

---

# Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022



p. 1	Table des matières
p. 2	Résumé
p. 4	Introduction
p. 7	Première partie Bilan des mesures de la législature 2013-2017
p. 11	Deuxième partie Les enjeux
p. 11	Démographie
p. 11	Evolution de la morbidité et autres déterminants de la santé
p. 12	Organisation du système de santé et disponibilités en ressources
p. 14	Posture des patients
p. 14	Evolutions technologiques
p. 17	Troisième partie Législature 2018-2022 Une politique de santé publique, des champs d'action
p. 17	Une vision et des valeurs pour la politique de santé du canton de Vaud
p. 18	Des champs d'action
p. 20	Promotion de la santé et prévention. Appropriation au niveau local
p. 22	Système de soins. Renforcement dans la communauté
p. 24	Santé des enfants et des jeunes. Dans tous les milieux de vie
p. 26	Accès à des soins universels et adaptés. En faveur des personnes en situation de vulnérabilité
p. 28	Valeurs en santé publique. Pour une diffusion large
p. 30	Compétences en santé. Responsabilité de tous les acteurs
p. 32	Qualité, sécurité, économicité. Au bénéfice du patient
p. 34	Conditions-cadres. Pour l'efficacité du système de santé
p. 37	Annexe Bilan des mesures de la législature 2013-2017
p. 37	Ligne directrice 1 : amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé
p. 42	Ligne directrice 2 : consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels
p. 47	Ligne directrice 3 : renforcer la première ligne de prise en charge des patients <sup>1</sup>
p. 49	Ligne directrice 4 : mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillesse et Santé »
p. 51	Ligne directrice 5 : renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

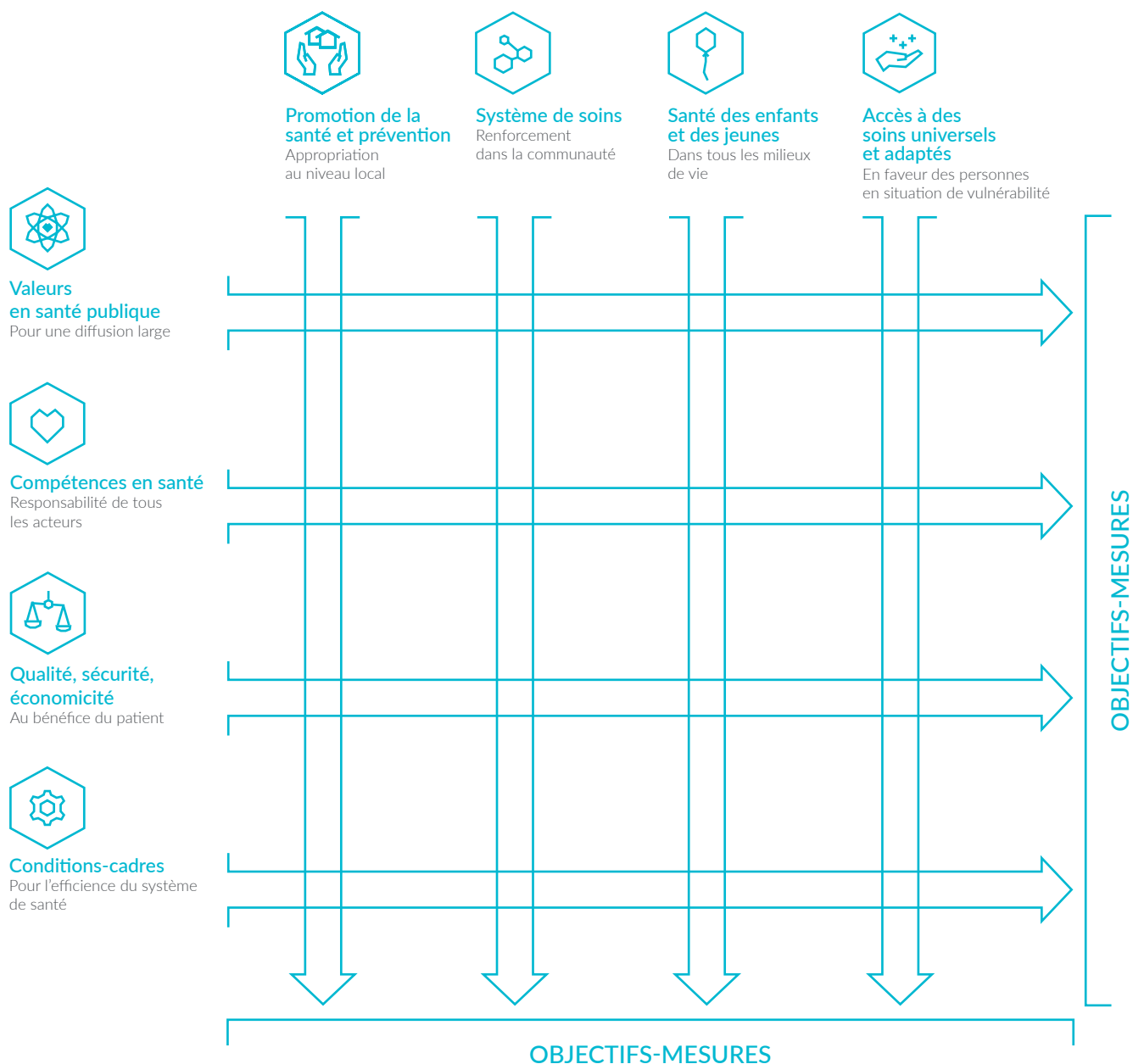
<sup>1</sup> Dans le présent rapport, le genre masculin est utilisé au sens neutre et désigne les femmes autant que les hommes.

# Résumé

Ce 4<sup>e</sup> rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud comprend le bilan des mesures réalisées durant la législature 2012-2017, un état des enjeux actuels en matière de santé publique et les champs d'action et objectifs prévus pour la législature 2018-2022.

Huit champs d'action ont été définis. Ils permettent d'organiser la politique et l'action de l'Etat dans le domaine de la santé pour la présente législature.

## Huit champs d'action



Les principales orientations sont les suivantes:

#### CHAMP D'ACTION 1

**Promotion de la santé et prévention:** développer la promotion de la santé au plus proche des personnes, en visant la prise en compte de l'entier des facteurs favorables à la santé dans le milieu de vie.

#### CHAMP D'ACTION 2

**Système de soins:** réorienter la politique d'organisation des soins et de l'accompagnement en la centrant sur la communauté. Simplifier le recours aux prestations et développer leur coordination.

#### CHAMP D'ACTION 3

**Santé des enfants et des jeunes:** accroître la participation des enfants et des jeunes dans les décisions concernant leur santé. Renforcer leur capacité à faire des choix informés pour leur santé. Assurer l'accès à des prestations de soins de qualité.

#### CHAMP D'ACTION 4

**Accès à des soins universels et adaptés:** développer la capacité du système de soins à aborder, et s'adapter aux problématiques de santé des personnes vulnérables et en situation de santé particulière.

#### CHAMP D'ACTION 5

**Valeurs en santé publique:** développer une réflexion sur le développement durable du système de santé, en prenant en compte sur la base de principes éthiques, d'une part les valeurs, choix et besoins des personnes, d'autre part, les possibilités et limites de la société.

#### CHAMP D'ACTION 6

**Compétences en santé:** accroître les compétences en santé des personnes, en agissant sur la compréhension et la motivation des individus, la lisibilité du système de santé ainsi que les compétences des communautés.

#### CHAMP D'ACTION 7

**Qualité, sécurité, économicité:** développer l'adhésion de tous les acteurs (politiques, soignants, usagers du système de santé) à une stratégie d'amélioration de la qualité centrée sur le patient, qui inclut la sécurité, la réactivité, l'efficacité, l'efficience et l'équité du système.

#### CHAMP D'ACTION 8

**Conditions-cadres:** optimiser les modalités d'organisation, de gouvernance et de pilotage du système de santé, adapter les dispositions de financement et législatives, développer la cohérence des systèmes d'information.

Des objectifs sont fixés pour la mi-législature (2020). A cette échéance, un bilan sera établi à l'attention de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) du Grand Conseil.

Le Conseil d'Etat a la volonté de mener une politique de santé publique dont les effets doivent s'étendre au-delà de la législature 2018-2022. La nécessaire maîtrise de la croissance des coûts de la santé et, corollairement, de celle des primes d'assurance maladie requièrent un engagement ferme de l'exécutif cantonal et de tous les acteurs pour assurer une durabilité du système de santé cantonal. Les différents champs d'action vont ainsi se décliner annuellement en objectifs spécifiques qui toucheront soit les leviers pour agir sur le système (conditions-cadres), soit des concepts et outils à mettre en place, soit encore des mesures opérationnelles chiffrables.

# Introduction



Le système de santé vaudois est l'héritier de plusieurs décennies de croissance et d'adaptations. Le canton a su jusqu'ici développer un bon niveau de qualité de prestations et répondre aux besoins de santé de la population.

Les défis qui nous attendent – et ils sont semblables à ceux des autres cantons suisses ou pays occidentaux – sont d'importance: ils nécessitent de maintenir cette capacité d'adaptation pour conserver un système de santé répondant aux besoins de la population, privilégiant son bien-être et continuant de contribuer à la cohésion sociale.

Dans son plan de législature, le Conseil d'Etat a identifié, pour le système de santé, l'objectif principal suivant: «préparer le système de soin au vieillissement de la population, tout en contenant l'évolution des coûts de la santé».

Les actions du programme de législature sont centrées sur:

- l'élaboration d'une stratégie d'accompagnement du vieillissement de la population;
- le renforcement de la médecine à domicile;
- la poursuite et l'adaptation du programme d'extension et de modernisation des établissements médico-sociaux (PIMEMS), en priorisant la modernisation du réseau;
- la maîtrise du nombre de lits hospitaliers;
- la simplification de l'organisation régionale des soins;
- la limitation de l'augmentation du coût par assuré LAMal.

Le maintien en santé de la population vaudoise et l'accessibilité de tous à un système de soins efficace et socialement supportable sont donc les lignes de force du Conseil d'Etat.

Si les programmes développés en matière de promotion de la santé et de prévention ont eu des effets, force est de reconnaître qu'ils atteignent aujourd'hui leurs limites. Il restera certes toujours important de rappeler à chaque citoyen les actions qu'il peut entreprendre pour se maintenir en santé (message autour du tabac, en faveur d'une

alimentation équilibrée et de l'exercice physique ou encore visant à limiter une consommation excessive d'alcool). Mais d'autres mesures devront être prises pour atteindre de manière plus efficace des populations qui répondent peu à ces messages. Certaines inégalités sociales en matière de santé se renforcent dans notre société et des stratégies doivent être développées pour limiter leurs effets délétères: il en va de la solidarité sociale de notre canton.

Pour atteindre ces objectifs, il conviendra de développer les liens avec les autres stratégies du Conseil d'Etat qui se révèlent être déterminantes sur la santé de la population, et en particulier celles concernant l'enfance et la jeunesse, les personnes en situation de fragilité, le logement, la participation à la citoyenneté et l'environnement.

En matière de système de soins, les efforts devront porter sur le développement d'une capacité plus forte encore en faveur d'une prise en charge de la personne dans son lieu de vie, respectueuse de ses choix de vie. Tous les efforts devront être déployés pour augmenter la coordination des soins, limiter la déperdition d'information lors des transitions des personnes dans le système, éviter les prestations inutiles ou redondantes, accroître l'effort de formation visant le développement des compétences des professionnels et du système de soins dans sa globalité. Il s'agira également de développer davantage les compétences des citoyens et des collectivités en matière de santé et le rôle de partie prenante du patient dans sa prise en charge.

La contribution de chacun est essentielle pour parvenir à cette dynamique et garantir un système de santé de qualité, durable et accessible à chacun.

Pierre-Yves Maillard  
Chef du Département de la santé et de l'action sociale







# Première partie

## Bilan des mesures de la législature 2013-2017

En juillet 2013, le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil un rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2013-2017. Il fondait sa stratégie sur cinq lignes directrices qui constituaient le cadre de sa politique pour cette période. Le gouvernement vaudois les a également déclinées en 55 principales actions qu'il entendait mener. Le présent rapport permet aujourd'hui de rappeler ces objectifs et d'indiquer les principaux résultats obtenus. La liste détaillée des résultats de ces mesures figure en annexe.

### **LIGNE DIRECTRICE 1**

#### **Amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé**

Des mesures de dépistage et de diagnostic précoce ont été mises en œuvre, par exemple autour du programme de dépistage systématique du cancer du sein qui a été élargi aux femmes jusqu'à 74 ans; le programme du cancer du côlon a démarré progressivement en octobre 2016. Des mesures de dépistage et de lutte contre le diabète ont été renforcées, en particulier dans la perspective de permettre aux patients de mieux gérer leur maladie, et aussi de leur apporter des prestations spécifiques en situation de diabète complexe. Le dispositif de dépistage de la maladie d'Alzheimer et autres démences a été consolidé avec la création du Centre Leenaards de la mémoire au CHUV et de trois centres régionaux; ce dispositif est également développé dans la formation des professionnels, des aidants familiaux et des bénévoles, ainsi que dans la recherche.

Les actions dans le domaine des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires ont été renforcées par un nouveau projet mis en place conjointement avec le Service de l'éducation physique et du sport (SEPS), visant à faciliter, au sein des communes ou des clubs sportifs, la pratique de sports de groupe de manière non compétitive.

Dans le domaine des addictions (alcool et stupéfiants), les dispositifs d'indication ont été regroupés et les prestations ambulatoires d'addictologie ont été étendues dans les différentes régions du canton. La mission des centres d'accueil à bas seuil a été harmonisée. Le programme pour les adolescents ayant développé des troubles en lien

avec la consommation de substance a été réorganisé et pérennisé. L'Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (UPSPS) a également été active au sein de l'école dans le domaine de la prévention des dépendances.

Les mesures de prévention des infections se sont principalement centrées sur les infections nosocomiales (contractées dans un établissement sanitaire), qui restent un objet de préoccupation en matière de santé publique. La révision en 2012 de la loi fédérale sur les épidémies confère aux cantons une responsabilité de mise en œuvre des programmes de lutte et prévention contre ces infections. Coordonnés par l'Unité cantonale d'hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCI), des répondants au sein des institutions sanitaires contribuent à la mise en place et à l'évaluation du programme cantonal.

### **LIGNE DIRECTRICE 2**

#### **Consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels**

Les activités de la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) se sont renforcées, notamment avec l'engagement de médecins répondants pour le domaine de la pédiatrie. La CTMG et la centrale 144 ont repris les appels en provenance du canton de Neuchâtel. Certains services d'ambulance ont été réorganisés pour atteindre une meilleure coordination cantonale.

L'activité de soins à domicile s'est passablement accrue au cours de la législature: d'une part, les centres médico-sociaux (CMS) ont accru leur clientèle, observant également un alourdissement des prises en charge, d'autre part, la mise en œuvre dès 2012 du nouveau régime de financement des soins (art. 25 LAMal) a produit l'émergence de plusieurs organisations de soins à domicile privées dans le canton. Un important programme de reconnaissance et de soutien des proches aidants a en outre été mené dans le canton.

Dans le domaine hospitalier, les travaux visant une meilleure répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux se sont poursuivis avec un projet de classement des missions médicales hospitalières (de base, spécialisées, tertiaires-universitaires). D'importants travaux

de construction (Hôpital Riviera-Chablais) ou de réorganisation (Etablissement hospitalier du Nord Vaudois / Hôpital intercantonal de la Broye / Hôpital de Château d'Oex) ont été menés.

Au niveau de l'hébergement, le programme d'investissement et de modernisation des établissements médico-sociaux (PIMEMS) a été poursuivi : entre 2012 et 2015, 382 lits d'EMS ont été construits. Ils sont issus du programme PIMEMS 2005-2012. Début 2013, le Conseil d'Etat a adopté un programme intentionnel pour la législature 2012-2017 qui prévoyait notamment la planification de quelque 1'160 lits de longs séjours de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé (dont 500 supplémentaires), une modernisation des EMS de psychiatrie adulte et le développement de structures d'accompagnement médico-sociales (lits de courts séjours et places de Centres d'accueil temporaire). Sur ce programme, à fin 2017, 51 lits ont été mis en fonction et 479 autres sont en cours de construction, en phase d'études ou de concours. Le dispositif d'hébergement en psychiatrie adulte a été mis en place, avec une clarification des missions et des financements.

La démographie des professions de la santé continue d'être suivie et des mesures sont mises en place pour pallier le risque de déficit dans certaines professions ou disciplines. Pour le personnel soignant, l'effort d'information et de valorisations des professions a été poursuivi : le centre d'information des professions santé-social (CiPS) présente ainsi 34 métiers dans différents lieux du canton. S'agissant de la formation de base en soins infirmiers (niveau Bachelor / HES), la capacité des écoles a augmenté, l'offre de places de stages en institution de santé a dû suivre. En cinq ans le nombre de diplômés a passé de 176 à 239 par année. Depuis 2015, une vingtaine d'étudiants peuvent suivre une nouvelle filière de formation en cours d'emploi.

### **LIGNE DIRECTRICE 3**

#### **Renforcer la première ligne de prise en charge des patients**

Depuis 2010, trois cursus régionaux de formation postgraduée pour les médecins désireux de se spécialiser en médecine de famille se sont progressivement développés dans le canton. D'une durée maximale de trois ans, ces cursus intégrés au sein d'hôpitaux régionaux offrent une formation clinique ciblée en médecine de premier recours, complétée par un assistantat de six mois dans le cabinet d'un médecin de famille dans la région de l'hôpital concerné. Ces stages, conjugués aux contacts établis avec les médecins hospitaliers ont l'avantage d'ancrer les médecins assistants dans la région où ils sont formés et de les inciter à y installer leur cabinet une fois leur formation terminée. Pour l'heure, 25 médecins issus de ces cursus y ont installé leur cabinet de médecine de famille, notamment dans des zones périphériques du canton.

Issu des travaux menés autour d'un avant-projet de modèle d'assurance maladie alternatif, un exposé des motifs et projet de décret (EMPD) sur « le développement d'outils et de processus favorisant la coordination et la continuité des soins » a été accepté par le Grand Conseil. Les objectifs de base ont

notamment trait à la promotion d'une meilleure coordination des soins, au renforcement du rôle du médecin de 1<sup>er</sup> recours et du pharmacien, ainsi qu'à l'offre d'incitations financières aux patients pour les encourager à adhérer à une prise en charge intégrée.

### **LIGNE DIRECTRICE 4**

#### **Mettre en œuvre la politique cantonale « Vieillesse et Santé »**

Différentes mesures ont été mises en œuvre dans la perspective de prévenir la perte d'autonomie des seniors. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens travaillant sur la qualité de la prescription ont été renforcés dans les EMS.

Deux projets de gestion des situations complexes par la mise en place de case managers ont été menés, aboutissant en particulier à la mise en place d'un vocabulaire homogène pour évaluer une situation durant tout le parcours de soins de la personne.

Au niveau hospitalier, une unité de soins aigus spécifiquement dédiée aux personnes âgées a été ouverte à l'hôpital de Morges, sur le modèle de celle existant au CHUV. Une telle organisation permet d'appliquer un financement par DRG gériatrique. En complément aux équipes hospitalières, des centres de gériatrie ambulatoire ont vu le jour dans les régions du canton, venant en appui aux médecins traitants, aux équipes de soins à domicile ou aux établissements médico-sociaux.

Dans le domaine de la formation centrée sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) continue de soutenir des professionnels diplômés en vue de l'obtention d'une certification d'étude avancée (CAS ou DAS) dans des orientations telles que la santé des populations vieillissantes, la psycho-gériatrie ou les soins palliatifs.

### **LIGNE DIRECTRICE 5**

#### **Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire**

Les partenaires tarifaires sont la plupart du temps parvenus à s'entendre, de sorte que le Conseil d'Etat n'a pas eu à intervenir pour fixer les tarifs d'autorité, mais seulement pour les approuver, selon les règles de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le canton de Vaud ne se trouve donc pas comme d'autres cantons avec de nombreux recours à traiter et l'insécurité juridique et financière qui en découle. Dans le domaine hospitalier, dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles règles LAMal sur le financement hospitalier, la structure tarifaire SwissDRG élaborée au niveau suisse a été appliquée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et a depuis lors progressivement été adaptée et améliorée. Les négociations tarifaires vaudoises se sont donc fondées dès 2012 sur cette nouvelle structure, qui a remplacé les APDGR (All Patients Diagnoses Related Groups) précédemment appliqués dans le canton.

En termes de gouvernance, le projet « Organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée » (OSRIC), mené par le Réseau Santé Nord-Broye dans le Nord vaudois, a permis d'expérimenter la mise en œuvre d'une organisation régionale intégrée et coordonnée comme évolution possible du réseau de soins, de déterminer des mesures favorisant une prise en charge globale des usagers, de fixer leurs modalités de développement et de les réaliser. Dans le Nord vaudois également, un plan de traitement partagé s'appuyant sur la plateforme cybersanté vaudoise destiné à des patients polymédiqués a été testé.

Dans le domaine du contrôle des institutions, la Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS) a vu son champ d'intervention se modifier au cours de la dernière législature : la surveillance des établissements socio-éducatifs a été placée sous sa responsabilité, son champ d'inspection s'est élargi aux centres d'accueil temporaire (CAT), aux centres de traitement et de réadaptation hospitaliers (CTR) et aux hôpitaux psychiatriques. Une extension progressive au domaine des soins à domicile est en cours.

En septembre 2015, le Grand Conseil a accepté un décret sur la régulation des nouveaux équipements lourds. L'application du décret a permis de freiner la prolifération des équipements lourds dans le canton de Vaud, sans impact négatif sur l'accès à ces prestations pour la population vaudoise.

Dès 2015, à travers la création d'un réseau de partenaires, des travaux de conception d'une « Plateforme d'information du système sanitaire vaudois » ont été initiés. Les travaux ont débuté par la définition de l'information de base à produire : indicateurs, graphes, tableaux détaillés. Cinq domaines ont été identifiés : démographie, santé de la population, prestataires de service et personnel de santé (offre), prestations et recours aux services (activité), coûts et financement du système de santé. Dès 2017, le projet de développement d'une plateforme web pour présenter l'information sanitaire de manière moderne et conviviale a été initialisé, en remplacement de l'ancien site des « Données de référence du système sanitaire vaudois ». Le dépliant « Chiffres-clés » est publié annuellement depuis 2015, présentant un panorama statistique du système de santé vaudois.

