

**Cour des comptes
du Canton de Vaud**

Audit de performance du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile

Coordination et pilotage
de l'Association vaudoise
d'aide et de soins à
domicile



**Rapport n°36
du 6 avril 2016**

Cour des comptes du Canton de Vaud
Rue Langallerie 11 - 1014 Lausanne
Téléphone : 021 316 58 00 - Fax : 021 316 58 01
Courriel : info.cour-des-comptes@vd.ch

La Cour rappelle que le présent rapport est destiné à analyser une situation et à informer le public. Il ne saurait interférer ou se substituer à des enquêtes administratives ou pénales.

La Cour formule les réserves d'usage pour le cas où des documents, des éléments ou des faits ne lui auraient pas été communiqués, ou l'auraient été de manière incomplète ou inappropriée, éléments qui auraient pu avoir pour conséquence des constatations et/ou des recommandations inadéquates.

A des fins de concision, il n'a pas été systématiquement procédé à la féminisation de la terminologie. Cependant, de manière générale, la désignation de personne, de statut, de fonction ou de profession utilisée dans le présent document peut s'appliquer indifféremment aux femmes et aux hommes.

RÉSUMÉ

Les services d'aide et de soins à domicile ont pour vocation première d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé, durablement ou momentanément, par la maladie, un accident, un handicap, à rester dans leur lieu de vie en leur permettant de maintenir ou de retrouver la plus large autonomie possible.

Répondre aux besoins actuels et à venir en prestations d'aide et de soins à domicile de la population vaudoise est un enjeu majeur pour le Canton et les communes vaudoises. En 2014, 1.7 millions d'heures de prestations ont été fournies aux résidents vaudois par les membres de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD). En raison principalement de l'évolution démographique - plus des trois-quarts des clients sont âgés de 65 ans et plus - les besoins en prestations sont en constante augmentation. L'AVASAD est financée, pour la part non couverte par le revenu des prestations, conjointement par l'Etat et les communes. Les subventions publiques octroyées à l'AVASAD atteignent, en 2014, près de CHF 200 millions.

Chargée de la mise en œuvre de la politique cantonale d'aide et de soins à domicile, l'AVASAD accomplit sa mission générale par l'intermédiaire de sept associations ou fondations régionales (A/F), dans lesquelles les communes sont majoritairement représentées. Les A/F gèrent, dans leurs périmètres régionaux respectifs, les centres médico-sociaux (CMS) qui fournissent les prestations aux résidents vaudois.

L'AVASAD a été créée par la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), remplaçant la loi du 5 décembre 1967 créant un Organisme médico-social vaudois (LOMSV), afin notamment d'améliorer la gouvernance et le pilotage du dispositif d'aide et de soins à domicile. La solution structurelle retenue par le Grand Conseil conserve les A/F déjà existantes, de même que leurs propres organes démocratiques respectifs. Sous la surveillance du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), l'AVASAD est alors, en particulier, chargée de garantir un accès équitable aux prestations d'aide et de soins à domicile sur l'ensemble du territoire vaudois, ainsi qu'une affectation optimale des ressources au sein du dispositif d'aide et de soins à domicile, dans le respect des priorités définies par les autorités.

Sur la base d'une étude préliminaire, l'objectif de l'audit défini par la Cour est de déterminer si l'AVASAD a mis en place une organisation, dispose d'un fonctionnement et exerce un pilotage lui permettant de s'assurer d'une mise en œuvre performante de la politique d'aide et de soins à domicile.

Tenant compte de la structure du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide de soins à domicile telle que voulue par la LAVASAD, la Cour constate que l'AVASAD a implémenté une organisation intégrant, dans un ordonnancement cohérent, les rôles et compétences de l'ensemble des organes décisionnels du dispositif. Sans se prononcer sur leur application, la Cour constate également que l'AVASAD a développé et dispose de principes de fonctionnement renforçant l'assurance d'un accès équitable aux prestations d'aide et de soins à domicile sur l'ensemble du territoire vaudois, ainsi que l'harmonisation et le contrôle de la gestion opérationnelle des ressources au sein du dispositif. Un ensemble de projets visant l'usage systématique d'un outil commun d'évaluation des besoins des clients par les CMS, l'introduction d'une solution informatique intégrée de gestion de la prise en charge des clients et d'outils

mobiles pour le personnel de terrain (tablettes et smartphones), ainsi que l'harmonisation des processus de traitement de la demande dans tout le Canton devraient encore renforcer l'harmonisation des conditions de prise en charge des clients dans les différentes régions. Ce programme (ci-après IRIS) n'était pas encore déployé dans toutes les A/F lors de la période sous revue.

Le développement et l'intégration des orientations stratégiques de l'AVASAD au sein du dispositif sont soutenus par des structures de coordination *ad hoc*. Depuis 2012, la stratégie générale est déclinée dans un plan stratégique quinquennal. Les objectifs majeurs identifiés issus de ses axes (qualité des services, fonctionnement de l'AVASAD, politiques RH ou ressources financières, par exemple) portent sur différentes dimensions de la performance de l'AVASAD. Toutefois, lors de la réalisation de cet audit, la plupart des mesures correspondantes sont en cours d'implémentation et ne déploient pas encore leurs effets avec la même maturité dans les différentes régions. En conséquence, il a été convenu avec l'audité que l'examen du pilotage de l'AVASAD se concentrerait sur les objectifs de performance associés au taux de support global. Conformément à la disponibilité des données d'activité, la période sous revue couvre 2012 à 2014.

Le taux de support global représente, pour une A/F, le ratio entre les heures de support réalisées par son personnel de terrain (activités préparatoires pour fournir les prestations, déplacements, etc.), ainsi que les heures réalisées par son personnel administratif et back-office, et les heures de prestations d'aide et de soins à domicile délivrées. Les budgets des A/F étant construits sur les prévisions de volume des prestations, les heures effectives consacrées par une A/F aux activités de support permettent de déterminer les ressources en personnel correspondantes.

En 2012, les taux de support respectifs des A/F étaient compris entre 114.1% et 131.8%. Afin de répondre à une demande d'économie du DSAS, l'AVASAD a donné mandat à chaque A/F d'atteindre un taux de support global identique de 111.3% d'ici au 31 décembre 2015. Il est prévu que chaque A/F établisse sa stratégie propre à atteindre le taux de support global cible.

Fin 2014, le taux de support global des A/F dans leur ensemble a diminué de 4.5 pts¹, essentiellement grâce à une réduction des heures de support du personnel de terrain. Les taux de support respectifs des A/F ainsi que leurs évolutions depuis 2012 montrent des différences marquées. Cette réduction du taux de support global est due, pour partie, selon des stratégies qui leur sont propres et de manière disparate, aux mesures prises par certaines A/F dans leur structure et organisation. Mais cette amélioration s'explique également par différentes actions communes pilotées par l'AVASAD : la mise en œuvre du programme IRIS, ainsi que des mesures visant l'optimisation de la facturation des heures effectuées par le personnel de terrain.

En ce qui concerne l'exercice du pilotage, la Cour a constaté que le suivi des résultats des A/F et l'analyse de différents indicateurs associés au taux de support sont réalisés avec une grande rigueur par les organes centraux de l'AVASAD : les écarts sont systématiquement identifiés et les potentiels d'amélioration de chaque A/F détectés. Toutefois, face aux écarts identifiés, la mise en œuvre d'actions correctrices reste de la compétence de chaque A/F. Comme il n'est pas prévu de convention systématique entre l'AVASAD et chaque A/F sur les mesures d'amélioration à prendre dans leur organisation ou structure, le pilotage exercé par les organes centraux de

¹ 1 point de support au niveau des A/F dans leur ensemble représente l'équivalent de 9-10 etp environ.

l'AVASAD est alors essentiellement réactif. Dès lors, le pilotage exercé ne permet pas à l'AVASAD de s'assurer du plein développement des potentiels d'amélioration au sein du dispositif.

Les indicateurs utilisés par l'AVASAD permettent d'ailleurs, lors de la période sous revue, d'identifier des potentiels d'amélioration supplémentaires, tant en ce qui concerne les processus de fourniture des prestations, qu'au niveau des structures et de l'organisation des différentes A/F.

Afin d'améliorer l'efficacité dans la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile, dans le respect de standards déterminés et communs au niveau du Canton, la Cour recommande alors à l'AVASAD (recommandation n°2) :

- de poursuivre le développement et l'implémentation d'outils communs dans la fourniture des prestations,
- de consolider et renforcer les démarches d'harmonisation des pratiques et processus,
- de veiller à la bonne exécution de ces démarches dans les différentes régions.

Afin d'intensifier le pilotage de l'efficacité des A/F, la Cour recommande également à l'AVASAD (recommandation n°3) :

- d'évaluer les effets sur le taux de support des mesures prises par les différentes régions dans leur organisation et structure,
- de déterminer si ces mesures sont applicables et selon quelles modalités aux autres A/F,
- de convenir des actions les plus appropriées pour chaque A/F et suivre leur mise en œuvre dans les régions concernées.

En outre, le pilotage n'intègre pas les coûts générés par les différentes prestations, ni par l'ensemble du dispositif. Afin d'obtenir une meilleure maîtrise des coûts du dispositif, de ses impacts sur les subventions, mais également afin de renforcer la transparence et l'acceptabilité par les A/F des arbitrages effectués dans l'attribution des ressources, la Cour recommande à l'AVASAD de compléter l'analyse des résultats atteints en matière de taux de support par l'analyse des coûts réels du dispositif, ainsi que des coûts engendrés par les différents types de prestations (recommandation n°4).

Finalement, de manière plus générale, des potentiels d'amélioration de l'efficacité de la coordination du dispositif demeurent dans son fonctionnement, en particulier en ce qui concerne les besoins distinctifs des A/F en matière de soutien technique, métier ou managérial. A l'exemple du mandat triennal portant sur le taux de support global, dans ce dispositif comprenant sept A/F juridiquement autonomes, le mode de fonctionnement se calque sur une stricte séparation des principes et orientations liés à la mise en œuvre commune de la politique d'aide et de soins à domicile d'une part, et d'autre part l'autonomie d'organisation et managériale des A/F. Pour autant, des disparités existent dans la conduite et la gestion des sept A/F. Elles sont dues à leurs caractéristiques structurelles (taille, en particulier), à leur environnement sanitaire régional, mais également à des ressources managériales inégales. Par conséquent, les besoins des différentes régions en matière de soutien et d'implication des organes centraux de l'AVASAD sont également différents.

Afin de renforcer la coordination au sein du dispositif d'aide et de soins à domicile, la Cour recommande à l'AVASAD (recommandation n°1) :

- de poursuivre les travaux sur la dotation des fonctions de support (managériales, administratives, experts prestations et qualité, etc.) au sein des différentes régions et des services centraux de l'AVASAD dans une approche globale et fonctionnelle du dispositif qui tienne compte des besoins et capacités différentes des A/F,
- de déterminer les ressources adéquates pour chaque A/F, en ayant pris en considération les synergies possibles avec les services transversaux de l'AVASAD et le soutien ponctuel ou permanent pouvant être apporté par ceux-ci.

Dans ses remarques, effectuées conformément à la LCComptes, l'AVASAD a pris acte des recommandations émises par la Cour et reconnaît leur bien-fondé.

REMERCIEMENTS

Au terme de ses travaux, la Cour des comptes tient à remercier toutes les personnes qui lui ont permis de réaliser cet audit. Elle souligne la disponibilité de ses interlocuteurs, de même que la diligence et le suivi mis à la préparation et à la transmission des documents et des données requis.

Ces remerciements s'adressent en particulier au Président et aux membres du Conseil d'administration, au Directeur général, au Directeur général adjoint, aux directeurs des services transversaux de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, ainsi qu'à leurs collaboratrices et collaborateurs, en particulier le service *Tarifcation, Administration et Finances*. La Cour remercie également le Service de la santé publique et le Service des assurances sociales et de l'hébergement du Canton de Vaud, l'Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile, l'Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'Ouest lausannois, l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de la Couronne lausannoise, l'Association pour l'aide, les soins à domicile et la prévention de l'Est vaudois, l'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile du Nord vaudois, la Fondation de la Côte pour l'aide et les soins à domicile et la prévention, ainsi que la Fondation Soins Lausanne qui ont reçu l'équipe d'audit pour leur disponibilité et la qualité des échanges.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Liste des tableaux | 3 |
| Liste des figures | 3 |
| Liste des principales abréviations utilisées..... | 4 |
| Glossaire | 5 |
| 1. L'aide et les soins à domicile..... | 6 |
| 2. Mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile..... | 8 |
| 2.1. Les acteurs de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile | 10 |
| 2.1.1 Autorités de tutelle..... | 10 |
| 2.1.2 Association vaudoise d'aide et de soins à domicile | 11 |
| 2.2. Activités d'aide et de soins à domicile et financement de l'AVASAD..... | 15 |
| 2.2.1 Prestations et bénéficiaires | 15 |
| 2.2.2 Financement de l'AVASAD..... | 17 |
| 2.3 Coordination du dispositif public d'aide et de soins à domicile..... | 20 |
| 2.3.1 Convention pluriannuelle 2013-2017 DSAS-AVASAD..... | 20 |
| 2.3.2 Plan stratégique AVASAD 2012-2017 | 22 |
| 3 Objectif et approche d'audit..... | 26 |
| 3.1 L'objectif de l'audit..... | 26 |
| 3.2 L'étendue..... | 29 |
| 3.3 L'approche..... | 29 |
| 4 Résultats de l'audit | 32 |
| 4.1 Axe I : Coordination et fonctionnement du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile | 32 |
| 4.1.1 Ordonnancement des compétences décisionnelles au sein du dispositif | 32 |
| 4.1.2 Allocation des ressources au sein du dispositif..... | 39 |
| 4.1.3 Développement et mise en œuvre de la stratégie de l'AVASAD..... | 41 |
| 4.2 Axe II : Pilotage du taux de support global de l'AVASAD..... | 45 |
| 4.2.1 Exercice du pilotage..... | 45 |
| 4.2.2 Taux de support global : résultats intermédiaires..... | 58 |
| 5 Réponses aux questions d'audit, constatations et recommandations | 62 |
| 6 Remarques de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile | 70 |

Annexes 73

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Inventaire 2014 des A/F et CMS sur le territoire vaudois | 14 |
| Tableau 2 : Clients, personnel et prestations 2014 des A/F..... | 16 |
| Tableau 3 : Evolution 2012-2014 des prestations, revenus et subventions | 18 |
| Tableau 4 : Ordonnancement des compétences dans la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile | 34 |
| Tableau 5 : Ordonnancement des compétences dans la gestion des ressources de l'AVASAD et des A/F..... | 38 |
| Tableau 6 : Objectifs principaux 2014-2015 portant sur la fourniture des prestations..... | 43 |
| Tableau 7 : Taux de support global 2012 et réduction cible par A/F..... | 47 |
| Tableau 8 : Evolution des taux de support et prestations des A/F 2012-2014 | 60 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Schéma d'organisation de l'AVASAD..... | 12 |
| Figure 2 : Evolution 2012-2014 de la part des charges d'exploitation de l'AVASAD couvertes par les subventions cantonales et communales | 19 |
| Figure 3 : Chaîne décisionnelle de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile | 33 |
| Figure 4 : Chaîne décisionnelle dans la gestion des ressources..... | 37 |
| Figure 5: Cycle de pilotage | 46 |
| Figure 6 : Taux de support global, volume des prestations et de facturation et mesures d'amélioration | 50 |
| Figure 7: Effet des variations du volume de prestations sur une réduction du taux de support | 51 |
| Figure 8 : Réduction du taux de support global AVASAD, 2012-2014 | 58 |
| Figure 9 : Progression relative 2012-2014 des heures de prestations, de support terrain et de soutien back-office et administration, AVASAD..... | 59 |
| Figure 10 : Progression relative 2012-2014 des heures de prestations, de support terrain et de soutien back-office et administration, A/F n°3. | 61 |

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

| | |
|----------------------|---|
| AVASAD | Association vaudoise d'aide et de soins à domicile |
| A/F | Associations et fondations régionales |
| ABSMAD | Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile |
| APREMADOL | Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'Ouest lausannois |
| APROMAD | Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de la Couronne lausannoise |
| ASANTE SANA | Association pour l'aide, les soins à domicile et la prévention de l'Est vaudois |
| ASD | Aide et soins à domicile |
| ASPMAD | Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile du Nord vaudois |
| CMS | Centre médico-social |
| DSAS | Département de la santé et de l'action sociale |
| ETP | Equivalent temps plein |
| IRIS | Intégration du RAI et Information des Soins |
| LAMal | Loi fédérale sur l'assurance-maladie |
| LAPRAMS | Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale |
| LAVASAD | Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile |
| LOMSV | Loi créant un Organisme médico-social vaudois |
| OMSV | Organisme médico-social vaudois |
| OPAS | Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie |
| OSAD – privée | Organisations de soins à domicile privées |
| RAI-HC | <i>Resident Assessment Instrument-Home Care</i> |
| RECAM | Revalorisation des Evaluations, de la Coordination et de l'Administration des Médicaments |
| SASH | Service des assurances sociales et de l'hébergement du Canton de Vaud |
| SSP | Service de la santé publique du Canton de Vaud |

GLOSSAIRE

Charte des CMS

Une charte, prévue par la LAVASAD, définit les dispositions générales qui régissent les relations de l'AVASAD et de ses membres, les A/F et les CMS, avec les clients de l'aide et des soins à domicile. Elle décrit en particulier les responsabilités des uns et des autres ainsi que les principes et les valeurs qui guident les interventions des CMS afin d'assurer des prestations de qualité et la cohérence des actions déployées au service des clients.

Intégration du RAI-HC et Information des Soins (IRIS)

Ensemble de projets regroupant l'implémentation de la méthode *Resident Assessment Instrument-Home Care* (outil d'évaluation des besoins clients), l'introduction de l'application informatique *Med-Link* (solution informatique intégrée de gestion de la prise en charge des clients) et des outils mobiles (tablettes et smartphones), ainsi que l'harmonisation des processus de traitement de la demande dans tout le Canton.

Panier des prestations

Les prestations de base ou « panier des prestations » englobent l'ensemble des prestations médico-sociales dispensées à la clientèle des CMS par du personnel qualifié, contribuant au maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé ou en situation de handicap. Il comprend des prestations de soins, d'aide domestique et d'assistance sociale, ainsi que des prestations de promotion de la santé et prévention.

Taux de support global

Pour une A/F, le taux de support global représente le ratio entre les heures de support réalisées par l'ensemble de son personnel (administration générale et back-office, activités préparatoires et déplacement pour fournir les prestations, etc.) et les heures de prestations d'aide et de soins à domicile.

1. L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE

L'aide et les soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile ont pour vocation première d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé, durablement ou momentanément, par la maladie, un accident, un handicap, à rester dans leur lieu de vie en leur permettant de maintenir ou de retrouver la plus large autonomie possible.

La population concernée est par conséquent composée de personnes de tout âge aux situations très variées, qui, en raison de problèmes de santé, sont dépendantes de l'aide de tiers, proches ou intervenants professionnels.

En 2013, 2'050'022 heures de prestations ont été délivrées à 27'007 clients résidant sur le territoire vaudois. Septante-neuf pourcent² du volume d'heures de prestations a été délivré par les prestataires publics : les *Centre médicaux-sociaux* (CMS). Le solde, 21%, a été délivré par des organisations de soins à domicile privées (OSAD-privées) ou des infirmières et infirmiers indépendants. Près des trois quart (73%) des clients des CMS sont âgés de 65 et plus, bénéficiant de 82% des heures de prestations fournies³.

Au cours des années, il est constaté une augmentation de la consommation des prestations supérieure à la croissance de la clientèle. Ceci provient d'une clientèle qui nécessite toujours plus d'heures d'aide et de soins individuellement ; non seulement le nombre d'heures de prestations délivrées par les CMS a augmenté de près de 20%, mais il est également proportionnellement deux fois plus élevée que l'augmentation du nombre de clients. Le vieillissement de la clientèle entraîne un accroissement consécutif du nombre de prestations par client. En effet, si les clients nécessitant plus de plus 20h de soins par mois représentent un petit pourcentage de la clientèle (12.4%), les CMS y consacrent la moitié de leurs ressources. La croissance de ces patients est plus élevée que celle des patients « légers »⁴.

Considérant une croissance des clients plus élevée que celle de la population vaudoise, renforcée par l'arrivée des « babyboomers » dans la tranche d'âge 70-74 ans et un taux de recours aux soins plus élevé pour les personnes âgées, il faut s'attendre à une forte croissance de la demande de prestations d'aide et de soins à domicile durant les vingt prochaines années⁵.

En effet, selon une étude portant sur les coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile réalisée en 2006, les coûts des soins de longue durée atteindraient en Suisse CHF 15 milliards environ à l'horizon 2030, deux fois plus en coûts réels qu'en 2001⁶. Pour autant, cette augmentation exponentielle des coûts ne s'expliquerait que partiellement, pour un tiers, par l'évolution démographique. Cette croissance doit en premier

² Statistique Vaud, Aide et soins à domicile, Clients et prestations d'aide et de soins fournies à domicile, Vaud, 2013, <http://www.scris.vd>.

³ Ibidem.

⁴ Source AVASAD.

⁵ Ibidem.

⁶ Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile, Prévisions à l'horizon 2030, Document de travail 18, Observatoire suisse de la santé. Pellegrini, S., Jaccard Ruedin, H & C. Jeanrenaud, Avril 2006.

lieu être attribuée à la hausse des coûts par cas, due à l'augmentation combinée des prix et du volume de prestations par client⁷. Cela implique que la viabilité du système du financement nécessite non seulement une planification intégrée des différentes solutions de prise en charge (établissements médico-sociaux, logements protégés, centres d'accueil temporaire, soins à domicile, etc.), mais que l'attention doit également être portée sur le contrôle des coûts par client⁸. Un enjeu crucial en matière d'évolution des besoins et de financement des prestations d'aide et de soins à domicile est, et sera, de répondre à l'augmentation des besoins liée à l'évolution démographique⁹, en offrant aux personnes âgées chroniquement dépendantes une alternative aux séjours de longue durée en établissement médico-social (EMS)¹⁰, alternative économiquement plus avantageuse en cas de soins requis de degré léger¹¹.

Dans le canton de Vaud, le dispositif public d'aide et de soins à domicile est financé, pour la part non couverte par les revenus des prestations délivrées, conjointement par l'Etat et les communes. Le financement communal est basé sur un montant par habitant, identique pour toutes les communes. De 2010 à 2014, les subventions publiques allouées au dispositif public ont augmenté de 33% (+ CHF 48 millions).

⁷ Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile, Prévisions à l'horizon 2030, Document de travail 18, Observatoire suisse de la santé. Pellegrini, S., Jaccard Ruedin, H & C. Jeanrenaud, Avril 2006.

⁸ Ibidem.

⁹ Programme cantonal « Vieillesse et santé », axe 2.

¹⁰ Impact des soins à domicile sur la qualité de vie des personnes âgées fragiles et dépendantes vivant dans le canton de Vaud. Création d'un système d'indicateurs de résultats, Working paper de l'IDHEAP 18/2014, Vannay, D., déposé en décembre 2013.

¹¹ Ökonomische Grenzen der Spitex. Studie im Auftrag des Spitexverbands Schweiz. Wächter, M. & K. Künzi, 2011.

2. MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

Historique

1967 : Loi créant un Organisme médico-social vaudois (LOMSV).

Dès la fin des années 1980 : Création des centres médicaux sociaux (CMS), puis des associations et fondations régionales (A/F).

2009 : Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) intégrant les A/F existantes.

2012 : Les OSAD privées peuvent bénéficier d'un financement par l'Etat couvrant la part des coûts non prise en charge par l'assurance-maladie (financement résiduel) des prestations de soins délivrées.

Premiers prestataires institutionnels d'aide et de soins à domicile dans le canton de Vaud, les CMS ont été créés dès la fin des années 1980, par la volonté de l'Etat et des communes, sous l'égide de l'Organisme Médico-Social Vaudois (OMSV)¹². Dans les années 1990, des associations et fondations régionales (A/F) sont créées afin d'intégrer l'ensemble des institutions partenaires. En 2006, sept associations et une fondation régionales d'utilité publique gèrent 45 CMS sur convention passée avec l'OMSV. Les modalités d'organisation entre l'OMSV et les A/F relèvent alors de conventions ou de règlements administratifs. De nombreuses questions ne sont pas réglées par la loi sur l'OMSV (LOMSV), les responsabilités respectives de chacun, dans le domaine financier notamment, ainsi que le contrôle de l'OMSV sur les associations et fondation régionales¹³.

2009

Le Conseil d'Etat propose en 2009 une révision totale de la LOMSV, ayant, notamment pour objectif *«d'améliorer le pilotage et la gouvernance du dispositif, en clarifiant la répartition des compétences et des responsabilités entre le département, l'OMSV et les A/F et en répondant ainsi aux souhaits des acteurs concernés aux prises à des difficultés de gestion et de relations»*^{14 15}.

¹² Organisme créé par la loi (801.11) du 5 décembre 1967 (LOMSV). Selon la loi correspondante, le but de l'OMSV est de prendre pour l'ensemble des communes, des mesures préventives et sociales en matière de santé publique et de soins médicaux et paramédicaux extra-hospitaliers. Pour cela l'OMSV bénéficie de l'action des infirmières de santé publique de la Ligue vaudoise contre la tuberculose qui y sont rattachées et dont il doit structurer l'activité à domicile.

¹³ Rapport explicatif sur l'avant-projet de loi, mis en consultation le 18 avril 2008, sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) – révision totale de la loi du 5 décembre 1967 créant un Organisme médico-social vaudois.

¹⁴ Rapport de la commission thématique de la sante publique chargée d'examiner les objets suivants: Exposé des motifs et projet de lois sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) et modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Dominique Kohli et consorts demandant un rapport sur l'OMSV (05_POS_170) et Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Mireille Aubert sur le renforcement de la politique d'aide et de soins à domicile (05_INT_298), août 2009, RC-186 et EMPL sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) et modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS), mai 2009, 186.

La solution retenue par le Grand Conseil se concentre sur la gouvernance du dispositif d'aide et de soins à domicile publics du Canton¹⁶. Conservant les associations et fondations existantes, de même que leurs organes démocratiques respectifs¹⁷, l'AVASAD est créée par la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), remplaçant la loi du 5 décembre 1967 qui avait créé l'Organisme médico-social vaudois (OMSV). La mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile lui est confiée. Association de droit public autonome dotée de la personnalité juridique, l'AVASAD est placée sous la surveillance de l'Etat.

Conservant leurs propres personnalités juridiques, ses membres sont les associations et fondations régionales (A/F). Constituées en associations de communes ou en associations ou fondations de droit privé (à condition que les communes y soient majoritairement représentées), les A/F (au nombre de 7) gèrent les centres médico-sociaux (CMS) qui délivrent les prestations à la population, en collaboration avec les réseaux de soins.

