 2015 : 42pp

Kreitzer M.J et al. (2015), *Buurtzorg Nederland : a global model of social intervention, change, and whole-systems healing*. Global, advances in health and medicine, volume 4, number 1, jan 2015

Leavitt M (2009), *Interim to report congress. The quality and cost of the program PACE*.

Magan P et al (2008), *Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage*. BMC Health Services Research 2008, 8:42

Mercais C (2015), *Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale*. Observatoire suisse de la santé, OBSAN dossier 50

Merçay C. et al. (2016), *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030* Obsan Rapport 71

Michaud P.-A (2015), *Optimisation des parcours de formation postgraduée en Suisse romande. Rapport effectué pour le compte de la Santé publique du Canton de Vaud*.

Monod S et al. (2007), *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Observatoire suisse de la santé – OBSAN, document de travail 25

OBSAN – Observatoire suisse de la santé (2016), *Recours aux soins hospitaliers stationnaires. Evolution récente et projections*. OBSAN Bulletin 10/2016

OBSAN – Observatoire suisse de la santé (2016), *Soins de longue durée dans les cantons*. OBSAN Bulletin 13/2016

Ochs N et al. (2015), *Médecine de famille et coordination des soins : revue de littérature et perspectives pour le canton de Vaud*. Policlinique médicale universitaire, Lausanne

OCDE – Organisation de coopération et de développement économique (2005), *Long-Term Care for Older People 2001 – 2004*.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/long-termcareforolderpeopleoecdstudy2001-2004.htm>

OCDE – OMS (2011), *OECD Review of Health Systems : Switzerland 2011*. OECD Publishing

<http://www.oecd.org/switzerland/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm>

OCDE – Organisation de coopération et de développement économique (2013), « *A Good life in Old Age ?* ».

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en

OFS – Office fédéral de la statistique (2009), *80 journées d'hospitalisation avant l'admission en EMS. Statistique des établissements de santé – étude des parcours de vie en institution*

OFS – Office fédéral de la statistique (2013), *Enquête suisse sur la santé 2012. Vue d'ensemble*. Santé 213-1202 Neuchâtel 2013

OMS – Organisation mondiale de la santé (1978), *Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires*.

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

OMS – Organisation mondiale de la santé (2008), *Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*. Rapport sur la santé dans le monde 2008

OMS – Organisation mondiale de la santé (2013), *Maladies non transmissibles*. Aide-mémoire N°355 Mars 2013

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

Poirier Leo-Roch et al. (2014), *Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de service intégrés aux personnes âgées*. Institut national de santé publique du Québec

Québec – Ministère de la santé et des services sociaux (2016), *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>

RAND Europe, Ernst and Young (2012), *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*.

RCN – Royal College of Nursing (2012) *Advanced nurse practitioners. An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*

https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf

Reich O et al. (2013), *Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data*. BMC Health Services Research 2013, 13 :116

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/116>

Renard D et al. (2015), *Médicaments chez les seniors vaudois à domicile : nombre et composition*. UNIL, CHUV, Centre d'observation et d'analyse du vieillissement

Rieder Nakhle A et al. (2006), *Le généraliste face aux quatre principaux facteurs de risque comportementaux*. Rev Med Suisse 2006 no 80

Ross S et al. (2011), *Case management. What it is and how it can best be implemented ?* The King's Fund

Roy D.A et al. (2010), *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Ed Le Point en administration de la santé et des services sociaux, Québec

Sackett DL et al. (1996), *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, *BMJ*, vol. 312, n° 7023, janvier 1996, p. 71-2

Sautebin A et al. (2012), *Patients âgés admis aux urgences suite à une chute : que faire ?* Revue médicale suisse 2012 ;8 :1539-1543

SCRIS - Service cantonal de recherche et d'informations statistiques (1986), *Tous les coûts sont-ils permis et « Tout compte fait*), Lausanne, septembre 1986

Seematter-Bagnoud L. et al (2008), *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030* . OBSAN dossier 33

Senn N et al. (2016), *La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)*. OBSAN dossier 55

SEPSAC – Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (2009), *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*
<http://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>

Santos-Eggimann B. (2014), *Indicateurs de soins, attentes et préférences des personnes âgées non-institutionnalisées dans le canton de Vaud*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2014 (Raisons de santé 235).

Statistique Vaud (2016), *Estimation des besoins en lits pour les EMS. Période 2015 – 2040. Canton de Vaud*.
http://www.scris.vd.ch//Data_Dir/ElementsDir/8506/3/F/2015-2040_EMS_Vaud_2016.pdf

Stewart M.J and al. (2013), *Successfully integrating aged care services : a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program*. International Journal of Integrated Care ; vol 13-2013 ; jan-mar

SVM – Société vaudoise de médecine (2016), *La garde de demain. Tous à l'hôpital ?* Courrier du médecin vaudois, no 3 mai 2016

Timmis N et al. (2013), *The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand*. The Kings Fund

Vallée J.-P. et al (2008), *Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin ?*
Médecine. 2008;4(1):35-40.doi:10.1684/med.2008.0226
Médecine. 2008;4(2):72-74. doi:10.1684/med.2008.0236

Van Vliet K et al (2004), *Integrated Care in the Netherlands*. Verwey Jonker Instituut

Vaud (1997), Conseil d'Etat du Canton de Vaud, *Rapport NOPS. Nouvelles orientations de la politique sanitaire*. 281 (R.13/97) (P:9/97)

Vaud (2004), Conseil d'Etat du Canton de Vaud, *Règlement sur les agences d'assurances sociales*. no 831.15.1. 28 janvier 2004

Vaud (2013), Conseil d'Etat du Canton de Vaud, *Rapport de politique sanitaire 2013 – 2017*

Vaud (2007), Grand Conseil du Canton de Vaud, *Loi sur les réseaux de soins*. 30 janvier 2007
LRégions de Santé_810.02

Vaud (2009), Grand Conseil du Canton de Vaud, *Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile*. 6 octobre 2009 LAVASAD 801.11

Vaud (2016), Cours des Comptes du Canton de Vaud, *Audit de performance du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. Coordination et pilotage de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile*. Rapport no 36 du 6 avril 2016

Widmer D, Bischoff T (2010), *Médecine de premier recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud*. Institut de médecine générale, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne

Wonca Europe (2002), *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*.
<http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>