Globalement, durant la législature 2012-2017, les coûts à charge de l'assurance obligatoire ont crû plus fortement que sur la période précédant 2012, tant dans le canton de Vaud qu'en Suisse. Cette forte croissance, de l'ordre de +4 %, est intervenue depuis la fin du moratoire et la mise en œuvre des réformes LAMal sur le financement hospitalier et le financement des soins de longue durée. Sur la législature, la croissance des coûts a été légèrement plus forte dans le canton de Vaud qu'en moyenne suisse. Cette évolution est due en large partie à l'évolution des coûts dans le secteur ambulatoire, en particulier dans l'ambulatoire médical (cabinets médicaux et ambulatoire hospitalier). Dans ces deux secteurs en effet, même si elles ont diminué, les valeurs du point Tarmed restent parmi les plus élevées de Suisse. En outre, le canton de Vaud a subi fortement les effets de l'abandon

momentané du moratoire, de sorte qu'après s'être réduit en 2013 et 2014, l'écart des coûts par assuré pour les cabinets médicaux dans le canton de Vaud par rapport à la moyenne suisse a augmenté en 2015 et en 2016. En revanche, les coûts par assuré du secteur stationnaire hospitalier sont restés inférieurs à la moyenne suisse. Pour l'ensemble du secteur planifié (stationnaire hospitalier, EMS et soins à domicile), les coûts du canton de Vaud étaient en 2016 très proches de la moyenne suisse. Les prévisions pour 2018 et 2019 laissent toutefois augurer une augmentation des coûts totaux par assuré dans le canton de Vaud inférieure à celle de la moyenne suisse.



# Deuxième partie

## Les enjeux

Le précédent rapport de politique sanitaire, pour la période 2013-2017, situait les changements à prendre en compte au niveau de l'évolution démographique, de l'évolution de la morbidité (croissance des maladies chroniques) et des déterminants de l'état de santé<sup>2</sup> (habitudes de vie et consommation, inégalités sociales face à la santé).

Les enjeux pour la prochaine législature sont de même nature : certains de ces éléments vont marquer le paysage de la santé avec encore davantage de force, d'autres sont d'apparition plus récente. Les points suivants sont mis en évidence.

### 1. DÉMOGRAPHIE

Les récents travaux de Statistique Vaud<sup>3</sup> confirment les tendances en matière de vieillissement de la population. D'ici 2040, le nombre de seniors (65 ans et plus) va s'accroître de près de 75 % (de 125'800 à 218'000 personnes). Parmi eux, les plus âgés (80 ans et plus) vont quasi doubler (de 36'000 personnes à 70'000 personnes). Un élément important à prendre en compte est l'augmentation du taux de dépendance intergénérationnel (le nombre de 0-19 ans plus le nombre de 65 ans et plus rapporté à 100 actifs) qui va passer de 62 % en 2015 à 76 % voire 80 % en 2040. Même en tablant sur une amélioration globale de l'état de santé des seniors (soit une meilleure espérance de vie sans incapacité), les besoins en prestations de soins et d'accompagnement social, d'hospitalisation et d'hébergement vont croître du simple fait du nombre de personnes nécessitant des prises en charge. Selon le même rapport, il faudrait ainsi construire, d'ici 2040, entre 3'500 à 4'600 lits d'EMS (6'000 lits disponibles actuellement), environ 2'100 lits d'hôpitaux pour les 65 ans et plus (soit un peu plus qu'un doublement du parc hospitalier) et augmenter de 76 % le volume des prestations d'aide et de soins à domicile (de 12'500 clients / mois à 22'000). Le recours aux proches et aux bénévoles

va aussi augmenter, alors même que ceux-ci seront moins nombreux, et sollicités également par les générations d'âge inférieur.

### 2. ÉVOLUTIONS DE LA MORBIDITÉ ET AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Même si l'état de santé de la population vaudoise est bon (77 % des vaudois interrogés dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé en 2012 ont évalué leur santé comme bonne ou très bonne), d'autres variables traduisent l'effet du vieillissement démographique sur la santé de la population. Dans cette enquête, on observe l'augmentation progressive de la proportion de personnes souffrant d'un problème de santé de longue durée et une augmentation significative de la consommation de médicaments (+24 % en 20 ans). La dépendance fonctionnelle augmente elle aussi, illustrée par une hausse des personnes ayant de fortes limitations dans les activités de la vie quotidienne. Enfin, un quart des participants fait état de problèmes psychiques moyens à importants, avec un sondé sur dix indiquant souffrir de symptômes modérés à graves.

L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) relève également que les inégalités socio-économiques ou culturelles en matière de santé sont de plus en plus marquées en Suisse : par exemple en termes d'activité physique, d'alimentation ou de consommation de tabac, on observe que les personnes disposant d'un faible revenu n'ont pas modifié leur comportement dans les mêmes proportions que les personnes disposant d'un revenu élevé. Il apparaît également que les déterminants sociaux de la santé exercent une forte influence sur le risque de développer ou non des maladies chroniques et des troubles psychiques. On parle alors d'inégalités sociales de santé<sup>4</sup>, soit une distribution de l'état de santé au sein de la population selon le niveau socio-économique des individus.

<sup>2</sup> Déterminants de la santé : l'état de santé d'un individu, d'un groupe ou d'une population est déterminé par une série de facteurs. Parmi ceux-ci, les caractéristiques individuelles (caractères génétiques et biologiques, habitudes de vie et comportements, compétences personnelles et sociales, caractéristiques socio-économiques) sont les déterminants les plus importants. Le milieu de vie va ensuite influencer directement l'état de santé. A ce titre, on identifie la famille, l'école, le travail, l'habitation, la communauté d'appartenance, le voisinage. Les systèmes organisant la vie publique et agissant sur la qualité de vie des citoyens (éducation, santé et social, transport et territoire, etc.) ont un impact, quoique moins direct, sur l'état de santé, de même que les éléments du contexte global (politique et législatif, démographique, économique, etc.).

<sup>3</sup> Statistique Vaud (2017). Prospectif n°3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des seniors à l'horizon 2040. Septembre 2017. Lausanne.

<sup>4</sup> Inégalités sociales de santé : cette notion découle de celle, plus globale, d'inégalités sociales, et regroupe au moins deux aspects importants : les inégalités d'état de santé et les inégalités d'accès aux soins. Les inégalités sociales reflètent des différences systématiques, parfois importantes, entre groupes sociaux quant au revenu, à la position professionnelle, à la propriété, à la formation ou à la santé. De par ces différences, l'état de santé, l'accès aux soins et à des soins de qualité peut être très variable. Le terme de disparités en santé est souvent utilisé comme synonyme. (Référence : Vu F & al. Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté. RMS, 2013).

Les déterminants sociaux de la santé doivent ainsi être mieux appréhendés, dans la prévention, comme dans l'accessibilité aux dispositifs de soins. Certaines études récentes<sup>5</sup> indiquent que près d'un habitant sur quatre aurait renoncé à se faire soigner pour des raisons financières en 2016 en Suisse.

Enfin, la question des menaces environnementales (exposition aux polluants et toxiques, bruit, micropolluants et résidus de médicaments dans les eaux, etc.) apparaît relativement récemment dans le champ de la santé publique. Cette question fait l'objet de débats scientifiques nourris dont les résultats probants devront progressivement être introduits dans les politiques de santé.

### 3. ADAPTATION DE L'OFFRE EN SOINS ET GAIN D'EFFICIENCE POUR LA DURABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

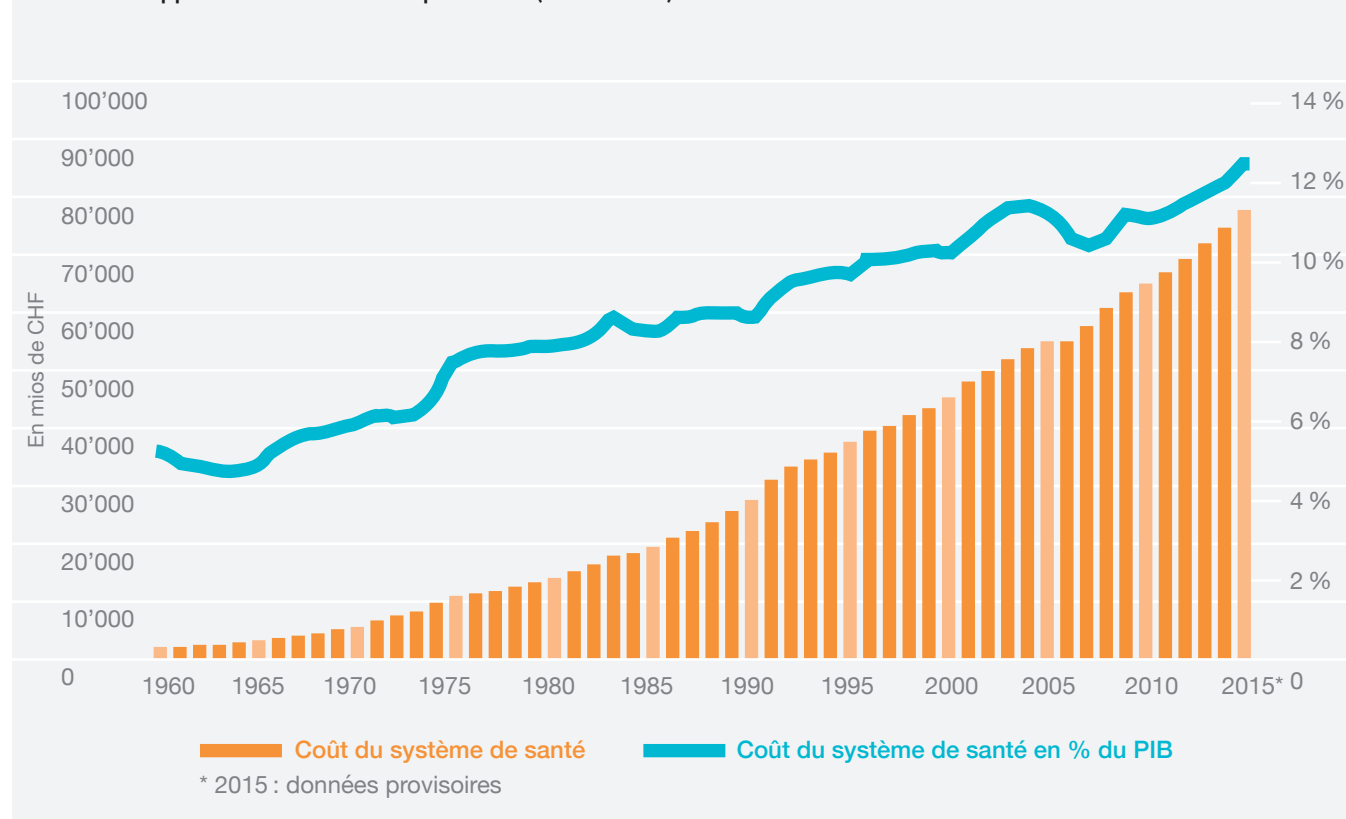
Les modes de gouvernance des institutions, les mécanismes de financements et l'organisation des pratiques professionnelles ont tendance à segmenter les parcours de soins des patients. Si les informations pertinentes du patient ne suivent pas,

la coordination entre acteurs s'en trouve altérée. La performance d'ensemble du système de soins devient alors suboptimale ; cette situation n'est pas favorable à la prise en charge des personnes vulnérables, notamment celles souffrant de polymorbidité, de maladie psychiatrique lourde, ou encore celles en grande fragilité sociale avec des difficultés de santé. L'offre en soins doit s'adapter à l'augmentation prévisible des besoins complexes. A moyen terme, une augmentation des coûts – et donc celle des primes également – telle qu'on peut l'observer actuellement ne sera pas supportable. Sur l'ensemble du système de santé, des gains d'efficience sont donc à rechercher.

La part du PIB consacrée à la santé (cf. [figure 1](#) ci-dessous) est en constante augmentation en Suisse, comme dans la majorité des pays de l'OCDE. Toutefois, l'état de santé d'une population, exprimé en années d'espérance de vie, n'est pas corrélé à la dépense de santé par habitant, ni à la densité médicale.

<sup>5</sup> OBSAN (2016), Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Neuchâtel.

**FIGURE 1:** coûts du système de santé (en millions de CHF) et part des coûts du système de santé rapportés au PIB suisse depuis 1960 (source OFS)



Dans ce contexte, trois éléments principaux ressortent des travaux et réflexions internationaux sur l'évolution et le devenir des systèmes de santé des pays de l'OCDE : d'une part la nécessité d'une organisation cohérente du système de santé qui soit ajustée aux besoins populationnels, d'autre part l'amélioration de la coordination et de l'intégration des dispositifs pour assurer des soins sécuritaires, efficaces et de qualité tout au long de la trajectoire des patients, et finalement les questions autour de la démographie des professions de la santé.

#### Le développement d'une organisation de l'offre en soins ajustée aux besoins populationnels

Actuellement, la tendance est forte de focaliser les efforts du système sur les personnes qui sont à haut niveau de besoins de soins et qui nécessitent une forte coordination entre les acteurs. Or le système doit également se préoccuper davantage des individus à risque de basculer dans cette catégorie de personnes dépendantes ; les mesures de prévention du déclin fonctionnel (perte de l'autonomie du point de vue physique, psychologique ou social) doivent

donc être renforcées. Enfin, le renforcement des compétences en santé et le maintien de l'état de santé sont les objectifs prioritaires à atteindre pour les personnes en bonne santé.

Dès lors, la responsabilité d'une organisation du système de santé qui est ajustée aux besoins populationnels porte non seulement sur la qualité des prestations des services de santé et des services sociaux, mais aussi sur l'impact global de son action sur l'état de santé et de bien-être de la population. C'est dans ce sens que l'on parlera d'une « responsabilité populationnelle en matière de santé ».

#### La coordination et l'intégration des dispositifs tout au long de la trajectoire des patients

La coordination des prestataires doit permettre à la personne soignée d'identifier une continuité dans les services qu'elle reçoit, une cohérence et une adaptation à ses besoins. La **figure 2** ci-dessous illustre le changement de paradigme attendu par le développement de la coordination et de l'intégration des dispositifs tout au long de la trajectoire des patients, pour la qualité et l'efficacité des prestations.

**FIGURE 2 : coordination et intégration des soins : changement de paradigme <sup>6</sup>**

#### ORGANISATION ACTUELLE

Système axé sur la maladie

Responsabilité centrée sur le patient

Objectifs : guérir et soigner

Réponse centrée sur la demande

Logique d'établissement

Budget par mission et prestataire

Multidisciplinarité

#### ORGANISATION INTÉGRÉE

Système valorisant la santé et le bien-être

Responsabilité centrée sur la population

Objectifs : prévenir, guérir et soutenir

Réponse centrée sur les besoins

Logique de réseau

Budget par population

Interdisciplinarité

<sup>6</sup> Adapté de Fleury et Ouadahi (2002) Les réseaux de service intégrés comme modèle d'organisation des services en santé mentale. Santé mentale au Québec 2002; 27:7-15.

## Les professionnels de la santé

L'influence du vieillissement démographique entraîne une hausse des besoins en personnel de santé au moment même où la taille de la population active (18 à 65 ans) augmente peu, rendant ainsi plus difficile le recrutement. Les conditions de formation et d'activité professionnelles doivent permettre un déploiement des compétences, l'implantation de nouveaux modèles de délivrance des soins de manière à optimiser l'utilisation des forces professionnelles disponibles et l'ajuster aux besoins en prestations.

## 4. LE CHANGEMENT DE POSTURE DES PATIENTS ET DES CITOYENS

L'identité d'un patient ne se réduit pas à sa pathologie, son pronostic ou encore au traitement qu'il requiert. La durée de sa maladie, l'incapacité qu'elle peut entraîner, le changement ou l'altération de son rôle social sont autant d'éléments qui doivent être pris en compte dans les soins et l'accompagnement des personnes. Actuellement, l'accès à l'information en matière de santé via les différents médias, la multiplicité des moteurs de recherche sur le web, les campagnes de sensibilisation, les échanges d'expériences via les réseaux sociaux sont autant de moyens qui placent l'individu en situation « active », de recherche d'autonomie dans sa relation avec les professionnels de la santé. Ainsi, l'autonomie grandissante des patients implique un certain retrait des soignants, tout en maintenant la recherche d'une « alliance thérapeutique ». Ce changement de posture des personnes doit générer une autre dynamique dans l'organisation du système de santé.

## 5. ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES

Ces dernières années, les développements des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le champ de la santé ont été massifs : par exemple, l'évolution de l'utilisation des téléphones portables multifonctions (ou « smartphones ») portés actuellement par tout un chacun, et qui permettent l'enregistrement de données « santé » pour chaque individu.

La numérisation des systèmes de soins s'opère massivement depuis la deuxième moitié des années 90. Elle s'est accélérée durant le courant de la première décennie de notre siècle avec la mise en place des dossiers informatisés dans les hôpitaux (projets DOPHIN), les soins à domicile (projet IRIS des CMS), les pharmacies ainsi que dans les établissements médico-sociaux. L'informatisation des cabinets médicaux se développe également.

L'implantation des technologies de l'information impacte fortement les processus cliniques, de soins ou d'accompagnement. Elles requièrent l'intégration des dimensions d'organisation et de pratiques professionnelles, et de les faire évoluer simultanément et de manière cohérente. Toutefois, l'effective plus-value de la numérisation des services de soins ne ressort actuellement pas clairement. Si certains processus

administratifs ont évolué et se sont fluidifiés, cela n'est pas nécessairement le cas des processus cliniques. Ainsi l'expression d'une surcharge administrative, sans bénéfice au plan clinique, ressort de la part des professionnels de terrain lors de l'usage de certains de ces systèmes. Des changements doivent pouvoir être opérés de sorte que la personne soignée – et par répercussion les soignants – puisse bénéficier véritablement de ces progrès technologiques : il convient ainsi de passer d'une logique technique et économique de l'usage des technologies de l'information à une logique d'intégration clinique. Le principal enjeu actuel est de relier les différents mondes professionnels et institutionnels (hôpital – cabinet – soins à domicile – lieux d'hébergement – pharmacie – etc.) pour disposer d'une information centrée sur le patient et propriété de celui-ci (projet dossier électronique du patient – DEP), organisée autour de langages communs standardisés.

Les évolutions technologiques marquent également les domaines diagnostiques et thérapeutiques. De nouvelles technologies parviennent ainsi à produire des systèmes experts qui peuvent dépasser en fiabilité le niveau d'un professionnel, voire le suppléer. Plus globalement, la « médecine personnalisée », basée sur la cartographie du génome humain, promet également de révolutionner certaines attitudes thérapeutiques avec la médecine des 4 P (Prédictive / Personnalisée / Préventive / Participative)<sup>7</sup>.

L'évolution technologique va continuer de s'imposer et l'Etat devra jouer un rôle de garant de l'équité, de la sécurité et de la qualité des soins.

<sup>7</sup> Cf. Prof. Leroy Hood/P4Medicine Institute/<http://p4mi.org/leroy-hood-md-phd>







# Troisième partie

## Législature 2018-2020

### Une politique de santé publique Des champs d'action

#### 1. UNE VISION ET DES VALEURS POUR LA POLITIQUE DE SANTÉ DU CANTON DE VAUD

Le Conseil d'Etat considère que le maintien dans un bon état de santé de la population est une priorité qui contribue d'une part au bien-être et à la qualité de vie des citoyens, d'autre part à la durabilité du système de santé. Le Conseil d'Etat estime que chaque citoyen vaudois doit avoir la capacité de faire des choix qui soient les plus favorables à sa santé, en fonction de ses valeurs et de ses besoins s'agissant des soins qu'il reçoit. Chaque citoyen doit pouvoir participer dans sa communauté-s d'appartenance ; il doit pouvoir bénéficier d'un environnement favorable à sa santé (alimentation, transports, air, etc.). Il est de la responsabilité de l'Etat de se préoccuper de la santé des citoyens par des mesures structurelles ou législatives.

Dans le contexte actuel, le Conseil d'Etat aspire à développer :

- une politique de santé centrée sur la personne, ses compétences en santé<sup>8</sup>, ses besoins et ses préférences ;
- un système de soins et d'accompagnement dont l'évolution des coûts est maîtrisée ;
- une participation citoyenne dans le débat sur l'évolution du système de santé.

La politique de santé publique du Conseil d'Etat s'attache ainsi à la santé et à la qualité de vie de chaque personne vivant sur le territoire cantonal, à son intégration sociale et culturelle, et à assurer à chacun une égalité d'accès au système de santé. Elle vise le respect des personnes et de leur choix, dans un système de santé de qualité, efficace et supportable financièrement dans la durée.

La politique de santé doit trouver les articulations nécessaires avec les autres politiques publiques conduites par le canton. Il s'agit de rechercher des effets démultiplicateurs propices à la santé.

Il n'est possible de construire ou adapter un système de santé que si la capacité de comprendre les besoins de l'ensemble des personnes, ou de la population, existe au sein du système. Ainsi, il est nécessaire de stratifier la population en fonction des risques : on estime en général que 60 % de la population

est en bonne santé, que 20 à 30 % souffrent d'une maladie chronique et qu'environ 10 % présentent des problèmes fonctionnels importants.

La politique de santé publique vise à :

- garantir la viabilité à long terme d'un système de santé équitable, performant, disposant d'une organisation facilitant l'anticipation des risques pour la santé ;
- tenir compte des inégalités sociales et culturelles en matière d'accès à la santé ;
- permettre de garantir les principes de qualité, sécurité et économicité ;
- proposer des orientations de travail en interface avec d'autres politiques publiques ou intersectorielles ;
- garantir, en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, des interventions universelles et proportionnelles aux conditions sociales et culturelles des personnes (universalisme proportionné<sup>9</sup>).

<sup>8</sup> Littératie en santé ou compétences en santé (en anglais « Health literacy ») : « La littératie se définit comme la capacité d'un individu de capter l'information (orale, écrite, graphique, gestuelle, tactile, olfactive), de la traiter et d'agir selon son bagage et les facteurs qui conditionnent cette capacité dans un domaine en particulier. » La littératie tient compte des conditions socioculturelles et sociocognitives (les connaissances, repères et croyances, habitus – y compris professionnels –, l'environnement socioéconomique, qui façonnent et orientent les modes de pensées et nos actions), et également des capacités informationnelles des personnes, auxquelles elles se lient pour forger les possibilités d'action.

<sup>9</sup> Universalisme proportionné : une offre de prestations pour tous, avec des modalités et une intensité qui varient selon les besoins. Les interventions passent par la mise en œuvre d'actions de préventions/promotion de la santé à l'ensemble de la population (universalisme) en agissant sur chaque catégorie de la population selon ses besoins (proportionnalité). Voici une définition de ce concept par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010) : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné. »

Pour atteindre cette vision, et en conformité avec les dispositions légales<sup>10</sup>, les missions de base de l'Etat en termes de développement et d'application de la politique de santé sont:

1. l'organisation, le financement et la surveillance du système de soins;
2. la promotion de la santé et la prévention des maladies;
3. la protection de la santé des individus et des groupes.