2012

Suite à la mise en œuvre du *Nouveau régime fédéral pour le financement des soins* (NFRS)¹⁸, la modification correspondante de la *Loi fédérale sur l'assurance-maladie* (LAMal) précise que « les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral »¹⁹. Dans le canton de Vaud, cette part de financement dit « résiduel » est entièrement prise en charge par l'Etat. Dès lors, les organisations de soins à domicile privées, ainsi que les infirmiers et infirmières indépendants autorisés à exploiter peuvent bénéficier de ce financement public complémentaire pour la fourniture de prestations de soins, créant un environnement nouvellement concurrentiel aux CMS²⁰. Contrairement aux

¹⁵ Afin de résoudre les problèmes d'ordre structurel, deux solutions s'avéraient a priori envisageables selon le Chef du Département de la Santé et de l'action sociale : a) la dissolution de l'OMSV, le Service de la santé publique donnant directement aux A/F missions et moyens ou b) la disparition des A/F par leur intégration dans une structure autonome de droit public. Un avant-projet de loi mis en consultation proposait une Association vaudoise d'aide et de soins à domicile intégrant la totalité du dispositif, associations et fondation, ainsi que l'ancien siège de l'OMSV, basé sur la logique des régions (4 régions), de manière correspondante aux réseaux de soins. Il était notamment prévu un Conseil d'administration à 9 membres, dont deux représentants de l'Etat. Selon cet avant-projet, les statuts des A/F devaient reprendre la mission de l'AVASAD. Elles étaient placées sous l'autorité de la directrice ou du directeur général de la structure vaudoise, la clarté de cette ligne hiérarchique ayant pour but de faciliter la mise en œuvre des décisions prises, la maîtrise des coûts et le contrôle des résultats obtenus (Rapport de la commission thématique de la santé publique chargée d'examiner les objets suivants : Exposé des motifs et projet de loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) et modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Dominique Kohli et consorts demandant un rapport sur l'OMSV (05_POS_170) et Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Mireille Aubert sur le renforcement de la politique d'aide et de soins à domicile (05_INT_298), août 2009, RC-186).

¹⁶ Elle ne porte pas sur le catalogue des missions ou prestations, ni sur la manière d'organiser les soins en regard de la nouvelle Loi sur les réseaux de soins, par exemple (ibidem).

¹⁷ Rapport de la commission thématique de la santé publique chargée d'examiner les objets suivants: Exposé des motifs et projet de loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) et modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Dominique Kohli et consorts demandant un rapport sur l'OMSV (05_POS_170) et Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Mireille Aubert sur le renforcement de la politique d'aide et de soins à domicile (05_INT_298), août 2009, RC-186.

¹⁸ Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 (RO 2009 3517).

¹⁹ Art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (832.10) du 18 mars 1994 (LAMal).

²⁰ Pour les infirmières et infirmiers indépendants, ainsi que pour les OSAD privées, des montants par heure sont définis par arrêté (Arrêté 832.00.230512.2 fixant les montants destinés à couvrir la part du coût, non prise en charge

CMS, les OSAD privées ne sont pas soumises à un devoir de prise en charge²¹. Elles peuvent donc librement choisir leurs clients. Toutefois, toute nouvelle OSAD privée qui veut pratiquer à charge de l'assurance-maladie doit signer un accord de collaboration avec l'AVASAD.

2.1. LES ACTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

Dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile

Le **DSAS** exerce la surveillance de l'AVASAD.

L'**AVASAD** garantit la mise en œuvre de la politique sur le territoire cantonal et un accès équitable à la population aux prestations. L'AVASAD est composée des différents organes permettant la coordination de l'action des A/F et regroupant leurs représentants (Assemblée des délégués, Conseil d'administration et Comité de direction), ainsi que de services transversaux soutenant leurs activités et d'un organe de révision.

Les **A/F** garantissent la fourniture des prestations définies par l'AVASAD au niveau régional et gèrent les CMS.

Les **CMS** fournissent les prestations d'aide et de soins à domicile à la population.

La *Loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile* (LAVASAD) constitue l'AVASAD, en détermine les missions, ainsi que celle de ses organes, son organisation administrative, son organisation financière, ainsi que son contrôle. Son *Règlement d'application du 11 novembre 2009* (RLAVASAD) détermine, entre autre, les modalités de surveillance de l'AVASAD, de facturation de ses prestations ou de ses relations avec le Conseil d'Etat.

2.1.1 AUTORITÉS DE TUTELLE

La LAVASAD prévoit que le Conseil d'Etat définit la politique d'aide et de soins à domicile en concertation avec les associations représentatives des communes et après consultation de l'AVASAD (art. 2, al. 2 LAVASAD). Sa mise en œuvre est déléguée à l'AVASAD, la surveillance étant exercée par l'intermédiaire du **Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)**.

Au sein du DSAS, deux services sont chargés de la surveillance, notamment que l'AVASAD et les A/F utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue (art. 26 LAVASAD), et de la coordination du Département avec l'AVASAD :

- Dans sa mission générale, le **Service de la santé publique (SSP)** est responsable de la couverture des besoins de santé de la population. Dans ce cadre, il est chargé de l'organisation du système de santé vaudois, de définir les missions et prestations des principaux acteurs (hôpitaux, EMS, CMS, etc.) et de planifier le développement de l'offre de

par l'assurance-maladie (financement résiduel), des soins effectués par des infirmiers et infirmières exerçant de façon professionnellement indépendante et par des organisations de soins à domicile privées du 23 mai 2012).

²¹ Au sens de l'article 4, lettre b) de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES).

soins. Vis-à-vis de l'AVASAD, le SSP est en particulier chargé des activités liées aux soins et à la prévention des maladies²².

- Le **Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH)** est chargé de la promotion et la coordination des mesures sociales d'aide et soutien permettant aux personnes âgées et handicapées de rester à domicile. Il est également garant de la bonne attribution des aides financières individuelles octroyées par les CMS²³.

2.1.2 ASSOCIATION VAUDOISE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

L'AVASAD est chargée de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention (art. 2, al. 1 LAVASAD)

L'AVASAD a, en particulier, pour mission de garantir à la population vaudoise « l'accès équitable à des prestations favorisant un maintien à domicile adéquat, de proximité, économique et de qualité » (art. 2, al. 4 LAVASAD). L'AVASAD accomplit ses missions par l'intermédiaire de ses membres : les A/F. Ces dernières gèrent les CMS qui délivrent les prestations aux clients.

Organes de l'AVASAD

1. L'**Assemblée des délégués**, qui réunit les délégués des communes vaudoises.
2. Le **Conseil d'administration**, composé des représentants des communes vaudoises, des présidents des associations et fondations régionales, des représentants de l'Etat et d'un Président neutre.
3. Le **Comité de direction**, composé de la Direction générale de l'AVASAD, des directions des services transversaux de l'AVASAD et des directions des A/F.
4. L'**Organe de révision**, désigné par l'Assemblée des délégués.

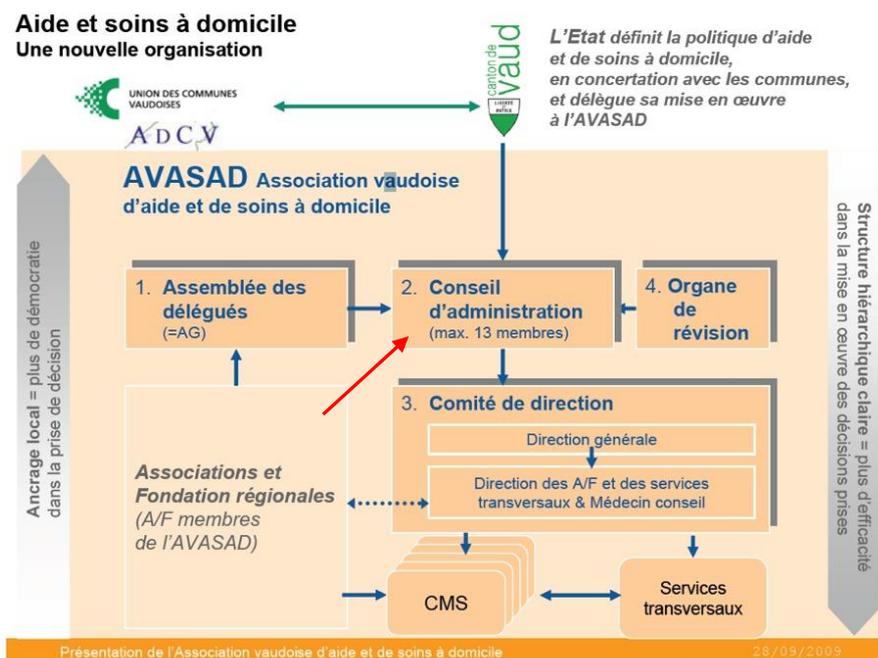
STRUCTURE DE L'AVASAD

La composition, ainsi que les compétences principales des organes de l'AVASAD sont décrites ci-dessous.

²² Il est également chargé des activités de santé scolaire réalisées par l'AVASAD. Ces activités font l'objet d'une convention de subvention spécifique.

²³ Cf. section 2.2.2.1.

Figure 1 : Schéma d'organisation de l'AVASAD



Source : AVASAD, adaptation Cour des comptes²⁴

L'Assemblée des délégués est composée de 21 membres, 3 par A/F. Elle a notamment pour compétence d'adopter le budget de l'AVASAD et d'élire les représentants des A/F (1 par A/F) au Conseil d'administration (art. 7 et 8 LAVASAD).

Le Conseil d'administration exerce toutes les compétences non dévolues par la LAVASAD et ses dispositions d'application à un autre organe (art. 11 LAVASAD). Il a notamment pour missions :

- en ce qui concerne la politique d'aide et de soins à domicile, de garantir sa mise en œuvre selon les priorités définies par les autorités,
- en ce qui concerne le fonctionnement de l'institution, d'arrêter les principes, notamment en matière de fourniture des prestations, d'allocation des ressources et de gestion financière, de ressources humaines (conditions de travail, prévoyance professionnelle, formation, notamment) et de système d'information,
- de répondre de la bonne marche de l'AVASAD vis-à-vis de l'Etat, dans le respect des buts définis dans la LAVASAD.

Le Conseil d'administration comprend :

- un représentant par A/F (7 membres). Ceux-ci sont aujourd'hui les présidentes et présidents des A/F,
- deux représentants de l'Etat (les chef-fe-s de service respectifs du SASH et SSP),
- deux représentants des communes, désignés respectivement par l'Union des Communes Vaudoises (UCV) et l'Association de Communes Vaudoises (AdCV),

²⁴ La flèche rouge relève que dans les faits, les sept représentants des A/F au Conseil d'administration sont les présidentes et présidents des A/F.

- un Président neutre.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents (art. 12 LAVASAD)²⁵. Le Directeur général de l'AVASAD et le Médecin conseil de l'AVASAD y participent avec voix consultative. Différentes commissions, de tailles et représentations diverses, sont composées : commissions des finances, d'audit, de nomination, rémunération et évaluation, ainsi qu'informatique.

Le Comité de direction est composé du Directeur général, du Médecin conseil, des directeurs des A/F, ainsi que des directeurs des services transversaux (art. 13 LAVASAD). Ceux-ci sont placés sous l'autorité du Directeur général.

Le **Directeur général** dirige l'AVASAD dans les limites fixées par la LAVASAD, ses dispositions d'application et les instructions du Conseil d'administration (art. 14 LAVASAD).

Sous l'autorité du Directeur général, les **services transversaux** ont pour missions de définir des prescriptions et d'offrir des prestations de soutien aux activités des A/F et des CMS gérés par ces dernières (services *Développement des Pratiques Professionnelles, Ressources humaines et Formation, Systèmes d'information et Télécommunication*, ainsi que *Tarifcation, Administration et Finances*).

Un **organe de révision** est désigné par l'Assemblée des délégués. Son mandat est soumis à l'approbation du Conseil d'Etat (art. 17 LAVASAD). Dès 2011, un auditeur externe unique est l'organe de révision de l'AVASAD et des A/F individuellement.

Associations et fondations régionales

Les A/F sont les membres de l'AVASAD. Condition d'adhésion à l'AVASAD et à la gestion d'un CMS, leurs statuts doivent reprendre la mission de l'AVASAD. Elles sont constituées en associations de communes au sens de la loi sur les communes ou en associations ou fondations de droit privé, à condition que les communes y soient majoritairement représentées. Leur périmètre d'activité géographique est fixé par le DSAS (art. 4 LAVASAD). Elles conservent leurs propres organes dirigeants régionaux, en particulier un comité de direction et une assemblée générale selon des modalités propres aux statuts respectifs de chaque A/F. Chacune s'organise librement (sous réserve de ratification de ses statuts par l'Assemblée des délégués de l'AVASAD). Leur personnel est, de manière générale, composé d'un directeur, de services d'administration générale (ressources humaines, comptabilité, secrétariat, projets, etc.), ainsi que de collaborateurs spécialisés (praticien formateur, clinicien, etc.).

Les A/F sont chargées de gérer les CMS, le cas échéant les *Espaces Préventions*²⁶, et de garantir la fourniture, au niveau régional, des prestations définies par l'AVASAD. Elles engagent et gèrent le personnel des CMS. Chaque A/F est rattachée à un réseau de soins et coopère avec lui, conformément à la loi sur les réseaux de soins²⁷.

²⁵ En cas d'égalité des voix, le Président départage.

²⁶ *Espace prévention de la Côte, Nyon et Morges* (Fondation de la Côte), *Espace prévention Nord vaudois – Broye* (ASPMAD Nord vaudois), *Espace prévention Lausanne et région* (Fondation Soins Lausanne) et *Espace prévention Est vaudois* (ASANTE SANA Est vaudois).

²⁷ Le canton de Vaud comporte quatre réseaux de soins (*Réseau santé la Côte, Réseau santé région Lausanne, Réseau santé Nord-Broye* et *Réseau santé Haut Léman*), dont le but est de faciliter la coordination des soins (entre les médecins, EMS, soins à domicile et hôpitaux), l'orientation des usagers et de soutenir une utilisation efficace des

Centres médico-sociaux

Les CMS déploient leur mission selon les directives émises par l'AVASAD et dispensent les prestations auprès des clients, en collaboration avec les réseaux de soins. En 2014, 53 CMS répartis sur le territoire sont, de manière générale, composés d'un responsable de centre, de personnel administratif et d'encadrement et des collaborateurs délivrant les prestations d'aide et de soins : infirmiers, assistants en soins et santé communautaire, ergothérapeutes, diététiciens, auxiliaires de santé, assistants sociaux, livreur de repas, etc.

Tableau 1 : Inventaire 2014 des A/F et CMS sur le territoire vaudois

| A/F | | CMS | |
|--|--|-----|--|
| ABSMAD Broye | Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile | 3 | Avenches, Moudon, Payerne |
| APREMADOL Ouest lausannois | Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'Ouest lausannois | 4 | Bussigny, Ecublens, Renens-Nord, Renens-Sud |
| APROMAD Couronne lausannoise ²⁸ | Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de la Couronne lausannoise | 9 | Cully-Lavaux, Echallens, Épalinges, Le Mont, Oron, Prilly-Nord, Prilly-Sud, Pully, READOM ²⁹ |
| ASANTE SANA Est vaudois | Association pour l'aide, les soins à domicile et la prévention de l'Est vaudois | 9 | Chaussy, Clarens, La Grande-Eau, La Gryonne, La Tour-de-Peilz, Montreux, Pays d'Enhaut, Vevey-Est, Vevey-Ouest |
| ASPMAD Nord vaudois | Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile du Nord vaudois | 9 | Cossonay, Grandson, La Vallée de Joux, Orbe, Sainte-Croix, Vallorbe, Yverdon-Est, Yverdon-Ouest, Yvonand |
| Fondation de la Côte | | 9 | Aubonne, Gland Région, Gland Ville, Morges-Est, Morges-Ouest, Nyon, Rolle, Saint-Prex, Terre-Sainte (Mies) |
| Fondation Soins Lausanne | | 10 | Ancien-Stand, Blécherette, Centre-Ville, Chailly, Cour, La Sallaz, Montelly, Ouchy, Valency, Vinet |

Source : Rapport d'activité AVASAD 2014

ressources. Les demandes d'hébergement sont traitées par le Bureau régional d'information et d'orientation médico-sociale (BRIO) qui oriente le patient vers l'institution appropriée au regard de son état de santé.

²⁸ Une unité de soins infirmiers pédiatriques est rattachée à l'APROMAD – Couronne lausannoise.

²⁹ Prestations spécialisées à domicile pour une clientèle spécifique au sortir de l'hôpital.

2.2. ACTIVITÉS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE ET FINANCEMENT DE L'AVASAD

L'AVASAD a pour mission générale d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé à rester dans leur lieu de vie. Pour ce faire, l'AVASAD assure la fourniture de prestations pour promouvoir, maintenir ou restaurer leur santé, maximiser leur niveau d'autonomie, maintenir leur intégration sociale et faciliter l'appui de leur entourage (art. 2, al. 3 LAVASAD).

2.2.1 PRESTATIONS ET BÉNÉFICIAIRES

Prestations

Les prestations d'aide et de soins à domicile, ainsi que de promotion de la santé et de prévention des maladies sont délivrées aux bénéficiaires par les CMS répartis sur le territoire vaudois. Les groupes principaux de prestations sont les suivants :

- prestations de **soins** à domicile (soins infirmiers ou pédiatriques, ergothérapie, soins d'hygiène, etc.),
- prestations d'**aide à la vie quotidienne** (aide au ménage, repas à domicile, aide à la famille, etc.),
- prestations de **conseil** (prévention des maladies, promotion de la santé, préparation à l'accueil d'un nouveau-né, prévention des dépendances chez les jeunes, etc.), directement auprès des clients ou par l'intermédiaire de quatre espaces de prévention répartis sur le territoire cantonal. Chaque espace de prévention est exploité par une A/F,
- prestations de **sécurité** (dispositif d'alerte 24/24, transports, aménagements spécifiques du domicile, etc.).

Heures de prestations :

- 1.7 million en 2014, dont 68% de soins à domicile, 17% d'aide au ménage et 15 % d'autres prestations.
- Croissance 2013-2014 : +7.4%

Bénéficiaires :

- 30'400 clients en 2014, dont 77% ont 65 ans et plus.
- Croissance 2013-2014 : +2.1%

Source AVASAD

Bénéficiaires

Le public cible est toute personne dépendante ou atteinte dans sa santé, durablement ou momentanément, résidant sur le territoire vaudois. Ces personnes sont notamment atteintes d'une maladie ou d'une pathologie physique ou psychique, en situation de handicap ou de dépendance et rencontrent des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne. Il peut s'agir : d'enfants malades (0 à 19 ans), d'adultes handicapés ou malades, d'ânés (dès 65 ans) ou encore de familles en difficulté³⁰. Les interventions intègrent également l'aide apportée, par

³⁰ Source : Convention 2013-2017 entre l'AVASAD et le DSAS, représenté par SSP et SASH : aide et de soins à domicile, promotion de la santé, prévention petite enfance et prévention primaire renforcée.

l'allègement de la charge correspondante, notamment aux proches aidants³¹ (famille ou entourage proche de ces personnes).

En 2014, seule 23% de la clientèle avait moins de 65 ans. Les CMS ont apporté des prestations à 30'382 clients, représentant 4.1% de la population vaudoise, mais près d'1/3 de la population de 85 ans et plus est pris en charge par un CMS.

Cadre des interventions

L'AVASAD dispose, depuis 2011, d'une charte définissant les droits et devoirs des CMS. Celle-ci vise en premier lieu à combler une lacune, les CMS n'étant pas soumis formellement à une obligation de prise en charge des clients, contrairement aux EMS et aux hôpitaux subventionnés soumis à la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public³².

Charte des CMS

Une charte, prévue par la LAVASAD, définit les dispositions générales qui régissent les relations de l'AVASAD et de ses membres, les A/F et les CMS, avec les clients de l'aide et des soins à domicile. Elle décrit en particulier les responsabilités des uns et des autres ainsi que les principes et les valeurs qui guident les interventions des CMS afin d'assurer des prestations de qualité et la cohérence des actions déployées au service des clients.

Tableau 2 : Clients, personnel et prestations 2014 des A/F

| A/F | Clients | | Personnel | | Prestations aide et soins | Repas livrés |
|------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|------------|---------------------------|--------------|
| | nb. mensuel moyen | nb collaborateurs | nb ETP ³³ | nb. heures | nb. de repas | |
| 2014 | | | | | | |
| ABSMAD Broye | 938 | 232 | 135 | 102'335 | 57'867 | |
| APREMADOL Ouest lausannois | 1'098 | 264 | 155 | 106'526 | 53'872 | |
| APROMAD Couronne lausannoise | 2'276 | 634 | 372 | 278'202 | 103'878 | |
| ASANTE SANA Est vaudois | 2'767 | 700 | 417 | 310'337 | 135'589 | |
| ASPMAD Nord vaudois | 2'768 | 822 | 464 | 334'285 | 135'508 | |
| Fondation de la Côte | 2'560 | 721 | 419 | 304'724 | 110'641 | |
| Fondation Soins Lausanne | 3'108 | 832 | 460 | 298'708 | 152'080 | |

Source : Rapport d'activité AVASAD 2014

³¹ Un proche aidant est une personne qui consacre de son temps au quotidien auprès d'un proche atteint dans sa santé, son autonomie. Il assure à titre non-professionnel et de façon régulière une présence et un soutien pour l'aider dans ses difficultés et assurer sa sécurité. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un voisin ou d'un ami.

³² Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES).

³³ Equivalent temps plein.

2.2.2 FINANCEMENT DE L'AVASAD

Les charges de l'AVASAD et des A/F sont couvertes, premièrement, par leurs ressources propres et, en second lieu, par les contributions de l'Etat et des communes (art. 18, al. 1 LAVASAD).

Comptes 2014
Revenus : CHF 113.5 millions
Subventions : CHF 195.9 millions

2.2.2.1 RESSOURCES PROPRES ET FACTURATION

Les ressources propres de l'AVASAD proviennent essentiellement³⁴ du produit de la facturation des prestations des CMS :

- Les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins (soins infirmiers, soins de base, etc.) sont facturées conformément à la LAMal et à ses dispositions d'application. La part résiduelle est prise en charge par l'Etat.
- Les prestations d'aide à la vie quotidienne sont à la charge du client. Toutefois, une aide financière individuelle financée par l'Etat peut être accordée par l'A/F au regard de l'évaluation de la situation du client par le CMS concerné (selon art. 4a LAPRAMS). C'est-à-dire que le coût des prestations à charge du bénéficiaire peut être réduit en fonction des ressources de celui-ci. Si elles sont fournies à des personnes ne bénéficiant pas des régimes sociaux, elles sont facturées conformément aux règles et au tarif fixés par le Conseil d'administration de l'AVASAD (art. 9 RLAVASAD).
- Les *moyens auxiliaires* (déambulateur, fauteuil roulant, etc.), ainsi que les systèmes de sécurité (système d'alarme *Sécutel*, par ex.) sont entièrement à la charge du client.
- Les activités de conseil des assistants sociaux (pour le client et ses proches) ne sont pas facturées aux bénéficiaires. Elles sont couvertes par les subventions.

2.2.2.2 CONTRIBUTIONS DE L'ÉTAT ET DES COMMUNES

Les dispositions de la LAVASAD prévoient que les contributions de l'Etat et des communes sont déterminées chaque année prospectivement sur la base (art. 20 LAVASAD) :

- des ressources propres de l'AVASAD et des A/F,
- des prestations à fournir et des ressources en personnel et en infrastructures nécessaires à cet égard,
- des programmes qui leur sont confiés,
- ainsi que de leur activité antérieure et de leurs perspectives de développement, au vu notamment de l'évolution des besoins de la population.

En 2013³⁵, une modification des règles de répartition a pour conséquence une augmentation pérenne de la part payée par le Canton. Les principes du protocole d'accord établi par le Grand

³⁴ Egalement de dons et legs, des fonds propres ou d'autres contributions (art. 19 LAVASAD).

³⁵ EMPL modifiant la loi du 15 juin 2010 sur les péréquations intercommunales (LPIC), la loi du 24 novembre 2003 sur l'organisation et le financement de la politique sociale (LOF), la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), septembre 2013, 98.

Conseil sur les modalités de répartition des contributions respectives de l'Etat et des communes sont les suivantes :

Contribution de l'Etat : l'Etat couvre seul :

- dès 2015, les frais de fonctionnement généraux ou coûts administratifs de l'AVASAD³⁶,
- dès 2014, les parts résiduelles du coût des prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins facturées qui ne sont pris en charge ni par les assurances sociales, ni par la personne assurée³⁷,
- le coût des projets qu'il confie à l'AVASAD (mandats spécifiques).

Contribution de l'Etat et des communes : Les charges de l'AVASAD non couvertes par ses ressources propres et déduites de la contribution de l'Etat seul sont supportées à 50% par l'Etat et 50% par les communes. Dès 2016, tout accroissement des charges de l'AVASAD par rapport au décompte des frais de l'année 2015, est supporté pour un tiers par les communes, et deux tiers pour l'Etat. La contribution de chaque commune est calculée d'après le chiffre de sa population.

La subvention est versée à l'AVASAD, qui redistribue la part dévolue aux A/F conformément au budget convenu avec l'Etat.

Face à cette nouvelle répartition du financement public et afin d'identifier de manière concluante les montants concernés par les axes de financement correspondants, l'AVASAD, en coopération avec le DSAS, a développé courant 2015 les principes d'une comptabilité analytique. Le pré-budget 2016 est soutenu par l'AVASAD selon ces nouveaux principes.

Tableau 3 : Evolution 2012-2014 des prestations, revenus et subventions

| | 2012 | 2014 | Variations |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Prestations d'aide et soins | 1'582'853 heures | 1'744'091 heures | 10.3% |
| Personnel ³⁸ | 2'324 etp | 2'537 etp | 9.2% |
| Revenus | 104'200'000.-- | 113'470'000.-- | 8.9% |
| Montant subventions | 174'276'000.-- | 195'924'000.-- | 12.4% |
| Subvention cantonale | 98'045'000.-- | 133'418'000.-- | 36.1% |
| Subventions communales | 73'374'000.-- | 59'434'000.-- | -19.0% |
| Subventions de tiers | 2'857'000.-- | 3'072'000.-- | 7.5% |

Source : Cour des comptes, d'après les données des rapports d'activités AVASAD 2012 et 2014

De manière conséquente aux modifications des modalités de financement de l'Etat et des communes, la subvention cantonale a progressé de 36.1% de 2012 à 2014, alors que les subventions communales se sont réduites de 19%.

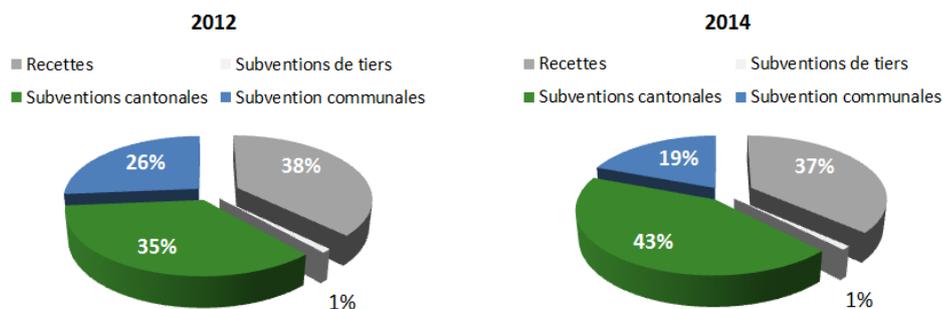
³⁶ Dans un souci de cohérence avec les dispositions de la loi du 24 novembre 2003 sur l'organisation et le financement de la politique sociale (LOF) liées à la facture sociale, selon lesquelles les communes prennent en charge leur part sur les prestations alors que les dépenses administratives (fonctionnement des structures) sont exclusivement à charge de l'Etat.