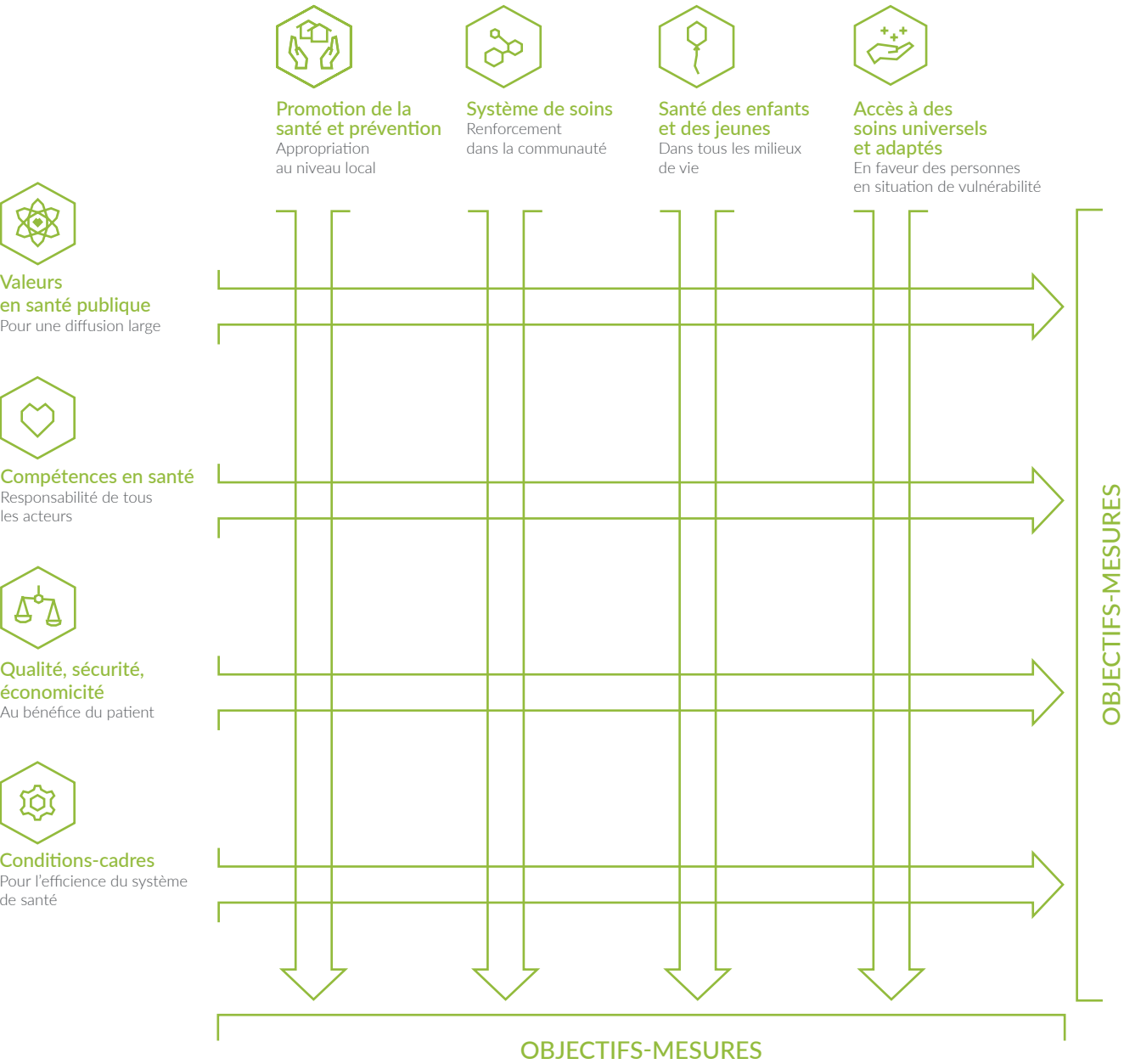
## 2. DES CHAMPS D'ACTION

Le Conseil d'Etat a défini huit champs d'action (voir la **figure 3** ci-contre) qui se déclineront annuellement en objectifs spécifiques. Ils toucheront soit des leviers pour agir sur le système (conditions-cadres), soit des concepts et outils à mettre en place, soit encore des intentions opérationnelles chiffrables. Les objectifs à atteindre à mi-législature (2020) sont mentionnés à la fin de chacun des champs d'action; un bilan sera alors établi à l'attention de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) du Grand Conseil.

---

<sup>10</sup> Constitution du canton de Vaud (2003) art. 6.1 - buts et principes: «L'Etat a pour buts: a. le bien commun et la cohésion cantonale/b. l'intégration harmonieuse de chacun au corps social/c. la préservation des bases physiques de la vie et la conservation durable des ressources naturelles/d. la sauvegarde des intérêts des générations futures.»  
Canton de Vaud. Loi sur la santé publique (1985) art. 2 - buts de la loi: «La loi a pour but de contribuer à la sauvegarde de la santé de la population et d'encourager la responsabilité collective et individuelle dans le domaine de la santé.»

FIGURE 3 : huit champs d'action





# Promotion de la santé et prévention

## Appropriation au niveau local

Maintenir la population dans un bon état de santé est une priorité publique non seulement parce que la santé contribue au bien-être et à la qualité de vie des citoyens, mais aussi parce que c'est un élément essentiel pour envisager la durabilité de notre système de santé. En effet, l'importante pression épidémiologique et démographique attendue va mettre fortement sous tension notre système de santé. Il est donc essentiel de renforcer des actions permettant aux personnes de rester dans le meilleur état de santé possible.

La santé d'une personne est la résultante de nombreux facteurs. Elle est bien sûr dépendante de ses caractéristiques intrinsèques et de ses comportements et habitudes de vie. Mais la santé est aussi largement influencée par les conditions de vie dans lesquelles la personne évolue. Les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales, l'éducation, le milieu du travail, les conditions de logement, sont autant de facteurs qui peuvent soit renforcer un environnement favorable à la santé, soit l'affaiblir. Ainsi, contrairement à ce que l'on croit, la santé d'une population n'est que faiblement influencée par la qualité ou la densité du dispositif de soins. De plus la promotion de la santé et la prévention nécessitent des démarches transversales, visant à impliquer non seulement les personnes tout au long de leur vie, mais aussi les pouvoirs publics et de nombreux acteurs de la société.

Ce champ d'action vise à identifier des pistes concrètes permettant de développer une promotion de la santé et une prévention les plus proches possible des personnes. Tout en poursuivant des approches classiques et universelles de promotion de la santé (prévention de la consommation d'alcool à risque, arrêt du tabac, exercice physique et alimentation équilibrée), des activités plus intégrées au niveau local, prenant en compte l'entier des facteurs favorables à la santé dans le milieu de vie, seront encouragées. A ce titre, les risques environnementaux devront être mieux pris en compte.

Les collectivités locales (communes, regroupement de communes, associations de quartier, sociétés régionales, organisations non gouvernementales, paroisses, etc.) appréhendent de manière très diversifiée des questions de qualité de vie ou de bien-être des citoyens. Elles contribuent par certaines actions à promouvoir la santé ; par exemple, en favorisant l'émergence de quartiers solidaires

ou intergénérationnels, en développant des pistes cyclables ou en repensant l'aménagement du territoire. Toutefois la thématique santé est rarement abordée dans sa globalité et il manque aujourd'hui des outils qui puissent inciter les collectivités à aller plus loin dans l'appropriation et la responsabilisation par rapport à cet enjeu de promotion de la santé. En se basant sur des référentiels connus tels que « communes en santé » ou « ville amie des aînés », il s'agira d'identifier, avec les collectivités locales, les manières de favoriser une plus grande appropriation de cet objectif santé, tout en leur laissant le choix quant à la mise en œuvre.

Par ailleurs, certains groupes de personnes sont plus à risque de présenter des problèmes de santé. En continuant de mener une prévention uniquement axée sur les facteurs de risques classiques de manière similaire pour toute la population, on risque de renforcer les inégalités en matière de santé. Ces inégalités pourraient être réduites par des actions ciblées auprès de certains groupes de personnes dans leur contexte de vie. Toutefois, nous manquons d'information structurée pour définir les actions pertinentes à mener. De nouveaux outils permettant de cartographier au niveau local (commune, quartier) divers éléments concernant les personnes et leur environnement seront probablement utiles pour développer cette approche.

Enfin, la participation est un élément fondateur de la vie sociale. L'implication des personnes dans la compréhension et l'appropriation des comportements en lien avec leur santé (compétences en santé) est indispensable. Elle est également un facteur important dans la définition des priorités au niveau local et dans les changements à apporter à l'environnement.

**Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :**

**Promotion de la santé et collectivités locales**

- Construire avec les collectivités locales le cadre (outils, expertises, incitatifs) leur permettant de déployer les actions contribuant à la promotion de la santé.
- Mettre à disposition des collectivités locales des outils permettant d'accroître la participation de la population dans le domaine de la santé.
- Développer un plan de communication visant à promouvoir les approches participatives dans le domaine de la santé et la promotion de la santé.

**Thèmes spécifiques**

- Etablir une politique publique qui prend en compte les inégalités sociales de la santé au sein de la population vaudoise.

- Identifier les groupes-cibles (personnes en situation de vulnérabilité) et leurs besoins en matière de prévention, notamment dans un objectif de réduire les inégalités existantes.
- Utiliser l'analyse spatiale multidimensionnelle dans l'élaboration, la priorisation, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique de santé publique.
- Consolider les collaborations interdépartementales dans le but de réduire les risques d'exposition aux polluants physiques et chimiques dont les effets sur la santé des populations sont connus.
- Mettre à disposition des entreprises du canton des outils leur permettant de mieux comprendre les enjeux de la santé au travail et de bien gérer les cas de souffrances en lien avec l'activité professionnelle.

—> OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Assurer une meilleure cohérence entre les organes de conseil et de préavis en matière de promotion de la santé et de prévention (CPSLA, GEA) et les autorités politiques et administratives.
- Documenter les inégalités sociales en santé dans le canton de Vaud et définir un plan d'actions.
- Explorer la place des données spatiales multidimensionnelles dans l'élaboration, la priorisation, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique de santé publique.
- Poursuivre la mise en cohérence des programmes cantonaux (alcool, tabac, exercice physique, alimentation).
- Consolider le déploiement du programme « Sport et Santé ».
- Choisir, soutenir et évaluer des projets-pilotes issus des collectivités locales visant à développer les approches participatives dans le domaine de la promotion de la santé.
- Elaborer une stratégie visant à améliorer la couverture de vaccination contre la grippe pour les patients, les personnes âgées et les collaborateurs des institutions de santé.
- Mettre en œuvre les mesures prioritaires visant à atteindre les objectifs de la stratégie amiante 2017-2022.



# Système de soins

## Renforcement dans la communauté

Aujourd'hui, le système de santé s'appuie principalement sur les institutions de soins (hôpitaux, soins à domicile, EMS, ...), ce qui en fait les acteurs principaux du monde sanitaire. La capacité d'intervention de l'Etat en dehors de ces institutions, et notamment avec la médecine de premier recours et les autres acteurs communautaires, est restreinte. Cette manière de faire a tendance à placer naturellement les institutions et non les patients ou citoyens au centre du système de santé.

Si les institutions fonctionnent globalement à satisfaction au sein de leur périmètre d'action, elles travaillent trop souvent en silo, sur un mode réactif et non dans l'anticipation des risques de péjoration de l'état de santé des personnes. Or, dans la prise en charge des malades chroniques et des patients âgés, une coordination des soins et un bon fonctionnement des liens entre institutions et médecine de premier recours sont impératifs.

Ce constat n'est pas uniquement fait dans le canton de Vaud. Dans son programme « Santé 2020, une stratégie globale pour le système de santé », l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) indique aussi que les structures actuelles sont trop axées sur les soins d'urgence et le secteur hospitalier et qu'une meilleure adéquation des dispositifs de soins avec les besoins des patients devra être favorisée.

Le canton de Vaud veut consolider sa politique de développement des soins et de l'accompagnement dans la communauté. Dans cette perspective, il souhaite développer les prises en charge ambulatoires et sur le lieu de vie des personnes et contribuer ainsi au maintien à domicile des patients dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles. Le canton souhaite aussi promouvoir

toutes les mesures de prévention du déclin fonctionnel et l'anticipation des risques de péjoration de l'état de santé.

Pour permettre ce déploiement, l'Etat veut mieux prendre en compte l'ensemble des acteurs de la communauté et favoriser la collaboration entre le réseau de professionnels de soins et les autres personnes intervenant auprès de la personne, agissant souvent dans le cadre de prestations informelles (p.ex. les proches aidants, les groupes bénévoles, etc.). A cet effet, le point d'ancrage du système de soins doit être centré sur l'individu (ou le patient) et son entourage, considéré dans sa communauté-s d'appartenance.

L'Etat veut donc inciter à une utilisation optimale de l'ensemble des ressources et compétences pouvant être activées dans la communauté par une approche axée sur la collaboration, la détection et la prévention. Il s'agit d'assurer la cohérence des actions entreprises par les différents intervenants, qu'ils soient issus du domaine social ou sanitaire, professionnel ou non. L'objectif étant d'assurer un niveau de congruence élevé entre les besoins exprimés et les réponses apportées.

Pour atteindre cet objectif, il ne s'agit pas de créer des prestations ou des structures supplémentaires, mais d'abord de simplifier le recours à celles qui existent et d'améliorer l'articulation et la coordination des différents acteurs offrant ces prestations. Cette politique vise également à renforcer la collaboration de cet échelon cantonal avec les prestations offertes par les structures communales (logements, transports, cohésion sociale, loisirs notamment) afin de mieux répondre aux besoins de soins et d'accompagnement de la population. La mise à disposition d'outils et de langage communs (dossier électronique du patient) doit faciliter cette coordination.

### **Au cours de la législature 2018-2020, le Conseil d'Etat poursuit les objectifs suivants en matière de système de soins :**

- développer les processus organisationnels, cliniques et logistiques qui permettent de renforcer les soins sur le lieu de vie du patient et de fluidifier les trajectoires de soins, en particulier pour les personnes souffrant de pathologies chroniques ;

- encourager le développement d'actions intégrant une vision multidimensionnelle (santé-social) des réponses à apporter à la population ;
- renforcer les compétences des intervenants, professionnels ou non, par l'information et la formation ;
- consolider un centre universitaire en médecine générale et de santé publique avec la mission de développer de nouveaux modèles de prise en charge répondant aux enjeux de coordination et de prévention.



**Plus spécifiquement, le Conseil d'Etat met en place les conditions-cadres et sollicite les acteurs dans les domaines suivants:**

#### **Trajectoires et transitions**

- Optimiser la gestion des situations d'urgence pour l'entier de la population d'une communauté territoriale de sorte que toute personne ayant un besoin de soins urgents – selon son appréciation – puisse obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais, qui soit en lien avec ses choix et ses préférences, dans l'optique d'un maintien de l'état de santé de la personne.
- Fluidifier les trajectoires et les transitions des patients dans le parcours de soins, notamment dans des situations complexes, de fin de vie, en travaillant sur la perméabilité des structures et l'anticipation des prochaines étapes de la prise en charge (case manager, liaison, itinéraires cliniques, etc.).

#### **Soins dans la communauté**

- Renforcer la première ligne de soins, notamment la médecine de premier recours.
- Développer l'offre de réadaptation et de prise en soins en fin de vie à domicile.
- Développer les modèles de soins intégrés dans les régions de montagne.

#### **Information et compétences en santé**

- Informer activement la population vaudoise, les acteurs professionnels et les collectivités (communes, associations, etc.) des dispositifs existants.

## —> OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Réformer le système des urgences pré-hospitalières et des mesures sanitaires d'urgence.
- Réaliser la mise en œuvre des dispositifs régionaux de réponse à l'urgence.
- S'assurer d'un dispositif de garde médicale garantissant à toute personne un accès aux soins primaires.
- Intégrer la réponse pédiatrique et psychiatrique au dispositif de réponse à l'urgence.
- Planifier et mettre en œuvre un projet pilote de cabinets médicaux permettant l'optimisation de la coordination des soins en médecine de premier recours.
- Concevoir le règlement d'application de la loi sur la santé publique (LSP) concernant les infirmières praticiennes spécialisées.
- Développer des places de stage en médecine de 1<sup>er</sup> recours pour les infirmières praticiennes spécialisées.
- Mettre en œuvre les « pôles santé » de la Vallée de Joux, du Pays-d'Enhaut et du Balcon du Jura.
- Mettre en œuvre les travaux de réalisation du nouveau Centre universitaire de médecine générale et de santé publique sous l'appellation de projet « Alliance santé ».
- Mettre à disposition du monde sanitaire et de ses acteurs le dossier électronique du patient.
- Mettre à disposition des différents milieux de soins la suite d'outils InterRAI.
- Renforcer et développer les cercles de qualité interprofessionnels.
- Accompagner le projet intercantonal d'organisation des cursus de formation médicale postgraduée (projet RÉFORMER).



# Santé des enfants et des jeunes

Dans tous les milieux de vie

Les conditions d'une bonne santé de l'enfant à naître, de celle de l'enfant et du jeune adulte<sup>11</sup> méritent une attention particulière de l'Etat, non seulement parce qu'il s'agit d'une population vulnérable qui doit être protégée, mais aussi parce que l'état de santé dans l'enfance détermine de manière significative le futur état de santé de l'individu tout au long de sa vie. Investir durant la petite enfance est primordial pour le futur des individus et de l'état de santé de la population.

La santé d'un enfant ou d'un jeune est intimement liée à celle de sa mère, dès le début de la grossesse, et au bien-être de sa famille. Plus globalement, la santé des enfants et des jeunes est influencée par les environnements dans lesquels les familles, les enfants et les jeunes évoluent.

Promouvoir la santé des enfants et des jeunes implique d'adopter une vision systémique. C'est dans cette perspective que ce champ d'action représente la contribution du secteur de la santé à la politique cantonale de l'enfance et de la jeunesse que le Conseil d'Etat a adoptée au printemps 2017.

Pour mémoire, cette politique cantonale vise, pour l'ensemble des enfants et des jeunes, à soutenir leur développement harmonieux, à encourager leur participation à la vie publique (vie politique et sociale), à développer leurs ressources et celles de leur environnement (en particulier, l'environnement familial et le soutien aux familles dans leur rôle parental), à les protéger dans les situations où cela est nécessaire, ainsi qu'à développer en leur faveur des mesures de prévention appropriées.

S'appuyant sur les valeurs et les objectifs de la politique « enfance et jeunesse », ce champ d'action vise à accroître la participation des enfants et des jeunes dans les décisions concernant leur santé, à renforcer leur capacité à faire un choix informé pour leur santé, à leur assurer l'accès à des prestations de soins de qualité. Cette politique contribuera à assurer aux enfants et aux jeunes des environnements favorables à la santé (social et culturel, physique, bâti et infrastructures).

<sup>11</sup> A noter que le terme « enfant » concerne les mineurs âgés de 0 à 18 ans, conformément à la Convention internationale des droits de l'enfant, et inclut les adolescents. Les aspects de santé liés à la grossesse sont également inclus sous ce terme. Le terme « jeune » comprend les jeunes adultes âgés de 19 à 25 ans.

**Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :**

**Promotion de la santé et prévention pour les enfants en âge préscolaire, scolaire et les jeunes adultes**

- Articuler le dispositif santé avec les dispositifs sociaux, préscolaires et scolaires dans le cadre de la politique de l'enfance et de la jeunesse du Conseil d'Etat.
- Assurer des prestations de qualité en renforçant un dispositif de promotion de la santé et de prévention pour les enfants, les jeunes et leurs familles qui s'inscrive dans la continuité (trajectoire de vie, lieux de vie), et qui soit coordonné entre les différents acteurs de la santé et du social.
- Faciliter l'accès à l'information sur les thèmes en lien avec la santé pour les parents, les enfants et les jeunes adultes.
- Développer les compétences en santé auprès des enfants et des jeunes adultes.

**Prise en charge pédiatrique et pédopsychiatrique**

- Optimiser les processus de réponse à l'urgence pédiatrique et pédopsychiatrique.

- Renforcer la première ligne de soins pédiatriques et pédopsychiatriques afin d'anticiper au mieux les situations à risque de décompensation.

**Continuité des soins durant les phases de transition <sup>12</sup>**

- Identifier les éléments d'organisation du système de santé qui créent des ruptures de soins durant les phases de transition et mettre en place des actions pour y remédier.
- Renforcer, auprès des professionnels, la prise en compte des droits à l'autodétermination des enfants et des jeunes, du respect de leurs valeurs et favoriser leur implication dans leur prise en charge.

<sup>12</sup> Les phases de transition correspondent aux modifications du contexte de vie (entrée en crèche, entrée à l'école, fin de scolarité obligatoire, entrée dans la vie professionnelle), aux changements biologiques (adolescence) et aux changements de thérapeutes (en particulier pédiatrie à adulte). Ces phases de transition sont très fréquentes durant la période de l'enfance jusqu'à l'âge adulte, en particulier en cas de maladies chroniques.

## —> OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Finaliser les rôles et missions des acteurs de la petite enfance (infirmières de la petite enfance, sages-femmes, équipes « Petits Pas », etc.) dans une vision cohérente et inclure dans leur périmètre d'action les lieux d'accueil de jour.
- Elaborer un modèle d'organisation et de délivrance des prestations auprès des élèves tenant compte de la nouvelle politique du Conseil d'Etat en matière d'enfance et de jeunesse.
- Intégrer la réponse pédiatrique au dispositif cantonal de réponse à l'urgence.
- Finaliser l'organisation du dispositif pédopsychiatrique (rôles, missions, organisation).



# Accès à des soins universels et adaptés

En faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Le canton de Vaud entend garantir un accès équitable à des soins universels, adaptés et de qualité pour toutes les personnes, quels que soient leurs situations et leurs besoins. Il existe des individus pour qui le seuil d'accès aux soins est trop élevé et le maintien dans le système de soins, tel qu'il est généralement organisé, n'est pas satisfaisant. De ce fait, des personnes ou groupes de personnes sont consciemment ou non, marginalisés par le système.

Sur un socle d'universalité, le système de soins doit donc pouvoir adapter son organisation aux personnes en situation de vulnérabilité avec des besoins de santé spécifiques.

Ceci résulte à la fois de caractéristiques propres à ces situations, mais aussi de lacunes dans les dispositifs du système de santé qui ne parviennent pas à identifier et à répondre aux besoins de certaines personnes à un moment ou dans un contexte donné. Les inégalités sociales en matière de santé, momentanées ou durables, renforcent ce risque de mise à l'écart du système. Ces inégalités sont générées par de nombreux facteurs qui prennent souvent leur source dans des situations de précarité et de stigmatisation. Pour les personnes concernées, formuler une demande de soins peut être difficile, gênant, voire impossible. Elles peuvent s'adresser au système de santé de manière inhabituelle ou en urgence, ce qui peut induire de l'incompréhension ou de la négligence.

Pour faire face à cet enjeu, l'approche consiste d'abord à identifier les caractéristiques de ces situations de vulnérabilité. Il s'agit ensuite de développer les stratégies nécessaires pour pallier ces difficultés et ainsi assurer une prise en charge adaptée et de qualité des personnes.

Parmi les facteurs dont il convient d'explorer l'impact sur l'accès aux soins et le maintien en santé, citons notamment la précarité sociale et professionnelle, l'âge avancé, le déclin cognitif, les différentes formes de handicaps, les troubles psychiques, les addictions, les problèmes de langue, les faibles compétences en santé (ou littératie en santé), les préjugés et croyances des soignants ainsi que les défauts d'organisation des dispositifs de santé.

Cette problématique touche aussi bien le monde sanitaire que social et impose dès lors une bonne coordination des acteurs concernés.

Les principes qui sous-tendent une prise en soins universelle et adaptée aux situations de vulnérabilité sont les suivants :

- équité d'accès à des soins de qualité ;
- proportionnalité et adaptabilité ;
- respect de l'autonomie de la personne.

**Au cours de la législature 2018-2022, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes :**

**Mise en œuvre d'une prise en soins universelle et adaptée aux situations de vulnérabilité**

- Développer les compétences des acteurs sociaux et sanitaires pour une prise en soins et un accompagnement qui répondent aux spécificités de chaque individu.
- Inciter les institutions à adapter leurs messages aux besoins des groupes cibles afin de les rendre compréhensibles et accessibles, développer des actions pour sensibiliser les professionnels de la santé à cette thématique, utiliser l'expertise de certains patients.
- Identifier les problèmes d'accès au système de santé et proposer des actions correctives.
- Définir les adaptations nécessaires (structurelles, compétences, ...) à la prise en soins des personnes en situation de vulnérabilité.

## —> OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Accompagner l'analyse des besoins de soins dans les institutions pour mineurs et proposer, en accord avec les services concernés, un cadre de référence.
- Proposer un modèle de réorganisation de l'offre en prestations de santé en milieu pénitentiaire et le mettre en œuvre.
- S'assurer de la proportionnalité des décisions médicales en matière de placement à fin d'assistance (PLAFA).



# Valeurs

Pour une diffusion large

L'accès au meilleur soin a toujours et partout été inégal et inéquitable, pour des raisons économiques, géographiques, culturelles, organisationnelles, idéologiques, ou encore religieuses. Les besoins de santé des individus et des populations ont toujours et partout été inégaux et inéquitables, pour des raisons génétiques, sociales, comportementales, psychologiques, environnementales, ou d'appartenance culturelle.

Alors que les capacités de la médecine se développent sans cesse et qu'elle apparaît plus puissante que jamais grâce aux technologies de pointe, l'adéquation entre accès au soin et besoins de santé reste comme toujours un défi majeur : mais ce défi devient un enjeu grandissant. Celui-ci vise également l'équilibre des investissements en santé par rapport aux autres investissements publics. Le développement durable de notre système de santé est menacé dans son équilibre par les limites sans cesse repoussées des capacités diagnostiques et thérapeutiques. Tant que ces limites étaient supportables économiquement et incontestables éthiquement, les questions de limitation des prestations ne se posaient pas. Seules se posaient celles liées à l'accès pour répondre aux besoins de santé. La désirabilité du meilleur accès au meilleur soin possible était maximale. Aujourd'hui, la question se pose de savoir si tout ce qui est possible est forcément souhaitable. Faut-il définir une limite sur le principe et dans la pratique, à la fois dans l'organisation du système et dans la prise en charge individuelle ? Si oui, comment la définir et la mettre en œuvre, au nom de quoi, avec quelles valeurs et quelles conséquences ?

Finitude et vulnérabilité : les deux termes sont conjoints. La fragilité de l'existence humaine entraîne vulnérabilité et finitude, à tous âges et en de nombreuses circonstances. Les limites vécues atteignent leur extrême en fin de vie, celle-ci mettant ultimement toute vie à égalité avec une autre, mais la vulnérabilité est propre à chacun dans son parcours de vie (histoire personnelle et socioculturelle, contexte, etc.). Elle suscite des besoins particuliers et, de fait et de droit, une responsabilité particulière dans l'organisation du système de santé et dans la pratique des soins.

La santé publique encadre les pratiques cliniques et de recherche au nom de la justice sociale, de la bienfaisance, de la non-malfaisance et de l'autonomie de la personne. Chacun de nous doit rester sujet et non objet des soins qui lui sont prodigués dans le système de santé, chacun

de nous doit pouvoir être et rester autonome, tout en étant accompagné. Cette autonomie est une valeur essentielle, un droit fondamental qui doit non seulement être protégé mais, favorisé. Ainsi se dessine une nouvelle mission fondamentale de la santé publique : créer la possibilité du choix individuel. La protection des individus, en termes de responsabilité publique est cette garantie, in fine, que la personne bénéficie du « soin Juste » pour elle-même. Elle s'adresse également aux familles, aux enfants, aux groupes et populations. La santé publique pense et agit dans le sens de cette justice individuelle et sociale.

Le « soin Juste » est équitable – car il répond adéquatement au risque d'inégalité sociale de santé et applique un « universalisme proportionné » – respectueux du choix éclairé de la personne et autant que possible exercé dans son cadre de vie. Il ne sacrifie l'autonomie de la personne à aucune prescription externe a priori, qu'elle soit d'ordre économique (rationnement) ou technologique (acharnement). Il ne dépend d'aucun préjugé de condition sociale, de genre, de culture. Il maintient voire restaure le lien avec l'histoire personnelle et l'entourage du patient. Il favorise l'expression du sens perçu et voulu dans les soins prodigués, actuels et à venir (projet thérapeutique). Dans cette perspective, le « soin Juste » est d'abord un acte relationnel et secondairement une prestation.

<sup>13</sup> Autonome : qui se détermine selon des règles librement choisies (Petit Robert 2017).

**Au cours de la législature 2018-2020, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes:**

**Elaboration d'un discours public centré sur les valeurs et enjeux en matière de santé publique**

- Promouvoir la participation citoyenne dans le débat sur l'évolution du système de santé.

**Ethique**

- Développer chez les professionnels des compétences en matière d'éthique, au plan clinique, social et de la responsabilité publique.
- Mettre en application des modes de délibération liés à des situations particulières dans la décision de santé publique, en amont des prises en charge, dans le but de garantir leur pertinence, notamment pour des situations critiques.
- Renforcer le cadre normatif associé aux développements des technologies médicales et de la recherche clinique.

**Respect des valeurs et des droits des personnes**

- Promouvoir les mesures anticipées dans la population en général et auprès des patients, dans toutes les phases de la vie.
- Organiser et pratiquer en priorité les soins dans le contexte de vie des personnes.
- Développer une méthode et des outils d'aide à la compréhension entre patients et professionnels de soins lors de la consultation, favorisant la décision éclairée du patient.

—> OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Elaborer une définition du «soin Juste» qui soit à la fois centrée sur la personne (sa dignité, ses valeurs et ses choix) et la société (ses possibilités, ressources et limites).
- Conduire des réflexions en lien avec les mesures anticipées et la capacité de discernement dans le cadre de la collaboration avec l'interface «Science et société» de la Faculté des sciences sociales et humaines.
- Participer aux travaux nationaux autour de l'élaboration d'un consentement général dans la recherche.
- Permettre à la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER) d'adapter ses outils et son fonctionnement pour faire face aux nouveaux enjeux de la recherche (génomique, big data, protection des données)
- En fonction de l'évolution du processus au niveau national, évaluer l'opportunité d'une base légale sur les enjeux bioéthiques, concernant notamment le consentement éclairé du patient.



# Compétences en santé

Responsabilité de tous les acteurs

Les compétences en santé recouvrent les capacités, les connaissances et les motivations des individus pour accéder aux informations concernant la santé. Il s'agit de les comprendre, les évaluer et les utiliser afin de se faire une opinion et de prendre des décisions individuelles ou collectives au quotidien pour promouvoir la santé et pour prévenir et soigner les maladies. Les compétences en santé résultent ainsi de la mobilisation chez l'individu et au sein de la collectivité, de capacités cognitives (compréhension, apprentissage, etc.) et motivationnelles (volonté, désirs, etc.).

Compétence en santé et état de santé sont étroitement liés. Il est prouvé qu'une compétence en santé limitée conduit notamment à des comportements quotidiens moins sains et plus à risque, ce qui entraîne un moins bon état de santé et une sollicitation accrue de prestations de santé.

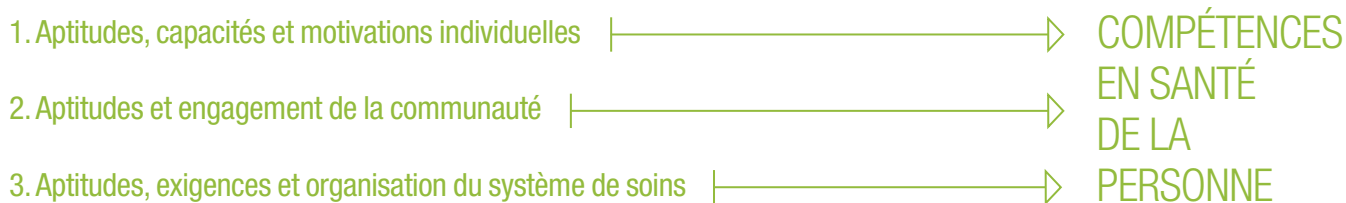
Comme le représente la **figure 4** ci-dessous, les compétences en santé individuelles sont liées aux caractéristiques de l'individu. Elles sont également dépendantes de celles produites par la société et par le système de soins. Les compétences en santé sont un moyen de prise en charge de sa propre santé et de la possibilité d'accéder au système de soins. Elles résultent de l'équilibre entre les aptitudes, capacités et motivations individuelles, les capacités

et l'engagement des communautés et le niveau d'exigences et de complexité du système de soins. C'est donc une responsabilité des professionnels de la santé que de prendre en considération les différents composants permettant l'émergence de compétences individuelles en santé.

Le niveau de compétence en matière de santé est hétérogène au sein d'une communauté d'individus et dépend de différents facteurs et déterminants sociaux (niveau de formation, âge, origine, etc.). De plus, certains besoins en information et compétences de santé peuvent être spécifiques à une situation de maladie. L'environnement social, économique et culturel dans lequel vivent les individus joue un rôle déterminant dans l'acquisition et le développement des compétences en matière de santé. La motivation de l'individu va ainsi permettre d'intégrer, puis d'utiliser les compétences acquises.

Une étude de l'Office fédéral de la santé publique<sup>14</sup> fait le point, en 2015, sur les compétences en matière de santé des personnes résidant en Suisse. Les résultats obtenus dévoilent que plus de la moitié de la population a de faibles compétences en matière de santé. Elles sont problématiques pour 45 % et insuffisantes pour 9 %. Par exemple, la moitié de la population estime difficile de juger quels sont les vaccinations et les examens de dépistage dont elle

**FIGURE 4: compétences en santé**





a besoin ainsi que l'utilité de la vaccination. Les avantages et inconvénients des différentes possibilités de traitement sont difficiles à juger pour 44 % de la population.

Le Conseil fédéral, dans le cadre de sa stratégie « Santé 2020 »<sup>15</sup>, a notamment mis l'accent sur le renforcement des compétences en matière de santé et de la responsabilité individuelle des assurés et des patients afin qu'ils utilisent plus efficacement le système de santé, qu'ils puissent mieux prévenir les maladies et qu'ils se préoccupent davantage de leurs maladies. Il souhaite donner aux patients toute leur place dans le système de santé, place fondée sur l'égalité et l'autodétermination.

Il apparaît dès lors nécessaire d'agir non seulement sur la compréhension en matière de santé de l'individu et de la population, mais aussi sur la lisibilité du système de santé. Il s'agit également de s'assurer d'un bon alignement entre ces différentes dimensions.

<sup>14</sup> Compétences en matière de santé: enquête 2015 auprès de la population en Suisse, résumé, OFSP, 2016.

<sup>15</sup> Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral, OFSP, 2013.

**Au cours de la législature 2018–2022, le Conseil d'Etat choisit de mettre l'accent sur des interventions qui permettent d'accroître, auprès des usagers, la compréhension et l'accessibilité du système de santé. Les objectifs principaux sont les suivants:**

- promouvoir une bonne accessibilité, une bonne compréhension et une bonne utilisation des informations en santé;
- adapter les messages en fonction du niveau de compétence préalable des groupes et de leurs besoins afin de s'assurer de l'impact des mesures visant à renforcer les compétences des groupes et des individus en matière de santé.

—> POUR CE CHAMP, LES ACTIONS ET OBJECTIFS, QUI SONT TRANSVERSAUX, SE TROUVENT RÉPARTIS DANS LES CHAMPS 1 À 5.



# Qualité, sécurité, économicité

Au bénéfice du patient

La qualité des soins et la sécurité des patients sont des enjeux essentiels de santé publique. D'après la littérature internationale, dans les pays occidentaux, environ un patient hospitalisé sur 1'000 décéderait des suites d'une erreur médicale. La Fondation Sécurité des patients estime que dans les hôpitaux suisses, le nombre annuel des décès dus à des erreurs oscillerait entre 700 et 1'700 selon que le calcul s'effectue en référence à la population ou en tenant compte des taux d'hospitalisation. Dans une autre étude suisse récente<sup>16</sup> réalisée auprès de 3'983 patients hospitalisés dans huit hôpitaux différents, 21,4% des patients ont indiqué avoir vécu au moins un incident qui aurait clairement pu avoir une influence sur leur sécurité et que 3,2% des patients ont déclaré être très préoccupés par les erreurs médicales et leur propre sécurité. Même si des erreurs sont au final commises par des professionnels ou des équipes, elles sont souvent la résultante d'une interaction complexe entre les professionnels et leur environnement. Par conséquent, la qualité et la sécurité sont la conséquence d'un système et non d'individus.

La qualité se définit généralement comme une démarche qui doit permettre à chaque patient de bénéficier de la combinaison d'actes diagnostiques, thérapeutiques et soignants qui lui assureront le meilleur résultat en matière de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

La qualité doit être comprise comme un concept large qui englobe les dimensions suivantes: sécurité, réactivité, efficacité,

efficacité, équité, centré patient. La **figure 5** ci-contre définit ces différentes dimensions et met en évidence leur interactivité.

La qualité est ainsi une notion complexe et évolutive, qui doit intégrer en permanence les nouvelles attentes des usagers, les nouveaux moyens médicaux, les nouveaux paramètres économiques et les questions de trajectoires patients. Elle englobe donc la question de «l'économicité» des prestations et permet d'introduire la notion de «prévention quaternaire» qui s'attache à limiter les impacts négatifs induits par le système de soins.

Pour aborder une véritable stratégie d'amélioration de la qualité, il est essentiel que l'entier des acteurs, des décideurs politiques aux cliniciens, puisse adhérer à l'importance de l'enjeu de la qualité et à sa compréhension. La qualité n'est pas seulement l'affaire des professionnels de santé, c'est aussi l'affaire des institutions qui doivent promouvoir un véritable changement de culture et des responsables de l'organisation du système de santé. En d'autres termes, la qualité ne doit plus être vue comme une somme d'indicateurs spécifiques, mais comme une véritable démarche centrée sur les besoins et la sécurité des patients.

<sup>16</sup> David L.B. Schwappach, Olga Frank, Marc-Anton Hochreutener; Z. Evid. New perspectives on well-known issues: Patients' experiences and perceptions of safety in Swiss Hospitals; Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFG) 105 (2011) 542–554.

<sup>17</sup> JW Bingham et al. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. Jt Comm J Qual Patient Saf. Feb 2005; 31(2):98-105. Traduction par A. Staines, chargé du programme FHV «Sécurité des patients».

### Au cours de la législature 2018-2020, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes:

#### Elaboration d'un cadre

- Développer avec tous les acteurs une vision partagée, évolutive et multidimensionnelle de la notion de qualité et définir les priorités de développement.

#### Développement de la qualité

- Inciter les dirigeants des institutions de santé à intégrer la qualité dans leur système de management et à en faire une priorité.

- Inciter les prestataires de soins à définir leur démarche qualité, les processus qu'ils entendent développer et les résultats qu'ils veulent atteindre en priorité.
- Encourager les prestataires de soins à communiquer entre eux sur leurs échecs et réussites en matière de qualité des soins.

#### Pilotage et contrôle

- Recueillir des informations sur «l'expérience patient» des usagers tout au long de la trajectoire de soins (interfaces).

- Identifier des indicateurs sur la qualité des soins à l'échelle du système de santé.
- Elaborer et tester un système de financement récompensant à la marge la qualité et les bonnes pratiques.
- Soutenir financièrement les projets favorisant la qualité des soins, en particulier l'amélioration de l'efficacité et des résultats patients, l'évaluation de la pertinence de certains examens et traitements, l'amélioration de la continuité des soins et le développement de la sécurité des patients et du personnel.
- Définir le champ des activités qui doivent être contrôlées, notamment les activités très fréquentes et les prestations médicales à haut risque.

**FIGURE 5: les différentes dimensions de la qualité<sup>17</sup>**



## OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Etablir la stratégie cantonale pour la qualité et la sécurité.
- Instituer, avec les partenaires du système de santé, un lieu de dialogue et de réflexion en matière de qualité (commission qualité).
- Développer la stratégie en matière de qualité dans les soins à domicile (AVASAD et OSAD).
- Mettre en œuvre, d'entente avec les hôpitaux, les mesures prioritaires visant la réduction des événements indésirables lors d'hospitalisations.
- Définir les périmètres des audits à mener sur la pertinence médicale de certaines interventions hospitalières et lancer les premiers audits.
- Consolider et rendre accessible la liste des indicateurs en matière de qualité et sécurité des services hospitaliers dont doivent disposer les organes dirigeants des institutions.
- Augmenter la sensibilité des directions des institutions de santé sur l'importance des mesures de prévention de l'infection et définir les mesures à mettre prioritairement en œuvre pour améliorer l'hygiène des mains par l'usage de solution hydroalcoolique.
- Calculer de nouveaux indicateurs hospitaliers et en particulier les indicateurs de mortalité prématurée, de complications iatrogènes et d'hospitalisations potentiellement évitables.
- Consolider les cercles de qualité interprofessionnels en EMS et développer les cercles de qualité médecins-pharmaciens dans le cadre du plan de médication partagé.
- Promouvoir le programme « Santé de la médication aux interfaces » (Fondation pour la sécurité des patients suisses).
- Identifier des indicateurs de trajectoire patient et d'accès au système de soins.
- Favoriser le développement d'indicateurs centrés sur l'expérience du patient.



# Conditions-cadres

Pour l'efficacité du système de santé

Le système de santé du canton de Vaud 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 30 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. p. ex. le développement des soins palliatifs, de l'approche des démences, de la prise en charge des cancers, etc.). Il s'inscrit dans le cadre des lois fédérales, dont la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la loi sur les professions médicales (LPMéd) ou encore la loi sur les produits thérapeutiques (LPTH), ainsi que les ordonnances qui en découlent. Dans le cadre de sa stratégie « Santé 2020 », le Conseil fédéral vise à assurer la qualité de vie des citoyens et à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à renforcer la transparence. L'amélioration de la coordination des soins est un des axes de cette stratégie qui pourrait, selon le Conseil fédéral, avoir comme conséquence des modifications législatives ainsi que certains mécanismes de financement.

Le canton dispose de différents leviers pour agir sur le système de santé afin de gagner en cohérence et en flexibilité. Le Conseil d'Etat entend agir sur les conditions-cadres touchant à l'organisation, à la gouvernance et au pilotage du système, à sa surveillance, à son financement, aux compétences qui lui sont nécessaires (et donc la formation), aux systèmes d'information, et enfin au cadre légal et réglementaire qui fonde sa capacité d'agir.

1. Gouvernance: il n'existe pas de conception unique de la forme que devraient prendre la gouvernance et la régulation du système de santé. Il convient donc de trouver un alignement entre les gouvernances politique, managériale et clinique pour permettre ainsi aux organisations et aux professionnels d'assurer la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins.

**Au cours de la législature 2018-2020, le Conseil d'Etat entend instaurer les mesures suivantes:**

### **Organisation, gouvernance et mécanismes de financement**

- Définir, mettre en œuvre et évaluer des modes

2. Financement et incitatifs: dans le système de santé suisse, rares sont les incitations poussant les acteurs à optimiser les processus de prise en charge, augmenter l'efficacité et à faire baisser les coûts. Le fractionnement du financement est souvent contre-productif et ne permet pas de répondre aux objectifs de prévention et d'anticipation des problèmes de santé, de coordination entre les acteurs, de prise en compte de l'entier de la trajectoire de santé d'une personne. Il conviendra de trouver de nouveaux modèles incitatifs permettant dans certains secteurs d'optimiser la responsabilité des prises en charge complexes.

3. Pilotage et surveillance: pour orienter un système où les actions de l'Etat visent la prévention et l'anticipation des problèmes de santé, il convient de disposer de données permettant de dresser un état des lieux des besoins de santé de la population et des réponses du système. Le système de pilotage doit permettre d'analyser ces données et de suivre les actions mises en œuvre quant à leur impact sur l'état de santé de la population. La production de données pertinentes est un levier essentiel qu'il s'agit de développer. Il nécessite une bonne architecture du système d'information.

4. Formation: l'évolution du système de formation des professionnels de la santé doit aussi se faire en cohérence avec celle du système de santé. Il s'agit d'une part de continuer à valoriser la médecine de famille, de promouvoir son développement et identifier des cursus favorables aux carrières médicales dans le service public. D'autre part, il convient de soutenir les interventions interprofessionnelles dans la communauté, de développer des modes d'intervention anticipatifs (perspective préventive) et d'intégrer les pratiques avancées en particulier dans les soins infirmiers. Un accent particulier doit être mis sur le développement des compétences cliniques. Enfin, la couverture des besoins en professionnels de la santé doit être monitorée.

de gouvernance, de financement et de pilotage centrés sur une approche populationnelle dans des régions données.

- Expérimenter des mécanismes de financement forfaitaire dans le domaine ambulatoire.

### Expertise et outils

- Consolider l'existence d'une institution universitaire de médecine générale et de santé publique capable d'accompagner les choix de politique de santé et construire les orientations opérationnelles.
- Produire et mettre en œuvre une stratégie globale des systèmes d'information en santé permettant de recueillir les données-patients nécessaires au pilotage et à la surveillance du système.

### Législation

- Proposer une refonte complète de loi sur la santé publique.

### Formation et compétences

- Définir et mettre en œuvre une stratégie propice au développement de l'exercice de la médecine de premier recours au travers de la formation pré et postgrade et par des mesures incitatives.
- Développer les liens entre employeurs et centres de formation tertiaires HES et UNIL.