³⁷ Concerne les prestations de base, et certains coûts liés au personnel (CCT et caisses de pension).

³⁸ Salarié-e-s A/F et AVASAD *pilotage et services* (services centraux de l'AVASAD, sans le personnel dédié à la santé scolaire).

En outre, si la part des charges d'exploitation couverte par les revenus de l'AVASAD est restée relativement stable de 37.5% en 2012 à 36.2% en 2014, la part supportée par la subvention cantonale est passée de 35.3% à 42.6%, respectivement de 26.4% à 19.0% par les subventions communales, au cours de la même période.

Figure 2 : Evolution 2012-2014 de la part des charges d'exploitation de l'AVASAD couvertes par les subventions cantonales et communales



Source : Cour des comptes, d'après les données des rapports d'activités AVASAD 2012 et 2014

2.3 COORDINATION DU DISPOSITIF PUBLIC D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

En ce qui concerne la coordination du dispositif public d'aide et de soins à domicile, deux situations sont à distinguer. D'une part, la surveillance de l'AVASAD par le DSAS et, d'autre part, la coordination de l'AVASAD et de ses membres, les A/F, dans la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile.

Vis-à-vis de l'Etat, l'AVASAD, association de droit public bénéficiant de sa propre personnalité juridique, apparaît comme une situation de *décentralisation* au sens du droit administratif : la création par l'Etat d'une organisation autonome de droit public, à laquelle il délègue certaines compétences dans la réalisation d'une tâche publique³⁹, celle-ci restant sous la tutelle de l'Etat. Le DSAS exerce la surveillance de l'AVASAD et contrôle en particulier que l'AVASAD utilise les ressources allouées conformément à l'affectation prévue. Conformément à l'article 22 LAVASAD, les contributions de l'Etat font l'objet d'une convention de subvention entre l'AVASAD et le DSAS, respectivement d'avenants annuels afin de respecter le principe de l'annualité budgétaire du versement de la subvention.

Le dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile représenté par l'AVASAD réunit en association faitière sept membres coopérant à la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile cantonale, un siège regroupant la Direction générale et les services transversaux (*AVASAD pilotage et services*) et des organes dirigeants communs (Assemblée des délégués, Conseil d'administration, Comité de direction de l'AVASAD). La stratégie globale de l'AVASAD définie par son Conseil d'administration est déclinée dans un plan stratégique.

2.3.1 CONVENTION PLURIANNUELLE 2013-2017 DSAS-AVASAD

En référence, notamment, au *Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017*, au rapport *Politique cantonale vieillissement et santé*, ainsi qu'au plan stratégique 2012-2017 de l'AVASAD, la *Convention 2013-2017 entre l'AVASAD et le DSAS, représenté par SSP et SASH : aide et de soins à domicile, promotion de la santé, prévention petite enfance et prévention primaire renforcée* définit en particulier les buts et priorités des différentes parties au regard de la politique d'aide et des soins à domicile⁴⁰, les prestations à délivrer et les indicateurs d'activité

³⁹ Cf. Moor, P. (1992), *Droit administratif*. Volume III: L'organisation des activités administratives, Les biens de l'Etat, Berne, Éditions Staempfli & Cie.

⁴⁰ SSP : 1) déployer une politique de prévention et de promotion de la santé pour la qualité de la vie des individus et de la collectivité, 2) réorganiser le système de santé et combattre la pénurie des professionnels de la santé, 3) assurer le pilotage du système de santé.

SASH : 1) garantir aux personnes un octroi de prestations évalué selon leurs besoins et dans le respect du cadre convenu, 2) veiller à ce que les prestations utiles et nécessaires soient accessibles financièrement à tous, veiller à l'intégration de l'entourage dans les soins et l'accompagnement, 3) contribuer à ce que les partenaires associatifs et les bénévoles renforcent l'accompagnement professionnel des CMS.

AVASAD : conformément à son plan stratégique, les axes prioritaires et ses objectifs stratégiques à l'horizon 2017 consistent à : 1) répondre à l'évolution des besoins de la clientèle en adaptant les prestations et l'organisation, en créant les conditions cadres en termes de ressources humaines, pour favoriser la réactivité et la proactivité de l'institution, 2) renforcer les interactions et le partenariat avec les acteurs du système socio-sanitaire vaudois, 3)

correspondants, les modalités de suivi par le SASH et le SSP ou encore des mandats spécifiques attribués à l'AVASAD. Les avenants précisent la valeur des indicateurs pour l'année concernée, de manière correspondante au montant de la subvention allouée.

En ce qui concerne les activités de l'AVASAD, les dispositions de la convention pluriannuelle peuvent être regroupés en trois catégories :

1. le panier des prestations,
2. les mandats particuliers concernant le développement des prestations aux clients,
3. les mandats particuliers liés aux améliorations de gestion et de fonctionnement de l'AVASAD.

Panier des prestations

Les prestations d'aide et de soins à domicile sont spécifiées dans la convention pluriannuelle par le « panier des prestations ». Celui-ci s'applique à l'ensemble des régions. Chaque prestation comporte un ou plusieurs indicateurs d'activité (soins de base en nombre d'heures par an, nombre de repas par an, montant annuel en kCHF des aides financières individuelles octroyées, par ex.). Dans les avenants annuels, celles-ci sont quantifiées, pour l'AVASAD dans son ensemble, sur la base des indicateurs.

Les prestations de base ou « panier des prestations » englobent **l'ensemble des prestations médico-sociales dispensées à la clientèle des CMS** par du personnel qualifié, contribuant au maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé ou en situation de handicap.

Dix-sept prestations spécifiques sont définies : 16 sont des prestations délivrées directement aux clients, l'une concerne les prestations de support (heures de travail consacrées à la gestion, aux tâches administratives, à la mise en place des interventions, aux déplacements, etc.). Dans les avenants annuels, l'ensemble des prestations de support est quantifié sur la base d'un seul indicateur : le *taux de support global* (cf. ci-dessous).

En outre, le panier des prestations intègre également sept prestations spécifiques liées à la prévention petite enfance, liées à la formation (mission d'intérêt public en matière de formation pratique des futurs professionnels de la santé), liées à la mise en place de compétences en soins palliatifs dans les CMS ou encore au système d'information de l'AVASAD⁴¹.

Mandats spécifiques « prestations ASD »

Outre le mandat principal octroyé à l'AVASAD, des mandats de développement ou de support à la politique sanitaire sont également attribués à l'AVASAD par le DSAS. Il s'agit par exemple d'introduire un programme de santé mentale dans les CMS, de détecter les patients souffrant d'Alzheimer, d'évaluer les besoins des proches aidants, de développer des projets visant à améliorer le flux des patients dans les réseaux ou de mettre à disposition des places de stages et d'apprentissage afin de contribuer à la relève dans les métiers de la santé. Ces mandats sont

encourager et/ou participer au développement de projets de santé communautaires, 4) consolider les ressources financières de l'institution.

⁴¹ Cf. annexe I.

déclinés et concrétisés dans l'avenant annuel. En règle générale, ces mandats sont soutenus par des financements *ad hoc* de l'Etat.

Mandats particuliers « institution AVASAD »

Hors prestations aux clients, des mandats particuliers sont confiés à l'AVASAD dans des visées d'amélioration ou d'adaptation du fonctionnement et des activités du dispositif. Ces mandats sont déclinés et concrétisés dans l'avenant annuel et souvent réalisés en collaboration avec le DSAS. Il s'agit par exemple :

- 1) de mener les travaux, en étroite collaboration avec le DSAS, visant à mettre en œuvre le système de financement des prestations par l'Etat et les communes fondé sur une comptabilité analytique,
- 2) de définir, avec le DSAS, un mandat visant à comparer le coût des prestations de l'AVASAD avec celles délivrées dans d'autres cantons suisses,
- 3) de mener une réflexion sur la centralisation, ou décentralisation, des activités et fonctions de support afin de gagner en efficience et efficacité (gestion des salaires, facturation, contentieux, etc.),
- 4) de définir le contenu d'un monitoring pour le DSAS des accords avec les OSAD privées et de leurs effets,
- 5) etc.

Déclinaisons régionales

La convention et ses avenants sont conclus, pour l'AVASAD, par le Président du Conseil d'administration et le Directeur général. Les déclinaisons régionales sont effectuées en ce qui concerne la quantification des prestations au sein de l'AVASAD dans le cadre du processus budgétaire, par les ressources allouées aux différentes A/F.

2.3.2 PLAN STRATÉGIQUE AVASAD 2012-2017

Le plan stratégique AVASAD porte sur la période 2012-2017. Articulé autour de 6 axes institutionnels, il intègre 10 orientations, une analyse des risques, 26 objectifs et une quarantaine d'actions à entreprendre afin d'y répondre. Il peut s'agir d'actions visant des mesures d'amélioration de gestion ou des projets de développement à concrétiser ou implémenter. Les axes concernent :

- 1) la qualité des services,
- 2) le fonctionnement de l'institution AVASAD,
- 3) les politiques RH,
- 4) les partenariats dans le système socio-sanitaire,
- 5) les ressources financières,
- 6) la promotion des prestations d'aide et de soins à domicile.

Objectifs majeurs 2014-2015

Lors de la période sous revue, l'AVASAD avait défini une douzaine d'objectifs majeurs, répondants aux différents axes du plan stratégique. La plupart de ces objectifs portent sur la fourniture des prestations et sont orientés sur les *inputs* et processus, les résultats ou leur

facturation. Ils sont déclinés pour chaque A/F. Outre le programme IRIS (cf. ci-dessous) dont l'ampleur nécessite un traitement en matière de ressources et de suivi spécifique, ainsi qu'une mise en œuvre échelonnée au sein des différentes A/F, la plupart des objectifs de développement sont traités au niveau cantonal (réflexions sur les fonctions du support au sein du dispositif, sur les équipes au sein des CMS ou encore le développement d'indicateurs de la qualité des prestations).

Objectifs convenus par mandat entre le Conseil d'administration de l'AVASAD et les A/F

Deux objectifs majeurs de la période couverte par le présent audit font l'objet de mandats formels entre l'AVASAD et chaque A/F individuellement :

- 1) le déploiement du programme IRIS,
- 2) la maîtrise du taux de support global.

Le **programme IRIS** vise le déploiement d'un système d'information harmonisé dans l'ensemble des A/F (utilisation d'outils mobiles par le personnel d'aide et de soins et exploitation des données issues des clients et des évaluations à des fins de gestion et prospectives). Une première phase du projet concerne la mise en place des outils mobiles (comprenant le dossier informatisé du patient et permettant le recensement en temps réel des heures d'activités du personnel de terrain⁴²) et l'usage systématique d'un outil clinique d'évaluation des besoins d'un client (RAI-HC)⁴³.

IRIS (Intégration du RAI-HC et Information des Soins).

Cet ensemble de projets regroupe l'implémentation de la méthode *Resident Assessment Instrument-Home Care* (outil d'évaluation des besoins clients), l'introduction de l'application informatique *Med-Link* (déjà utilisée dans les soins à domicile des cantons de Genève, Neuchâtel et Tessin) et des outils mobiles (tablettes et smartphones), ainsi que l'harmonisation des processus de traitement de la demande dans tout le Canton.

La mise en œuvre de ces outils nécessite l'harmonisation des processus et rôles dans la prise en charge des clients (réception et accueil des demandes d'intervention, évaluation des besoins, élaboration du plan d'intervention, planification, conduite des interventions, réévaluation) au sein des différentes A/F. Une fois le programme opérationnel dans toutes les A/F, les données gérées par le système devraient permettre d'enrichir les informations sur les besoins de la population en matière d'aide et de soins à domicile afin d'alimenter le développement de la politique.

Afin de déterminer leurs engagements respectifs et réussir la mise en œuvre du projet IRIS dans le respect du calendrier validé par le Conseil d'administration, l'AVASAD, représentée par son

⁴² *Med Link* est une solution informatique intégrée de gestion de la prise en charge des clients dédiée au monde médico-social.

⁴³ Outil internationalement reconnu, le RAI permet de recueillir de façon standardisée des informations sur « l'état de santé médical, fonctionnel et social des personnes âgées ». Le module *Home Care* appliqué en Suisse permet une évaluation multidimensionnelle (cognition, incontinence urinaire, déshydratation, etc.) réalisée au domicile de la personne, fondement du plan d'intervention (Impact des soins à domicile sur la qualité de vie des personnes âgées fragiles et dépendantes vivant dans le canton de Vaud. Création d'un système d'indicateurs de résultats, Working paper de l'IDHEAP 18/2014, Vannay, D., déposé en décembre 2013).

Directeur général, et chaque A/F s'engagent par mandat à respecter les conditions de mise en œuvre prévues. Le déploiement du programme est réalisé de manière successive au sein des différentes A/F, de 2013 à 2015⁴⁴.

Pour une A/F, le **taux de support global** représente le ratio entre les heures consacrées aux activités de support, donc qui ne peuvent être facturées, et les prestations d'aide et de soins à domicile, pour la plupart facturables. Il est qualifié de « global », parce qu'il prend en considération les activités de l'ensemble du personnel d'une A/F⁴⁵.

En revanche, dans la gestion de l'AVASAD, différents niveaux de précision sont utilisés dans l'analyse des activités de support, en fonction du périmètre des collaborateurs considérés.

Taux de support global

Le taux de support représente le **ratio** entre les **heures de support** réalisées par l'ensemble du personnel d'une A/F (back-office, administratif, heures de déplacement pour délivrer les prestations, encadrement, etc.) et les **heures de prestations** d'aide et de soins à domicile.

En effet, le taux de support global intègre les heures d'activité du personnel dit « de terrain », c'est-à-dire personnel infirmier, auxiliaires de santé, ergothérapeutes, assistants sociaux, etc., qui délivrent les prestations aux clients. Il intègre également les heures réalisées par le personnel « non terrain », c'est-à-dire le personnel de direction, administratif et de soutien back-office des A/F.

Les activités d'administration générale et back-office sont par définition des heures de support. Elles sont calculées sur la base des dotations en personnel non terrain de l'A/F, c'est-à-dire sur le nombre d'heures de travail annuel que représente un emploi à un taux d'activité de 100%.

En revanche, les heures d'activité du personnel de terrain sont, pour la plupart, recensées selon un schéma de classification défini et relevées à l'aide d'outils de saisies. L'AVASAD dispose donc, pour le personnel de terrain, de bases de données détaillées des heures effectives consacrées à la fourniture des différentes prestations d'aide et des soins à domicile, à la coordination et planification des interventions, à la préparation du matériel de soins, à des tâches administratives ou encore aux déplacements. Ces données peuvent être analysées au filtre des différents groupes professionnels d'aide et de soins, de chaque A/F ou CMS. Les taux de support spécifiques associés aux différents groupes professionnels sont également utilisés dans la construction du budget des A/F.

Concrètement, en 2012, le taux de support global était, pour l'ensemble des A/F, de 120.6% ; cela signifie, en quelque sorte, qu'une **heure de travail délivrée « au chevet du patient » nécessitait une heure et douze minutes environ de travail additionnel aux collaborateurs des A/F dans leur ensemble**. Les différences entre les A/F étaient marquées : de 114.1% pour l'A/F ayant le taux le plus faible à 131.8% pour l'A/F ayant le taux de plus élevé (17.7 pts d'écart). L'écart moyen entre les sept A/F était de 4.3 pts.

⁴⁴ Lors de la période sous revue, le programme IRIS devait encore être mis en œuvre dans deux A/F.

⁴⁵ Dans son usage, son périmètre est harmonisé entre les A/F et il exclut certaines activités et catégories de personnel spécifiques, afin d'offrir une base de comparaison identique entre les A/F.

Fin 2012, afin de répondre aux décisions du Conseil d'Etat visant une économie de subvention par rapport à la croissance des activités, l'AVASAD a attribué des mandats triennaux à chaque A/F visant à mettre en œuvre des mesures d'efficacité. L'objectif fixé pour chaque A/F est un taux de support cible identique de 111.3% à atteindre sur 3 ans (fin 2015).

3 OBJECTIF ET APPROCHE D'AUDIT

La Cour des comptes s'est saisie elle-même du sujet de l'audit en raison de l'importance des besoins, actuels et à venir, en prestations d'aide et de soins à domicile de la population vaudoise. Huitante pourcent de ces prestations sont fournies par les CMS, c'est-à-dire les prestataires publics (plus de 1.7 millions d'heures de prestations en 2014). De manière correspondante, les besoins en financements publics de l'AVASAD sont en constante augmentation (près de CHF 200 millions en 2014).

3.1 L'OBJECTIF DE L'AUDIT

Par la loi, l'AVASAD est « chargée d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé à rester dans leur lieu de vie » (art. 2 LAVASAD). Concrètement l'AVASAD a en particulier pour mission d'assurer la fourniture de prestations d'aide et de soins « favorisant un maintien à domicile adéquat, de proximité, économique et de qualité », « en garantissant à la population un accès équitable aux prestations », tout en « contribuant à la maîtrise de l'évolution des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition ».

Son Conseil d'administration a notamment pour mission de « garantir la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile, selon les priorités définies par les autorités » et de « répondre de la bonne marche de l'AVASAD vis-à-vis de l'Etat, dans le respect des buts définis dans la LAVASAD ». Il est donc chargé de s'assurer de la coordination et du fonctionnement du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. Autrement dit, il doit s'assurer de l'alignement, la mise en cohérence et le contrôle des activités des différentes entités composant l'AVASAD, ainsi que l'utilisation optimale des ressources, dans l'atteinte des buts fixés par la LAVASAD, des priorités définies par la Convention de subvention pluriannuelle DSAS-AVASAD et les objectifs concrétisés dans son plan stratégique.

L'objectif de l'audit est de déterminer si l'AVASAD a mis en place une organisation, dispose d'un fonctionnement et exerce un pilotage lui permettant de s'assurer d'une mise en œuvre performante de la politique d'aide et de soins à domicile.

Pour ce faire, l'audit comprend les deux axes décrits ci-après.

AXE I : COORDINATION ET FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

La coordination efficace du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile doit en particulier assurer un accès équitable aux résidents vaudois aux mêmes prestations prescrites dans les différentes régions, ainsi qu'une affectation optimale des ressources au sein du dispositif dans la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. Dans le cadre de la structure et des compétences définies par la loi, l'AVASAD doit avoir conçu et mis en place une organisation et des principes de fonctionnement assurant une fourniture harmonisée des prestations, ainsi qu'un usage contrôlé des ressources au sein des sept A/F. De plus, son système de pilotage et l'allocation des ressources doit permettre de

soutenir l'atteinte des objectifs de développement ou opérationnel au sein du dispositif. Dans ce cadre, les compétences, rôles et responsabilités des différents organes doivent être clairement définis, les interactions concrètes entre les membres participant également à l'efficacité de la coordination du dispositif. Lors de la création de l'AVASAD en 2009, les problèmes constatés de l'OMSV faisaient d'ailleurs état d'un besoin de clarification dans la répartition des compétences et des responsabilités entre les acteurs institutionnels du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile, afin d'en améliorer la gouvernance et le pilotage.

L'ordonnement des compétences décisionnelles, les outils visant à harmoniser et renforcer le contrôle exercé sur les pratiques en matière de fourniture des prestations ou de gestion des ressources, les principes d'allocation des ressources, ainsi que les outils de développement et de mise en œuvre de la stratégie de l'AVASAD constituent les éléments clés de l'organisation et du fonctionnement du dispositif examinés par la Cour auprès de la Direction de l'AVASAD et de des directions des sept A/F.

L'AVASAD a-t-elle mis en place une organisation et dispose-t-elle d'un fonctionnement favorable à une coordination efficace du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile ?

L'examen de cet axe par la Cour s'appuie en premier lieu sur les éléments formels (structures, procédures, outils et instruments, etc.) mis en place au sein du dispositif. Puis, l'examen du fonctionnement effectif du dispositif est étayé par l'usage concret du taux de support global dans le dispositif : dans son pilotage comme objectif majeur de l'AVASAD au cours de la période sous revue (axe II) et par sa portée dans la construction du budget des A/F.

AXE II : PILOTAGE DU TAUX DE SUPPORT GLOBAL DE L'AVASAD

Afin de s'assurer d'une mise en œuvre performante de la politique d'aide et de soins à domicile, le Conseil d'administration de l'AVASAD doit piloter le dispositif, c'est-à-dire essentiellement définir et décliner les objectifs issus de sa stratégie au sein de l'AVASAD, suivre leur avancement et contrôler les résultats. Les axes du plan stratégique AVASAD 2012-2017 englobent les différentes dimensions de l'activité de l'AVASAD : qualité des services, fonctionnement de l'AVASAD, politiques ressources humaines, ressources financières ou partenariats dans le système socio-sanitaire, par exemple. Les objectifs majeurs identifiés issus de ces axes, portent sur différentes dimensions de la performance de l'AVASAD. En ce qui concerne la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile, ils sont orientés sur les *inputs* et processus, les résultats ou leur facturation.

Dans une première étape, l'équipe d'audit a examiné, auprès des différentes A/F, la concrétisation et déclinaison de ces objectifs, les actions concrètes réalisées et les effets constatés. Plus précisément les objectifs liés aux thématiques de l'absentéisme, des heures blanches (heures de prestation planifiées non effectuées), de l'implémentation du RAI, des outils mobiles et du déploiement d'IRIS dans son ensemble, du nombre d'intervenants par clients, du traitement des plaintes, de la qualité des prestations et de sa mesure, de la planification des

interventions et l'engagement des ressources correspondantes, de la facturation ou encore du taux de support ont été abordés auprès de chaque A/F.

La Cour a constaté diverses démarches en cours au sein des régions, visant à s'assurer et/ou améliorer les performances dans la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile. Toutefois, lors de la période couverte par l'audit, en raison d'un calendrier d'implémentation échelonné au sein des différentes A/F, ou souvent parce qu'elles sont trop récentes, la plupart des mesures prises ne déploient pas encore leurs effets, ou du moins pas encore avec la même maturité au sein de toutes les régions. De ce fait, **les données correspondantes n'offraient pas encore un recul suffisant à une évaluation rigoureuse et probante d'une démarche d'audit. C'est pourquoi, l'équipe d'audit a dû renoncer à certaines thématiques.**

Seuls les mandats triennaux de réduction du taux de support global offraient le recul suffisant et l'importance nécessaire en matière de performance au sein du dispositif, à l'examen de l'exercice du pilotage de l'AVASAD et de ses effets. Partant, il a été décidé par la Cour, avec l'adhésion de l'audit, que l'axe II de l'audit porterait sur **l'exercice du pilotage de la performance de l'AVASAD, à l'exemple du taux de support global.**

Le pilotage du taux de support global permet-il à l'AVASAD de s'assurer de manière efficace de l'atteinte des objectifs de performance fixés au sein du dispositif ?

En référence aux bonnes pratiques en matière de pilotage par objectifs, la Cour a examiné les éléments suivants :

a) définition et déclinaison des objectifs

Première étape du cycle de pilotage, une cascade d'objectifs cohérente doit être déclinée au sein du dispositif. Considérant l'AVASAD dans son ensemble et les 7 A/F, un accent particulier est mis sur la détermination des valeurs cibles et les décisions quant aux stratégies retenues afin d'atteindre les objectifs fixés. De plus, le taux de support, tel que défini dans les mandats triennaux attribués par le Conseil d'administration de l'AVASAD aux A/F est un indicateur global portant sur les activités de ces dernières. Afin de s'assurer d'un pilotage efficace de l'atteinte des objectifs, il est nécessaire d'identifier les actions concrètes des A/F ayant un impact sur les résultats, ainsi que les facteurs d'influences sur lesquels celles-ci n'ont pas prise.

b) suivi et monitoring des résultats des A/F

Seconde étape du cycle de pilotage, le suivi et *monitoring* des résultats doit se fonder sur une information suffisante, fiable et régulière. Les écarts doivent pouvoir être détectés et les mesures correctrices correspondantes identifiées.

c) évaluation des résultats des A/F

Dernière étape du cycle de pilotage, les résultats des A/F au regard des objectifs fixés doivent s'appuyer sur une évaluation objective. Cette dernière doit s'appuyer sur une information suffisante quant aux mesures prises. Les facteurs non maîtrisables par les A/F ayant une influence concrète sur le taux de support doivent également permettre d'apprécier les résultats atteints et d'adapter, si nécessaire, la valeur de l'objectif pour la période suivante.

d) résultats intermédiaires de l'AVASAD et des A/F

Afin d'identifier concrètement les forces ou éventuelles lacunes de l'exercice du pilotage du taux de support de l'AVASAD, la Cour a finalement examiné les résultats atteints par l'AVASAD et les A/F au 31.12.2014, au regard des objectifs de performance visés. Il s'agit de résultats intermédiaires dans la mesure où le terme des mandats triennaux attribués aux A/F est au 31.12.2015.

3.2 L'ÉTENDUE

L'audit a porté sur les moyens mis en œuvre par l'AVASAD afin de s'assurer de la performance du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. Par conséquent, l'audit n'a pas porté sur un examen direct de la performance des CMS dans la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile.

La Cour a notamment exclu du champ du présent audit la surveillance de l'AVASAD exercée par le DSAS. Finalement, les activités de santé scolaire, faisant l'objet d'une convention avec le SSP et de subventions spécifiques, sont exclues du périmètre de l'audit.

3.3 L'APPROCHE

La Cour a conduit ses travaux conformément à sa méthodologie et à son « *Code de déontologie et Directives relatives à la qualité des audits* ». Ceux-ci respectent les normes de contrôle de l'Organisation Internationale des Institutions Supérieures de Contrôle des Finances Publiques (INTOSAI).

L'équipe d'audit était composée de M. Frédéric Grognuz, magistrat responsable, de Mme Anne Weill-Lévy, magistrate suppléante, de M. Denys Neier, directeur d'audits et de M. Etienne Fivat, chef de mandats d'audit.

Les démarches menées pour cet audit en particulier sont présentées ci-dessous. Les informations récoltées proviennent de différentes sources.

LA COLLECTE ET L'ANALYSE DES INFORMATIONS

Les éléments probants constituant la base sur laquelle reposent les conclusions de l'audit ont été établis, en fonction des questions d'audit développées pour chacun de ses axes, dans le cadre des procédures suivantes :

➤ L'examen des principales lois applicables

- La base légale de référence est la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD), ainsi que son règlement d'application.

➤ **Les rapports publics et études publiées**

- Essentiellement, les rapports d'activité de l'AVASAD et des A/F.

➤ **Des entretiens avec les différentes parties concernées**

La Cour a rencontré, au cours d'une vingtaine d'entretiens ou de séances de travail :

- La Cheffe du SSP, le Chef du SASH, accompagnés de leurs collaboratrices et collaborateurs en charge de l'aide et des soins à domicile.
- Le Président du Conseil d'administration, le Directeur général, le Directeur général adjoint, le Directeur et les collaborateurs du service transversal *Tarifification, Administration et Finances* à plusieurs reprises, ainsi qu'en fonction des besoins, d'autres cadres de l'AVASAD (RH, stratégie, etc.).
- Les présidentes et présidents, directrices et directeurs des cinq associations et des deux fondations régionales, accompagnés, selon les A/F, de leurs responsables finances, RH ou prestations.