## OBJECTIFS DE MI-LÉGISLATURE (2018-2020)

- Mettre en œuvre la planification hospitalière LAMal selon le modèle «groupes de prestations pour la planification hospitalière» (GPPH) dans les hôpitaux reconnus d'intérêt public.
- Définir et mettre en application un modèle de financement global de l'AVASAD.
- Mettre en œuvre et pérenniser une gouvernance et une démarche collaboratives entre les partenaires permettant d'améliorer et de suivre la cohérence des systèmes d'information composant le système d'information sanitaire vaudois en visant l'alignement entre les stratégies d'information et les stratégies métiers.
- En accord avec les décisions fédérales et pour soutenir les stratégies et actions de santé publique cantonale, mettre à disposition des vaudois le dossier électronique du patient en garantissant le respect des enjeux de sécurité et de protection des données.
- S'assurer de la mise en place de tarifs TARMED appropriés pour les activités en cabinet et dans l'ambulatorio hospitalier en définissant une stratégie de validation des tarifs par le Conseil d'Etat.
- Réviser les critères d'autorisation d'exploiter des institutions de santé (hôpitaux, maisons de naissance, organisations de soins à domicile) en renforçant les aspects de qualité et sécurité.
- Se doter d'un projet informatique permettant la gestion des autorisations de pratiquer (projet DEMAUT).
- Affiner l'organisation médicale hospitalière (statut des médecins, mode de rémunération).
- Mettre en œuvre l'arrêté du Conseil d'Etat sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (AVOLAF).
- Mettre en œuvre un modèle de financement spécifique et temporaire pour accompagner les projets de centralisation des services dans les hôpitaux multisites.
- Rédiger le rapport final du Programme Pluriannuel des Investissements (PPI) 2012-2017 à l'intention du Grand Conseil et établir le Programme 2017-2022.
- Piloter la réorganisation de la formation médicale postgrade au CHUV et dans les hôpitaux de la FHV et définir un mécanisme de financement favorisant la formation dans certaines spécialisations médicales, ainsi que la médecine de service public en général.
- Créer une plateforme commune entre institutions formatrices et employeurs afin de développer les programmes et compétences nécessaires.
- Développer les programmes et les lieux de formation des professionnels de la santé en cohérence avec les orientations et les objectifs stratégiques en matière de santé publique.



---

# Annexe

---

## Ligne directrice 1: amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé

### Mesure 1

#### Renforcer le programme de dépistage du cancer du sein

Durant la législature, le programme de dépistage systématique du cancer du sein a continué son déploiement et a été étendu en 2017 aux femmes du groupe d'âge de 70 à 74 ans (réponse au postulat de Madame la députée Fabienne Freymond Cantone). Les statistiques fournies par les rapports de monitoring confirment que le programme vaudois atteint des niveaux de performance conformes aux référentiels européens, avec un taux de participation stable (aux environs de 59 %); considérant de plus les dépistages effectués chez les gynécologues installés, ce sont près de 80 % des femmes entre 50 et 74 ans qui sont dépistées (taux recommandé: 70 %).

Le programme informatique soutenant le programme de dépistage du cancer du sein a évolué de sorte à inclure la gestion d'autres programmes de dépistage. Avec l'équipement informatique permettant la numérisation des clichés radiologiques, la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer (FVDC) reçoit ainsi les clichés sous format informatique des instituts de radiologie pour une seconde lecture.

### Mesure 2

#### Evaluer un projet pilote de dépistage du cancer du côlon

Tous les ans, dans le canton de Vaud, environ 400 nouveaux cas de cancer du côlon (dénommé également cancer colorectal) sont diagnostiqués, et 130 personnes décèdent de cette affection. En Suisse (rapport NICER 2015), le cancer du côlon représente 10 % des décès dus au cancer, aussi bien chez les hommes (3<sup>e</sup> cancer le plus fréquent) que chez les femmes (2<sup>e</sup> cancer le plus fréquent). La survie à cinq ans est supérieure à 90 % pour les cancers du côlon strictement localisés au moment du diagnostic, pour se réduire en moyenne à un peu plus de 10 % seulement pour les cancers avancés avec métastases.

Durant la législature, un programme pilote de dépistage du cancer du côlon a été conçu. La détermination des méthodes

de dépistage, des négociations tarifaires avec les assureurs maladie, la formation des médecins de premiers recours et des pharmaciens (133 médecins de famille et 195 pharmaciens ont participé aux séminaires de 2015) ont été réalisées. Le programme a démarré progressivement en octobre 2016.

### Mesure 3

#### Evaluer l'indication à conduire un dépistage du cancer du mélanome

Aucune action spécifique n'a été entreprise concernant cette mesure.

### Mesure 4

#### Assurer l'accès aux prestations de dépistage et de lutte contre le diabète

Plusieurs projets ont été mis en œuvre sur tout le territoire cantonal, notamment:

- des prestations permettant au patient de mieux gérer sa maladie, son traitement et de devenir un patient actif et informé: projets Diafit (exercice physique), EVIVO (promotion des compétences en santé), Diafood (cours d'alimentation); création d'un répertoire listant les professionnels concernés sur le site de l'Association DiabèteVaud; création d'une application mobile pour le calcul des repas diabétiques; promotion des patients experts de DiabèteVaud, etc.
- pour les patients diabétiques en situation complexe, mise en place d'un centre spécialisé interdisciplinaire au CHUV (podologie, néphropathie diabétique, diabète gestationnel) et d'équipes régionales.

Diverses actions de communication ont été conduites sur la thématique du diabète en faveur de la population générale (site Internet de DiabèteVaud, des conférences et des communiqués de presse, des émissions et des passages radio/TV). Des actions de dépistage du diabète ont aussi été organisées,

p. ex. dans le cadre du Salon Planète Santé. Le site Internet de DiabèteVaud propose par ailleurs un test de risque.

Des actions destinées aux professionnels de la santé ont également eu lieu, comme l'élaboration et la diffusion de recommandations de pratique clinique, de documents pour la prise en charge des diabétiques en milieu hospitalier et post-hospitalier (DocDiab) et d'un DVD à l'intention des enfants diabétiques. Des cours de sensibilisation à l'éducation thérapeutique et des forums ont aussi été proposés aux professionnels concernés du canton de Vaud.

Il manque aujourd'hui le recul suffisant pour apprécier tous les effets des mesures entreprises, la période de déploiement étant encore trop courte. Toutefois, certains signes encourageants sont à relever, comme la diminution des amputations dans le canton de Vaud (85 en 2014 contre 125 en 2008).

A relever également que les compétences acquises dans le cadre de ce programme permettent de mieux appréhender les prises en charge d'autres maladies chroniques.

### Mesure 5

#### **Renforcer le programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires**

Acteur privilégié de la mise en œuvre de ce programme, les Ligues de la Santé se sont recentrées sur les actions de promotion de l'alimentation saine et de l'exercice physique, de prévention en matière de tabagisme, ainsi que la prévention des risques liés à la consommation d'alcool (cf. également la mesure 15). Le programme cantonal «Ça marche! Bouger plus, manger mieux» a été poursuivi, le déploiement de ses activités s'est déroulé sur quatre niveaux: interventions directes de promotion du mouvement et d'une alimentation équilibrée adaptées en fonction de l'âge (p. ex.: Paprica, «A dispo», Pédibus, Fourchette verte); mesures sur l'environnement et le cadre législatif (p. ex. «Communes en santé»); information à la population; travail en réseau avec les partenaires aux plans cantonal et suisse.

Un projet «Sport et Santé» – en association avec le Service de l'éducation physique et du sport – a également été développé avec l'objectif d'utiliser l'activité physique et le sport comme outil de promotion de la santé au sein des communes et des clubs sportifs. Trois mesures ont été prises, visant l'accès à une activité physique non compétitive: apporter un soutien financier aux clubs de sports collectifs mettant en place des activités non compétitives (onze projets soutenus), apporter un soutien financier aux communes qui ouvrent leurs salles de sport pour des activités sportives encadrées (cinq projets soutenus), apporter un soutien financier aux communes qui construisent ou rénovent des places de sport en plein air (17 projets soutenus).

### Mesure 6

#### **Étendre les prestations de lutte contre l'ostéoporose à l'ensemble du canton**

Aucune action spécifique n'a été entreprise concernant cette mesure.

### Mesure 7

#### **Consolider le dispositif de dépistage et de lutte contre la maladie d'Alzheimer**

Un des axes prioritaires du programme cantonal «maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées» a été la création du Centre Leenaards de la mémoire (CLM) au CHUV en 2013, et de trois centres de la mémoire régionaux (ouverture en 2012 à Clarens, Aubonne et Yverdon-les-Bains). Outre son rôle de centre de proximité pour la région lausannoise, le CLM a une responsabilité de pôle de référence cantonal pour la maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs liés à l'âge avancé. Son fonctionnement relie trois départements du CHUV: les neurosciences cliniques (service de neurologie), la médecine interne (service de gériatrie) et la psychiatrie (service psychiatrie de l'âge avancé). Les travaux menés par le CLM visent l'harmonisation des pratiques cliniques entre les différents centres mémoires du canton, l'homogénéisation des processus diagnostiques et des prises en charge. Le CLM est également engagé dans l'enseignement (bachelor en médecine, HES en santé) et la formation continue (p. ex. dans le cadre de l'Association vaudoise des médecins de famille), ainsi qu'au niveau de la recherche, en établissant des liens entre la recherche en biologie et en imagerie et appliquant ainsi ces connaissances fondamentales pour un meilleur diagnostic et traitement des patients. Les divers centres de la mémoire ont également été actifs dans l'information à la population (conférences, participation au salon Planète Santé, etc.).

### Mesure 8

#### **Identifier les facteurs environnementaux avec une charge de morbidité élevée**

### Mesure 9

#### **Documenter les impacts sur la santé des principaux risques environnementaux**

### Mesure 10

#### **Proposer des actions de réduction des expositions aux menaces environnementales**

La création, en 2012, d'un pôle de compétences «santé-environnement» au sein du Service de la santé publique (SSP) se justifiait d'une part en raison de l'importance de l'environnement comme déterminant de la santé, d'autre part au vu du nombre croissant de sollicitations au sujet de problématiques environnementales et de leurs effets potentiels sur la santé.

Au niveau de la gouvernance, le Conseil d'Etat a décidé, en septembre 2016, de créer la Cellule environnement et santé publique (Cellule ESP) chargée de remplacer la Cellule amiante en reprenant son rôle et en l'élargissant à d'autres thématiques relevant de l'environnement et de la santé publique, comme le radon, la pollution de l'air extérieur ou encore le moustique tigre.

Pendant la législature 2012-2017, le Service de la santé publique a renforcé ses connaissances, ses compétences en matière de santé environnementale, ainsi que ses collaborations avec les services de l'administration cantonale en charge des thématiques en lien



avec l'environnement, en particulier avec la Direction générale de l'environnement.

Pour réaliser ses travaux, le Service a adopté, sur la base de la liste établie par l'Agence européenne de l'environnement dans le rapport « Environment and human health » (2013), une définition d'un périmètre plutôt restreint de la santé environnementale, principalement associée aux effets pathologiques directs d'agents chimiques, physiques et biologiques. Il s'est agi de hiérarchiser les problématiques en fonction de la fréquence et de la gravité pour la santé humaine. Par ailleurs, certains risques complexes ont également été pris en compte (éoliennes, changements climatiques).

Les dangers qui revêtent une priorité de santé publique sont les suivants: la pollution atmosphérique, le rayonnement UV, la canicule, le radon, le bruit, la pollution de l'air intérieur, l'amiante et les changements climatiques.

Certains facteurs environnementaux ont fait l'objet d'une analyse quant à leur impact sur la santé, et ont ainsi été documentés par le Service de la santé publique. Parmi ceux-ci: les dangers physiques (les rayonnements non ionisants, le grand froid, le radium), les dangers chimiques (la pollution de l'air intérieur, les perturbateurs endocriniens, les dioxines, la présence de certaines substances chimiques dans l'eau potable et dans les aliments, la fumée d'incendie, le protoxyde d'azote), les dangers biologiques (épanchage de protéines bovines, OGM) et les dangers complexes (éoliennes, changements climatiques).

En conséquence, diverses actions ont été menées:

- mises à jour du plan cantonal canicule adopté en 2009.
- en coordination avec la Police cantonale du commerce, adoption de la disposition légale, dans la loi sur l'exercice des activités économiques, concernant l'interdiction d'accès aux solaires pour les mineurs.
- contribution fournie à la Direction générale de l'environnement (DGE) dans la procédure de consultation organisée par la Confédération au sujet du projet de loi sur la protection contre les dangers du rayonnement non ionisant et le son.
- réalisation, en partenariat avec l'Institut tropical et de santé publique de Bâle et la Direction générale de l'environnement, d'une étude d'impact sur la santé sur la pollution de l'air et la contribution à l'actualisation du Plan OPair.
- participation à l'étude menée par l'Institut romand universitaire de santé au travail (IST) sur l'évaluation des risques liés à l'amiante au collège des Dents-du-Midi à Aigle.
- participation au groupe de travail institué par le Département du territoire et de l'environnement sur la stratégie d'adaptation aux changements climatiques.
- participation au Comité de pilotage de la stratégie cantonale en matière d'énergie éolienne et appui à la DGE dans la formulation de la demande auprès de l'Office fédéral de l'environnement pour la réalisation d'une étude sur l'impact des éoliennes sur la santé humaine.
- participation aux travaux de la Cellule radon placée sous l'égide de la DGE.
- contribution, dans le cadre de la Cellule amiante, à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de protection contre le risque à l'exposition à l'amiante.
- définition, en partenariat avec la DGE, de l'organisation de la

Cellule ESP, de son pilotage et de la répartition des responsabilités de chaque service représenté (DGE et SSP-Office du médecin cantonal).

- lancement de l'appel d'offre pour le mandat relatif à la définition de la stratégie amiante pour la législature 2017-2022 et le suivi des travaux du mandataire.
- évaluation de la pertinence de l'élaboration d'un plan « grand froid ».

## Mesure 11

### Définir une politique de promotion de la santé et de prévention des maladies au travail

Le Secrétariat d'Etat à l'économie de la Confédération énonce clairement l'obligation de l'employeur d'assurer la protection de la santé des travailleurs. Cette obligation est la matière de l'article 6 de la loi sur le travail. L'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail précise cette exigence en énonçant à l'article 2 le principe selon lequel « l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer et d'améliorer la protection de la santé et de garantir la santé physique et psychique des travailleurs ». Le canton de Vaud fait face à la double responsabilité de devoir assurer la protection des 39'000 collaborateurs de son administration, mais aussi de veiller à ce que les entreprises du canton puissent être en mesure de répondre à leurs obligations légales.

Par ses actions durant la législature passée, le Service de la santé publique a principalement accompagné les développements nécessaires qui doivent permettre à l'Administration cantonale vaudoise (ACV) de répondre à ses obligations. A cette fin, en 2016, le Conseil d'Etat a donné un nouvel élan à sa politique de ressources humaines en acceptant un Règlement relatif à la protection de la santé et de la sécurité des collaborateurs au travail de l'ACV. Ce règlement institue une Commission de coordination pour la protection de la santé et de la sécurité des collaborateurs au travail. Nanti de ces deux outils essentiels au bon fonctionnement d'une politique de protection des collaborateurs, l'Etat employeur a pu donner un message clair aux entreprises du canton qui souhaitent devenir exemplaires dans ce domaine.

## Mesure 12

### Consolider le programme concernant la petite enfance, en accordant une attention particulière aux populations vulnérables

Dans le cadre du programme 0-4 ans, les infirmières petite enfance, en collaboration avec les autres partenaires du domaine, ont poursuivi le soutien aux parents d'enfants en bas âge et renforcé l'appui aux familles les plus vulnérables. En partenariat avec le Service de protection de la jeunesse (SPJ), le CHUV, les sages-femmes indépendantes et les pédiatres, le Centre de référence pour les infirmières petite enfance (CRIPE) a créé treize feuillets sur la santé des nourrissons qui sont insérés dans les carnets de santé de tous les nouveau-nés depuis 2014 (env. 130'000 feuillets par an). Le CRIPE a répondu à diverses sollicitations de formation et d'expertise, ainsi que des médias. Les activités des infirmières petite enfance ont été présentées à divers partenaires et lors de congrès nationaux et internationaux. Les parents et les pro-

fessionnels ont accès à du matériel de prévention des accidents et à un site Internet plus convivial: [www.pipades.ch](http://www.pipades.ch).

Le Service de la santé publique a entamé une réflexion de fond sur la coordination des prestations sanitaires de la grossesse à la petite enfance. Un état des lieux des prestations a été réalisé et les actions à développer, à coordonner ou à orienter ont été définies. Cette démarche associe tous les acteurs impliqués (groupement des pédiatres vaudois, sages-femmes indépendantes, infirmières petite enfance AVASAD, CHUV, PROFA, Service de protection de la jeunesse, Petit Pas, association PanMilar) afin de garantir leur bonne collaboration.

### Mesure 13

#### **Poursuivre les actions d'éducation sexuelle en milieu scolaire**

Le partenariat entre PROFA et l'Unité de Promotion de la santé et prévention en milieu scolaire (UPSPS) s'est concrétisé par:

- la mise en ligne sur le site de l'UPSPS du Référentiel de PROFA comprenant les documents de référence pour l'éducation sexuelle à l'école obligatoire avec pour chaque niveau d'âge un objectif général visé lors des cours d'éducation sexuelle et des modalités de communication entre spécialistes en santé sexuelle de PROFA et enseignants, et entre PROFA et les parents.
- l'harmonisation des prestations d'éducation sexuelle dispensées dans tous les Etablissements scolaires primaires et secondaires, ainsi que dans des classes d'accueil, les classes DEP et DES à raison de deux périodes de 45 minutes à chaque fois.
- l'augmentation de 14% du nombre d'élèves et de plus de 11% du nombre de classes ou groupes touchés par des prestations du service d'éducation sexuelle.
- l'adoption conjointe comme cadre de travail des Standards pour l'éducation sexuelle en Europe de l'Organisation mondiale de la Santé et du Cadre de référence pour l'éducation sexuelle en Suisse romande (en lien avec le Plan d'études romand).
- la participation au groupe de référence DIGOS (Diversité de genre et d'orientation sexuelle) et la mise à disposition du Memento à l'usage des intervenants de l'école.
- la réalisation d'une enquête cantonale sur les demandes adressées par les parents pour dispenser leur enfant des cours d'éducation sexuelle (demande de Madame la conseillère aux Etats Géraldine Savary).
- la concertation sur les enjeux de communication stratégique et la présence dans les médias depuis le lancement de l'initiative populaire fédérale «Contre la sexualisation à l'école» jusqu'à son retrait de l'agenda politique.
- le développement de l'éducation sexuelle spécialisée dans les Institutions de l'enseignement spécialisé et les classes de l'Office de l'enseignement spécialisé (OES) rattaché au Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF).
- la mise en place de permanences téléphoniques à PROFA pour les professionnels de l'école obligatoire, de la transition, pour l'enseignement spécialisé, les élèves à besoins particuliers, et les parents d'élèves.
- des rencontres régionales entre PROFA et les médiateurs scolaires et délégués PPS ainsi que les infirmières scolaires de l'école obligatoire et postobligatoire.

### Mesure 14

#### **Renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire**

L'Unité de promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire est en charge de la mise en œuvre de la politique publique dans ce domaine sous la responsabilité d'une Direction interservices (Département de la formation, de la jeunesse et de la culture et Département de la santé et de l'action sociale). Durant la législature écoulée, cette unité pluridisciplinaire a su développer son expertise et sa capacité de répondre aux sollicitations venant tant des autorités politiques, que des écoles, des prestataires potentiels et des médias, tout en s'adaptant aux nouveaux besoins du monde scolaire.

Les élèves ont bénéficié de nombreux projets de promotion de la santé et de prévention dans les domaines suivants: activité physique et alimentation, dépendances, climat scolaire, harcèlement par les pairs, violence et incivilités.

Les professionnels de l'école ont bénéficié de soutiens méthodologiques et financiers, de formation, de recommandations et de mise à disposition de nouveaux outils pour gérer diverses situations: gestion des suspicions de maltraitance, intégration des élèves à besoins de santé particuliers, premiers secours et premiers soins, harcèlement.

Une coordination interdépartementale s'est renforcée avec les Conseils régionaux de prévention et de sécurité (CRPS) et la police, notamment pour la prévention routière et par la création de matériel destiné aux jeunes et à leurs proches sur divers thèmes: tabac, alcool, drogues, internet/réseaux sociaux, armes, infraction et violences, voie publique, sorties nocturnes des parents ([www.sois-prudent.ch](http://www.sois-prudent.ch)).

### Mesure 15

#### **Poursuivre la prévention tabac, alcool, drogues illégales et autres addictions**

Le SSP a œuvré à la convergence des mesures de prévention et de prise en charge des addictions, notamment en ce qui concerne l'alcool, les stupéfiants et les médicaments non prescrits. Conjointement avec le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), le SSP a élaboré des actions de santé publique et sociales centrées sur la lutte contre les méfaits dus à la consommation de substances psychotropes. Ces actions visent, d'une part, à structurer, clarifier la gouvernance et coordonner les acteurs du domaine et, d'autre part, à compléter et organiser l'offre sur le territoire cantonal. Ces actions se déclinent dans trois champs distincts: les prises en charge thérapeutiques et socio-éducatives; la réduction des risques; le repérage et l'intervention précoce. Au terme de la législature, les actions suivantes ont été mises en œuvre:

- fusion des dispositifs d'indication EVITA (alcool) et DCIST (stupéfiants) et création du dispositif d'indication et de suivi en addictologie (DCISA).
- extension des prestations addictologiques pour assurer une couverture cantonale avec l'ouverture de l'Unité de traitement des addictions (UTAD) à Yverdon-les-Bains et, dans l'Ouest vaudois, la création du pôle addictologique à l'hôpital de Prangins

et l'ouverture de l'antenne d'Entrée de secours à Nyon.

- réorganisation et pérennisation du programme DEPART pour les adolescents ayant développé des troubles ou à risque de développer des troubles en lien avec la consommation de substances, en application de l'article 3c de la loi fédérale sur les stupéfiants (repérage et détection précoce).
- développement de mesures de prévention et de réduction des risques en milieu festif (programme Nightlife Vaud géré et coordonné par la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme).
- mise en place d'une offre de suivi thérapeutique au Centre d'aide et de prévention (CAP) de la Fondation Le Levant pour les personnes désireuses de récupérer leur permis de conduire après retrait pour consommation problématique de stupéfiants.
- harmonisation des missions des centres d'accueil à bas seuil subventionnés par le SSP (Fondation ABS, Entrée de Secours, Zone bleue, Fondation AACTS).