La plupart des entretiens a été mené selon des canevas prédéfinis. Les audités ont fourni de manière systématique, dans la mesure du possible, des documents permettant d'attester leurs dires et/ou de compléter les informations transmises lors des entretiens. Dans ce cadre, plus de 800 documents ont été remis à l'équipe d'audit.

➤ **L'examen de la documentation de l'audité**

Il s'agit principalement de la documentation suivante :

- Documents institutionnels de l'AVASAD et des A/F: règlement d'organisation, manuels techniques, cahiers des charges des membres du Comité de direction, statuts des A/F, etc.
- Documents stratégiques et d'activités de l'AVASAD et des A/F : convention pluriannuelles DSAS-AVASAD et avenants, plan stratégique et documents d'analyse (analyse SWOT⁴⁶, rapport d'élaboration, etc.), mandats IRIS et documents de suivi ou d'évaluation dans les A/F, revues de direction (suivi des objectifs prioritaires, tableaux de bords, rapports thématiques portant sur la facturation ou les fonctions de support par exemple, etc.), matrice des responsabilités, etc.
- De manière systématique, les procès-verbaux 2010-2014 de l'Assemblée des délégués, du Conseil d'administration, du Comité de direction de l'AVASAD, ainsi que les documents stratégiques d'accompagnement. De manière ciblée, les procès-verbaux des commissions du Conseil d'administration AVASAD, des Comités de direction et des Assemblées générales des A/F.
- En ce qui concerne le taux de support en particulier : mandats triennaux portant sur le taux de support, présentation des comptes, directives budgétaires, procès-verbaux budgétaires, *reporting* trimestriel, analyse des potentiels d'amélioration, courriers et courriels entre les organes centraux de l'AVASAD et les directions des A/F, etc.

⁴⁶ *Strengths* (forces), *Weaknesses* (faiblesses), *Opportunities* (opportunités), *Threats* (menaces).

➤ **L'examen d'un échantillon**

Un certain nombre d'analyses ciblées en lien avec le taux de support ont été réalisées en coopération avec le *Service Tarification, Administration et Finances* de l'AVASAD.

LES CONCLUSIONS ET LE RAPPORT

Une fois la collecte et l'analyse des informations probantes finalisées, les constats et recommandations ont été formulés dans une démarche qui se veut constructive afin d'amener une valeur ajoutée.

La Cour formule les réserves d'usage pour le cas où des documents, des éléments ou des faits ne lui auraient pas été communiqués, ou l'auraient été de manière incomplète ou inappropriée, éléments qui auraient pu avoir pour conséquence des constatations et/ou des recommandations inadéquates.

Le processus a été ensuite celui appliqué à tous les audits de la Cour. La séance de clôture qui s'est tenue le 14 décembre 2015 a permis de restituer les conclusions de l'audit et de présenter les recommandations au Président du Conseil d'administration, ainsi qu'au Directeur général de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile.

Le projet de rapport a été approuvé par la Cour le 3 mars 2016, puis adressé au Président du Conseil d'administration le 4 mars 2016, afin que l'AVASAD puisse formuler ses remarques (délai de 21 jours). Ces remarques sont reproduites page 70 et suivante du présent rapport.

La Cour délibérant en séance plénière en date du 6 avril 2016 a adopté le présent rapport public en présence de Madame Eliane Rey, Présidente, Madame Anne Weill-Lévy, Vice-présidente, ainsi que Monsieur Frédéric Grognez, Vice-président.

La Cour rappelle que le présent rapport est destiné à analyser une situation et à informer le public. Il ne saurait interférer ou se substituer à des enquêtes administratives ou pénales.

4 RÉSULTATS DE L'AUDIT

4.1 AXE I : COORDINATION ET FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

4.1.1 ORDONNANCEMENT DES COMPÉTENCES DÉCISIONNELLES AU SEIN DU DISPOSITIF

Conformément à l'article 12 LAVASAD, le Conseil d'administration de l'AVASAD a élaboré en 2010 son règlement d'organisation. Alors que la LAVASAD définit la composition et les compétences générales des membres⁴⁷ et organes⁴⁸ de l'AVASAD, ce règlement définit de manière détaillée la composition, les missions, les rôles et responsabilités, les relations de subordination et les principaux modes de fonctionnement des organes dirigeants du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. Il précise en particulier la répartition des compétences stratégiques et opérationnelles au sein du dispositif, en ce qui concerne la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile, la conduite et gestion générale, ou encore l'élaboration et la concrétisation de la stratégie de l'AVASAD.

Bien que juridiquement autonomes, les A/F sont intégrées dans l'AVASAD en ce qui concerne les missions définies par la LAVASAD. Dès lors, les rôles, compétences et modes de fonctionnement en lien avec l'AVASAD des comités de direction et assemblées générales des associations régionales ou conseils des fondations régionales sont également précisés dans le règlement. Pour le reste, leurs rôles, compétences et modes de fonctionnement sont décrits dans leurs statuts respectifs. Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile, les rôles et compétences des différentes A/F sont définies de manière identique. Les statuts de toutes les A/F ont été adaptés en conséquence, et condition *sine qua non*, reprennent la mission générale de l'AVASAD afin de répondre à l'exigence de l'art. 4, al. 4 LAVASAD⁴⁹.

Leurs directeurs sont alors soumis à une double hiérarchie fonctionnelle :

- 1) le Directeur général AVASAD en ce qui concerne la mise en œuvre de la politique cantonale d'aide et de soins à domicile et le fonctionnement cantonal,
- 2) le Président de l'A/F en ce qui concerne les aspects régionaux qui relèvent des statuts des A/F⁵⁰, les présidents étant eux-mêmes membres du Conseil d'administration de l'AVASAD.

Le supérieur hiérarchique administratif et contractuel des directeurs des A/F est le Directeur général de l'AVASAD, lui-même subordonné au Conseil d'administration. Les cahiers des charges

⁴⁷ Les sept A/F.

⁴⁸ Assemblée des délégués, Conseil d'administration, Comité de direction et organe de contrôle.

⁴⁹ L'organigramme de fonctionnement de l'AVASAD est présenté en annexe III.

⁵⁰ L'engagement du personnel de l'A/F et des CMS de la région notamment.

des directeurs des différentes A/F sont harmonisés. Ils sont validés par le Conseil d'administration de l'AVASAD.

Le règlement prévoit, en particulier, que le Conseil d'administration assure la conduite globale et stratégique de l'AVASAD, définisse et gère les moyens pour y parvenir. Le Comité de Direction contribue à la déclinaison des décisions stratégiques du Conseil d'administration en décisions opérationnelles globales, puis régionales. Les directeurs régionaux inscrivent l'orientation de leur A/F dans la perspective stratégique de l'AVASAD. En outre, ils dirigent les A/F conformément aux décisions prises au sein du Comité de direction et par le Conseil d'administration. Les comités de direction des A/F supervisent et soutiennent leur directeur dans la gestion de l'A/F, notamment dans l'élaboration du budget. Ils définissent également les activités spécifiques de l'A/F, ainsi que leurs modes de financement.

La Direction générale de l'AVASAD propose les orientations globales et stratégiques de l'AVASAD au Conseil d'administration, puis pilote les activités opérationnelles du dispositif, c'est-à-dire, en suit la concrétisation des objectifs fixés par le Conseil d'administration et en contrôle les résultats. Elle s'assure également de l'utilisation optimale des ressources au sein du dispositif. Les services transversaux soutiennent les activités des organes de l'AVASAD par leur expertise métier. Ils s'assurent également du respect des principes de fonctionnement définis par le Conseil d'administration au sein du dispositif⁵¹.

Les critères d'analyse utilisés par l'équipe d'audit se fondent sur la cohérence de la répartition des compétences décisionnelles entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. La cohérence est appréciée au regard des différentes dimensions des chaînes de mise en œuvre de la politique ASD et de gestion des ressources présentées ci-dessous.

4.1.1.1 ORDONNANCEMENT DES COMPÉTENCES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

De la définition de la politique à la fourniture concrète des prestations aux clients par le personnel de terrain des CMS, la chaîne de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile comporte plusieurs étapes séquentielles. Les compétences relatives à ces différentes étapes sont propres aux acteurs concernés : le Conseil d'Etat et les communes, le DSAS, les différents organes de l'AVASAD, les A/F et CMS.

Figure 3 : Chaîne décisionnelle de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile



Source : Cour des comptes⁵²

⁵¹ Les missions et compétences principales des différents organes dirigeants dans le fonctionnement du dispositif cantonal, ainsi que leurs relations de subordination sont décrites dans l'annexe II.

⁵² Inspiré de Verhoest, K., Roness, P., Verschuere, B., Rubecksen, K. & M. MacCarthaigh (2010). *Autonomy and control of State agencies : comparing states and agencies*, Hampshire, Palgrave Macmillan Ltd.

Allant « du général au particulier » (de la définition de la politique aux décisions relatives à la prise en charge concrète d'un bénéficiaire), les principes élaborés lors d'une étape devraient délimiter les possibilités de décision à l'étape suivante afin d'assurer la cohérence de la chaîne décisionnelle. La coordination de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile entre les différentes parties concernées nécessite donc de s'assurer d'un « cadrage » suffisant des décisions prises à chaque étape, afin qu'en fin de chaîne, les prestations et services délivrés aux bénéficiaires (*outputs*) par les CMS soient conformes aux visées de la politique d'aide et de soins définies en amont.

Par exemple, dans la mesure où la politique cantonale vise à prendre en charge toute personne dépendante ou atteinte dans sa santé, cette obligation doit être entérinée dans une loi, directive, ou charte dans le cas présent, exerçant un contrôle *ex ante*, c'est-à-dire en limitant *a priori* le pouvoir de décision d'un CMS lors de la prise en charge concrète d'un client : le CMS ne doit pas être en mesure de pouvoir décider de prendre en charge ou non un résident vaudois, ou de renoncer à certaines prestations, en fonction de critères qui ne seraient pas conformes à son obligation de prise en charge.

La répartition effective des compétences entre les différents acteurs et les instruments exerçant un contrôle *ex ante* sur celles-ci, au regard des étapes de la chaîne de mise en œuvre de la politique, sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Ordonnancement des compétences dans la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile

| Compétences générales | Instances décisionnelles | Cadre de référence principal |
|--|---|---|
| 1 Détermination des effets sociaux et groupes cibles visés par la politique ASD | Conseil d'Etat, en concertation avec les communes vaudoises. | LAVASAD, LAPRAMS, Charte des CMS, convention pluriannuelle DSAS-AVASAD |
| 2 Détermination des prestations et services d'aide et de soins à domicile | Prestations : DSAS, Conseil d'administration de l'AVASAD subsidiairement. Tarifs : Confédération, Conseil d'Etat et DSAS, Conseil d'administration de l'AVASAD subsidiairement. ^{53 54} | Convention pluriannuelle, Charte des CMS (prestations). LAMal, LAPRAMS (tarifs). |
| 3 Détermination de la qualité et quantité de prestations à fournir | DSAS, en concertation avec le Conseil d'administration de l'AVASAD. | Charte des CMS, Convention pluriannuelle, avenant annuel à la convention pluriannuelle. |
| 4 Détermination des méthodes et outils des prestations ASD | Conseil d'administration de l'AVASAD, en accord avec le DSAS. | Charte des CMS, Convention pluriannuelle, plan stratégique, mandat IRIS (RAI-HC). |
| 5 Détermination des processus à conduire et procédures à suivre dans la fourniture des prestations ASD | Conseil d'administration de l'AVASAD en ce qui concerne les principes généraux de prise en charge, A/F dans l'organisation et l'exécution concrète de la prise en charge. | Charte des CMS, mandat IRIS. |

⁵³ A l'exception de la facturation des repas qui dépend des A/F, mais pouvant faire l'objet d'une aide individuelle financière conformément aux directives du DSAS.

⁵⁴ Un tarif horaire unique et fixé pour les prestations d'aide au ménage et d'aide à la famille, ainsi que pour les veilles et présences. Le prix unitaire des repas à domicile peut différer selon les A/F, en fonction du fournisseur.

1. Détermination des effets sociaux et groupes cibles visés par la politique d'aide et de soins à domicile

Les bénéficiaires de l'aide et de soins à domicile sont déterminés par la LAVASAD⁵⁵. Validée par le Conseil d'Etat en 2011, la Charte des CMS entérine, dans sa mission d'intérêt public, l'obligation de prise en charge. Par conséquent, conformément aux orientations de la politique définie par l'Etat et les communes, ni l'AVASAD, ni les A/F individuellement, ni les CMS ne peuvent choisir leurs clients.

Le positionnement, les priorités et les effets sociaux visés sont définis par les rapports sur la politique sanitaire 2013-2017, la politique vieillissement et santé ou encore le plan de législature 2012-2017 du Conseil d'Etat. Dans ce cadre, le Conseil d'administration de l'AVASAD propose, au Conseil d'Etat et aux communes, son programme pour le domaine de l'aide et des soins à domicile. Les groupes de prestations, leurs visées de développement, ainsi que leur cadre et conditions d'octroi sont précisés en conséquence dans la convention pluriannuelle DSAS-AVASAD⁵⁶.

2. Détermination des prestations et services d'aide et de soins à domicile

Pour l'ensemble de l'AVASAD, les prestations d'aide et de soins à domicile subventionnées sont définies dans le *panier des prestations* de la convention pluriannuelle DSAS-AVASAD. Le champ d'intervention (fourniture quotidienne des soins requis de 7h00 à 21h00, 7 jours sur 7, prestations à délivrer la nuit, rapidité de la prise en charge) est également déterminé dans la convention pluriannuelle. Les limites des interventions (technicité, risque pour l'intégrité physique ou mentale des intervenants, etc.) sont fixées par la Charte des CMS⁵⁷.

Le développement des prestations ou de nouvelles prestations peut être prévu par les mandats spécifiques de la convention pluriannuelle DSAS-AVASAD. Le Conseil d'administration peut également décider de proposer des activités ne relevant pas directement de la politique d'aide et de soins à domicile.

Les tarifs des prestations sont fixés respectivement par la LAMal pour les prestations de soins⁵⁸, conformément à la LAPRAMS pour les prestations d'aide fournies aux personnes recourant à l'action médico-sociale⁵⁹. Si ce n'est pas le cas, les tarifs peuvent être fixés par le Conseil

⁵⁵ Art. 2 LAVASAD.

⁵⁶ Convention 2013-2017 entre l'AVASAD et le DSAS, représenté par SSP et SASH : aide et soins à domicile, promotion de la santé, prévention petite enfance et prévention primaire renforcée.

⁵⁷ Lorsque la sécurité du client et de son entourage, ou alors l'intégrité des collaborateurs, ne sont plus assurées, si la technicité des soins dépasse les compétences et ressources du CMS, ou également si le client refuse l'accès aux documents nécessaires à l'intervention du CMS. Les suspensions ou limites d'intervention doivent être validées auprès de la direction de l'A/F concerné et par l'AVASAD auprès d'une commission interne de surveillance. Des voies de recours, ainsi que des mesures temporaires minimales sont prévues.

⁵⁸ Les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins (soins infirmiers, soins de base, etc.) sont facturées conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et à ses dispositions d'application, en particulier l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS 7). La LAMal définit les prestations, les tarifs de celles-ci, ainsi que les activités considérées dans la fourniture de la prestation pouvant être facturées.

⁵⁹ Les prestations d'aide et sociales (ménage, repas, etc.), si elles sont fournies à des bénéficiaires des régimes sociaux, sont facturées conformément aux règles de la loi sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et de ses dispositions d'application. C'est-à-dire que le coût des prestations à charge du bénéficiaire peut être réduit en fonction des ressources de celui-ci. Si elles sont fournies à des personnes ne bénéficiant pas des régimes sociaux, elles sont facturées conformément aux règles et au tarif fixés par le Conseil d'administration. Le

d'administration de l'AVASAD. A l'exception des repas à domicile, les A/F individuellement ne peuvent facturer différemment les prestations relevant de la politique publique d'aide et de soins à domicile.

3. Détermination de la qualité et quantité des prestations ASD à délivrer

La fourniture des prestations de soins sont soumises aux prescriptions légales en matière de qualifications requises des professionnels de la santé et des soins. Cet engagement de conformité est rappelé dans la convention pluriannuelle DSAS-AVASAD. Condition rappelée dans la Charte des CMS, la délivrance de prestations de soins est soumise à un avis médical (médecin traitant désigné par le client). En outre, il est prévu dans la convention pluriannuelle que l'AVASAD développe en collaboration avec le DSAS des indicateurs de qualité de la prise en charge.

Les prestations de base (*panier des prestations*) sont quantifiées, pour l'ensemble de l'AVASAD, dans les avenants annuels. Pour autant, cette quantification ne doit pas être considérée comme un objectif à atteindre, déterminé *ex ante*. Conformément à l'obligation de prise en charge, la quantité de prestations délivrées dépend des besoins effectifs de la population vaudoise. En ce sens, ni le DSAS, ni l'AVASAD, ni les A/F individuellement ne peuvent fixer *a priori* la quantité de prestations. S'appuyant sur des projections, la quantification des prestations *a priori* sert de base à l'attribution de la subvention par l'Etat et les communes à l'AVASAD, respectivement à la détermination des enveloppes des A/F, par l'AVASAD⁶⁰.

4. Choix des méthodes et outils dans la fourniture des prestations ASD

D'une manière générale, la Charte des CMS précise les conditions d'intervention, en particulier les droits et devoirs des clients⁶¹. De plus, certains principes généraux et outils à appliquer dans la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile sont précisés dans la convention pluriannuelle passée avec le DSAS (en ce qui concerne le dossier du client, la protection des données, etc.), en particulier l'évaluation des prestations de soins.

Conformément au plan stratégique validé par le Conseil d'administration de l'AVASAD, ainsi qu'aux conventions de mandats de mise en œuvre du programme IRIS passées entre l'AVASAD et les A/F, l'usage du RAI-Home Care doit être systématique dans la prise en charge des clients par les CMS. Dès lors, si les CMS sont en charge de la fourniture des prestations d'aide et des soins à domicile, par le déploiement du programme IRIS au sein de l'ensemble des A/F, les besoins et prestations correspondantes seront déterminés par une grille d'analyse uniforme sur le territoire vaudois.

montant des aides financières accordées, respectivement des tarifs dégressifs pour certaines prestations d'aide (repas à domicile par exemple), sont déterminés par le DSAS.

⁶⁰ Cf. section 4.1.2.

⁶¹ Les prestations s'inscrivent dans une relation contractuelle, le processus d'intervention conférant non seulement des droits, mais également des devoirs au client : une annulation de la part du client sans respecter les délais prévu, par exemple, engendre des frais à sa charge. En outre, lorsque le comportement d'un client (agressivité, exigences trop élevées ou refus systématique de collaborer, par exemple) nécessite la mise en place de mesures particulières (intervention à plusieurs personnes au lieu d'une seule, par exemple) et engendre ainsi des frais additionnels, ceux-ci peuvent être portés à la charge de celui-ci.

5. Processus à conduire et procédures à suivre dans la fourniture des prestations ASD

La Charte des CMS définit la procédure de prise en charge d'un client⁶² (avis médical, principes contractuels, intégration des proches, etc.), ainsi que la procédure de traitement des plaintes et des voies de recours. En revanche, chaque A/F est compétente dans l'organisation de la fourniture des prestations par ses CMS (réception de la demande, planification, gestion du dossier du client, etc.). Néanmoins, le déploiement du programme IRIS nécessite une harmonisation des processus de traitement de la demande⁶³ au sein de chaque A/F. La mise en œuvre du programme IRIS devrait également tendre vers une harmonisation de l'organisation et des pratiques de prise en charge, ainsi que des processus métiers des CMS.

Des démarches d'harmonisation des conditions d'octroi des prestations renforçant la chaîne de mise en œuvre de la politique ASD

Sans se prononcer sur leur application et usage effectifs par chaque A/F, la Cour a pris connaissance des différents outils et démarches mises en œuvre visant à renforcer le respect des principes d'accessibilité et d'équité des prestations d'aide et de soins à domicile sur le territoire vaudois. La Cour constate en particulier l'harmonisation des conditions de prise en charge : l'élaboration de la *Charte des CMS*, ainsi que la mise en œuvre, encore en cours lors de la période sous revue, de l'usage systématique d'un outil d'évaluation clinique commun à l'ensemble des CMS.

4.1.1.2 ORDONNANCEMENT DES COMPÉTENCES DANS LA GESTION DES RESSOURCES

De manière complémentaire à l'analyse du référentiel précisant et délimitant les compétences décisionnelles en matière de fourniture des prestations ASD, c'est-à-dire les « outputs » de la mise en œuvre de la politique, l'analyse présentée dans cette section se concentre sur le cadre normatif, principes de fonctionnement et outils précisant ou délimitant les compétences décisionnelles de l'AVASAD et des A/F dans la gestion des ressources, c'est-à-dire les *inputs*⁶⁴.

Figure 4 : Chaîne décisionnelle dans la gestion des ressources



Source : Cour des comptes⁶⁵

L'ordonnement des compétences dans la gestion des ressources de l'AVASAD et des A/F est synthétisé dans le tableau ci-dessous.

⁶² Le plan et les conditions d'intervention sont définis conjointement entre les collaborateurs du CMS et le client ; les proches y sont également associés.

⁶³ Réception et accueil des demandes d'intervention, évaluation des besoins, élaboration du plan d'intervention, planification, conduite des interventions, réévaluation.

⁶⁴ Pour autant, l'audit ne porte pas, et la Cour ne se positionne pas, sur l'économicité de ces ressources.

⁶⁵ Inspiré de Verhoest, K., Roness, P., Verschuere, B., Rubecksen, K. & M. MacCarthaigh (2010). *Autonomy and control of State agencies : comparing states and agencies*, Hampshire, Palgrave Macmillan Ltd.

Tableau 5 : Ordonnancement des compétences dans la gestion des ressources de l'AVASAD et des A/F

| Compétences générales | Instances décisionnelles | Cadre de référence principal |
|-------------------------------|---|--|
| 1 Principes de fonctionnement | Conseil d'administration de l'AVASAD | LAVASAD CCT SAN |
| 2 Gestion opérationnelle | Comités et directions régionales des différentes associations ou fondations ⁶⁶ . | Manuel des règles administratives et financières Directives budgétaires émises par les Services transversaux de l'AVASAD Outils d'application harmonisée de la CCT SAN |

1. Détermination des principes de fonctionnement

L'article 11 LAVASAD prévoit que le Conseil d'administration arrête les principes de fonctionnement de l'AVASAD et des A/F, notamment en matière d'allocation des ressources et de gestion financière et ressources humaines (conditions de travail, prévoyance professionnelle, formation, notamment).

En ce qui concerne les conditions d'emploi, l'article 27 LAVASAD stipule qu'en l'absence de convention collective de travail de force obligatoire, le Conseil d'Etat peut poser des exigences en matière de conditions d'engagement et de travail pour l'ensemble du personnel travaillant au sein de l'AVASAD et des A/F. L'AVASAD applique la Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT SAN), définissant les conditions d'emploi, en particulier les fonctions et l'échelle des salaires associées s'appliquant aux collaborateurs de l'AVASAD et des A/F⁶⁷.

Afin d'harmoniser les pratiques administratives des A/F, les services transversaux de l'AVASAD ont élaboré un *manuel des règles administratives et financières* de 239 pages, validé par le Conseil d'administration le 1^{er} novembre 2011. Ce document concerne les méthodes comptables, la gestion de la trésorerie, de la facturation et des débiteurs, de la TVA, des autres actifs, les achats et fournisseurs, la rémunération du personnel, les dons et cotisations des membres, l'élaboration du budget, le suivi budgétaire, le bouclage des comptes, les compétences d'engagement des dépenses et règles de signature, l'archivage, le système d'information et les assurances. Le manuel de règles administratives et financières précise respectivement les compétences des A/F dans le cadre des règles édictées, ainsi que les engagements devant faire l'objet d'une validation préalable des organes dirigeants de l'AVASAD (changement de locaux, par exemple).

2. Gestion opérationnelle

Dans le respect du cadre fixé par le Conseil d'administration, en particulier de la CCT SAN, du manuel des règles administratives et financières et des directives budgétaires émises par les services transversaux de l'AVASAD, chaque A/F gère son budget, engage le personnel de sa

⁶⁶ Direction générale de l'AVASAD en ce qui concerne *AVASAD pilotage et services*.

⁶⁷ A l'exception de certains cadres supérieurs.

région et engage ses ressources afin de garantir la fourniture des prestations définies (art. 5 LAVASAD).

En ce qui concerne la rémunération des collaborateurs, afin d'harmoniser les règles de fixation du salaire à l'engagement sur tout le dispositif, le *Service Ressources Humaines et Formation* de l'AVASAD a notamment développé en 2012 un outil informatique commun permettant de sécuriser le calcul selon les règles définies. Mis à disposition de toutes les A/F, son utilisation est systématique depuis 2013. Au 30.09.2014, l'écart-moyen du salaire horaire moyen du personnel de terrain des différentes A/F est de 79 centimes (1.8%), et l'écart maximal entre deux A/F, de CHF 2.01 (4.7%).

Des outils d'harmonisation des pratiques administratives et de rémunération

Sans se prononcer sur leur application et usage effectifs par chaque A/F, la Cour a pris connaissance des différents outils développés et implémentés par l'AVASAD visant une harmonisation des pratiques administratives et financières, ou un renforcement d'une application harmonisée des principes de fonctionnement arrêtés par le Conseil d'administration, conformément aux dispositions de la LAVASAD.

La Cour relève en particulier l'élaboration du manuel des règles administratives et financières, couvrant de manière étendue les pratiques administratives et financières de l'AVASAD. La Cour constate également le développement d'outils de soutien à la gestion opérationnelle des ressources humaines, en ce qui concerne la rémunération du personnel, développés et mis en œuvre à partir de 2012 et renforçant une application uniforme de la Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois au sein du dispositif d'aide et de soins à domicile.

4.1.2 ALLOCATION DES RESSOURCES AU SEIN DU DISPOSITIF

La projection du volume des différentes prestations est au cœur de la construction budgétaire de l'AVASAD. De ces projections découlent l'estimation des charges salariales, environ 80% des charges d'exploitation de l'AVASAD, et des recettes. Selon les dispositions de la LAVASAD, le budget est établi en deux temps (art. 23 LAVASAD)⁶⁸ :

- 1) sur la base des informations transmises par le DSAS et chaque A/F, l'AVASAD établit un budget provisoire et le transmet au DSAS ;
- 2) une fois connu le montant de la contribution de l'Etat et des communes, l'AVASAD établit un budget définitif. L'AVASAD communique à chaque A/F le montant qui lui est attribué.

⁶⁸ Les informations nécessaires à la détermination de la contribution de l'Etat et des communes sont transmises par le Conseil d'administration au DSAS (art. 10 RLAVASAD). La subvention de l'Etat de Vaud est calculée par différence entre les facturations, prélèvements et subventions de tiers notamment générés par chaque membre de l'AVASAD, les dons et les dépenses admises dans le cadre du budget accordé. La participation des communes est calculée par le service financier de l'AVASAD, selon le principe de la capitation (montant par habitant). Le nombre d'habitants pris en compte pour la facturation aux communes est déterminé à partir de la liste des communes, publiée par *Stat Vaud* au 31/12/N-2 (N correspond à l'exercice en cours).