Concernant les addictions sans substances, le Service de la santé publique a poursuivi son implication dans le programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu (PILDJ) et son soutien au Centre du jeu excessif du CHUV. En matière de prévention du tabagisme, le CIPRET-Vaud géré par les Ligues de la Santé, a poursuivi la mise en œuvre de mesures de prévention comportementale dans le but de faire évoluer les comportements de santé. De multiples projets ont été menés auprès de publics prioritaires (jeunes, fumeurs, professionnels relais, etc.). Parmi eux, « Loisirs sans tabac » a permis de renforcer les compétences des professionnels de l'animation socioculturelle. « Tabac miroir du monde », toujours en cours, vise à développer du matériel pédagogique compatible avec le plan d'études romand (PER) à destination des enseignants romands. Le projet « Aborder le tabagisme via d'autres problèmes de santé » a permis de former des professionnels de santé en lien avec des personnes en situation de vulnérabilité socio-médicale. Partenaire du Programme « Prévention des dépendances dans les écoles vaudoises », le CIPRET-Vaud a accompagné des équipes santé et est intervenu auprès d'élèves. Il assure le suivi thématique en matière de prévention du tabagisme et répond annuellement à près de 300 demandes (d'information, d'intervention telles que des formations, de matériel, etc.) provenant de différents publics (particuliers, autorités, institutions, entreprises, professionnels, médias, etc.).

## Mesure 16

### Evaluer les prestations fournies dans le domaine des dépendances

Le Service de la santé publique a conduit ou mandaté des évaluations dans trois champs d'intervention distincts : le repérage et l'intervention précoce, les dispositifs cantonaux d'indication et de suivi, les centres de traitements ambulatoires.

S'agissant du repérage et de l'intervention précoce, le SSP a pris en compte les résultats de l'évaluation externe du programme de prévention des dépendances en milieu scolaire, et mandaté l'évaluation du programme DEPART. A l'issue de ces évaluations, le SSP a précisé les missions et l'articulation des deux programmes et redéfini en profondeur la gouvernance du programme DEPART qui est désormais pérennisé. Les dispositifs d'indication alcool (EVITA) et drogues ont respectivement fait l'objet d'une évaluation externe

et d'un suivi plus resserré du point de vue des processus et des résultats. Ces démarches ont conduit le SSP à engager, en collaboration étroite avec le SPAS, la fusion des dispositifs d'indication. Celle-ci est effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 avec la création du DCISA. Ce dispositif permettra non seulement un meilleur suivi des trajectoires de soins, mais fournira également des données pour la planification de l'offre résidentielle.

Le SSP a en outre évalué les nouveaux centres de traitements spécialisés dans les secteurs Nord et Ouest du canton. Ces centres sont destinés améliorer la couverture des besoins de ces régions. Les travaux menés ont facilité l'élaboration et le pilotage des actions de santé publique et sociales pour lutter contre les méfaits de la consommation de stupéfiants, d'alcool et de médicaments non prescrits. Afin de renforcer la capacité de pilotage des mesures prises et de mieux adapter les prestations aux besoins, le SSP a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) la mise en œuvre d'un concept global de monitoring couvrant les domaines suivants : épidémiologie, prise en charge médico-sociale, réduction des risques, repérage et détection précoce, répression et régulation de l'offre.

## Mesure 17

### Adapter le dispositif de lutte contre les maladies nosocomiales aux exigences nouvelles

La loi fédérale sur les épidémies de 2012 prévoyait l'élaboration d'un programme national dans le domaine des infections liées aux soins, mis en œuvre sous la responsabilité des cantons. Vaud a dès lors structuré son programme d'Hygiène, Prévention et Contrôle de l'infection en un programme cantonal. L'Unité cantonale HPCI pilote les stratégies, les activités et leurs évaluations dans l'ensemble du système de soins aigus et chroniques, y compris soins à domiciles et EMS. Les quatre responsables régionaux pour les soins chroniques sont rattachés à l'unité cantonale, les médecins en charge de l'HPCI dans les soins aigus sont coordonnés également par l'unité cantonale, des répondants HPCI existent dans la majorité des institutions sanitaires. Un site Internet ([www.hpci.ch](http://www.hpci.ch)) rassemble l'entier des recommandations, procédures, références ainsi que les résultats de la surveillance. De nombreuses activités de formation, d'enseignement, de communications (congrès, rapports) sont également effectuées ; l'unité cantonale HPCI contribue également aux travaux nationaux.

Le programme répertorie en particulier les données et les interventions concernant les bactériémies en soins aigus, la prévalence des infections nosocomiales en soins aigus, les germes multirésistants en soins aigus, les infections du site opératoire, les infections dans les centres d'hémodialyse, l'impact de la grippe saisonnière en milieu hospitalier (y compris la couverture vaccinale), la consommation de solutions hydroalcoolique en CTR et en EMS comme indicateur de l'hygiène des mains, la consommation d'antibiotiques en EMS, la vaccination contre la grippe en EMS, les audits de cabinets dentaires et médicaux selon l'ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux.

# Ligne directrice 2: consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnels

## Mesure 18

### Mettre en place un observatoire des professions de la santé

Suite au postulat Catherine Labouchère (2011) « Pour la création d'un observatoire permanent de la profession médicale dans le canton », différentes démarches ont eu lieu simultanément :

- le projet RÉFORMER (Réorganisation de la formation médicale romande) mené sur mandat de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) par le SSP, visant l'orientation le plus précocement des carrières médicales par l'organisation de la formation médicale postgrade en filières (profils d'activité : pratique en cabinet, pratique hospitalière, académie, transition) et en réseaux de spécialités. La réalisation de ce projet est en cours dans le canton de Vaud, appuyé par des incitatifs financiers pour les filières cliniques et les réseaux de médecine interne générale.
- le projet d'annuaire des médecins vaudois, mené en collaboration avec la Société vaudoise de médecine (SVM) et qui a permis d'avoir une base de données administrative d'environ 85 % des praticiens vaudois. Cette base ne permet toutefois pas d'avoir un suivi dynamique : le projet MARS, mené par l'Office fédéral de la statistique, dont le but est la mise à disposition d'une statistique nationale annuelle sur la pratique des médecins en activité, permettra cette vision dans le temps au niveau cantonal.

## Mesure 19

### Mettre en œuvre des actions de lutte contre la pénurie du personnel soignant

Le Centre d'information des professions santé-social (CiPS), association financée par ses membres (associations faîtières des institutions de santé / sociales, centres de formation) a poursuivi le développement de ses activités d'information et de promotion des professions santé-social, ainsi que la gestion du dispositif de réinsertion des infirmiers. Avec ses actions de diffusion d'informations (production et actualisation de matériel promotionnel, site Internet, présentation en école, entretiens individuels, etc.), le CiPS participe chaque automne au salon des métiers de Beaulieu à Lausanne (environ 30'000 visiteurs). Le CiPS présente ainsi 34 métiers de la santé et du social. Le dispositif de réinsertion et de réorientation a permis depuis dix ans à 476 infirmiers d'être réinsérés dans les institutions de santé. A relever que le taux de chômage de la profession est actuellement marginal.

Au niveau de la formation de base en soins infirmiers (niveau

Bachelor/HES), la capacité des écoles a augmenté, l'offre de places de stages en institution de santé a dû suivre. Aujourd'hui, l'offre de stages semble arriver à un plafond, ce qui nécessite de la part des écoles de développer l'enseignement par simulation. En cinq ans, le nombre de diplômés a passé de 176 à 239 par année. Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) finance également depuis septembre 2015 une nouvelle filière de formation infirmiers en cours d'emploi. Ce sont environ 20 étudiants par année qui suivent cette filière.

Les professionnels de la santé et de l'accompagnement social sont également formés au niveau CFC (formation de trois ans). Le DSAS est en contact avec la Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP), pour évaluer le nombre de professionnels nécessaires et la capacité de l'école de soins et de santé communautaire. Actuellement, 250 assistants en soins et santé communautaire (ASSC) arrivent annuellement sur le marché du travail et cette capacité devrait passer à 350 diplômés par an. La formation d'ASSC est effectuée pour un tiers en voie purement école et pour deux tiers en voie duale avec un contrat d'apprentissage, principalement dans les EMS. Le DSAS soutient directement la formation duale en EMS avec un modèle incitatif permettant de financer l'encadrement et d'atteindre les cibles de formation. De fait, cette formation a connu une croissance de 70 % entre les années 2012 et 2017 où 233 personnes sont actuellement en formation en EMS. Un même effort a été fait pour les assistants socio-éducatifs (ASE) qui sont 227 en formation dans les EMS en 2017.

Une nouvelle formation (reconnue au plan fédéral par une attestation professionnelle) a vu le jour en 2012 : celle des Aides en soins et accompagnement (AFP ASA). Cette formation de deux ans, en entreprise, concerne actuellement 47 personnes.

Concernant la reprise de cabinets médicaux, un renforcement du partenariat entre le DSAS et la Société vaudoise de médecine s'est mis en place avec la création de la « Fondation Avenir et Santé » qui a pour but de favoriser l'installation des médecins et d'étudier de nouvelles formes d'organisation de la pratique médicale (cf. aussi mesures 38 et 39).

## Mesure 20

### Renforcer la formation du personnel soignant

Le Service de la santé publique s'est attaché à inscrire, dans les conventions de subventionnement, en particulier dans les contrats de prestations avec les hôpitaux, des objectifs à atteindre en ma-

tière de formation du personnel soignant (nombre et type de places de stage) ainsi que le financement lié à l'atteinte de ces objectifs. Afin de répondre au besoin d'une amélioration permanente des compétences, de permettre la progression professionnelle et de contribuer à l'attractivité des professions de santé et sociales, l'Etat apporte une contribution financière dans le cadre de la formation continue, notamment pour certains CAS (Certificate of Advanced Studies) et des DAS (Diploma of Advanced Studies). A titre d'exemple, dans le domaine de la personne âgée, de la psychiatrie de l'âge avancé et des soins palliatifs, ce sont environ 90 personnes par an qui bénéficient d'une formation de ce type.

Pour inciter les hôpitaux à former davantage de stagiaires et d'apprentis dans le domaine des soins, le SSP a mis en place un modèle de financement de l'encadrement en 2013. Ce mécanisme a permis une progression annuelle moyenne des jours de stage de 4 % pour le CHUV et de 9 % pour les hôpitaux de la FHV. Ainsi, en 2016, près de 100'000 jours de formation ont été réalisés dans le canton, dont 50'061 jours pour le CHUV et 40'200 pour les établissements de la FHV.

### Mesure 21

**Répartir les prestations hospitalières de soins aigus somatiques et psychiatriques entre hôpitaux et actualiser les mandats de prestations LAMal à l'horizon 2015 en cohérence notamment avec le plan stratégique 2014-2018 du CHUV**

Les travaux visant une meilleure répartition des missions entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux régionaux se sont poursuivis tout au long de la législature, mais n'ont pas encore abouti. Le SSP a préparé un premier projet de classement des missions médicales considérées comme « de base », « spécialisées » et « tertiaires » en s'appuyant sur le modèle de définition des prestations reconnu au niveau intercantonal par la CDS (soit le système des GPPH).

Les propositions du SSP ont été soumises aux critiques des collègues de médecins spécialistes, puis au CHUV. Le tout doit encore être affiné, puis finalisé avant d'être mis en œuvre. Les hôpitaux régionaux recevront une mission générale regroupant les prestations de base, et les prestations tertiaires seront réservées au CHUV qui devra les réaliser lui-même ou en collaboration avec d'autres établissements. Un certain nombre de prestations spécialisées seront réparties entre les différents sites hospitaliers du canton en visant une certaine concentration.

### Mesure 22

**Suivre la construction de l'hôpital Riviera-Chablais (HRC)**

Durant la législature écoulée, le projet d'hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais a connu des avancées significatives. Un concours de projets a été lancé et le projet lauréat (« Soins et grand paysage » de l'équipe pluridisciplinaire Geninascas Delefortrie SA / GROUPE 6 SA, Neuchâtel) a été désigné le 5 avril 2011. Sur la base du projet, un appel d'offres pour la réalisation en entreprise générale a été effectué et les travaux adjugés. En janvier 2012, les cantons de Vaud et du Valais ont décidé conjointement d'accorder le fi-

nancement pour la construction du futur hôpital Riviera-Chablais.

Alors que les travaux devaient commencer, une procédure juridique a bloqué le projet. Suite à la décision du Tribunal fédéral de septembre 2015, les travaux ont débuté en février 2016.

Parallèlement à la construction du site de soins aigus de Rennaz, qui devrait être en fonction courant 2019, les réflexions ont été menées entre les deux services de santé publique (VD-VS) et l'HRC afin de définir les futures missions des sites de Monthey et du Samaritain à Vevey. Les infrastructures existantes sur les deux sites ont été analysées et des projets de restructuration sont à l'étude.

### Mesure 23

**Suivre la réorganisation des établissements hospitaliers Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)**

Début 2016, les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv) ont transmis au chef du Département de la santé et de l'action sociale leur projet d'établissement. Ce dernier complète le plan stratégique des eHnv pour la période 2015-2020 et décrit les objectifs généraux de la réorganisation des eHnv à l'horizon 2020. De manière générale, chaque discipline médicale sera transverse à l'ensemble des sites et la répartition des activités sera basée sur les notions d'activité stationnaire et d'activité ambulatoire.

Un agrandissement de l'hôpital d'Yverdon permettra de regrouper les prestations stationnaires somatiques aiguës. Les prestations stationnaires de réadaptation et de soins palliatifs seront effectuées sur le site d'Orbe, dans un nouveau bâtiment à construire. Les prestations ambulatoires se feront sur les sites d'Yverdon, de St-Loup, d'Orbe et de La Vallée. Concernant les prestations sur le site de la Vallée de Joux, il s'agira essentiellement d'activités ambulatoires qui devraient être intégrées dans une organisation de réseau de soins intégrés (projet en cours de développement).

### Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)

L'Hôpital intercantonal de la Broye regroupe des activités de soins aigus sur le site de Payerne et de réadaptation sur celui d'Estavayer-le-Lac. Depuis sa création en 1998, sous la forme juridique d'une société simple, il permet le libre passage pour les patients des deux cantons de Vaud et de Fribourg. D'un commun accord, les exécutifs des deux cantons ont décidé de créer un établissement intercantonal de droit public chargé de gérer l'institution. Une commission interparlementaire a travaillé à l'examen d'un projet de convention intercantonale sur l'Hôpital de la Broye Vaud-Fribourg durant l'hiver 2012-2013 et les Grands Conseils ont adopté des décrets autorisant les Conseils d'Etat à adhérer à la convention en novembre 2013. Suite à cette décision, le Conseil d'Etablissement a été constitué et l'HIB VD-FR a pu reprendre les actifs et passifs de la société simple.

### Hôpital de Château d'Oex

Dans le cadre d'un bassin géographique au territoire bien défini, l'Hôpital de Château d'Oex va constituer une entreprise intégrée régionale de soins, avec le regroupement des activités hospitalières, ambulatoires médicales, d'hébergement (EMS Praz Soleil) et de soins à domicile (CMS de Château d'Oex – ASANTE SANA).



Des travaux pour la mise en œuvre d'une fondation de droit privé ont été menés à bien d'entente entre les partenaires.

## Mesure 24

### Actualiser la planification de l'offre en lits de réadaptation

Au niveau fédéral, un projet de nouvelle tarification uniforme de la réadaptation stationnaire (ST-Reha) est mené par SwissDRG SA et les partenaires tarifaires. Une entrée en vigueur est prévue pour 2019. Des incertitudes de fond demeurent quant à la définition des champs de prestations en réadaptation (réadaptation gériatrique, réadaptation spécialisée) et donc quant à l'étendue des prestations qui doivent être couvertes par le nouveau financement. Jusqu'à présent, il n'est donc pas possible de procéder à une planification de l'offre de lits en réadaptation dans le canton.

## Mesure 25

### Actualiser le statut des médecins cadres dans les établissements hospitaliers

Les conditions d'engagement des médecins cadres varient fortement d'une institution à l'autre dans le secteur des hôpitaux reconnus d'intérêt public. Les différences touchent l'organisation médicale des services et les principes de rémunération des médecins chefs. Cette situation ne permet pas d'assurer une présence médicale senior dans tous les cas. Elle génère des situations inégalitaires qui créent une concurrence artificielle entre les hôpitaux reconnus d'intérêt public et empêchent la circulation des médecins entre eux. En début de législature, le Département de la santé et de l'action sociale a interpellé les hôpitaux de la FHV en leur demandant de mettre en place un système harmonisé d'organisation médicale et de rémunération. La FHV n'ayant pas donné suite à cette demande, le DSAS a préparé un règlement que le Conseil d'Etat a adopté fin 2016. Plusieurs partenaires ont attaqué ce règlement en déposant une requête auprès de la Cour constitutionnelle du Tribunal cantonal qui a annulé ledit règlement par manque de base légale suffisante. Le Conseil d'Etat entend interpellier le Grand Conseil pour lui donner la base légale manquante et proposer des modifications de la loi sur la santé publique et de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES). Dans l'intervalle, le DSAS interviendra auprès des hôpitaux dans le cadre légal actuel.

## Mesure 26

### Renforcer la Centrale téléphonique des médecins de garde dans ses missions

Entre 2012 et 2016, le nombre d'appels traités par la Centrale téléphonique des médecins de garde est passé d'environ 250'000 à 290'000, soit une croissance de quelque 16 %. Cette augmentation est principalement due à la reprise des appels du canton de Neuchâtel dès le début de l'année 2015 (en même temps que les activités du 144 neuchâtelois).

La CTMG a des pics d'activité à certains moments de la journée, vraisemblablement en lien avec la fermeture des cabinets de ville (fin de journée et pause de midi). Le temps moyen d'attente au té-

léphone s'est aussi légèrement accru, passant de 54 secondes en mai 2016 à 1 minute et 15 secondes en mai 2017.

De plus, afin de permettre à la Centrale téléphonique de faire face à l'élargissement de ses missions d'orientation, des médecins répondants ont été engagés, notamment en pédiatrie et médecine adultes.

## Mesure 27

### Mettre en place un dispositif coordonné de prise en charge des urgences

Développé depuis de nombreuses années, le dispositif cantonal d'urgences préhospitaliers (DISCUP) garantit une prise en charge de qualité dans tout le canton. A la demande du Service de la santé publique, un bilan a été réalisé en début de législature afin de tenir compte des enjeux à venir (augmentation de l'activité, besoins en personnel qualifié, évolution des pratiques) et d'émettre des propositions sur l'organisation future des urgences préhospitalières du canton. Dans ce contexte, et afin de régionaliser les ressources, les services d'ambulances du Nord vaudois et de la Broye ont fusionné en une seule entité. Les services de l'Est vaudois et du Pays-d'Enhaut préparent également une fusion, permettant aux intervenants de chacune de ces deux régions de conserver une masse critique suffisante d'interventions pour maintenir un niveau de compétence de haut niveau.

De manière plus générale, le SSP poursuit les réflexions afin d'adapter le DISCUP aux enjeux futurs, notamment sur l'organisation des services d'ambulance et sur la médicalisation des urgences préhospitalières, et ce en collaboration avec les partenaires concernés.

## Mesure 28

### Poursuivre le programme d'investissement et de modernisation des EMS

Entre 2012 et 2015, 382 lits d'EMS ont été construits issus du programme PIMEMS 2005-2012. Début 2013, le Conseil d'Etat a adopté un programme intentionnel pour la législature 2012-2017, qui prévoyait notamment la planification de quelque 1'160 lits de longs séjours de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé (dont 500 supplémentaires), une modernisation des EMS de psychiatrie adultes et le développement de structures d'accompagnement médico-sociales (lits de courts séjours et places de Centre d'accueil temporaires). Sur ce programme, à fin 2017, 51 lits ont été mis en fonction et 479 autres sont en cours de construction, en phase d'études ou de concours.

Pour la mise en conformité des EMS du canton aux normes de sécurité incendie, un décret a été adopté par le Grand Conseil le 17 décembre 2008 pour un montant total de 30 millions de francs. Grâce à ces moyens financiers, 61 bâtiments ont été mis en conformité entre 2009 et fin 2016. De plus, un décret accordant un crédit cadre de 15 millions, pour financer les travaux de mise en conformité selon les normes de l'Association des Etablissements d'assurance incendie (AEAI) du reste des EMS du canton a été adopté le 19 mars 2013, permettant la sécurisation incendie de

27 autres bâtiments. Par ailleurs, six bâtiments ont été démobilisés. Avec ces travaux, la campagne de mise en conformité aux normes de l'AEAI des EMS existants est terminée, excepté quelques bâtiments nouvellement intégrés dans la filière psychiatrique adultes.

## Mesure 29

### Adapter les capacités des services à domicile et des structures d'accompagnement médico-social

Entrée en vigueur en 2010, la loi sur l'AVASAD a déployé ses effets durant la législature, les sept associations ou fondations qui la constituent exploitant les 52 centres médico-sociaux du canton. L'activité d'aide et de soins à domicile s'est passablement accrue entre 2013 et 2017: les CMS ont vu leur clientèle passer de 15'278 patients / mois à 16'968 en 2017. Si la clientèle reste essentiellement des personnes de plus de 65 ans (âge moyen: 74.2 ans / 50% des patients ont plus de 80 ans / 27% ont 87 ans et plus) les prises en charge semblent devenir davantage consommatrices d'heures de soins et d'aides.

Pour adapter sa capacité de réponse, l'AVASAD a mis en place différents projets parmi lesquels le développement d'un dossier patient informatisé (intégrant l'outil d'évaluation des besoins du patient RAI Home Care Suisse), un plan de santé mentale, ou encore des dispositifs visant le renforcement des collaborations entre CMS et hôpitaux. En matière de soins palliatifs, chaque CMS dispose maintenant d'un professionnel de référence et a développé des collaborations avec les équipes mobiles régionales. Un outil d'évaluation de la charge pour les proches aidants a été développé: il est en voie de généralisation.

La mise en œuvre, dès 2012, du nouveau régime de financement de soins (art. 25 LAMal) a opéré un changement dans le paysage de l'aide et des soins à domicile: le canton a donné une autorisation d'exploiter à 43 organisations de soins à domicile (OSAD) privées. Une dizaine d'entre elles interviennent sur le territoire d'une région ou sur l'ensemble du canton (mandat de type 1). Elles sont autorisées à facturer à charge de la LAMal et reçoivent un financement résiduel de la part du canton. Il en va de même de la centaine d'infirmières indépendantes. Des pointages récents établissent à environ 20% la part de marché de l'aide et des soins à domicile détenue par des intervenants privés.

Les structures d'accompagnement médico-social (SAMS) permettent d'appuyer le maintien à domicile, en assurant un accueil dans les 67 centres d'accueil à la journée du canton, ou dans les onze EMS qui gèrent 154 lits d'hébergement en court séjour. En 2016, ce sont 2'577 personnes qui ont fréquenté les CAT pour l'équivalent de 113'562 journées complètes; près de 65% de ces personnes ont 80 ans et plus. De plus, quatre CAT sont destinés spécifiquement à des situations de prise en charge psychiatrique.

Le canton a établi des conventions avec 41 sites d'appartements protégés (pour 1'202 logements); à noter que des appartements dits «adaptés» ou «protégés» sont aussi disponibles dans le marché libre du logement, sans que cette offre locative fasse l'objet d'une reconnaissance officielle.