Le taux de support, élément central dans la construction des budgets des A/F...

Dans les faits, les A/F soumettent aux services transversaux de l'AVASAD l'estimation des besoins à venir en prestations d'aide et soins à domicile⁶⁹ dans leurs régions respectives.

La matérialisation des besoins et les ressources correspondantes sont analysées par les services transversaux de l'AVASAD. Les estimations sont validées ou adaptées.

Sur cette base, sont déterminées les forces de travail nécessaires à la réalisation des activités. Elément central du budget, les besoins en personnel sont calculés comme une charge variable liée aux prestations. En effet, les volumes en heures de chaque groupe de prestations sont traduits en heures des différents groupes de personnel de terrain correspondants.

En fonction de la structure des prestations de chaque A/F (volumes respectifs des différents types de prestations) sont ajoutés les taux de support effectifs des différents

groupes professionnels (le taux de support associé aux soins infirmier est plus élevé que le taux de support associé aux prestations d'aide, par exemple). Sont ensuite ajoutés les besoins en personnel de soutien, administration générale et back-office de l'A/F. Les dotations en personnel d'administration générale et back-office sont limitées par le taux de support global fixé.

Le volume total d'heures calculé, majoré du taux d'absentéisme moyen, est traduit en équivalents temps plein, puis en francs sur la base des salaires effectifs moyens des différentes catégories de personnel de chaque A/F. Des besoins spécifiques complémentaires en personnel peuvent également être considérés, puis les charges de fonctionnement de chaque A/F (loyer, repas, déplacement, frais administratifs divers, etc.) sont ajoutées à la proposition de budget.

La proposition de budget consolidé de l'AVASAD intègre les budgets des 7 A/F, ainsi que les ressources des organes centraux de l'AVASAD, ressources négociées avec le DSAS en fonction des besoins spécifiques. Le taux de support global inscrit au budget global de l'AVASAD ne prend donc pas en considération les ressources en personnel des services transversaux de l'AVASAD.

Calcul des dépenses pour chaque A/F :

- Détermination des activités à délivrer (prévisions des volumes des différentes prestations par région)
 - Répartition des prestations entre les groupes professionnels
 - Ajout des heures de support, sur base du taux par métier
 - Ajout du personnel de support terrain (responsable de centre, responsable opérationnel, etc.)
 - Ajout du personnel non terrain (finances, direction A/F, etc.)
 - Ajout des charges de fonctionnement (loyer, repas, déplacement, frais administratifs divers, etc.)
- Dans les limites du taux de support global fixé

Calcul des revenus par A/F :

- Calcul des revenus attendus des prestations
- Identification des revenus spécifiques

⁶⁹ Essentiellement sur la base, 1) de l'évolution du nombre d'habitants et leur âge (selon les projections établies par *Stat Vaud*), 2) de l'évolution de la consommation des prestations, mesurées par le taux de recours et d'autre part par la durée des prestations (les activités par classe d'âge), 3) des connaissances terrain des A/F.

La proposition de budget est soumise aux commissions des finances, respectivement du Conseil d'administration et de l'Assemblée des délégués. Le budget consolidé est ensuite négocié par la Direction de l'AVASAD avec le DSAS. Les montants des subventions respectives de l'Etat de Vaud et des communes sont calculés selon les règles de répartition en vigueur⁷⁰. Autrement dit, la part communale dépend strictement de la négociation cantonale. Une fois les subventions adoptées par le Grand Conseil, l'AVASAD détermine les enveloppes définitives attribuées aux différentes A/F. La Direction générale effectue les arbitrages ; ceux-ci sont consignés dans un *procès-verbal* présentant l'enveloppe budgétaire de chaque A/F. Conformément à l'art. 8 LAVASAD, le budget est soumis pour adoption à l'Assemblée des délégués. Selon leur statut respectif, l'assemblée générale de chaque A/F *approuve, ratifie ou prend connaissance* du budget définitif de son A/F.

... adapté à la situation de chaque A/F

Lors de la réalisation de l'audit, le taux de support global inscrit au budget de chaque A/F lui est propre. Comme présenté plus haut⁷¹, dans la mesure où les différences entre les A/F étaient marquées en 2012, de 114.1% à 131.8%, les efforts correspondants pour atteindre un taux de support identique de 111.3% à 3 ans sont répartis progressivement et proportionnellement dans le temps.

De plus, au cours de la période sous revue, les taux de support cibles des différents A/F sont également adaptés, chaque année, en fonction de leurs résultats et situations effectives au moment de l'élaboration du pré-budget. Les budgets 2015 des A/F sont d'ailleurs construits sur des taux de support globaux compris entre 108.6% et 122.5%, selon la région.

De ce fait, les moyens financiers et adaptations aux taux de support global apportées aux régions ayant des difficultés à atteindre les valeurs cibles peuvent créer un sentiment d'iniquité auprès des A/F atteignant leurs objectifs et dont les budgets sont pour certaines fixés en dessous du taux de support cible du mandat triennal. En particulier, au regard des entretiens menés dans les régions, les raisons justifiant les différences de traitement entre les A/F ne sont pas perçues comme transparentes au sein du dispositif.

4.1.3 DÉVELOPPEMENT ET MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE L'AVASAD

Depuis 2012, la stratégie globale de l'AVASAD est formalisée et déclinée dans un plan stratégique. Celui-ci porte sur la période 2012-2017. Adopté par le Conseil d'administration sur la base des propositions de la Direction générale et du Comité de direction de l'AVASAD, l'élaboration des 6 axes institutionnels, ainsi que les orientations et objectifs retenus ont intégré une analyse de risques, y compris l'évaluation de leur criticité.

Une élaboration et concrétisation intégrée de la stratégie de l'AVASAD

L'AVASAD a constitué des structures de coordination, bureaux stratégiques et plateformes techniques, de sorte à renforcer l'intégration dans le dispositif de la concrétisation *top down* des objectifs issus du plan stratégique d'une part, et l'expression des besoins issus du terrain d'autre part.

⁷⁰ Cf. section 2.2.2.2.

⁷¹ Cf. section 2.3.2.

Afin d'assurer un appui à la Direction générale dans l'élaboration des propositions relatives à la stratégie de l'AVASAD et d'assurer la coordination des six axes correspondants du plan stratégiques, six *bureaux stratégiques*, placés sous la responsabilité d'au moins un directeur d'A/F et un directeur de service transversal ont été constitués^{72 73}.

Les *bureaux stratégiques* s'appuient eux-même sur les travaux des *plateformes*⁷⁴, forces de proposition « métier », composées d'au moins un représentant métier issu de chaque A/F. Ces *plateformes* ont pour visées, notamment, de faciliter l'application des décisions sur le terrain, d'harmoniser les pratiques ou d'anticiper et identifier les problématiques du terrain.

Mise en œuvre des objectifs du plan stratégique : état des lieux

Au cours de la période sous revue, dans le cadre de son plan stratégique 2012-2017, l'AVASAD a défini une douzaine d'objectifs majeurs, répondants aux différents axes du plan stratégique. La plupart sont des objectifs de gestion déclinés pour chaque A/F. A l'exception de l'implémentation du programme IRIS dont l'ampleur nécessite un traitement en matière de ressources et de suivi *ad hoc*, la plupart des objectifs de développement sont traités au niveau cantonal (réflexions sur les fonctions du support au sein du dispositif, sur les équipes au sein des CMS ou encore le développement d'indicateurs de la qualité des prestations).

Les objectifs recensés portant sur la fourniture des prestations sont suivis de manière régulière par le Comité de direction et le Conseil d'administration de l'AVASAD, sur la base d'indicateurs au sein de chaque A/F. Ils visent à améliorer tant l'engagement des ressources, les processus et la fourniture des prestations que l'acquisition des revenus.

⁷² Mise en cohérence des cahiers des charges des bureaux stratégiques et des plateformes avec les axes du plan stratégiques, Conseil d'administration du 26.08.2014.

⁷³ Offre de l'AVASAD et politique structurelle et organisationnelle, politique de développement des compétences et des conditions de travail, politique du système d'information, politique de développement de la gestion et des ressources financières, par exemple.

⁷⁴ Prestations, RH, finances, etc.

Tableau 6 : Objectifs principaux 2014-2015 portant sur la fourniture des prestations

| Objectif | Focus | Indicateurs et état d'avancement |
|--|----------------------------------|---|
| Agir sur le taux d'absentéisme | Ressources (inputs) | Mise en production d'un outil de suivi des absences, stabilisation des indicateurs, formations des cadres au management des absences. |
| Maîtriser le taux de support | Ressources (inputs) et processus | <i>Cf. ci-dessous</i> |
| Diminuer le nombre d'intervenants par clients | Outputs (prestations) | Suivi par A/F du nombre d'intervenants par clients, sur la base d'un seuil cible de 50% des clients ne dépassant pas cinq intervenants sur un mois. |
| Limiter les pertes liées aux heures blanches ⁷⁵ | Revenus | Suivi par A/F du nombre d'heures blanches et du ratio de pénalités facturées au client (selon critères applicables, lorsque la non réalisation de l'heure planifiée est imputable au client). |
| Facturer toutes les activités qui doivent l'être (RECAM) ⁷⁶ | Revenus | Suivi de la facturation de la coordination facturable et des évaluations sans suite de soins par A/F et CMS, sur la base de cibles budgétaires. |

En ce qui concerne la mise en œuvre du programme IRIS et de ses différents sous-projets, ils font l'objet d'un déploiement échelonné au sein des différentes régions : 1 A/F pilote en 2013, 4 A/F en 2014 et les deux A/F restantes courant 2015.

La plupart des objectifs de développement sont traités de manière centralisée, pour l'ensemble de l'AVASAD. Ils portent sur les thématiques des fonctions de support au sein du dispositif, des équipes au sein des CMS ou encore sur le développement d'indicateurs de la qualité des prestations. Le développement d'indicateurs de la qualité des prestations s'inscrit également dans l'exploitation et la valorisation des données sur les clients issues du RAI. Pour leur part, les A/F portent le développement des projets de collaborations régionales entre CMS et hôpitaux, par exemple.

Comme présenté dans le chapitre 3, dans une première étape, l'équipe d'audit a examiné, auprès des différentes A/F, la concrétisation et déclinaison de ces objectifs, les actions concrètes réalisées et les effets constatés. La Cour a constaté diverses démarches en cours au sein des régions, visant à s'assurer et/ou améliorer les performances dans la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile. Néanmoins, à l'exception du mandat triennal portant sur le taux de support global, en raison d'un calendrier d'implémentation échelonné au sein des différentes A/F, ou souvent parce qu'elles sont trop récentes, la plupart des mesures prises ne déploient pas encore leurs effets, ou du moins pas encore avec la même maturité au sein de toutes les A/F. De ce fait, elles ne font pas l'objet de cet audit.

⁷⁵ Heures de prestations planifiées non réalisées.

⁷⁶ Revalorisation des Evaluations, de la Coordination et de l'Administration des Médicaments.

4.1.3.1. COORDINATION ET FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF : DES RÔLES ET ATTENTES

MULTIPLES

Malgré les mesures de clarification, d'harmonisation ou d'intégration mises en place par l'AVASAD, au regard des entretiens menés lors du présent audit, il subsiste une ambivalence, ou du moins une certaine ambiguïté, dans les perceptions respectives des différents organes décisionnels de l'AVASAD et de certaines A/F, que ce soit dans leurs rôles, ou dans la circonscription des « affaires » respectivement régionales et cantonales.

En effet, à l'exemple du pilotage exercé dans le cadre des objectifs à atteindre en matière de taux de support global (cf. chapitre suivant), la coordination entre les organes cantonaux et régionaux de l'AVASAD intègre un rôle de soutien et de conseil des services transversaux de l'AVASAD, sous l'autorité du Directeur général, tel que précisé dans le règlement d'organisation ou concrétisé dans les dispositions du mandat triennal en ce qui concerne l'accompagnement et le soutien technique des A/F dans l'atteinte de leurs objectifs. La coordination doit alors être soutenue par un mode de fonctionnement coopératif. Mais elle intègre également un rôle de direction et de contrôle de la Direction générale de l'AVASAD et du *Service Tarification, Administration, Finances* en particulier, impliquant un mode de fonctionnement hiérarchique et l'obligation de renseigner des A/F, à l'exemple du contrôle budgétaire et du pilotage des objectifs en matière de taux de support, et *de facto* du processus de détermination des enveloppes budgétaires des A/F.

En outre, les compétences ou encore les relations entre les organes centraux de l'AVASAD et les sept A/F, c'est-à-dire sept organisations juridiquement autonomes, sont formalisées de manière uniforme. Pour autant, au regard des informations et documents récoltés auprès des A/F sur la mise en œuvre des objectifs inscrits au plan stratégique et corroborés par l'analyse du pilotage du taux de support au sein du dispositif, des disparités existent dans la conduite et la gestion des sept A/F.

La Cour a constaté au sein des différentes régions, un pilotage des objectifs associés au taux de support disparate, que ce soit par les outils utilisés ou la systématique de son exercice. Elle a également constaté des stratégies et actions diverses selon des choix propres à l'A/F. Celles-ci peuvent être dues à leurs caractéristiques structurelles (taille en particulier), aux spécificités de leur environnement sanitaire régional, mais également à des ressources managériales hétérogènes entre les différentes A/F. Dans ce cadre les attentes et besoins exprimés par les différentes A/F à l'égard de la Direction générale de l'AVASAD et des services transversaux, en matière d'implication et de soutien technique, métier ou managérial, de développement de solutions adaptées à leur région et d'outils correspondants, sont également hétérogènes.

4.2 AXE II : PILOTAGE DU TAUX DE SUPPORT GLOBAL DE L'AVASAD

Dans un contexte d'augmentation constante des prestations d'aide et de soins à domicile, conséquemment de besoins de subventions publiques, l'Etat veut modérer l'augmentation de celle-ci par rapport à la hausse des activités. Afin d'y répondre, l'AVASAD propose de réduire la part consacrée à ses activités de support, donc non facturables, par rapport aux heures de prestations d'aide et de soins à domicile délivrées aux clients.

Pour ce faire, le Conseil d'administration de l'AVASAD mandate chaque A/F d'atteindre dans les trois ans un taux de support global identique. La Direction de l'AVASAD assure le suivi et contrôle de l'atteinte des objectifs par les A/F, c'est-à-dire le pilotage.

Stricto sensus, l'atteinte du taux de support global fixé est un objectif de gestion à court terme dont la valeur est définie par une visée d'économies données. Néanmoins, et tel que précisé dans les mandats triennaux, l'atteinte de cet objectif de gestion nécessite et doit avoir pour incidences, en matière de performance, la mise en œuvre de mesures d'amélioration de l'efficacité au sein du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et soins à domicile.

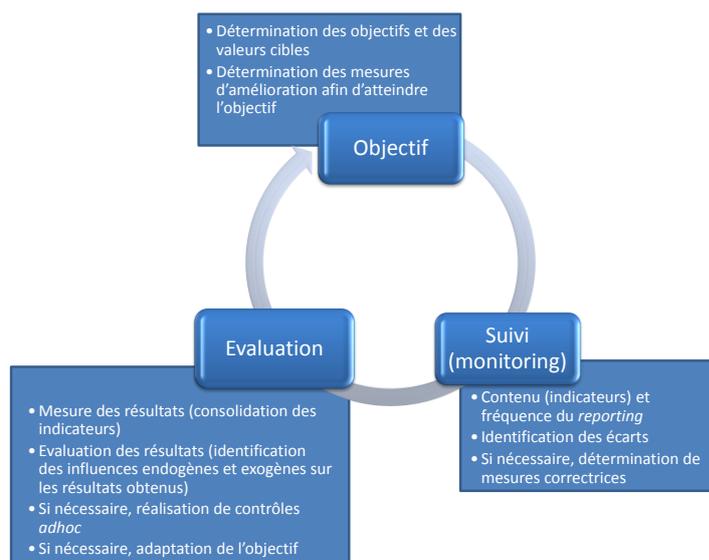
4.2.1 EXERCICE DU PILOTAGE

Un cycle complet de pilotage comprend, pour chaque étape, les activités suivantes :

- Au début de la période considérée : la détermination des objectifs et valeurs à atteindre, ainsi que les décisions relatives aux mesures d'amélioration prévues afin d'atteindre les objectifs fixés,
- Au cours de l'exercice : le suivi et *monitoring* de l'évolution des résultats basé sur un *reporting* régulier, l'identification des écarts et la prise des éventuelles mesures d'ajustement nécessaires,
- En fin d'exercice : la mesure des objectifs et l'évaluation des résultats, au regard des actions entreprises et des facteurs d'influence non maîtrisables, la réalisation d'éventuels contrôles complémentaires et si nécessaire, l'éventuelle adaptation de l'objectif pour le cycle suivant.

Le cycle de pilotage est illustré à l'aide de la figure ci-dessous.

Figure 5: Cycle de pilotage



Source : Cour des comptes

4.2.1.1 OBJECTIFS

Une économie demandée à l'AVASAD par le DSAS, une stratégie convenue avec l'AVASAD

Lors de l'établissement du budget 2013 de l'AVASAD, le DSAS fixe pour objectif à l'AVASAD de réaliser à court terme une économie de CHF 4.6 millions, sur la base du budget 2012⁷⁷. Pour ce faire, le Conseil d'administration a proposé une stratégie visant à réduire le taux de support global de l'AVASAD. Après négociations avec le DSAS, il a été convenu de répartir cet effort sur 3 années, de 2013 à 2015, l'AVASAD supportant la période transitoire sur ses réserves financières.

Compte tenu du volume d'heures de prestations alors prévu, une réduction de 5.3 points de % sur le taux de support global devait être réalisée⁷⁸. Considérant le taux de support global de référence lors de l'établissement des objectifs⁷⁹, ainsi qu'une réduction complémentaire du taux de support due aux effets des mesures RECAM⁸⁰, un taux de support cible global de 111.3% a été fixé par le Conseil d'administration. Les mesures RECAM visent une optimisation de la facturation des heures de coordination facturable et des évaluations sans suite de soins par les CMS. Il s'agit donc, en quelque sorte, d'un « transfert » d'heures, alors comptabilisées en support, vers des heures de prestations.

Dans les faits, le taux de support réel AVASAD à fin 2012 était de 120.6%. L'atteinte d'un taux de support à 111.3% représente donc une réduction de 9.3 points. Le taux de support global AVASAD représente le cumul de l'ensemble des heures respectivement de support et de

⁷⁷ Les subventions cantonale et communales au budget 2012 se montaient à CHF 172'215'000, une économie de CHF 4.6 millions représentait alors 2.67% environ.

⁷⁸ Cette réduction représente environ 90'000 heures de support soit 45 à 50 etp.

⁷⁹ 118.2%.

⁸⁰ 1.6 point.

prestations des A/F. Le calcul du taux de support n'intègre aucune activité réalisée par les organes centraux de l'AVASAD.

Un ratio d'heures fixé par l'AVASAD aux A/F, des stratégies laissées libres aux A/F

Par mandat triennal⁸¹, l'AVASAD, représentée par son Président et son Directeur général, a alors fixé à chaque A/F un taux de support identique de 111.3% à atteindre au 31.12.2015, indépendamment de leurs taux de support respectifs en 2012. Les objectifs à atteindre en 2013 et 2014 sont déterminés pour chaque A/F par une réduction progressive de son taux de support global en 2012 et le taux de support cible de 111.3%.

Autrement dit, les cibles annuelles sont adaptées afin de tenir compte de la situation spécifique de départ de chaque A/F en 2012. Dès lors, les réductions respectives de taux de support fixées au 31.12.2015 s'étendent de 2.8 pts à 20.5 pts selon l'A/F concernée par rapport à leurs taux respectifs réels en 2012. Il est prévu que le terme fixé au 31.12.2015 peut être modifié par un avenant.

Tableau 7 : Taux de support global 2012 et réduction cible par A/F.

| | Réel 2012 | Cible 2015 | Réduction |
|---------|-----------|----------------------|-----------|
| A/F n°1 | 114.8% | 111.3% | 3.5 pts |
| A/F n°2 | 114.1% | 111.3% | 2.8 pts |
| A/F n°3 | 124.0% | 111.3% | 12.7 pts |
| A/F n°4 | 119.3% | 111.3% | 8.0 pts |
| A/F n°5 | 131.8% | 111.3% ⁸² | 20.5 pts |
| A/F n°6 | 120.7% | 111.3% | 9.4 pts |
| A/F n°7 | 118.9% | 111.3% | 7.6 pts |

Référence : Taux de support global, périmètre ASD opérationnel sans éléments stratégiques

Les mandats précisent que les A/F sont « *seules décisionnaires de la stratégie à retenir et des actions à mener* » pour atteindre les objectifs fixés. Toutefois, selon les dispositions du mandat, l'A/F doit s'engager à informer régulièrement la Direction de l'AVASAD sur l'état d'avancement des mesures mises en œuvre, afin que celle-ci puisse analyser et suivre les effets des actions entreprises. Pour sa part, l'AVASAD s'engage à fournir son soutien au Directeur de l'A/F en « mettant à disposition un ensemble de compétences et moyens afin d'apporter tout conseil et le soutien technique nécessaires dans la mise en œuvre des mesures de réorganisation interne et de recherche d'efficience ». Ainsi, les A/F décident des mesures à prendre dans leur organisation, l'AVASAD en suit l'avancement.

⁸¹ Cf. annexe IV.

⁸² Le mandat de cette A/F, nécessitant la plus forte réduction de taux de support, comporte quelques compléments sur les économies à réaliser en matière de coûts de structure, un objectif de retour à l'équilibre financier, ainsi que des possibilités de mesures supplémentaires. L'atteinte du taux de support cible par cette A/F a ensuite été reportée à 2017 par avenants au mandat triennal.

La fixation d'objectifs aux CMS et le pilotage de leur propre taux de support relèvent de la responsabilité des directions régionales. Les modalités retenues en matière de pilotage, d'usage de tableaux de bord et de monitoring sont hétérogènes entre les différentes A/F. Néanmoins, les outils budgétaires et les bases de données liées aux activités sont conçus par l'AVASAD de sorte à pouvoir circonscrire les résultats de chaque CMS.

Un objectif « global » indépendant des choix organisationnels des A/F...

Le taux de support *global*, en tant qu'indicateur, offre l'avantage de permettre un benchmark entre les A/F, sur un périmètre harmonisé, indépendamment de leurs choix organisationnels et structurels respectifs.

Pour cette même raison, son acceptabilité en tant qu'objectif est bonne au sein des A/F : il ne nécessite pas, de la part de l'AVASAD, d'imposer des normes d'organisation ou de structure aux A/F. Comme présenté ci-dessus, les mandats triennaux précisent en effet que l'A/F est « *seule décisionnaire de la stratégie à retenir et des actions à mener pour atteindre les objectifs décrits* ». Tout particulièrement, il est prévu que les organes centraux de l'AVASAD n'interviennent pas dans les choix organisationnels des A/F.

Des pistes d'amélioration du taux de support sont présentées « à titre d'exemple » par l'AVASAD, dans les mandats triennaux. Il peut s'agir de mesures portant sur : une hausse de la part des prestations facturées, une baisse du temps consacré aux déplacements, une amélioration du processus de planification, une augmentation de l'effectif d'encadrement moins importante que celle de la croissance d'activités, ou une mutualisation de moyens entre CMS, etc.

... laissant de multiples possibilités d'action aux A/F

Dans cette perspective, même si *in fine* elles auront toutes un impact sur le taux de support global, les « stratégies à retenir » par les A/F peuvent distinctement viser à optimiser :

- la facturation des prestations,
- la fourniture des prestations,
- les activités de support du personnel de terrain,
- ou encore les ressources en personnel administratif et back-office.

De manière correspondante, les « actions à mener » peuvent porter sur :

- l'application des règles qui définissent la manière de procéder (mesures procédurales),
- la détermination des processus et la répartition des activités dans la structure (mesures organisationnelles),
- ou encore sur les éléments constitutifs de l'entité (mesures structurelles).

Une mesure organisationnelle ou structurelle implique des réformes pour l'A/F plus conséquentes qu'une mesure procédurale.

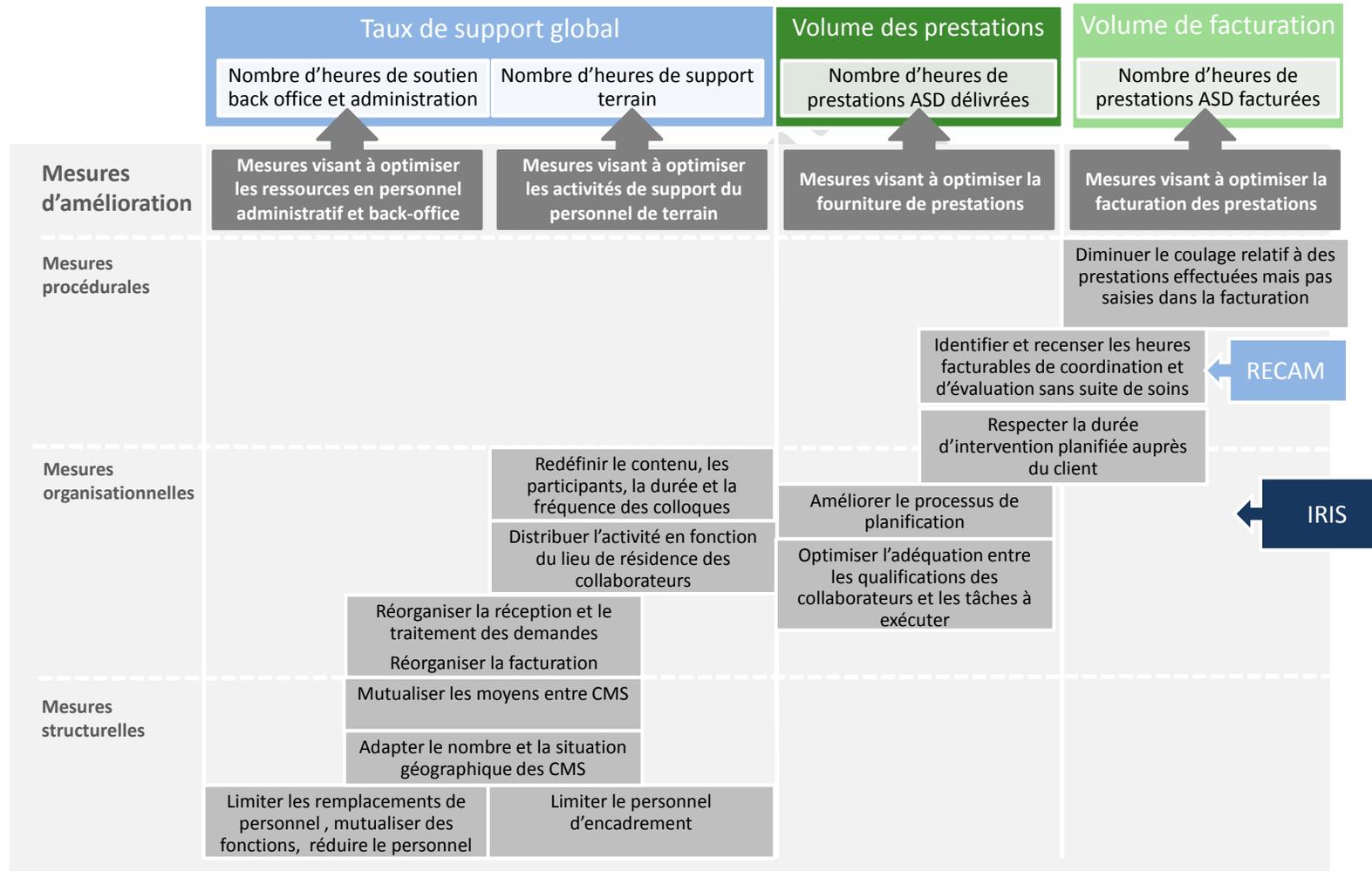
... influencé par d'autres objectifs majeurs de l'AVASAD

Comme précisé dans le mandat triennal, les mesures RECAM ont un impact sur le taux de support. Ces mesures font partie des objectifs majeurs issus du plan stratégique AVASAD (cf. ci-dessus). Lors de la période sous revue, leur mise œuvre par l'ensemble des CMS fait l'objet d'un suivi régulier par les organes centraux de l'AVASAD, sur la base de cibles budgétaires fixées aux A/F et d'indicateurs en correspondance.

Par l'implémentation d'outils mobiles et l'usage d'un outil d'évaluation clinique dans la prise en charge des clients, le programme IRIS implique une harmonisation des rôles dans la prise en charge des clients (réception et accueil des demandes d'intervention, évaluation des besoins, élaboration du plan d'intervention, planification, conduite des interventions, réévaluation), impactant les processus de fourniture des prestations au sein des différentes A/F et nécessitant des adaptations dans leur organisation. Comme présenté plus haut, l'implémentation du programme IRIS, prévue de 2013 à 2015 selon les A/F, fait l'objet, par l'AVASAD, d'un traitement spécifique en matière de ressources, de mise en œuvre et de suivi dans les différentes régions.

La figure ci-dessous présente les différents types de mesures d'amélioration identifiées par l'équipe d'audit, ayant un effet direct ou indirect sur le taux de support global.

Figure 6 : Taux de support global, volume des prestations et de facturation et mesures d'amélioration⁸³



⁸³ Source : Cour des comptes

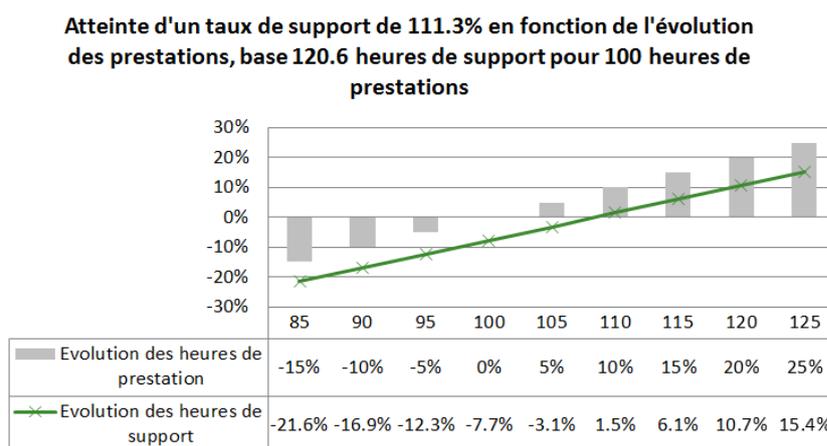
...et soumis aux effets de l'évolution des prestations

Le mécanisme du taux de support global considère l'ensemble du personnel d'une A/F comme une charge variable liée arithmétiquement au volume total de prestations. Tant les activités associées aux actes préparatoires à la fourniture d'une prestation que les activités d'administration générale ou de back-office d'une A/F sont en effet calculés de manière proportionnelle au volume de prestations.

Concrètement, l'objectif de réduction du taux de support global de l'AVASAD sur trois ans s'inscrit dans la dynamique de l'évolution du volume de prestations. Le volume de prestations étant fonction des besoins effectifs des résidents vaudois dans les différentes régions, les A/F ne peuvent maîtriser ce « facteur exogène » impactant l'ampleur de l'effort nécessaire afin d'atteindre l'objectif de réduction.

De manière théorique, le mécanisme de calcul du taux de support peut être illustré comme suit. Atteindre un taux de support global de 111.3% (ratio de 111.3 heures de support pour 100 heures de prestations), avec un taux de support de base de 120.6%, c'est-à-dire une réduction de 9.3 pts, nécessite de réduire de 7.7% les heures de support⁸⁴. Donc, toujours sur la base d'un taux de support d'origine de 120.6%, si les heures de prestations augmentent de 25%, il s'agira de contenir la progression des heures de support dans une mesure moindre de 15.4% pour atteindre un taux de support de 111.3% (139.1 heures de support pour 125 heures de prestations). En revanche, si le volume des prestations diminue de 5%, il est nécessaire de réduire les heures de support de 12.3% afin d'atteindre un taux de support de 111.3% (105.7 heures de support pour 95 heures de prestations). Dans les faits, le taux de support est dépendant de l'évolution du volume des prestations dans le temps. Le réduire en situation de baisse des prestations demande un effort plus conséquent qu'en cas d'augmentation de celles-ci.

Figure 7: Effet des variations du volume de prestations sur une réduction du taux de support



Source : Cour des comptes

⁸⁴ 9.3 pts représentent 7.7% de 120.6.

Une baisse d'activités a alors tendance à faire augmenter sensiblement le taux de support global. En effet, si l'activité effective du personnel de terrain, par la flexibilité offerte par des horaires aménageables et des engagements de personnel temporaire peut être, dans une certaine mesure, adaptée aux variations d'activités, en revanche cette flexibilité est moindre pour les postes du personnel d'administration générale ou back-office (responsable RH ou finances, par exemple).⁸⁵ Leur activité réelle n'est en effet pas associée à la délivrance d'une prestation donnée, mais soutient la gestion et les activités de l'A/F⁸⁶ dans sa globalité. L'impact du même nombre d'équivalents temps plein de personnel d'administration générale ou back-office sur le taux de support sera d'autant plus important si le volume des prestations diminue.

Dès lors, non seulement les efforts à fournir pour atteindre le taux de support cible sont d'ampleur sensiblement différents entre les A/F, mais ces efforts peuvent être modérés ou à l'inverse accentués par l'évolution de la demande en prestations dans leurs régions respectives.

4.2.1.2 SUIVI ET MONITORING DES RÉSULTATS DES A/F

Le suivi des résultats des A/F dans l'atteinte du taux de support cible est associé au suivi des prestations fournies par les A/F. Ces informations sont recensées et disponibles dans un entrepôt de données commun à l'AVASAD.

Des indicateurs de suivi détaillés...

Le périmètre harmonisé⁸⁷ du taux de support global retenu dans le mandat triennal est calculé sur les heures d'activité suivantes :

- les **heures de prestations d'aide et de soins à domicile** relevées, composées du décompte des heures délivrées pour chaque type de prestation.
- les **heures de support terrain** relevées par le personnel de terrain⁸⁸. Il est lui-même composé de deux indicateurs consolidés.
 - a) Le support médico-social est composé du décompte des heures consacrées à la coordination et planification des interventions, à la gestion et maintenance du matériel de soins ou encore à l'encadrement. Les heures consacrées aux déplacements sont également distinguées afin de tenir compte de la géographie spécifique de chaque région affectant les déplacements (étendue de la zone couverte, environnement urbain ou rural, etc.).
 - b) Le support management est composé des heures consacrées par du personnel de terrain aux activités de conduite ou de gestion.

⁸⁵ Ce cas de figure a été rencontré, par exemple, par l'A/F n°2 dont le volume d'activités a diminué de 3.5% de 2012 et 2013, et dont le taux de support global a augmenté 4.3 pts sur la même période.

⁸⁶ Les dotations en cadres administratifs sont d'ailleurs défavorables pour les plus petites A/F puisque l'impact sur le taux de support global de ces postes reste proportionnel au volume d'activité.

⁸⁷ Le taux de support est basé sur un périmètre harmonisé des prestations du panier de base (périmètre ASD opérationnel). Des corrections peuvent également être apportées en réduisant les heures consacrées par les collaborateurs des A/F à certaines activités non opérationnelles (*éléments stratégiques*) non prises en compte dans le mandat triennal (heures consacrées aux mandats spécifiques attribués par le DSAS, à l'introduction d'un programme de santé mentale, par exemple).

⁸⁸ Les heures intègrent tout le personnel qui fournit des prestations d'aide et soins à domicile, à l'exclusion du personnel sans outil de saisie et des livreurs de repas (les repas, les prestations de pédiatrie, des lavoirs, par exemple).

- Les **dotations de soutien en administration générale et back-office**. Les activités d'administration générale et back-office sont par définition des heures de support. Elles sont calculées sur la base des dotations en personnel non terrain de l'A/F, c'est-à-dire sur le nombre d'heures de travail annuel que représente un emploi à un taux d'activité de 100%⁸⁹.

Si les heures d'administration générale et back-office sont **calculées**, en revanche les heures de prestations, respectivement de support effectives du personnel de terrain sont systématiquement recensées et **relevées** à l'aide d'outils de saisies. L'AVASAD dispose donc, pour leurs activités, de bases de données détaillées. Ces données peuvent être analysées de manière très détaillées au filtre des différents groupes professionnels d'aide et de soins, de chaque A/F ou CMS. L'analyse des heures de support terrain comporte néanmoins certaines limites dans le benchmark entre A/F. Il peut être biaisé par les choix d'organisation des activités : la répartition du travail de gestion administrative des dossiers entre le personnel de soins et le personnel administratif peut être différente d'une A/F à l'autre par exemple.

... et d'analyse complémentaires

Des indicateurs complémentaires en lien avec les prestations ou la facturation sont également suivis par le *Service Tarification, Administration et Finances* de l'AVASAD. Ces indicateurs, permettant de pallier les limites analytiques d'un indicateur pris individuellement (le taux de support ne prend pas en considération, par exemple, l'impact de l'absentéisme du personnel terrain) et d'enrichir les informations relatives aux activités des A/F :

- Le **taux de facturation** est le ratio entre le total des heures facturées et le total des heures de prestation relevées par le personnel de terrain. Il permet d'identifier le « coulage » relatif à des heures de prestations effectuées, mais non saisies dans la facturation ;
- Le **taux de prestation terrain** est le ratio entre les heures de prestations relevées et les dotations en heures de personnel de terrain. Il permet ainsi d'intégrer les heures payées, mais non travaillées, et en particulier l'impact de l'absentéisme des collaborateurs de terrain⁹⁰.

Le *Service Tarification, Administration et Finances* s'appuie sur l'ensemble de ces indicateurs afin de déterminer et quantifier les potentiels d'amélioration des A/F (cf. ci-dessous).

Un reporting régulier et harmonisé

Les données en lien avec les heures d'activités, ainsi que les indicateurs qui en découlent sont disponibles automatiquement dans l'entrepôt de données de l'AVASAD, réduisant les risques de biais inhérents à un traitement intermédiaire par les A/F. De plus, l'importance accordée au taux de support global en tant qu'objectif majeur de l'AVASAD a permis d'affiner et d'harmoniser la saisie et la comptabilisation des heures au sein des A/F.

Les outils de *reporting* développés par l'AVASAD donnent accès à chaque A/F à ses propres indicateurs jusqu'au niveau du CMS, ainsi qu'aux indicateurs cantonaux consolidés. En revanche, ils n'offrent pas accès aux indicateurs d'une autre A/F.

⁸⁹ De manière générale, 1 etp équivaut à 1'858 heures de travail à disposition.

⁹⁰ Comme mentionné sous 4.1.3, la réduction de l'absentéisme fait l'objet d'un objectif majeur issu du plan stratégique, suivi par l'AVASAD.

Le *reporting* est réalisé de manière régulière : mensuellement pour les activités des A/F, trimestriellement pour les résultats financiers couplés aux activités. Le suivi budgétaire portant sur les activités et les finances est formellement et systématiquement réalisé chaque trimestre par les A/F selon une structure harmonisée. Il est transmis au *Service Tarification, Administration et Finances* qui l'analyse et en effectue une synthèse. Chaque clôture trimestrielle s'accompagne d'une mise à jour des projections annuelles (taux de support global, heures de prestations, etc.).

Un tableau de synthèse est transmis au Comité de direction et au Conseil d'administration de l'AVASAD, ainsi qu'au DSAS.

Une identification systématique des écarts par l'AVASAD...

Une grande attention est portée au suivi systématique du taux de support, tant par les directions respectives des A/F, que par les services transversaux, la Direction générale ou le Conseil d'administration de l'AVASAD. Il en découle de nombreux échanges aux seins, ou entre les différents organes dirigeants du dispositif.

Des analyses approfondies sont réalisées en cas d'écart significatif. De l'initiative de l'AVASAD, ou sur demande de l'A/F, des analyses complémentaires sont effectuées par le *Service Tarification, Administration et Finances* en appui de l'A/F concernée, afin d'identifier les potentiels d'amélioration. Il s'agit d'analyses détaillées des indicateurs d'activité intégrant des benchmarks à la moyenne cantonale ou d'A/F de taille et activités comparables. Les analyses réalisées par le *Service Tarification, Administration et Finances* sont également l'occasion de tests de cohérence sur les données, permettant de détecter et de corriger les erreurs d'imputation.

... afin d'en identifier les causes avec l'A/F

Si les indicateurs utilisés permettent d'identifier les écarts entre A/F, sans informations complémentaires fournies par l'A/F concernée, voir analyses spécifiques, les indicateurs n'en expliquent pas systématiquement les causes. Dans ce sens, ils ne permettent pas de déterminer systématiquement si les différences entre les régions sont expliquées par des facteurs non maîtrisables des A/F, ou alors, au contraire manifestent d'une performance à améliorer.

L'A/F dont le taux de support est le plus élevé fait l'objet, au cours de la période considérée par cet audit, de nombreuses analyses complémentaires, demandées par la Direction de l'A/F ou de l'initiative de l'AVASAD. Les A/F peuvent également réaliser leurs propres analyses et études internes, sans que cela soit systématiquement transmis aux organes centraux de l'AVASAD.

Des actions correctrices restant de la compétence des A/F

Les analyses des écarts réalisées par les services transversaux de l'AVASAD ont alors pour objectifs d'en déterminer et cibler les causes des écarts, afin de faciliter la recherche de mesures d'amélioration. Ces analyses s'appuient sur la collaboration du *Service Tarification, Administration et Finances* et des directions des A/F, dans un rapport plus ou moins formel selon les situations et les difficultés de gestion (de simples échanges téléphoniques informels avec les collaborateurs des services transversaux, à des voies plus formelles – courriels et courriers - au sein de la hiérarchie de l'AVASAD). Néanmoins, face aux écarts identifiés, la mise en œuvre d'actions correctrices, ainsi que la conduite des CMS, restent de la compétence de chaque A/F.

4.2.1.3 EVALUATION DES RÉSULTATS DES A/F

Dans la mesure où l'atteinte de l'objectif cible est fixé dans les mandats triennaux au 31.12.2015, cette section se concentre sur les évaluations annuelles des résultats et mesures prises correspondantes, dans le cadre de l'atteinte sur trois ans des objectifs fixé par le mandat triennal.

Mesure et évaluation des résultats sur la base des indicateurs

L'indicateur du taux de support global est calculé automatiquement par entité et pour l'ensemble du Canton dans l'entrepôt de données sur la base des heures relevées et des heures payées. Celles-ci sont remontées automatiquement dans l'entrepôt depuis les outils de production. Les tests de cohérences réalisés au cours du processus permettent de renforcer la fiabilité des données. Le service financier transversal de l'AVASAD effectue des retraitements (hors entrepôt) des heures consacrées aux activités spécifiques non prises en compte dans le mandat triennal (programme de santé mentale, programme IRIS, etc.), sur la base des informations remontées par les A/F lors des suivis budgétaires.

L'évaluation des résultats s'appuie sur la trame de suivi budgétaire trimestriel contenant les projections des comptes, des activités et des effectifs, ainsi que les commentaires correspondants. Dans l'évaluation, l'impact négatif d'une baisse d'activités par rapport aux projections est pris en considération, en particulier au regard des dotations de personnel d'administration générale et back-office et de leurs impacts sur le taux de support global.

Des études spécifiques peuvent être réalisées, à l'exemple d'une étude réalisée au cours de la période sous revue dans l'ensemble des A/F sur les potentialités d'amélioration des processus de facturation, ou, de manière systématique, suite à l'implémentation d'IRIS dans une A/F. Dans ce cadre, celle-ci réalise un bilan de la mise en œuvre de l'harmonisation des processus, transmis à la Direction générale de l'AVASAD.

Une adaptation de la cible annuelle tenant compte les potentiels d'amélioration identifiés

La cible annuelle est négociée dans le cadre de l'élaboration du budget de chaque A/F en tenant compte de sa situation effective, mais dans le respect du plan de route fixé par le mandat triennal. Elle fait l'objet d'un accord écrit suite à la validation dudit budget par les instances décisionnelles de l'AVASAD et de l'AF concernée. Si l'incapacité à respecter le plan de route du mandat triennal est avérée, un avenant est établi par le Conseil d'administration et le Directeur général de l'AVASAD. Le mandat d'une A/F a fait l'objet de deux avenants, en 2014 et 2015, reportant ainsi l'atteinte du taux de support cible de 111.3% au 31.12.2017⁹¹.

⁹¹ Notamment, parce qu'atteindre le taux de support cible dans l'immédiat nécessiterait de réduire les effectifs du back-office de près de 10 etp.

Dans le cadre des négociations budgétaires, de manière conséquente avec les indicateurs retenus, les analyses partagées entre la Direction générale de l'AVASAD et la direction de chaque A/F portent sur deux axes principaux :

- analyse et *benchmark* des activités : activités de support terrain (déplacements, encadrements, coordination) et potentiel de facturation,
- analyse et *benchmark* par groupe de professionnels : taux du personnel d'encadrement ou administratif, ou encore taux de support au niveau du personnel de terrain (infirmiers, auxiliaires de santé, ergothérapeutes, assistant sociaux).

Les potentiels d'amélioration mis en exergue par ces analyses sont ensuite quantifiés, par exemple : augmentation du taux de facturation infirmier à la moyenne cantonale, +CHF 200'000, adaptation du taux de support back-office aux A/F de taille comparable, -CHF 800'000, etc.

Des lignes directrices précisées au travers du budget

Le budget prévu pour l'année à venir détermine ensuite de manière relativement détaillée l'atteinte de la cible, et si, conformément au mandat triennal, l'A/F est « *seule décisionnaire de la stratégie à retenir et des actions à mener pour atteindre les objectifs décrits* », des lignes directrices sont posées par la Direction générale de l'AVASAD en collaboration avec les A/F au travers des options prises en ce qui concerne les ressources accordées. Ces lignes directrices sont entérinées dans, respectivement, des *procès-verbaux* et *accords de budget*.

Le taux de support global et ses différentes composantes étant au centre du processus de construction budgétaire et le suivi budgétaire étant intimement associés au suivi du taux de support, les organes centraux de l'AVASAD prennent *de facto* un rôle de contrôle et de direction. Ce rôle est exprimé par le détail apporté à la construction des budgets des différentes A/F et par les compétences d'arbitrage correspondantes, pouvoir décisionnel nécessaire et légitime dans la mesure où le Conseil d'administration répond de la bonne marche de l'institution dans son ensemble auprès des autorités, et de l'affectation optimale de ressources en particulier.

4.2.1.4 LE PILOTAGE DES MESURES D'EFFICIENCE PAR LE TAUX DE SUPPORT : LA NÉCESSITÉ D'UN MODE DE COORDINATION COOPÉRATIF

Au regard de la structure et du fonctionnement du dispositif, le choix, en 2012, d'un objectif portant sur le taux de support global (et non sur ses différentes composantes : support terrain, dotations back-office standardisées, etc.) offre l'avantage de présenter une bonne acceptabilité par les A/F, dans la mesure où il est indépendant des choix d'organisation et structurels des différentes régions. Par conséquent, le pilotage d'un objectif basé sur le taux de support global permet aux A/F de conserver l'autonomie de leurs choix organisationnels, ou, autrement dit, de limiter les interventions des organes centraux de l'AVASAD dans ceux-ci.

Le mandat triennal précise cette séparation dans le cycle de pilotage entre la fixation d'un objectif basé sur un indicateur général et le suivi des résultats par les organes centraux de l'AVASAD d'une part, et, d'autre part, la détermination des actions à entreprendre, ainsi que le pilotage des CMS par les régions.

En effet, dans la répartition des compétences précisées dans les mandats triennaux, les A/F sont seules décisionnaires des « *stratégies à retenir* » et « *actions à mener* ». Dans ce cadre, la

Direction générale et les services transversaux de l'AVASAD prennent un rôle de conseil et de soutien, en s'engageant à fournir son soutien au directeur de l'A/F dans la mise en œuvre de ces objectifs « *en mettant à disposition un ensemble de compétences et moyens afin d'apporter tout conseil et le soutien technique nécessaires dans la mise en œuvre des mesures de réorganisation interne et de recherche d'efficience* ». Le Conseil d'administration, quant à lui, apporte son soutien financier en couvrant les manques de financements globaux en 2013 et 2014.

De surcroît, le mandat précise également l'obligation de renseigner de chaque A/F, non seulement « *par un point trimestriel réalisé et transmis par l'association ou fondation à la Direction générale de l'AVASAD afin d'analyser et suivre les effets des actions entreprises* », mais également « *par l'engagement à fournir à la Direction générale de l'AVASAD tout élément qu'elle pourrait demander à l'A/F sur l'état d'avancement des mesures mises en œuvre* ».

Les indicateurs prévus par le dispositif de pilotage du taux de support global et suivis par le *Service Tarification, Administration et Finances*, ainsi que la Direction générale de l'AVASAD, sont essentiellement des indicateurs « d'alerte », indicateurs de gestion et de résultats. Autrement dit, ces indicateurs sont orientés sur les *inputs* et les *outputs* et l'analyse des écarts au budget, au volume de prestations projetés, ou encore aux standards des autres A/F et valeurs moyennes cantonales.

Sans l'apport d'informations complémentaires, aujourd'hui nécessairement apportées par chaque A/F et nécessitant un mode de fonctionnement coopératif entre les différentes entités du dispositif, les indicateurs existants peuvent difficilement suffire, à eux-seuls, à la prise de décision des organes centraux de l'AVASAD.

Du fait qu'il n'y a pas de convention systématique entre les organes centraux de l'AVASAD et entre chaque A/F sur les mesures d'amélioration à prendre dans leur organisation ou structure, le pilotage exercé par les organes centraux de l'AVASAD est alors essentiellement réactif ; les orientations étant données au moyen du processus budgétaire.

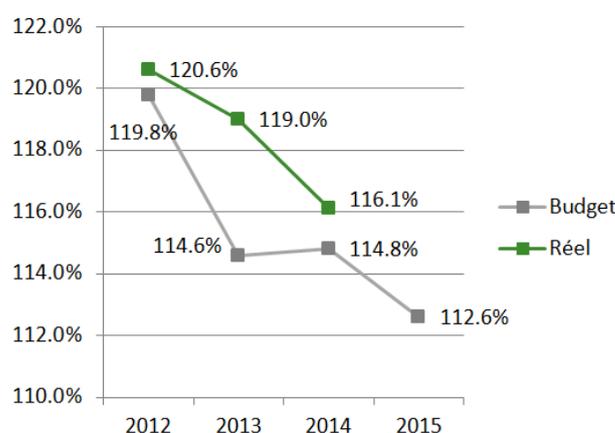
Dans ce cadre, en particulier dans un contexte d'augmentation constante des prestations, il subsiste le risque que les A/F prennent en priorité des mesures ciblant les effets budgétaires à court terme, par une concentration sur le nombre d'heures facturées associée à des allègements ciblés des ressources par exemple, au détriment de la mise en œuvre de mesures de réorganisation interne inscrites dans une recherche d'amélioration durable de l'efficience de leur organisation.

4.2.2 TAUX DE SUPPORT GLOBAL : RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

Dans l'ensemble, une progression contenue des heures de support du personnel de terrain

Au 31.12.2014, le taux de support global de l'AVASAD a été réduit de 4.5 pts, depuis l'attribution des mandats triennaux, fin 2012. Autrement dit, si le taux de support était resté le même qu'en 2012, les A/F auraient consacré 77'000 heures de plus au support afin de fournir les 1'727'000⁹² heures de prestations délivrées en 2014, nécessitant environ 40 etp supplémentaires.

Figure 8 : Réduction du taux de support global AVASAD, 2012-2014



Référence : Taux de support global, périmètre ASD opérationnel sans éléments stratégiques

Au cours de la période 2012-2014 :

- le volume des prestations d'aide et de soins à domicile délivré par l'AVASAD a augmenté de 10,0% ;
- les dotations en personnel administratif et de soutien ont augmenté dans une proportion comparable (+10.4%⁹³) ;
- alors que l'augmentation des heures de support terrain a été maintenue dans une progression de 3.1%. Plus précisément, chaque A/F a contenu la progression respective de ses heures de support médico-social⁹⁴ dans une proportion moindre que la progression de son volume de prestations.

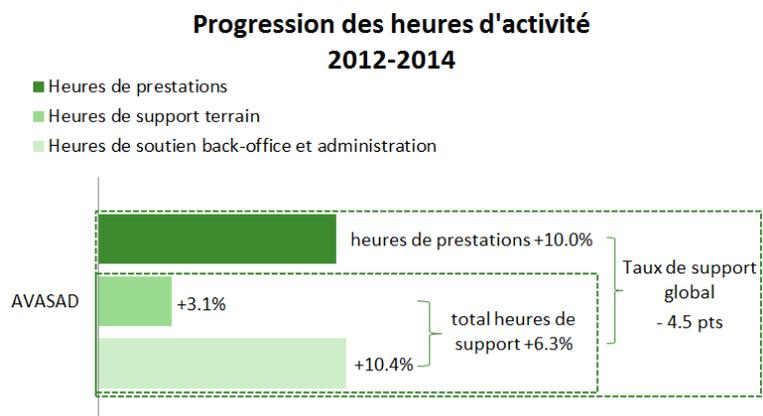
Au niveau des A/F dans leur ensemble, la réduction du taux de support global est donc due à une réduction du temps consacré par le personnel de terrain aux activités préparatoires, de coordination, logistiques ou administratives dans la fourniture des prestations. Ces résultats sont cohérents avec les mesures issues du plan stratégique AVASAD orientées sur les activités du personnel de terrain : mise à disposition des outils mobiles et harmonisation des processus de prise en charge des clients (IRIS) ou recensement systématique des heures facturables de coordination ou d'évaluation sans suite de soins (RECAM).

⁹² Estimation limitée au périmètre ASD opérationnel pris en compte dans le calcul du taux de support global.

⁹³ Mais les dotations en personnel de direction et d'administration générale n'ont pour ainsi dire pas évolué, il s'agit essentiellement de l'augmentation du personnel soutien et back-office transverse et CMS.