## Mesure 30

### Mieux reconnaître les proches aidants et les soutenir dans leur rôle

Le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), avec l'appui de la Commission consultative pour le soutien aux proches aidants, a conduit les travaux inscrits au programme cantonal, dans les domaines touchant notamment à l'évaluation des situations des proches, l'information et la sensibilisation du grand public, la formation pour les proches et les intervenants, le soutien psychologique pour celles et ceux qui accompagnent une personne atteinte de troubles de mémoire et les aides financières. Les objectifs poursuivis étaient de mieux reconnaître le rôle des proches aidants, informer sur les soutiens nécessaires pour prévenir les risques d'épuisement, d'isolement et d'éloignement contraint d'une activité professionnelle.

Différentes prestations ont ainsi été renforcées; parmi celles-ci:

- l'ouverture de «l'Espace Proches» en 2015: un centre d'information et de soutien pour les proches aidants, qui offre une permanence téléphonique (appels gratuits), des entretiens, des rencontres et des informations sur les services de soutien.
- le développement, après une phase de test dont les conclusions se sont avérées positives, d'une prestation de soutien pour les proches aidants des bénéficiaires de CMS. Depuis 2016, 18 des 53 CMS ont introduit cette prestation et il est prévu que l'entier du canton soit couvert d'ici 2019 de façon échelonnée. A fin 2016, près de 300 proches ont accepté une évaluation de leur situation visant à renforcer leur capacité à poursuivre leurs activités de soutien à domicile.
- la Consultation psychologique pour proches aidants (CPA), assurée par des psychologues a été mise en place dans les quatre régions assurant chaque année près de 1'000 entretiens avec des proches et des familles.
- la reconduction des campagnes annuelles de sensibilisation visant à reconnaître la contribution essentielle des proches aidants dans la politique de maintien à domicile, à faire connaître leurs expériences et attentes de soutien, ainsi qu'à présenter les aides et les services utiles. Le canton de Genève en 2014, puis, dès 2015, ceux de Fribourg, Neuchâtel, Valais et Jura ont rejoint le canton de Vaud pour conduire une campagne de communication intercantonale et des actions locales dans le cadre de la journée des proches aidants du 30 octobre.

Dans le canton de Vaud, le recours des proches aidants aux prestations augmente. On note ainsi une croissance du nombre d'heures de relève réalisées à domicile par les services professionnels (Alzheimer Vaud, Pro Infirmis Vaud et Pro-XY) d'environ 20% en trois ans (2013-2016), passant de 77'000 à 93'000 heures.

## Mesure 31

### Mettre en œuvre une filière de psychiatrie adultes

La filière psychiatrique s'est centrée sur l'accompagnement en hébergement psychiatrique comme première phase de son développement. Dès décembre 2015, une clarification des quatre missions définies dans le premier rapport de la filière (mission de base, de maintien des acquis et réhabilitation, de réduction des risques et d'engagement dans le suivi, d'insertion professionnelle), a per-

mis aux partenaires du projet d'identifier leur position et de s'y projeter. En parallèle, des groupes de travail réunissant les partenaires et les faïtières ont défini les prestations et le profil des équipes psycho-éducatives propres à chaque mission. Le mode de financement et le coût de la première phase ont dès lors pu être établis avec davantage de précision. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'ensemble des établissements d'hébergement psychiatrique sont devenus des EMS psychiatriques avec pour ceux qui ne l'étaient pas, une inscription sur la liste LAMal. Dès le 1<sup>er</sup> juin 2017, la Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique (CCICp) a débuté son activité d'information et d'orientation des demandes cantonales d'hébergement psychiatrique. Grâce aux statistiques qu'elle produit, elle transmettra à l'Etat des données précises lui permettant de développer le plan de santé mentale, aujourd'hui conduit sans un étayage systématique de données. A noter qu'une période de cinq ans a été jugée nécessaire pour assurer l'atteinte des cibles définies par les groupes de travail et leurs coûts et répondre aux exigences en termes de bases légales. Un exposé des motifs et projets de lois (EMPL) validé en juin 2017 par la commission thématique de santé publique fournit l'ensemble des informations ainsi que la base légale permettant l'implémentation et le développement de cette première phase. Cet objet est traité dans le courant de l'automne 2017 par le Grand Conseil.

### Mesure 32

#### Renforcer la coordination des acteurs de la politique de santé mentale

### Mesure 33

#### Evaluer les programmes en matière de santé mentale

La quasi-totalité des mesures prévues dans la politique de santé mentale ont été mises en place. Un effort particulier a été mis sur les prises en charge ambulatoires avec la création de diverses équipes mobiles et le développement de l'offre de psychiatrie de liaison :

- lutte contre les conduites suicidaires : information et formation des professionnels.
- prise en charge des situations de violence, par exemple dans le domaine de l'enfance (CANTEAM) et de la famille (consultation des Boréales).
- prise en charge pédopsychiatrique : travaux d'organisation des dispositifs pédopsychiatriques en lien avec les pédopsychiatres installés.
- renforcement de la prise en charge psychiatrique pour différentes populations : troubles alimentaires (filiale anorexie-boulimie), handicap (service de psychiatrie en déficience mentale) et migration (consultations spécialisées au CHUV et à Nant) notamment.
- création du centre cantonal de l'autisme.
- réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Le financement de ces prestations est pérennisé et intégré dans le budget ordinaire des partenaires. La coordination entre les acteurs professionnels s'est améliorée autour de ces thématiques. Une coordination formelle intégrant également les partenaires du monde associatif doit encore être développée. A défaut d'une

évaluation formalisée de l'ensemble de ces prestations, un suivi d'indicateurs permet de refléter leur développement.

### Mesure 34

#### Evaluer et renforcer le programme de soins palliatifs

Durant la législature, le programme cantonal de soins palliatifs s'est pérennisé et stabilisé. La formation des professionnels a été renforcée avec la création d'un CAS et d'un DAS en soins palliatifs. Les unités hospitalières de soins palliatifs, ainsi que les équipes mobiles, ont été reconnues par le label qualité suisse de soins palliatifs.

Au niveau du contrôle des établissements, des indicateurs de soins palliatifs ont été intégrés aux contrats de prestations des hôpitaux ; la grille d'évaluation de la CIVESS pour le suivi des établissements médico-sociaux inclut également des critères du même type.

Mandat a été donné à l'association « palliative vaud » pour l'information au public, les formations de sensibilisation et la réponse aux besoins d'informations des populations à besoins spécifiques (p. ex. personnes en situation de handicap).

Le suivi des indicateurs mis en place permet de déterminer qu'environ 1.6% de la population, soit environ 12'000 personnes sont en situation palliative annuellement dans le canton de Vaud. Selon la stratégie nationale de soins palliatifs, 80% de ces patients doivent être pris en charge par les équipes de premiers recours (domicile, EMS, hôpital). 20% devraient bénéficier d'une prise en charge spécialisée de soins palliatifs. Pour les équipes mobiles du canton, le taux de recours global est de 18% (nombre de patients / nombre de décès). Pour les situations oncologiques, le taux de recours monte même à 40%. Pour les trois régions périphériques, les taux de recours sont très proches. Il est un peu plus faible dans la région centre. 9% des décès dans le canton (soit environ 500) ont lieu dans une unité de soins palliatifs ; celles-ci accueillent toujours une majorité de situations oncologiques.



# Ligne directrice 3 : renforcer la première ligne de prise en charge des patients

## Mesure 35

### **Soutenir des initiatives visant à proposer une offre régionale intégrée de soins de premier recours**

Voir le bilan de la mesure 55.

## Mesure 36

### **Mettre en œuvre et évaluer un projet pilote de prise en charge des urgences non vitales**

Voir le bilan de la mesure 55.

## Mesure 37

### **Concevoir avec les partenaires concernés un modèle d'assurance maladie alternatif**

A l'initiative du chef du Département de la santé et de l'action sociale, un travail a été initié au début 2013 avec les partenaires sanitaires et les assureurs maladie, afin de définir un modèle alternatif d'assurance maladie permettant de couvrir de manière adéquate et économique une majorité de la population vaudoise. Certains des principes de base de ce projet, dont notamment la volonté de s'adresser aux assurés pouvant en bénéficier le plus, soit les consommateurs de soins, se sont avérés incompatibles avec les principes régissant les modèles d'assurance maladie alternatifs dans le cadre de la LAMal. Si la piste du modèle alternatif a été abandonnée, les objectifs de base ayant notamment trait à promouvoir une meilleure coordination des soins, à renforcer le rôle du médecin de premier recours et du pharmacien et d'offrir des incitations financières au patient pour l'encourager à adhérer à une prise en charge intégrée ont pu être développés, aboutissant à l'acceptation par le Grand Conseil de l'EMPD sur « le développement d'outils et de processus favorisant la coordination et la continuité des soins ». Ce texte est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

## Mesure 38

### **Organiser la formation des médecins assistants pour les orienter vers la médecine de premier recours**

La distribution des médecins dans le canton de Vaud reflète la plus grande attractivité des soins aigus et spécialisés dans les zones urbaine et périurbaine. Elle a pour corollaire une pénurie de médecins de premier recours, en particulier dans plusieurs régions périphériques du canton. Au cours de la précédente législature, des dispositions ont été prises pour former davantage de médecins et améliorer leur répartition dans les différentes

régions du canton. Cet effort doit se poursuivre et les mesures mises en place être renforcées.

Dans le système actuel, les médecins diplômés peuvent organiser leur formation postgrade à la carte, tout en multipliant les lieux de formation, souvent dans plusieurs cantons. Cela a pour conséquence d'engendrer des durées de formation très variables (en moyenne de six à neuf ans). Face à la problématique de la relève en médecins de premier recours, le cursus romand de médecine de famille (CRMF) créé en 2007 a pour mission de promouvoir et encadrer la formation postgrade en médecine de famille en Suisse romande. A ce jour, plus de 500 assistants ont bénéficié d'un entretien ou d'un encadrement par le CRMF de sorte à les aider à planifier leurs projets de carrière (installation de cabinets, médecine de famille en campagne ou en ville). Une analyse démontre qu'environ 80 % des premières volées de médecins ayant bénéficié d'une supervision et de conseils du CRMF se sont installés comme médecins de famille. Il est à relever que le financement actuel des activités du cursus repose sur des budgets non pérennes ayant pour conséquence de menacer la viabilité du CRMF à long terme.

Dans la perspective de maîtriser la durée de la formation postgrade dans d'autres disciplines médicales, des réseaux de formation structurée se sont mis en place au sein d'hôpitaux formateurs en Suisse romande. Ce concept novateur rencontre du succès auprès des médecins assistants, car il permet d'optimiser leur temps de formation afin d'acquérir un titre de spécialiste dans la discipline choisie. Le réseau « Res-For-Ped » mis en place pour former des futurs pédiatres est un exemple prometteur. Le projet RÉFORMER (cf. mesure 18) contribue également à l'orientation des médecins assistants vers la médecine de premier recours.

## Mesure 39

### **Augmenter le nombre de places d'assistantat au cabinet du médecin de premier recours**

Projet pilote entre 2005 et 2007, le programme cantonal d'assistantat au cabinet a été déployé en 2008 afin de lutter contre la diminution du nombre de médecins de premier recours. Il encourage les médecins assistants à se former pendant six mois dans un cabinet de médecine générale ou de pédiatrie afin de les inciter à s'installer par la suite comme médecins de famille.

L'assistantat au cabinet a gagné en attractivité et s'est étoffé au cours de cette législature. Le nombre de places de stage a en effet progressivement augmenté pour atteindre en 2017, 26 places de formation au cabinet.

Le financement d'une place d'assistantat au cabinet est soutenu par l'Etat et le médecin formateur (respectivement à hauteur de 80 % et 20 %).

Depuis le démarrage de ce programme, 52 médecins généralistes et 16 pédiatres se sont installés sur le territoire vaudois. Ces résultats sont encourageants et contribuent à la relève cantonale en médecins de famille. Ces mesures doivent continuer à être soutenues.

## Mesure 40

### **Soutenir le développement des cursus de formation postgrade des médecins de famille**

Depuis 2010, trois cursus régionaux de formation postgrade pour les médecins de famille se sont progressivement développés dans le canton : ForOmNV dans le Nord vaudois, FormOL dans l'Ouest lémanique et ForomEV dans l'Est vaudois. D'une durée maximale de trois ans, ces cursus intégrés au sein d'hôpitaux régionaux (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique et l'hôpital Riviera-Chablais) offrent une formation clinique ciblée en médecine de premier recours, complétée par un assistantat de six mois dans un cabinet d'un médecin de famille dans la région de l'hôpital concerné. Ce stage, conjugué aux contacts établis avec les médecins hospitaliers a l'avantage d'ancrer les médecins assistants dans la région où ils ont été formés et de les inciter à y installer leur cabinet une fois leur formation terminée.

Pour l'heure, 25 médecins issus de ces formations y ont installé leur cabinet de médecine de famille, notamment dans des zones périphériques du canton (Nord vaudois, Pied du Jura, Gros de Vaud). Ces cursus évoluent favorablement et contribuent à la relève des médecins de famille. Ils doivent continuer à être soutenus politiquement.

# Ligne directrice 4 : mettre en œuvre la politique cantonale «Vieillissement et Santé»

## Mesure 41

### Déployer un programme de prévention pour le maintien de l'autonomie des personnes vieillissantes

Cinq actions ont été développées entre 2012 et 2015 :

- conception et mise en œuvre d'un projet pilote intitulé « Pas de retraite pour ma santé » : mise en œuvre par les Ligues de la Santé, cette phase pilote s'est mise en place dans quatre communes partenaires au projet. Elle a intégré une centaine de personnes âgées sédentaires dans des activités physiques adaptées. Une évaluation a mis en évidence l'impact positif sur les capacités physiques (équilibre, endurance) des personnes. La principale difficulté du projet consiste à toucher et capter les personnes âgées sédentaires.
- lancement d'une campagne d'information et de sensibilisation « Les somnifères, pas forcément nécessaires ! » développée en partenariat avec la Société vaudoise de pharmacie. Cette campagne a été lancée en juin 2013 auprès de l'ensemble des médecins et pharmaciens du canton. Un sondage réalisé auprès de ces professionnels a montré l'utilité et la clarté du message transmis. Son impact direct sur la consommation effective de somnifères ou psychotropes est impossible à mesurer dans le cadre d'une intervention unique.
- mise en place d'un carnet de santé pour les seniors : ce projet a été confié à la Polyclinique médicale universitaire (PMU) et a abouti.
- programme de vaccination contre les pneumocoques : les recommandations de l'OFSP publiées en 2014 stipulent qu'une vaccination systématique des personnes âgées n'est pas nécessaire. Il a été renoncé à cette action spécifique.
- outils InterRAI : les options de déploiement des outils InterRAI dans les différents milieux de soins ont été prises pour le canton. Un symposium sur le RAI a initié cette démarche en réunissant à Lausanne près de 500 participants (« Une partition commune pour la continuité des soins ») et le programme InterRAI se déploie depuis la fin 2016 dans le canton.
- renforcement des cercles de qualité médecins-pharmaciens travaillant sur la polymédication. Cette thématique, qui a un impact clinique majeur et touche de multiples acteurs de la santé a été réintégrée dans le programme de développement du dossier électronique du patient, avec un projet autour de la réconciliation médicamenteuse. Dans les EMS, le déploiement des cercles qualité a été rendu obligatoire en septembre 2016 pour l'ensemble des EMS. Les cercles qualité touchent fin 2017 98% des lits d'EMS (cf. [figure 6](#)).

## Mesure 42

### Soutenir la mise en place de systèmes de case management des situations de soins complexes

Le déploiement de deux expériences pilotes dans le nord et l'est du canton a été réalisé ; celles-ci ont été reliées aux travaux de l'IUMSP consacrés à la définition opérationnelle d'un cas complexe. La validation des critères de la complexité est liée à l'information standardisée obtenue par les évaluations de situation et nécessite de ce fait l'utilisation d'un langage homogène dans tous les milieux de soins et tout au long du parcours de la personne dans le système de soins (cf. également mesure 53).

## Mesure 43

### Elaborer un cadre de référence pour une approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Sur la base d'une expérience menée au CHUV, l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) a ouvert en mars 2014 une unité de 14 lits de soins aigus pour les seniors (SAS). Cette unité résulte de la transformation d'une partie du service de médecine. Une telle organisation a permis d'appliquer un financement par DRG gériatrique qui semble être un bon incitatif pour amorcer ces changements de pratique au sein de l'hôpital (organisation de l'unité, pratique de l'évaluation gériatrique, composition et formation des équipes). Au sein des services d'urgence hospitaliers, la mise en place de gériatres permet d'identifier précocement les patients à risque.

Dès 2012, en complément aux équipes gériatriques hospitalières, des centres de gériatrie ambulatoires ont vu le jour dans les quatre régions du canton. Venant en appui des médecins traitants dans la prise en charge de personnes âgées avec des besoins complexes, ces centres ont comme objectifs de favoriser le dépistage des syndromes gériatriques et mettre en place des mesures de prévention du déclin fonctionnel. Ils contribuent également à la formation des futurs médecins praticiens et fonctionnent en lien avec les consultations mémoire (Alzheimer) ; ces dernières consultations ont suivi en 2016 plus de 1'800 patients (dont 1'000 nouveaux cas) sur le canton.

#### Mesure 44

##### Inciter les centres de formation à renforcer l'enseignement des soins aux personnes âgées

L'offre de formation envers les professionnels est importante et hétérogène: une récolte de données réalisée durant le deuxième semestre 2014 n'a pas permis de recenser la totalité de celle-ci. Une étude de l'Ecole d'études sociales et pédagogiques s'est attachée à préciser les priorités, pour les professionnels, des besoins de formation. Par ailleurs, un programme de formation a été organisé entre les services de gériatrie, de psychogériatrie et de la mémoire du CHUV, en lien avec l'Association des médecins de familles du canton, sous forme d'une douzaine de colloques suivis chacun par plus d'une centaine de médecins installés.

#### Mesure 45

##### Soutenir l'organisation périodique de symposiums consacrés à cette thématique

Un premier symposium sur le thème «Vieillir chez soi, vieillir ailleurs» a été organisé en automne 2014, suivi en 2015 d'un sym-

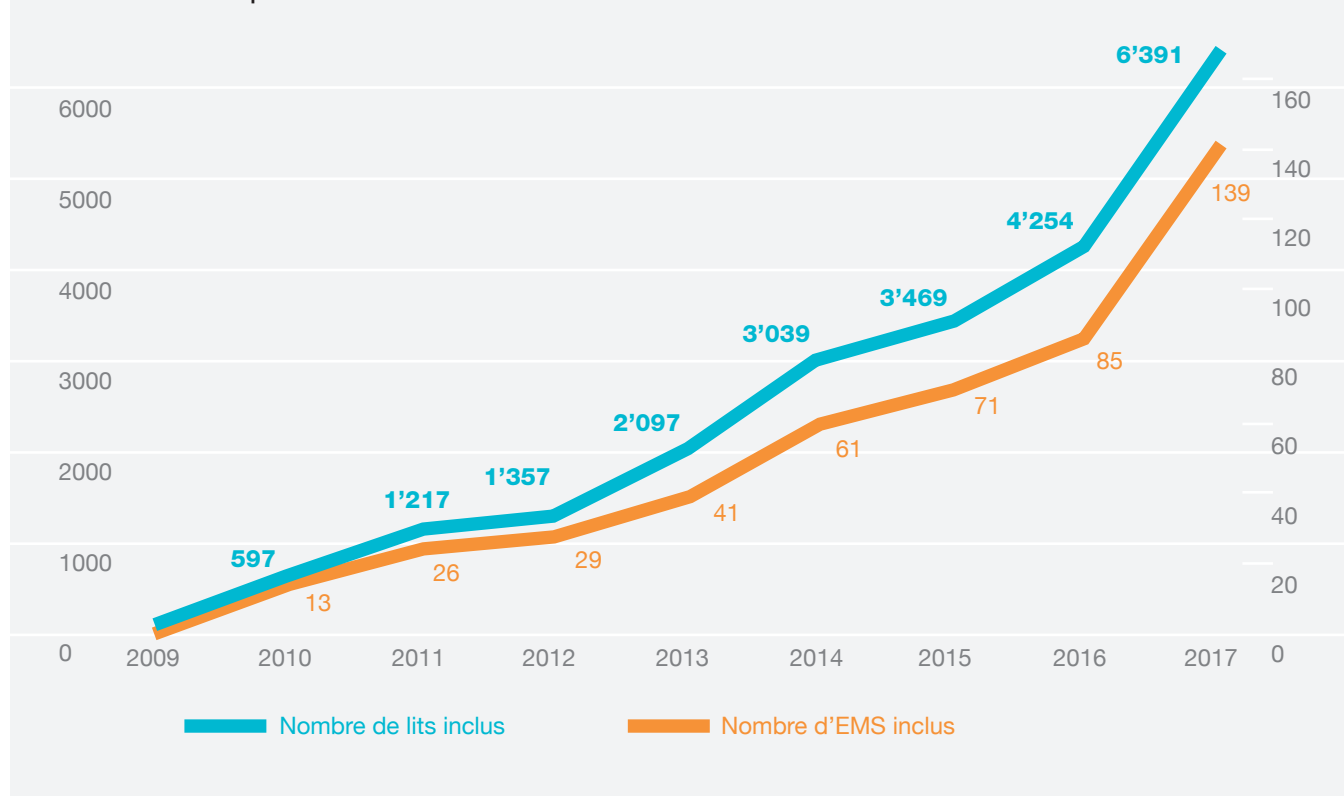
posium consacré à l'usage des outils de la famille InterRAI («Une partition commune pour la continuité des soins»).

#### Mesure 46

##### Soutenir les formations continues sur la question de la santé des populations vieillissantes

En assurant une partie de leur salaire manquant du fait du temps passé en formation, le Département de la santé et de l'action sociale soutient les professionnels s'engageant dans des formations spécifiquement en lien avec la thématique des personnes âgées au niveau d'un CAS (psychogériatrie, psychiatrie de la personne âgée, soins palliatifs) ou d'un DAS (santé des populations vieillissantes). Ce sont en moyenne dix personnes qui réalisent une telle formation par année. Par ailleurs 25 participants au Bachelor en Soins infirmiers en cours d'emploi, provenant essentiellement d'EMS, sont également soutenus.

FIGURE 6: cercles qualité dans les EMS vaudois



# Ligne directrice 5: renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire

## Mesure 47

### Déployer un dispositif et des processus harmonisés permettant d'exercer une surveillance sur l'ensemble des institutions relevant de la responsabilité du Département de la santé et de l'action sociale

La Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux a été rattachée au secrétariat général (SG) du Département de la santé et de l'action sociale. Elle a vu son champ d'intervention se modifier au cours de la dernière législature: la surveillance des établissements socio-éducatifs a été placée sous sa responsabilité, son champ d'inspection s'est élargi aux Centres d'accueil temporaire, aux centres de traitement et de réadaptation hospitaliers et aux hôpitaux psychiatriques. Une extension progressive au domaine des soins à domicile est en cours.

Dans le domaine hospitalier, les démarches d'autocontrôle et de participation des hôpitaux aux mesures nationales de qualité menées par l'Association nationale pour le développement de la qualité (ANQ) se poursuivent. Certains audits spécifiques ont également été ordonnés par le DSAS (cf. blocs opératoires, prescription médicamenteuse en psychiatrie).

Dans le domaine ambulatoire, la tenue des contrôles de police sanitaire et les inspections Hygiène, prévention et contrôle des infections, ainsi que les interventions du Médecin cantonal dans certaines situations, voire du Conseil de santé ont débouché de cas en cas sur des sanctions prononcées par le chef du DSAS.

S'agissant de la gestion des plaintes, on a observé une forte augmentation du nombre de dépôts de plaintes depuis la création de l'entité gestion des plaintes (147 plaintes enregistrées en 2012 contre 280 plaintes traitées en 2016): un tel dispositif est nécessaire et utile, avec l'attribution d'un pouvoir de décision accru à la Commission d'examen des plaintes, avec possibilité de recours auprès du DSAS.

Concernant la surveillance financière, les audits sur site ont été poursuivis pour les hôpitaux et les cliniques privées et un reporting pour les quatre réseaux de soins a été développé.

## Mesure 48

### Poursuivre le développement du contrôle de l'affectation des ressources publiques

## Contrats de prestations avec les partenaires sanitaires

Les contrats de prestations intègrent les différentes dimensions qui vont contribuer à la maîtrise et au contrôle de l'affectation des ressources (économicité), au suivi de la production (efficacité) et à l'évaluation (efficience) des prestataires subventionnés. Dans l'organisation du Service de la santé publique, le suivi des contrats de prestations est effectué conjointement par un spécialiste financier et un responsable « métier ». Les indicateurs étant jusqu'alors essentiellement orientés sur les aspects financiers et la production, un travail de fond a été mis en œuvre pour d'une part centraliser les prestations déléguées à ces institutions dans un seul contrat, et d'autre part développer les indicateurs, en particulier dans la perspective d'améliorer le suivi de l'efficience (qualité / coûts).

## Décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds (DREMTL)

En 2014, le canton de Vaud présentait une densité en CT-scan parmi les plus élevées des cantons, soit le 5<sup>e</sup> rang avec une densité de 42.2 appareils par million d'habitants alors que la moyenne nationale s'élevait à 32.3. S'agissant des IRM et parmi les cantons latins, il se situait en 2<sup>e</sup> position derrière Genève avec une densité de 42.9 appareils.

Suite à un arrêt du Tribunal fédéral qui a légitimé la « clause du besoin sur les équipements lourds » en vigueur dans le canton de Neuchâtel, le Conseil d'Etat a mis en consultation un projet de loi s'inspirant de la législation neuchâteloise, ce qui a notamment eu pour conséquence de fortement accélérer les nouvelles installations d'équipements visés. Neuf CT-scan et treize IRM ont été mis en fonction en 2014 et 2015, alors que les années précédentes les nouvelles installations se situaient entre trois et six respectivement pour les deux types d'appareils. A la fin 2015, la densité des CT-scan était de 54.0 par million d'habitants et celle des IRM de 61.7 par million d'habitants.

En septembre 2015, le Grand Conseil a finalement adopté un décret, entré en vigueur le 15 décembre de la même année, sur la régulation des nouveaux équipements lourds.

La situation en août 2017 fait état de 21 demandes traitées par le DSAS. Sur ces 21 demandes, six ont fait l'objet d'une décision positive (dont trois sans conditions et trois sous conditions) et onze d'un refus, les autres étant encore en cours d'instruction. Dans tous les cas, le préavis de la Commission cantonale d'évaluation a été suivi. Cinq décisions négatives et une décision positive sous condition ont fait l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

A ce jour, aucun des appareils bénéficiant d'une décision positive n'a été mis en fonction. Relevons également que, parmi les équipements en fonction avant l'entrée en vigueur du décret, donc non soumis à régulation, 26 ont été remplacés après annonce au DSAS.

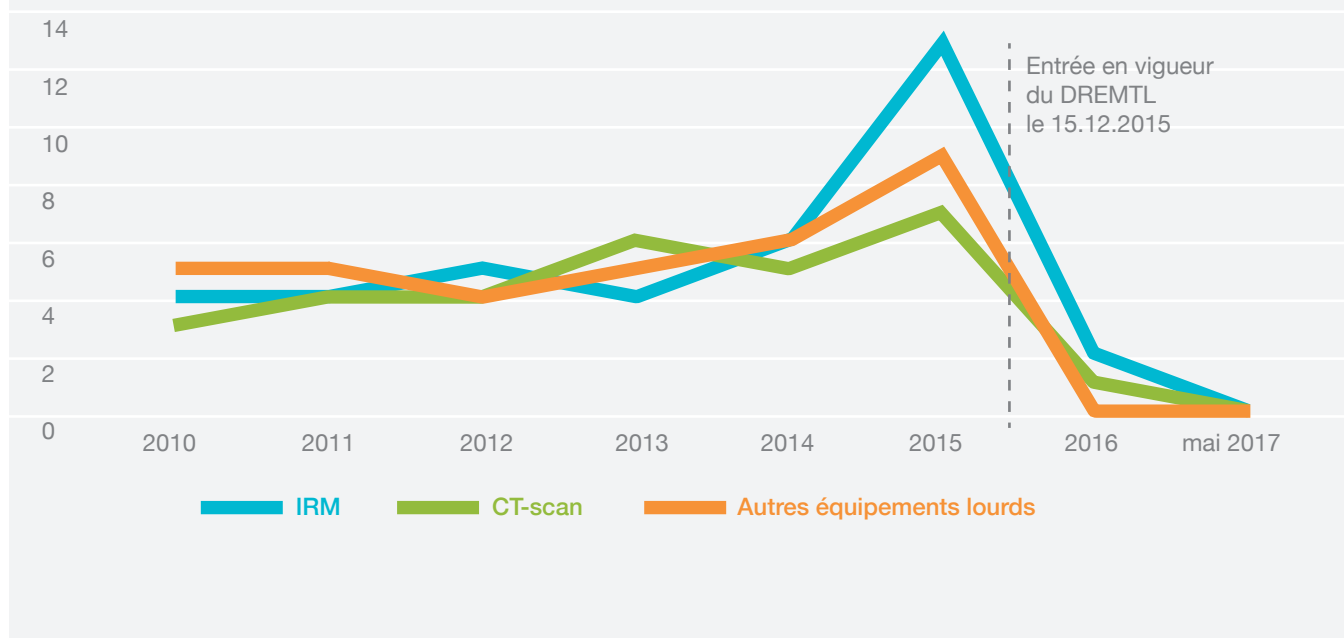
En conclusion, on constate (cf. **figure 7** ci-dessous) que l'application du décret a permis de freiner la prolifération des équipements lourds dans le canton de Vaud sans que cela impacte négativement l'accès aux prestations pour la population vaudoise.

### Protection tarifaire

En 2015, l'Office fédéral de la santé publique a interpellé les can-

tons au sujet d'une pratique contraire à la LAMal qui concerne la facturation des honoraires médicaux en cas d'hospitalisation de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire. Il s'agit en l'occurrence d'une suspicion de violation du principe de protection tarifaire inscrit dans la loi fédérale qui interdit aux fournisseurs de prestations, en l'occurrence les hôpitaux et les médecins, de demander une rémunération supplémentaire pour des prestations déjà facturées à l'assurance obligatoire des soins. Un avis de droit sollicité par le DSAS a confirmé la compétence et la responsabilité du canton dans ce domaine. Fort de cet avis, le Département de la santé et de l'action sociale a demandé aux hôpitaux, cliniques et médecins de se mettre en conformité avec la loi.

**FIGURE 7 :** nombre d'équipements médico-techniques lourds selon l'année de leur mise en fonction



### Mesure 49

#### Contrôler la mise en œuvre par les partenaires tarifaires des dispositions fédérales en matière de contrôle de l'économicité des prestations

Dans l'ensemble, les partenaires tarifaires sont la plupart du temps parvenus à s'entendre, de sorte que le Conseil d'Etat n'a pas eu à intervenir pour fixer lui-même les tarifs, mais seulement pour les approuver, selon les règles LAMal. Le canton de Vaud ne se trouve donc pas comme d'autres cantons avec de nombreux recours à traiter et l'insécurité juridique et financière qui en découlent. Ainsi, dans le domaine hospitalier, le Conseil d'Etat n'a dû qu'une seule fois fixer un tarif dans le domaine des prestations somatiques aiguës, en l'occurrence pour le CHUV, mais uniquement de manière

provisoire. Ce tarif provisoire a rapidement été remplacé par un accord entre les partenaires tarifaires. En matière de réadaptation, le Conseil d'Etat a également été appelé à fixer un tarif, qui a fait l'objet d'un recours, non encore tranché à ce jour.

Dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles règles LAMal sur le financement hospitalier, la structure tarifaire SwissDRG élaborée au niveau suisse a été appliquée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Cette structure a, depuis lors, progressivement été adaptée et améliorée. Les négociations tarifaires vaudoises se sont donc fondées dès 2012 sur cette nouvelle structure, qui a remplacé les APDRG précédemment appliqués dans le canton.

Au niveau des tarifs hospitaliers et en lien avec le benchmarking

effectué avec les autres hôpitaux suisses, on observe une légère diminution des tarifs du côté de la FHV et plutôt une stabilité du côté du CHUV. Il faut toutefois relever que, pour le CHUV comme pour les autres hôpitaux universitaires suisses, les tarifs actuels ne couvrent pas les coûts et qu'il en va de même pour beaucoup d'hôpitaux de la FHV. La différence est assumée par l'Etat de Vaud, au titre des subventions pour les prestations d'intérêt général.

En termes d'efficience, un effort d'optimisation a été apporté pour améliorer la situation financière du CHUV, en particulier en limitant l'augmentation du personnel (et donc des charges liées) par rapport à l'augmentation d'activité.

Globalement, l'évolution des coûts hospitaliers est assez bien maîtrisée dans le canton de Vaud en comparaison nationale et il en va de même pour l'ensemble du secteur planifié (stationnaire hospitalier et EMS). En revanche, l'évolution des coûts ambulatoires (cabinets médicaux et ambulatoire hospitalier) est plus forte dans le canton de Vaud qu'en Suisse et les valeurs du point Tarmed de ces deux secteurs sont dans notre canton parmi les plus élevées de Suisse. Cela se répercute sur les primes des Vaudois. Aussi, parallèlement aux mesures en cours au niveau fédéral, une attention particulière est portée sur le domaine ambulatoire dans le canton de Vaud, afin d'amener les partenaires tarifaires à mettre en place des solutions innovantes, comme introduire des mécanismes de contrôle du volume des prestations fournies ou des tarifs différenciés selon les spécialités médicales.

## Mesure 50

### Valoriser les prestations d'intérêt général fournies par les institutions sanitaires

Dans la plupart des hôpitaux, voire des autres structures de soins, le financement prévu par la LAMal ne suffit pas à rémunérer l'ensemble des prestations dispensées aux patients et il ne couvre pas plusieurs volets d'intervention nécessaires à l'accomplissement de la politique sanitaire, tels que, par exemple, la coordination des soins, le conseil de spécialistes aux intervenants de première ligne ou la mise à disposition de personnel 24/7. Plusieurs démarches ont été entreprises durant la législature concernant une meilleure identification des prestations d'intérêt général et leur valorisation. Elles ont toutes pour but d'améliorer la transparence du financement versé aux institutions sanitaires.

Un effort particulier a été porté sur l'identification des prestations d'intérêt général du CHUV, dont le financement résulte le plus souvent des aléas des changements de système de financement et de décisions prises des années auparavant et dont la pertinence dans un contexte ayant évolué mérite d'être questionnée. Une liste des prestations explicitée aujourd'hui a été reconstruite et valorisée et le montant des prestations résultant d'une sous-couverture des coûts par les tarifs, mis en évidence. Des travaux sont en cours, visant à mieux comprendre les raisons de la sous-couverture des coûts par les tarifs et à expliciter le besoin d'intervention de l'Etat.

Par ailleurs, un projet de valorisation des prestations d'intérêt général pour les services d'urgences des hôpitaux régionaux a

été entrepris. Ce projet a été présenté aux différents cantons romands et, le cas échéant, servira de modèle au financement des services d'urgences dans la plupart des cantons romands. Dans notre canton, un projet pilote de mise en œuvre devrait aboutir pour l'exercice 2018.

Enfin, un vaste projet visant à mettre sur pied un financement à la prestation pour les secteurs ambulatoires a été entrepris. Jusqu'ici, la contribution de l'Etat était le plus souvent forfaitaire, avec des difficultés à évaluer l'adéquation du financement avec les prestations dispensées et à l'adapter plus finement à l'activité réellement déployée. C'est également le cas s'agissant de la formation des places de stages, financées à la journée et de la formation postgrade des médecins dont le niveau de financement dépendra à terme du titre de spécialiste visé.

Tous ces projets s'inscrivent également dans la volonté exprimée au niveau national de mieux identifier les prestations pour lesquelles un financement complémentaire de l'Etat est nécessaire.

## Mesure 51

### Développer le pilotage et l'évaluation des programmes de santé publique et de prévention

Le SSP a engagé une réflexion sur l'articulation des différents instruments de contrôle et de surveillance nécessaires au pilotage, à savoir le système de contrôle interne (mise en place démarrée en 2016), le suivi des performances lié aux contrats et mandats de prestations (cf. également mesure 48), le monitoring et l'évaluation des programmes.

En matière d'évaluation, le Service de la santé publique s'est fixé comme objectif de renforcer l'évaluation à des fins de pilotage stratégique et d'améliorer la qualité et la fiabilité des évaluations. Le SSP entend réserver les mandats externes d'évaluation aux projets de portée stratégique et/ou liés à une clause d'évaluation spécifique, comme c'est notamment le cas des projets prévus dans le Décret sur développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins. Parallèlement, le SSP a redéfini les modalités de collaboration avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive qui, depuis longtemps, assure pour le SSP des missions de monitoring et d'évaluation.

## Mesure 52

### Adapter le système d'information à l'évolution des besoins et à l'organisation du système de santé

La collaboration avec les partenaires traitant également de l'information sanitaire a été renforcée, notamment dans la phase d'initialisation du projet de création d'une « Plateforme d'information du système sanitaire vaudois ». Des travaux de prospective et de planification ont été réalisés en collaboration avec Statistique Vaud, permettant de mieux caractériser les enjeux démographiques à venir, en particulier le vieillissement de la population. Sur la base d'analyses exploratoires des données disponibles, des travaux de récolte de données ont été réalisés, permettant à terme l'appariement de sources d'information, par exemple entre



l'activité hospitalière et les soins à domicile, afin de suivre les flux des patients entre prestataires de soins.

En matière de qualité et de sécurité des soins dans le système de santé vaudois, un inventaire des sources d'information a été réalisé, permettant de définir une approche basée sur trois piliers: monitoring, processus qualité, contrôle et inspections.

Les supports de communication ont évolué: la publication en format papier des «Données de référence du système sanitaire vaudois» a été stoppée au profit du développement du site web dédié, notamment avec l'ajout d'indicateurs synthétiques par domaine: démographie, santé de la population, prestataires de service et personnel de santé (offre), prestations et recours aux services (activité), coûts et financement du système de santé. Une publication annuelle sous forme de dépliant «Santé et soins – Chiffres clés», en collaboration avec Statistique Vaud a été créée.

### Mesure 53

#### Créer un observatoire vaudois de la santé

Dès 2015, à travers la création d'un réseau de partenaires, des travaux de conception d'un observatoire du système sanitaire vaudois intitulé «Plateforme d'information du système sanitaire vaudois» ont été initiés. Les travaux ont débuté par la définition de l'information de base à produire: indicateurs, graphes, tableaux détaillés. Cinq domaines ont été identifiés: démographie, santé de la population, prestataires de service et personnel de santé (offre), prestations et recours aux services (activité), coûts et financement du système de santé. Un accent particulier est mis sur les personnes âgées et leur recours aux services de soins. En 2016, d'importants développements informatiques ont été entrepris pour industrialiser, à partir de 30 sources de données brutes, la production de l'information sanitaire de base. Dès 2017, le projet de développement d'une plateforme web pour présenter l'information sanitaire de manière moderne et conviviale a été initialisé, en remplacement de l'ancien site des «Données de référence du système sanitaire vaudois». La mise en production est prévue dans le courant 2018.

### Mesure 54

#### Renforcer les actions de communication en matière de santé publique

Différentes actions ponctuelles ont été poursuivies avec la distribution de flyers dans tout le canton (p. ex. garde médicale et rôle de la CTMG, la canicule, les plans de vaccination, les tiques, etc.). Deux émissions de TV tout public ont été réalisées sur les thématiques de la coordination des soins et des directives anticipées. Le SSP a participé aux deux premières éditions du salon Planète Santé (2014: la coordination des soins / 2016: «J'ai le premier rôle» favorisant l'implication du patient dans sa trajectoire de soins). Dans ce cadre, une pièce de théâtre sur le thème des directives anticipées a été réalisée et mise en scène. Enfin, le dépliant «Chiffres-clés» est publié annuellement depuis 2015, présentant un panorama statistique du système de santé vaudois.

### Mesure 35

#### Soutenir des initiatives visant à proposer une offre régionale intégrée de soins de premier recours

### Mesure 36

#### Mettre en œuvre et évaluer un projet pilote de prise en charge des urgences non vitales

### Mesure 55

#### Envisager une délégation de compétences pour une couverture régionale des besoins de la population

Le projet «Organisation sanitaire régionale intégrée et coordonnée» (OSRIC) mené par le Réseau Santé Nord-Broye a été soutenu par le Service de la Santé publique. Ce projet avait pour objectifs d'expérimenter la mise en œuvre d'une organisation régionale intégrée et coordonnée comme évolution possible du réseau de soins, de déterminer des mesures favorisant une prise en charge globale des usagers, de fixer leurs modalités de développement et de les réaliser. Il s'agissait aussi de définir et mettre en œuvre des actions favorisant les synergies, les coopérations et le partage des compétences dans les domaines de la gestion, des services financiers, logistiques et des ressources humaines. Les principaux résultats du projet OSRIC sont les suivants:

- encouragement des réflexions communes et de la connaissance mutuelle entre les acteurs, partage des plans stratégiques institutionnels, renforcement de la responsabilité collective des directions régionales.
- expérimentation du concept de «Guichet intégré» au Balcon du Jura avec des tests, à l'aide de processus et d'outils communs, de dépistage des situations, suivis ou incluant une information et orientation vers la ressource adaptée.
- intégration de l'équipe mobile de l'ASPMAD (soins à domicile) au sein des urgences de l'hôpital, développement de l'offre en lits de transition, renforcement de l'équipe médico-infirmière des urgences. Travaux en vue de la création d'une maison de santé à l'entrée des urgences de l'hôpital.
- renforcement des collaborations entre le programme de formation des médecins (ForOm) et l'Association de médecins extrahospitaliers du Nord vaudois.
- mise en œuvre d'un plan de traitement partagé s'appuyant sur la plateforme cyber santé vaudoise pour un collectif de patients polymédiqués.

Dans le Nord et l'Est du canton, des travaux en vue de la création d'une maison de santé à l'entrée des urgences de l'hôpital sont en cours.

Enfin, des travaux ont été initiés par le Service de la santé publique en 2015 en vue de renforcer les soins dans la communauté. Un avant-projet d'EMPL sur les «Régions de Santé» a été mis en consultation en fin de législature: il proposait une refonte de la gouvernance des réseaux de soins et de l'aide et des soins à domicile, des mécanismes de financement incitant les acteurs régionaux à assumer une responsabilité populationnelle en matière de santé, ceci dans la perspective d'améliorer certains processus de soins dans la communauté (gestion des urgences, fin de vie à domicile, anticipation du déclin fonctionnel) et d'éviter



des hospitalisations. A l'issue de la consultation, le Conseil d'Etat a décidé de suspendre les travaux législatifs et de concentrer son approche sur le développement des processus cliniques, en particulier la réponse à l'urgence.

### **Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans les lieux de vie pour les personnes atteintes de décompensation psychique**

Les recherches menées dans le domaine de la gériatrie mettent en évidence les effets délétères de certaines hospitalisations chez les personnes âgées dépendantes: le changement de lieu de vie, la perte des repères, un environnement inadapté, l'alitement entraînent rapidement un déclin fonctionnel difficilement récupérable selon l'âge et l'état de santé de la personne avant son hospitalisation.

Le projet SUPAA vise à prévenir des hospitalisations inappropriées par une détection précoce des décompensations psychiques en renforçant les soins dans le lieu de vie de la personne (EMS et domicile). Il touche les institutions faisant partie du réseau de soins de la région lausannoise (RSRL).

Les mesures prises pour les personnes concernées en EMS et à domicile sont les suivantes:

- renforcer les consultations faites par l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA).
- attribuer la responsabilité de prescription psychiatrique aux médecins de l'EMPAA.
- diminuer le nombre de lits de l'hôpital de psychiatrie de l'âge avancé – HPAA (80 lits en 2013, 69 lits en 2014, 60 lits fin 2015, 50 lits fin 2016) et transférer les ressources sur la prise en charge ambulatoire.
- attribuer un financement additionnel de Frs 3'600.- pour chaque situation nécessitant des soins renforcés en EMS.
- prendre en charge (budget SSP) les prestations de présences et de veilles, non couvertes par la LAMal.

Les impacts observés sont:

- pour l'hôpital: une diminution de la durée moyenne de séjour (de 40.7 à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2016 à 35.5 jours à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2017); sur cette même période, la médiane de la durée de séjour passe de 30 à 27 jours, le taux d'occupation passe de 92.4 à 95.8%.
- pour les EMS, le nombre de résidents hospitalisés est de 97 en 2015, de 81 en 2016 et de 39 pour le 1<sup>er</sup> semestre 2017; sur un an, 38 financements additionnels ont été attribués.
- pour les CMS, augmentation de 28 % des consultations à domicile et de 132 % des appels des CMS à l'EMPAA.
- 66 % des médecins traitants ont répondu à une enquête de satisfaction: 59 % pensent que le maintien à domicile a pu être réalisé grâce au renforcement de la prise en soins et 89 % apprécient ce partage de responsabilités avec leurs collègues spécialistes en psychiatrie de l'âge avancé.
- 42 % des patients/familles ont répondu à une enquête de satisfaction: 68 % pensent que le maintien à domicile a pu être réalisé grâce au renforcement de la prise en soins et 70 % accepteraient cette même prise en soins si cela s'avérait nécessaire.

### **IMPRESSUM**

**Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022**

Service de la santé publique  
du canton du Vaud  
Avenue des Casernes 2  
1014 Lausanne  
Tél. +41 21 316 42 00  
info.santepublique@vd.ch  
www.vd.ch/ssp

Graphisme:  
Oxyde, [www.oxyde.ch](http://www.oxyde.ch), Lausanne