⁹⁴ Heures associées directement à la délivrance d'une prestation donnée.

Figure 9 : Progression relative 2012-2014 des heures de prestations, de support terrain et de soutien back-office et administration, AVASAD.



Source : Cour des comptes, sur la base des comptes AVASAD 2012 et 2014, taux de support global, périmètre ASD opérationnel sans éléments stratégiques

Les prévisions basées sur les résultats au 30 septembre 2015 soutiennent ces tendances. Le taux de support global estimé serait de 109.1%⁹⁵ à fin 2015, donc en dessous du taux de support cible de 111.3% fixé par le mandat triennal. Les taux de support respectifs des A/F seraient compris entre 99.0% et 116.6%.

Des résultats disparates entre les A/F

Au-delà de la tendance cantonale à la baisse, les évolutions des taux de support des A/F prises individuellement sont disparates : quatre A/F montrent une réduction comprise entre 2.2 et 5.3 pts, une seule a augmenté son taux de support de 3.9 pts, et la dernière présente une réduction de 14.3 pts. En 2014, les valeurs réelles des taux de support globaux des différentes A/F montrent encore des différences substantielles, de 109.7% à 127.6% ; l'écart-moyen entre les A/F est de 3.9 pts.

⁹⁵ Taux de support global sans les activités non opérationnelles liées à la mise en œuvre de mandats spécifiques ou de projets par exemple (*éléments stratégiques*), effectuées par les collaborateurs des A/F. L'impact estimé de ces *éléments stratégiques* est de 5.9 pts.

Tableau 8 : Evolution des taux de support et prestations des A/F 2012-2014

| | 2012 | 2014 | Evolution 2012-2014 | |
|-------------------|---------------|---------------|---------------------|---------------------------|
| | Réel | Réel | Taux de support | Prestations ⁹⁶ |
| Toutes A/F | 120.6% | 116.1% | -4.5 pts | +10.0% |
| A/F n°1 | 114.8% | 112.6% | -2.2 pts | +7.0% |
| A/F n°2 | 114.1% | 118.0% | +3.9 pts | +5.7% |
| A/F n°3 | 124.0% | 109.7% | -14.3 pts | +22.5% |
| A/F n°4 | 119.3% | 114.0% | -5.3 pts | +18.4% |
| A/F n°5 | 131.8% | 127.6% | -4.2 pts | +2.4% |
| A/F n°6 | 120.7% | 116.0% | -4.7 pts | +5.2% |
| A/F n°7 | 118.9% | 113.7% | -5.2 pts | +12.5% |

Référence : Taux de support global sans éléments stratégiques, périmètre ASD opérationnel

L'A/F n°3 dont la réduction est la plus forte avait l'un des taux de support réel le plus élevé en 2012 (124.0%). Elle est également l'A/F dont la progression du volume de prestations est la plus importante (+22.5%). En outre, elle a été la première A/F à implémenter le programme IRIS, en 2013.

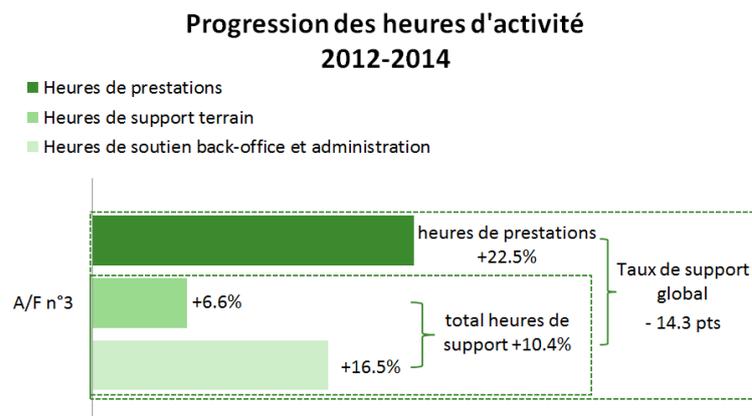
Son taux de support est, à fin 2014, le plus bas de l'ensemble des A/F, 109.7%, dépassant l'objectif fixé du mandat triennal (111.3%). Au regard des données transmises à l'équipe d'audit, l'A/F exerce un pilotage très complet des taux de support des CMS de sa région et, de l'initiative de ses instances dirigeantes, a également mené des réformes organisationnelles et structurelles⁹⁷ au cours de la période sous revue. Elle a alors non seulement contenu la progression des heures de support terrain (+6.6%)⁹⁸ par rapport à l'augmentation du volume de prestations, mais également la progression de ses ressources en personnel administratif et back-office (+16.5%).

⁹⁶ Périmètre *ASD opérationnel* (hors activités *ASD spécifiques* qui n'entrent pas dans le calcul du taux de support).

⁹⁷ Par exemple, un Chef de centre pour deux CMS, centralisation de la demande, équipes pluridisciplinaires, etc.

⁹⁸ Les heures de support management relevées par le personnel de terrain ont même diminué de -15% par rapport à 2012.

Figure 10 : Progression relative 2012-2014 des heures de prestations, de support terrain et de soutien back-office et administration, A/F n°3.



Source : Cour des comptes, sur la base des comptes AVASAD 2012 et 2014, taux de support global sans éléments stratégiques, périmètre ASD opérationnel

Une économie extrapolée sur un ratio d'heures...

Comme présenté en début de section, si le taux de support global de l'AVASAD en 2014 était resté le même qu'en 2012, les A/F auraient consacré 77'000 heures de plus au support afin de fournir les 1'727'000⁹⁹ heures de prestations délivrées en 2014. Autrement dit, selon les estimations de l'AVASAD, CHF 3'885'359.-- de subvention supplémentaire auraient été nécessaires afin de délivrer les mêmes prestations.

En intégrant au taux de support global les effectifs des services transversaux de l'AVASAD, l'économie estimée par l'AVASAD est de CHF 2'959'860.-- (59'197 heures) en 2014. L'économie estimée est modérée, tout en restant positive, par l'augmentation de la dotation des services transversaux au cours de la période¹⁰⁰.

...« toutes choses égales par ailleurs »

Pour autant, cette estimation reste une comparaison « toutes choses égales par ailleurs » entre la situation de 2012 et la situation actuelle, basée sur un ratio d'heures indifférenciées. L'évaluation des résultats, pour une A/F ou l'AVASAD dans son ensemble, n'intègre pas l'évolution des coûts réels générés par la spécificité des prestations délivrées (facteurs exogènes, tels que types de prestations ou de clientèle, par exemple). D'autre part, cette estimation ne prend pas en considération les coûts générés par l'absentéisme, les activités définies hors périmètre du taux de support global (AVASAD *pilotage et services* en particulier) ou encore les coûts d'infrastructure par exemple¹⁰¹.

De la sorte, l'analyse du taux de support ne permet pas de suivre ses effets sur les coûts de l'AVASAD, et donc limite l'analyse des effets des mesures d'efficience prises, sur le dispositif de mise en œuvre de l'aide et des soins à domicile.

⁹⁹ Heures du périmètre ASD opérationnel pris en compte dans le calcul du taux de support global.

¹⁰⁰ Les ressources dédiées à la formation IRIS et au développement des outils mobiles y compris.

¹⁰¹ Une comptabilité analytique était toutefois en développement, par l'AVASAD en coopération avec le DSAS, lors de la réalisation de cet audit.

5 RÉPONSES AUX QUESTIONS D'AUDIT, CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS

RÉPONSES AUX QUESTIONS D'AUDIT

L'Etat a confié à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), la mise en œuvre de la politique cantonale d'aide et de soins à domicile, financée, pour la part non couverte par le revenu des prestations, conjointement par l'Etat et les communes. Concrètement, sous la surveillance du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), l'AVASAD est chargée de garantir une mise en œuvre de la politique conformément aux priorités définies par les autorités, ainsi qu'un accès équitable aux prestations d'aide et de soins à domicile sur l'ensemble du territoire vaudois. Les membres de l'AVASAD sont sept associations ou fondations régionales (A/F), dans lesquelles les communes sont majoritairement représentées. Les A/F gèrent, dans leurs périmètres régionaux respectifs, les prestations fournies aux résidents vaudois par 53¹⁰² centres médico-sociaux (CMS).

L'objectif de l'audit est de déterminer si l'AVASAD a mis en place une organisation, dispose d'un fonctionnement et exerce un pilotage lui permettant de s'assurer d'une mise en œuvre performante de la politique d'aide et de soins à domicile.

Pour ce faire l'audit comprend deux questions principales.

- I. **L'AVASAD a-t-elle mis en place une organisation et dispose-t-elle d'un fonctionnement favorable à une coordination efficace du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile ?**

L'AVASAD a mis en place une organisation et dispose de principes de fonctionnement adaptés à la coordination du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile tel que défini par la LAVASAD. Des potentiels d'amélioration de l'efficacité de la coordination du dispositif demeurent dans son fonctionnement, en particulier en ce qui concerne les besoins distinctifs des A/F en matière de soutien technique, métier ou managérial.

Tenant compte de la structure du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide de soins à domicile telle que voulue par la LAVASAD, depuis 2009, l'AVASAD a implémenté une organisation intégrant, dans un ordonnancement cohérent, les rôles et compétences de l'ensemble des organes décisionnels du dispositif.

L'AVASAD a élaboré et dispose de principes de fonctionnement renforçant l'assurance d'un accès équitable aux prestations d'aide et de soins à domicile sur l'ensemble du territoire vaudois. Sans se prononcer sur leur application, l'adoption de la *Charte des CMS* prévue par la LAVASAD, ainsi que l'usage systématique d'un outil commun d'évaluation des besoins des clients (RAI-HC), encore en cours d'implémentation lors de la période sous revue, renforcent l'harmonisation des conditions de prise en charge des clients dans les différentes régions. Dans

¹⁰² En 2014.

le fonctionnement effectif des A/F, la finalisation de la mise en œuvre du programme IRIS devrait également tendre vers une harmonisation de l'organisation et des pratiques de prise en charge, ainsi que des processus métiers des CMS. L'AVASAD a également élaboré différents outils renforçant l'harmonisation et le contrôle de la gestion opérationnelle des ressources au sein du dispositif. La stratégie globale de l'AVASAD est déclinée depuis 2012 dans un plan stratégique. Son développement et son intégration au sein du dispositif sont soutenus par des structures de coordination *ad hoc*. Celles-ci sont composées de directeurs et de référents métier des d'A/F, ainsi que des services transversaux de l'AVASAD.

A l'exemple du mandat triennal portant sur le taux de support global, dans ce dispositif comprenant sept A/F juridiquement autonomes, le mode de fonctionnement se calque sur une séparation formelle des principes et orientations liées à la mise en œuvre commune de la politique d'aide et de soins à domicile d'une part, et d'autre part l'autonomie d'organisation et managériale des A/F. Ce mode de fonctionnement est formalisé de manière uniforme entre l'AVASAD et chaque A/F. De manière analogue, la valeur de l'objectif cible fixé dans les mandats triennaux est identique pour toutes les A/F. Les différentes stratégies retenues par les A/F en ce qui concerne l'atteinte de l'objectif fixé sont certes propres à leurs caractéristiques régionales, mais également à des ressources managériales inégales. Les besoins des différentes régions en matière d'implication et de soutien technique, métier ou managérial de l'AVASAD ne sont alors pas uniformes.

II. Le pilotage du taux de support global permet-il à l'AVASAD de s'assurer de manière efficace de l'atteinte des objectifs de performance fixés au sein du dispositif ?

Intégrant dans un indicateur global la quasi-totalité des heures réalisées par les collaborateurs des A/F, le taux de support global est influencé par de nombreux facteurs structurels et liés aux activités. Le pilotage du taux de support global par l'AVASAD permet d'identifier systématiquement les potentiels d'amélioration d'efficience, tant en ce qui concerne le processus de délivrance des prestations, qu'au niveau des structures et de l'organisation des différentes A/F. En revanche, les stratégies et mesures d'amélioration retenues par les A/F n'étant pas intégrées systématiquement dans le pilotage de l'AVASAD, cette dernière ne peut s'assurer de la pleine exploitation de ces potentiels.

Fin 2014, le taux de support global des A/F dans leur ensemble a diminué de 4.5 pts, mais les disparités entre A/F restent marquées. Cette réduction est due pour partie aux actions réalisées par les A/F dans leur organisation et structure, mais également à d'autres objectifs pilotés par l'AVASAD. Il s'agit, en particulier, des mesures RECAM et de la mise en œuvre du programme IRIS dont l'implémentation est encore en cours dans certaines A/F lors de la période sous revue.

Finalement, le pilotage n'intégrant pas les coûts générés par les prestations, ni par l'ensemble du dispositif, il ne permet pas à l'AVASAD de s'assurer de ses effets sur les subventions publiques.

Le taux de support est un élément central de la gestion de l'AVASAD. En effet, les heures d'activités de la plupart du personnel fournissant les prestations d'aide et de soins à domicile

sont répertoriées selon un schéma de classification défini et relevées à l'aide d'outils de saisies. L'AVASAD dispose donc, pour les activités du personnel des CMS essentiellement, d'un recensement détaillé des heures effectives consacrées à la fourniture des différentes prestations d'aide et des soins à domicile, pour la plupart facturables, ou consacrées à la coordination et planification des interventions, à la préparation du matériel de soins, à des tâches administratives ou encore aux déplacements, c'est-à-dire les heures de support terrain, non facturables. Le taux de support global intègre également les dotations de personnel d'administration générale et de back-office des A/F, prises en considération, par définition, comme des heures de support. Les budgets des A/F étant construits sur les prévisions de volume des prestations, les heures effectives consacrées par une A/F aux activités de support permettent de déterminer les ressources en personnel correspondantes. En 2012, les taux de support respectifs des A/F étaient compris entre 114.1% et 131.8%.

En réponse à l'objectif du DSAS de réaliser à court terme une économie de 4.6 millions sur la subvention, les mandats triennaux attribués aux A/F visent deux objectifs de performance principaux à atteindre au 31.12.2015 :

- a) réduire le taux de support global des A/F dans leur ensemble de 9.3 pts, afin de réduire la part de subventions publiques, autrement dit, améliorer la rentabilité de l'AVASAD ;
- b) améliorer l'efficacité des A/F par l'atteinte d'un taux de support global identique de 111.3%. L'effort à fournir par chaque A/F est plus ou moins conséquent selon son taux de support global effectif en 2012.

Les objectifs posés laissent aux A/F une complète autonomie quant aux mesures d'efficacité à prendre dans leur organisation. Le taux de support global intégrant la quasi-totalité des activités des A/F, les actions possibles portent tant sur l'optimisation de la facturation, des activités de support du personnel de terrain, que des dotations du personnel d'administration et back-office. Le mode de fonctionnement prévoit que les A/F décident de leur stratégie et des actions concrètes correspondantes et qu'elles renseignent l'AVASAD. L'AVASAD offre son soutien technique aux A/F dans la mise en œuvre des mesures d'efficacité et en suit leur état d'avancement.

La Cour a constaté que le suivi des activités des A/F et l'analyse de différents indicateurs associés au taux de support global sont réalisés avec une grande rigueur par les organes centraux de l'AVASAD. Les écarts sont systématiquement identifiés et les potentiels d'amélioration de chaque A/F détectés.

La recherche des causes et des actions pouvant être entreprises doit alors s'appuyer sur un mode coopératif entre l'AVASAD et l'A/F ; face aux écarts identifiés, la mise en œuvre d'actions correctrices reste de la compétence de chaque A/F. Au cours de la période sous revue, ce mode est plus ou moins formel selon les situations et les difficultés de gestion.

Comme il n'est pas prévu de convention systématique entre l'AVASAD et chaque A/F sur les mesures d'amélioration à prendre dans leur organisation ou structure, le pilotage exercé par les organes centraux de l'AVASAD est alors essentiellement réactif. Leur influence concrète sur les orientations à prendre est exercée au moyen du processus budgétaire, par des décisions précises sur l'allocation des ressources de chaque A/F. Dès lors, le pilotage ne permet pas à l'AVASAD de s'assurer du plein développement des potentiels d'amélioration au sein du dispositif.

Au 31.12.2014, le taux de support global des A/F dans leur ensemble a diminué de 4.5 pts¹⁰³, essentiellement grâce à une réduction des heures de support du personnel de terrain. Les taux de support respectifs des A/F ainsi que leurs évolutions depuis 2012 montrent des différences marquées (109.7% à 127.6%).

Cette réduction du taux de support global est due, pour partie, selon des stratégies qui leur sont propres et de manière disparate, aux mesures prises par certaines A/F dans leur structure et organisation. Mais cette amélioration est également due à d'autres objectifs pilotés par l'AVASAD. Les effets des mesures RECAM sur le taux de support sont prévus dans les mandats triennaux : certaines heures de coordination spécifiques, ainsi que les heures d'évaluation sans suite de soins devenant facturables, de fait, elles ne sont plus recensées dans les heures de support, mais dans les heures de prestations. Le programme IRIS, par l'introduction d'une application informatique (*Medlink*) et d'outils mobiles (tablettes et smartphones), implique une harmonisation des processus de traitement de la demande au sein des différentes A/F. Cette harmonisation a des impacts sur la réalisation des différentes activités liées à la fourniture des prestations (réception et accueil des demandes d'intervention, évaluation des besoins, élaboration du plan d'intervention, planification, conduite des interventions, réévaluation) et nécessite des adaptations dans leur organisation. Lors de la période sous revue, IRIS devait encore être implémenté dans deux A/F. Une seule A/F bénéficiait d'une mise en œuvre terminée depuis plus d'une année.

Les indicateurs utilisés par l'AVASAD permettent d'ailleurs, lors de la réalisation de cet audit, d'identifier des potentiels d'amélioration supplémentaires, tant en ce qui concerne les processus de fourniture des prestations, qu'au niveau des structures et de l'organisation des différentes A/F.

Finalement, l'analyse du taux de support n'intègre ni l'ensemble des coûts réels des A/F (coûts de l'absentéisme, coûts des infrastructures, etc.), ni les coûts engendrés par la structure spécifique des prestations ou de la clientèle (cas lourds, etc.). Le taux de support global de l'AVASAD ne prend en outre pas en considération l'ensemble des activités du dispositif, les services centraux de l'AVASAD en particulier. Sans y intégrer ces coûts, cette analyse ne permet pas à l'AVASAD de s'assurer de manière effective de ses effets sur les subventions publiques.

¹⁰³ Selon les données d'activité aux 31 décembre 2015, le taux de support global en 2015, en ce qui concerne les activités du périmètre défini dans le mandat triennal, est de 109% pour l'ensemble des AF, donc en dessous du taux de support cible de 111.3%. Ceci représente une réduction de 11.6 points par rapport à 2012. Les taux de support respectifs des A/F sont compris entre 97.4% et 116%.

CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Coordination et fonctionnement du dispositif

| | |
|-----------------------|---|
| Constatation | <p>Afin de coordonner les nombreuses structures du dispositif, l'AVASAD a entrepris, depuis sa création en 2009, diverses démarches visant à clarifier les compétences de ses organes au sein du dispositif, à renforcer leur intégration dans la stratégie de l'AVASAD et à harmoniser les pratiques, tant en matière d'usage des ressources, de gestion, qu'en matière d'octroi des prestations.</p> <p>Dans ce cadre, les rôles, les compétences ou encore les relations entre les organes centraux de l'AVASAD et les sept A/F, c'est-à-dire sept organisations juridiquement autonomes, sont formalisés de manière uniforme.</p> <p>Pour autant, des disparités existent dans la conduite et la gestion des sept A/F. Elles sont dues à leurs caractéristiques structurelles (taille, en particulier), à leur environnement sanitaire régional, mais également à des ressources managériales inégales. Conséquemment, les attentes et besoins exprimés par les différentes régions à l'égard des organes centraux de l'AVASAD en matière de soutien technique, métier ou managérial sont également différents.</p> |
| Recommandation | <p>Afin de renforcer la coordination au sein du dispositif d'aide et de soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none">- poursuivre les travaux sur la dotation des fonctions de support (managériales, administratives, experts prestations et qualité, etc.) au sein des différentes régions et des services centraux de l'AVASAD dans une approche globale et fonctionnelle du dispositif qui tienne compte des besoins et capacités différentes des A/F,- déterminer les ressources adéquates pour chaque A/F, en ayant pris en considération les synergies possibles avec les services transversaux de l'AVASAD et le soutien ponctuel ou permanent pouvant être apporté par ceux-ci. |

2. Diminution du taux de support par l'harmonisation des outils et processus

| | |
|-----------------------|---|
| Constatation | <p>Le taux de support global représente le ratio entre les heures de support réalisées par le personnel de terrain (préparation des interventions, déplacements, etc.), ainsi que le personnel administratif des A/F (administration générale de l'A/F, back-office, etc.) et les heures de prestations d'aide et de soins à domicile.</p> <p>Fin 2014, en considérant les A/F dans leur ensemble, le taux de support global a diminué depuis 2012 (-4.5 pts)¹⁰⁴ principalement grâce à une réduction de la part des heures consacrées aux activités de support par le personnel de terrain par rapport aux heures de prestations.</p> <p>Cette réduction s'explique en partie par différentes actions communes à l'ensemble des A/F visant l'usage d'outils mobiles et l'harmonisation des processus de fourniture des prestations (IRIS), ainsi qu'à optimiser la facturation des heures effectuées par le personnel de terrain (RECAM). La mise en œuvre concrète de ces actions, encore en cours dans certaines A/F, fait l'objet d'un suivi systématique par les organes centraux de l'AVASAD.</p> <p>Dans ce cadre, des potentiels d'amélioration supplémentaires subsistent, tant en ce qui concerne la facturation, que la planification de la fourniture des prestations par exemple.</p> |
| Recommandation | <p>Afin d'améliorer l'efficacité dans la fourniture des prestations d'aide et de soins à domicile, dans le respect de standards déterminés et communs au niveau du Canton :</p> <ul style="list-style-type: none">- poursuivre le développement et l'implémentation d'outils communs dans la fourniture des prestations,- consolider et renforcer les démarches d'harmonisation des pratiques et processus,- veiller à la bonne exécution de ces démarches dans les différentes régions. |

¹⁰⁴ 1 point de support au niveau des A/F dans leur ensemble représente l'équivalent de 9-10 etp environ.

3. Pilotage de l'efficacité des A/F, au moyen du taux de support

| | |
|-----------------------|---|
| Constatation | <p>Fin 2012, le Conseil d'administration de l'AVASAD a fixé pour objectif aux A/F d'atteindre dans un délai de 3 ans un taux de support global identique (impliquant des réductions de 2.8 pts à 20.5 pts selon les A/F). Dans ce cadre, chaque A/F établit sa stratégie propre à atteindre le taux de support global cible.</p> <p>Le suivi des activités des A/F et l'analyse de différents indicateurs associés au taux de support global sont réalisés avec une grande rigueur par les organes centraux de l'AVASAD. Les écarts sont systématiquement identifiés et les potentiels d'amélioration de chaque A/F détectés. Néanmoins, en ce qui concerne son organisation et sa structure, chaque A/F décide des actions concrètes à réaliser afin d'en améliorer l'efficacité.</p> <p>Le pilotage exercé par les organes centraux de l'AVASAD est alors essentiellement réactif, dans la mesure où il n'y a pas de convention systématique, entre chaque A/F et les organes centraux de l'AVASAD, sur les mesures d'amélioration à prendre dans leur organisation ou structure.</p> <p>La nature et l'ampleur des mesures d'amélioration effectivement mises en œuvre par les différentes A/F sont disparates.</p> <p>Fin 2014, leurs taux de support respectifs, ainsi que leurs évolutions depuis 2012 montrent des différences marquées (109.7% à 127.6%).</p> |
| Recommandation | <p>Afin d'intensifier le pilotage de l'efficacité des A/F :</p> <ul style="list-style-type: none">- évaluer les effets sur le taux de support des mesures prises par les différentes régions dans leur organisation et structure,- déterminer si ces mesures sont applicables et selon quelles modalités aux autres A/F,- convenir des actions les plus appropriées pour chaque A/F et suivre leur mise en œuvre dans les régions concernées. |

4. Intégration des coûts dans le pilotage du taux de support

| | |
|-----------------------|--|
| Constatation | <p>L'objectif fixé en 2012 par le DSAS est une réduction de la part de financement de l'AVASAD supportée par les subventions cantonales et communales. L'AVASAD a proposé d'y répondre au moyen d'une diminution de son taux de support global.</p> <p>Les effets financiers de la réduction de celui-ci sont extrapolés sur la base du différentiel d'heures de support constaté. Ils n'intègrent ni l'ensemble des coûts réels des A/F (coûts de l'absentéisme, coûts des infrastructures, etc.), ni les coûts engendrés par la structure spécifique des prestations ou de la clientèle (cas lourds, etc.). De plus, le taux de support global de l'AVASAD ne prend pas en considération l'ensemble des activités du dispositif, les services centraux de l'AVASAD en particulier.</p> <p>Dès lors, l'analyse de ses effets sur les subventions et les résultats financiers des A/F est limitée.</p> |
| Recommandation | <p>Afin d'obtenir une meilleure maîtrise des coûts du dispositif, de ses impacts sur les subventions, mais également afin de renforcer la transparence et l'acceptabilité par les A/F des arbitrages effectués dans l'attribution des ressources :</p> <ul style="list-style-type: none">- compléter l'analyse des résultats atteints en matière de taux de support par l'analyse des coûts réels du dispositif, ainsi que des coûts engendrés par les différents types de prestations. |

6 REMARQUES DE L'ASSOCIATION VAUDOISE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE



AVASAD
Association vaudoise
d'aide et de soins à domicile
Rte de Chavannes 37
1014 Lausanne

Tél. 021 623 36 36
Fax 021 623 36 10

Cour des Comptes
du Canton de Vaud
A l'attention de Monsieur
Frédéric Grognuz
Vice-Président
Rte de Langallerie 11
1014 Lausanne

Lausanne, le 24 mars 2016

Rapport de la Cour des Comptes : Audit de performance portant sur la mise en œuvre déléguée de l'aide et des soins à domicile

Monsieur le Vice-Président,

Le Conseil d'administration de l'AVASAD tient à remercier la Cour des Comptes pour la qualité des échanges et l'esprit constructif dans lequel s'est effectué l'audit. Elle prend acte des recommandations dont elle reconnaît le bien-fondé.

Le Conseil d'administration de l'AVASAD note, conformément au rapport, que l'audit concerne les années 2012-2014. Par ailleurs, le Conseil d'administration relève qu'il a accompli tout ce qui était exigé par la LAVASAD, adoptée fin 2009, et que la période d'audit (2012 – 2014) s'est déroulée « au milieu du gué » en termes d'harmonisation des pratiques et de suivi des objectifs concernant le taux de support. Parmi les éléments qui ont contribué à harmoniser l'activité des CMS, relevons le programme IRIS (comprenant l'évaluation standardisée des besoins RAI-HC), l'application de la Charte demandée par la LAVASAD et l'introduction des normes Swiss GAAP RPC.

Dans la perspective des actions à mener, il est utile de préciser les éléments suivants :

Taux de support global : l'audit portant sur la période 2012-2014 montre une baisse du taux de 4.5 pts avec une moyenne cantonale réelle en 2014 de 116.1%. Les efforts dans les Associations / Fondations ainsi qu'à l'AVASAD se sont poursuivis en 2015 afin d'atteindre la cible de 111,3 %. Les actions menées sur les effectifs ont permis une réduction du taux de support global supérieur aux objectifs fixés. Globalement, ce dernier atteint 109% soit une réduction de 7.1 pts en une année. Ce résultat est atteint en raison d'une augmentation de l'activité conséquente et d'un suivi rigoureux de l'évolution du personnel de support.

Ainsi le travail de longue haleine, entrepris en vue d'implémenter entre 2012 et 2015 le programme IRIS (introduction de la méthode d'évaluation standardisée RAI-HC, traitement harmonisé de la demande et nouveau dossier client informatique accessible en mobilité) se traduit concrètement par une diminution du taux de support et par voie de conséquence d'une croissance de subvention moindre.

Actions en cours de réalisation : afin d'intensifier le pilotage de l'AVASAD, un rapport mensuel portant sur les objectifs budgétaires et leurs réalisations concrètes est en cours de développement. Celui-ci comprend le suivi d'indicateurs dans 6 domaines : l'activité, les ressources en personnel, les taux de support, les heures non productives, la facturation, l'absentéisme & la rotation du personnel. L'AVASAD aura ainsi la possibilité de contractualiser les mesures à mettre en œuvre pour chacune des institutions la composant et de responsabiliser les acteurs concernés.

./.

L'AVASAD, constituée d'Associations et Fondation régionales et de services transversaux, met en œuvre la politique cantonale vaudoise d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures de promotion de la santé et de prévention. Elle est membre de l'Association suisse d'aide et de soins à domicile – www.avasad.ch



AUDIT DE PERFORMANCE DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET
DE SOINS À DOMICILE

Dotation des fonctions de support dans les AF : l'AVASAD est très attentive à la répartition adéquate des ressources entre les métiers « terrain » et de support.

Dans le cadre d'une feuille de route du Conseil d'administration, demandée par le Chef de Département, un travail approfondi de nos structures est en cours d'élaboration afin d'analyser les besoins et les synergies possibles entre les AF et l'AVASAD. Cette étude permettra d'équilibrer les ressources selon la typologie et les volumes d'activité à assurer.

Le Conseil d'Administration vous réitère ses sincères remerciements et vous prie de croire, Monsieur le Vice-Président, à l'assurance de ses sentiments les meilleurs.


Alain Pécoud
Président


Jean-Jacques Monachon
Directeur Général

Copies à :

- M. Pierre-Yves Maillard, Président du Conseil d'Etat, Chef du DSAS
- Mme Stéphanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique
- M. Fabrice Ghelfi, Chef du SASH

L'AVASAD, constituée d'Associations et Fondation régionales et de services transversaux, met en œuvre la politique cantonale vaudoise d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures de promotion de la santé et de prévention. Elle est membre de l'Association suisse d'aide et de soins à domicile – www.avasad.ch



ANNEXES

| | |
|---|----|
| Annexe I : Panier des prestations | 74 |
| Annexe II : Missions et compétences principales des organes dirigeants de l'AVASAD et des A/F | 76 |
| Annexe III : Organigramme de fonctionnement de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile | 80 |
| Annexe IV : Taux de support global, cascade d'objectifs | 81 |
| Annexe V : Indicateurs principaux d'analyse des activités des A/F | 83 |
| Annexe VI : La Cour des comptes en bref | 85 |

ANNEXE I : PANIER DES PRESTATIONS

| Panier des prestations (Convention 2013-2017) | | |
|--|---|---|
| Les prestations de base ou « panier des prestations » englobe l'ensemble des prestations médico-sociales dispensées à la clientèle des CMS, par du personnel qualifié. Ces prestations contribuent au maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé ou en situation de handicap. | | |
| 1 | réception et accueil | Nombre d'heures de prestations par an |
| 2 | évaluation et réévaluation | Nombre d'heures de prestations par an |
| 3 | soins de base | Nombre d'heures de prestations par an |
| 4 | soins infirmiers médico-délégués | Nombre d'heures de prestations par an |
| 5 | instruction | Nombre d'heures de prestations par an |
| 6 | traitements d'ergothérapie | Nombre d'heures de prestations par an |
| 7 | aide au ménage | Nombre d'heures de prestations par an |
| 8 | aide à la famille | Nombre d'heures de prestations par an |
| 9 | veilles et présences | Nombre d'heures de prestations par an |
| 10 | démarches sociales | Nombre d'heures de prestations par an |
| 11 | accompagnement psycho-social | Nombre d'heures de prestations par an |
| 12 | bio télé vigilance | Nombre de clients avec <i>Sécutel</i> |
| 13 | repas et conseils diététiques | Nombre de repas |
| 14 | orientation | Nombre d'heures de prestations par an |
| 15 | transport à mobilité réduite (TMR) | Nombre de clients au 31/12/ N |
| 16 | prestations de support | Taux de support global |
| 17 | aide individuelle | Montant de l'aide en KCHF |
| 18 | Système d'information (indicateurs liés à l'usage d'IRIS notamment) | |
| 19 | Formation (nb de semaines de stage par catégorie professionnelle, nb d'apprentis, par exemple). | |
| En ce qui concerne les prestations 18 <i>Système d'information</i> et 19 <i>Formation</i> , des indicateurs doivent être développés au cours de la législature 2012-2017. | | |
| Prévention petite enfance | | |
| 20 | Prévention petite enfance | Nombre de naissances connues des IPE / annuel |
| | | Nombre total d'enfants ayant reçu une prestation / annuel |
| | | Nombre total de prestations / annuel |
| | | Nombre de visites à domicile / annuel |
| | | Proportion d'enfants ayant reçu au moins une prestation IPE parmi les enfants nés dans l'année (taux de couverture pour une cohorte). |
| 21 | Prévention primaire renforcée petite enfance | « Plus de 3 visites » à domicile |
| | | Nombre total d'enfants ayant reçu une prestation / annuel |

| | | |
|------------------|--|--|
| | | Nombre total de prestations / annuel |
| | | « Plus de 10 visites » à domicile |
| | | Nombre total d'enfants ayant reçu une prestation / annuel |
| | | Nombre total de prestations / annuel |
| | | Proportion parmi les « plus de 3 visites » d'enfants suivis par le SPJ et l'OTG. |
| Soins palliatifs | | |
| 22. | Infirmière ressource en soins palliatifs | Nombre par CMS |
| 23. | Sollicitations EMSP ¹⁰⁵ | Nombre de patients pour lesquels l'EMSP a été appelée |
| 24. | Conditions cadres – soins palliatifs | Validation et début de la mise en œuvre |

¹⁰⁵ Equipe mobile de soins palliatifs

ANNEXE II : MISSIONS ET COMPÉTENCES PRINCIPALES DES ORGANES DIRIGEANTS DE L'AVASAD ET DES A/F

| Organes dirigeants | Missions et compétences dans le fonctionnement du dispositif cantonal | Relations hiérarchiques |
|---|---|--|
| 1.Assemblée des délégués (AD) | <p>Ratifier les statuts des membres (A/F) de l'AVASAD ;</p> <p>Superviser globalement le fonctionnement de l'AVASAD en élisant les représentants des A/F au Conseil d'administration, en adoptant les budgets annuels, en approuvant les comptes annuels, en adoptant les rapports d'activité annuels, en donnant décharge au Conseil d'administration et à la Direction générale pour leur gestion et en désignant l'organe de révision proposé par le Conseil d'administration ;</p> <p>Rendre compte au Conseil d'Etat des résultats de l'activité de l'AVASAD en lui transmettant les documents adoptés et approuvés (rapports d'activité, budgets, comptes) et en lui soumettant, pour ratification, la désignation de l'organe de révision ;</p> <p>Formuler des propositions sur les orientations et la mise en œuvre de la politique cantonale d'aide et de soins à domicile.</p> | |
| 2.Conseil d'administration (CA) | <p>Définir la stratégie globale de l'AVASAD ;</p> <p>Définir les politiques institutionnelles ;</p> <p>Assurer la conduite globale et stratégique de l'AVASAD ;</p> <p>Définir et gérer les moyens pour y parvenir : charte, prestations (limites et moyens de les délivrer), principes de fonctionnement (AVASAD et A/F), fixation des tarifs dans le contexte légal, préparation des budgets annuels, élaboration des comptes annuels (AVASAD et A/F) ;</p> <p>Rendre compte au Conseil d'Etat du bon fonctionnement de l'AVASAD et de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile.</p> | |
| 3.Direction générale AVASAD (DG) | <p>Décliner, avec le soutien du Comité de direction, les décisions stratégiques et globales du Conseil d'administration en décisions opérationnelles ;</p> <p>Proposer des orientations globales et stratégiques au Conseil d'administration ;</p> <p>Assurer la gestion globale de l'institution : orientations et suivi financier, orientations et suivi budgétaire, contrôle interne, qualité et panier des prestations, maintien des équilibres de l'institution, gestion de la communication, des évolutions des ressources humaines, de l'informatique, des infrastructures, des partenaires, des indicateurs de conduite stratégique et opérationnelle, etc. ;</p> <p>Assurer la mise en place des contrôles financiers, de conformité ;</p> | <p>Le supérieur direct du DG est le Conseil d'administration, représenté par son Président</p> |

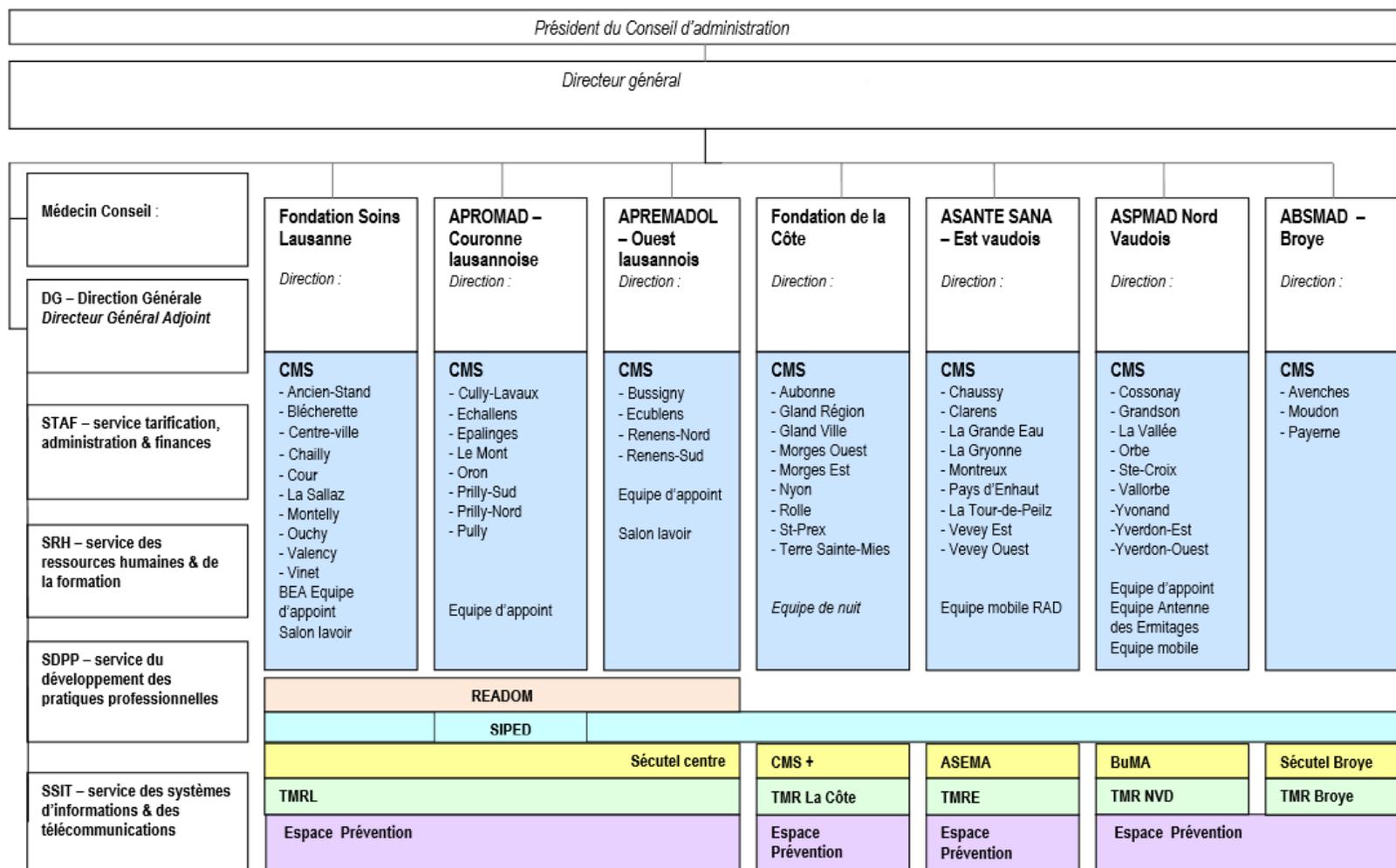
| | | |
|--|--|---|
| | <p>Proposer au Conseil d'administration de l'AVASAD la définition des règles générales d'organisation, de fonctionnement et de gestion (finances, RH, informatique, prestations, régions, plateformes, etc.) ;</p> <p>Contrôler le bon fonctionnement global de l'AVASAD et, en cas de nécessité, proposer et/ou décider des mesures correctrices.</p> | |
| 4. Comité de direction (CODIR) | <p>Contribuer à la déclinaison des décisions stratégiques et globales du CA en décisions opérationnelles globales, puis décliner celles-ci en décisions opérationnelles régionales et en décisions applicables par les services transversaux ;</p> <p>Procéder aux analyses et échanges nécessaires pour proposer des orientations globales et stratégiques au CA pour diriger l'AVASAD de manière efficiente ;</p> <p>Prendre toutes les décisions requises permettant d'assurer : la mise en œuvre de la stratégie définie par le CA, la gestion globale de l'AVASAD, l'efficacité du fonctionnement de l'AVASAD ;</p> <p>Prendre toutes les décisions requises permettant d'assurer la mise en œuvre de la stratégie définie par le Conseil d'administration, la gestion globale de l'AVASAD et l'efficacité de son fonctionnement : orientations et suivi financier, orientations et suivi budgétaire, contrôle interne, qualité, panier des prestations, maintien des équilibres, coordination de la communication, de l'évolution des ressources humaines, de l'informatique, des infrastructures, des partenaires, des indicateurs stratégiques et de conduite opérationnelle,</p> <p>Assurer la coordination entre les directeurs des A/F, les directeurs des services transversaux, le Directeur général de l'AVASAD et le médecin conseil.</p> | <p>Les (autres) membres du Comité de direction de l'AVASAD sont placés sous l'autorité du Directeur général.</p> |
| 5. Directions des A/F (DIR REG) | <p>Diriger l'A/F en appliquant les décisions prises par le Comité de direction et le CA ;</p> <p>Inscrire l'orientation à court et moyen terme (1 à 5 ans) de l'A/F dans la perspective stratégique à long terme de l'AVASAD ;</p> <p>Proposer des orientations générales et stratégiques au Comité de direction, basées sur les constats et expériences de terrain ;</p> <p>Assurer la gestion globale de l'A/F qu'il dirige : orientations et suivi financier, orientations et suivi budgétaire, contrôle interne, qualité, panier des prestations, maintien des équilibres, gestion de la communication, de l'évolution des ressources humaines, de l'informatique, infrastructures, des partenaires, etc. ;</p> <p>Contrôler le bon fonctionnement de l'A/F qu'il dirige et, en cas de nécessité, proposer et/ou décider des mesures correctrices ;</p> <p>Garantir la fourniture des prestations définies par l'AVASAD et son Comité dans sa région ;</p> <p>Gérer les entités dépendantes des A/F ;</p> <p>Engager le personnel de l'A/F de sa région ;</p> | <p>Le supérieur hiérarchique administratif et contractuel des Directeurs des A/F est le Directeur général AVASAD.</p> <p>Le DG AVASAD est également le supérieur hiérarchique fonctionnel pour les aspects fonctionnels cantonaux.</p> <p>Pour les aspects fonctionnels régionaux qui relèvent des statuts des A/F, le supérieur hiérarchique fonctionnel est le Président de l'A/F correspondante.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | Assurer la coordination avec le Directeur général, les Directeurs des autres A/F et les Directeurs des services transversaux de l'AVASAD. | |
| 6.Directions des services transversaux (STRAN) | <p>Soutenir les organes dirigeants de l'AVASAD (Conseil d'administration, Assemblée des délégués, Directeur général, Comité de direction) dans les domaines des services transversaux, en particulier, soutenir le Conseil d'administration dans la définition des principes de fonctionnement de l'AVASAD et des A/F dans les domaines transversaux, en vertu de l'article 11, al. f de la LAVASAD ;</p> <p>Soutenir les autres entités de l'institution par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise à disposition d'expertise dans le domaine du service transversal considéré ; - le conseil, la conception, la mise en place, l'exploitation, la maintenance et l'assistance à l'utilisation d'outils, si possible communs pour toute l'institution et spécifiques au domaine du service transversal considéré ; - la réalisation d'analyses sur demande des autres entités de l'institution ; <p>Proposer au Comité de direction et/ou à la Direction générale qui décide des directives, des règles de fonctionnement ou de processus communs à toute l'institution dans le domaine du service transversal considéré ;</p> <p>Exécuter le contrôle interne du respect des règles, directives et processus adoptés par le Comité de direction et/ou la direction générale et/ou le Conseil d'administration.</p> <p>Plus précisément, en 2015, les organes centraux de l'AVASAD disposent de quatre services transversaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le service <i>Développement des Pratiques Professionnelles</i> développe et analyse les prestations, ainsi que les processus, les outils et les activités qui permettent de réaliser celles-ci. Il fournit des prestations de soutien et de conseil aux acteurs du terrain et coordonne les projets transversaux de l'institution. 2) Le service <i>Ressources humaines et Formation</i> a pour mission de définir les conditions de travail et la politique RH de l'entier du dispositif, de fournir un appui juridique aux Associations et Fondations et de mettre en œuvre des formations et des démarches de développement des compétences. 3) Le service <i>Systèmes d'information et Télécommunication</i> maintient et fait évoluer le système d'information soutenant les processus des soins à domicile de la santé scolaire et de support (finances, logistique, RH). Il réalise les projets soutenant le plan directeur. 4) Le service <i>Tarifification, Administration, Finances</i> a pour mission de construire un système d'information décisionnel utile au pilotage de l'institution. Il conseille les directions dans la démarche de gestion administrative et financière, alloue les ressources et suit leur utilisation et met en œuvre le système de contrôle interne | Le supérieur direct des directeurs des services transversaux est le Directeur général de l'AVASAD |
| 7.Comités de direction des A/F (CO REG) | <p>Superviser et soutenir le Directeur dans sa gestion ;</p> <p>Elaborer le budget de l'A/F en coordination avec le Directeur de l'A/F ;</p> | |

AUDIT DE PERFORMANCE DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Définir, en coordination avec le Directeur de l'A/F, les activités spécifiques de l'A/F et ses modes de financement ;</p> <p>Garantir l'équilibre financier et la mise en œuvre du système de contrôle interne ;</p> <p>Garantir la fourniture des prestations définies par l'AVASAD et les prestations spécifiques définies avec les partenaires locaux ;</p> <p>Représenter et engager l'A/F auprès des tiers dans sa région.</p> | |
| <p>8.Assemblées régionales des A/F (AG REG)</p> | <p>Adopter le budget annuel de l'A/F ;</p> <p>Approuver les rapports d'activité et les comptes présentés par les Comités des Associations régionales ou les Comités de direction des Fondations régionales.</p> | |

ANNEXE III : ORGANIGRAMME DE FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION VAUDOISE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE



AVASAD / DG / JMAR / Version du 1.04.2015

ANNEXE IV : TAUX DE SUPPORT GLOBAL, CASCADE D'OBJECTIFS

| | Objectif | Mesures d'amélioration |
|--------|---|--|
| AVASAD | Objectif fixé par le DSAS à l'AVASAD lors de l'établissement du budget 2013 : CHF 4.6 millions d'économie, sur la base du budget 2012 ¹⁰⁶ . | <p>L'AVASAD propose d'agir sur le taux de support de l'institution, indicateur applicable à toutes les A/F.</p> <p>Compte tenu du volume d'heures de prestations alors prévu (1'675'000), une réduction de 5.3 points de % sur le taux de support global devait être réalisée, représentant environ 90'000 heures de support soit 45 à 50 etp. Considérant un taux de support global AVASAD de référence, lors de l'établissement des objectifs, de 118.2%, ainsi qu'une réduction complémentaire du taux de support de 1.6 points obtenue par le projet <i>RECAM</i> (projet de revalorisation des évaluations de la coordination ainsi que de l'administration des médicaments)¹⁰⁷, un taux de support cible global de 111.3% a été fixé par le Conseil d'administration.</p> <p>Dans les faits, le taux de support réel de l'AVASAD en 2012 était de 120.6%, en intégrant les effets des mesures <i>RECAM</i>, l'atteinte d'un taux de support à 111.3% représenterait une réduction du taux de support de 9.3 points.</p> |
| A/F | Défini et validé par le Conseil d'administration et la Direction générale AVASAD, un taux de support cible identique de 111.3% au 31.12.2015 a été fixé à chaque association ou fondation. Les mandats triennaux attribués aux différentes A/F et établis par l'AVASAD fixent une cible commune à atteindre, avec des objectifs intermédiaires sur 3 ans (2013 à 2015). Les valeurs des objectifs intermédiaires sont propres à chaque association ou fondation, en fonction de la réduction nécessaire correspondant à son taux de support réel en 2012 et le taux de support cible de 111.3% ; autrement dit, les cibles annuelles sont adaptées pour tenir compte de la situation spécifique de départ de chaque A/F en 2012. Dès lors, les réductions respectives de taux de support fixées au 31.12.2015 s'étendent de 2.8 pts à 20.5 pts selon l'association ou fondation | <p>Les mandats précisent que les A/F sont seules décisionnaires des mesures d'efficience à entreprendre dans leur organisation.</p> <p>Des pistes d'amélioration du taux de support sont présentées « à titre d'exemple », par l'AVASAD, dans les mandats triennaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) une augmentation de l'effectif d'encadrement moins importante que celle de la croissance d'activité, b) une hausse de la part des prestations facturées, c) une baisse du temps consacré aux déplacements, d) une amélioration du processus de planification, e) une mutualisation de moyens entre CMS, |

¹⁰⁶ Les subventions cantonale et communales au budget 2012 se montaient à CHF 172'215'000, une économie de CHF 4.6 millions représentait alors 2.67% environ.

¹⁰⁷ Le projet *RECAM* vise une optimisation de la facturation des A/F en ce qui concerne les heures de coordination et les évaluations sans suites de soins, facturables conformément à la LAMa. Il s'agit donc d'un « transfert » d'heures alors comptabilisées en support, vers des heures de prestations facturables.

| | |
|---|---|
| <p>concernée par rapport aux taux respectifs réels des A/F en 2012.</p> | <p>f) autres... .</p> <p>Toutefois, le mandat précise l'obligation de renseigner de chaque association ou fondation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par l'engagement à fournir à la Direction générale de l'AVASAD tout élément qu'elle pourrait demander à l'A/F sur les l'état d'avancement des mesures mises en œuvre ; - Par un point trimestriel réalisé et transmis par l'association ou fondation à la Direction générale de l'AVASAD afin d'analyser et suivre les effets des actions entreprises. <p>Pour sa part, l'AVASAD s'engage à fournir son soutien au Directeur de l'A/F dans la mise en œuvre de ces objectifs :¹⁰⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> - En mettant à disposition un ensemble de compétences et moyens afin d'apporter tout conseil et le soutien technique nécessaires dans la mise en œuvre des mesures de réorganisation interne et de recherche d'efficience ; - Par un soutien financier, le Conseil d'administration couvrant les manques de financements globaux en 2013 et 2014. <p>Seul le mandat de l'A/F nécessitant la plus forte réduction de taux de support comporte quelques compléments sur les économies à réaliser en matière de coûts de structure, un objectif de retour à l'équilibre financier, ainsi que des possibilités de mesures supplémentaires (analyser chaque demande de remplacement, accentuer le transfert du personnel entre CMS, mutualiser certaines fonctions, revisiter le contenu des colloques, les participants, ainsi que la fréquence, distribuer l'activité en fonction du lieu de résidence des collaborateurs, etc.).</p> |
|---|---|

¹⁰⁸ Pour autant, il est rappelé, à nouveau, que l'A/F est seule responsable des moyens à mettre en œuvre, dans sa propre enveloppe budgétaire et de la méthode utilisée pour atteindre les objectifs fixés.

ANNEXE V : INDICATEURS PRINCIPAUX D'ANALYSE DES ACTIVITÉS DES A/F

| Taux de support global | | |
|--|---|--|
| Indicateurs | Définition et périmètre | Composition |
| Aide et soins (volume des prestations) | Le volume d'heures pris en considération dans le calcul des différents taux de support est la somme des heures relevées de prestations d'aide et de soins à domicile. | Les heures intègrent tout le personnel qui fournit des prestations d'aide et soins à domicile, à l'exclusion du personnel sans outil de saisie et des livreurs de repas (les repas, les prestations de pédiatrie, des lavoirs, par exemple sont exclus du périmètre). |
| Support terrain | <p>Le support terrain est circonscrit aux heures relevées par le personnel de terrain. Il s'agit des heures qui ne peuvent être facturées, consacrées par le personnel terrain à la fourniture des prestations ASD ou à l'encadrement des collaborateurs (<i>support médico-social et management</i>).</p> <p>Le décompte est basé sur les heures effectives relevées par les infirmières et infirmiers, auxiliaires de santé, ergothérapeutes, etc. selon un schéma de classification défini (il exclut le personnel qui ne relève pas ses heures, comme les livreurs de repas à domicile, par exemple).</p> | Le support médico-social intègre, notamment, les heures de coordination et de planification, l'organisation et la fourniture du matériel de soins ou encore les tâches administratives pour la gestion du dossier du client, consacrées par les collaborateurs de terrain dans la délivrance des prestations ; les heures consacrées aux déplacements sont distinguées afin de tenir compte de la géographie spécifique de chaque région affectant les déplacements (étendue de la zone couverte, environnement urbain ou rural, etc.). Les heures de management réalisées par du personnel de terrain (activités de conduite ou de gestion) sont également distinguées. |
| Dotation de soutien back-office transverse et CMS, administration et direction | Le support back-office et administration recense les heures de support non relevées. Autrement dit, il s'agit des dotations de personnel non terrain d'une association ou fondation, calculées en heures. | La totalité des heures payées à la direction et les cadres RH, financiers, les collaborateurs administratifs, d'exploitation technique, les secrétaires de soins, etc. |
| Éléments stratégiques | Des corrections au taux de support global sont apportées en réduisant les heures consacrées par les collaborateurs des A/F à certaines activités spécifiques non prises en compte dans le mandat triennal. | Il s'agit en particulier des heures accordées par l'AVASAD et identifiées par les A/F, liées à l'implémentation d'IRIS ou, par exemple, d'heures consacrées aux mandats spécifiques attribués par le DSAS (introduction d'un programme de santé mentale, par exemple). |

| Indicateurs complémentaires | | |
|-----------------------------|---|---|
| Taux de facturation | Son objectif est de mesurer la proportion des heures relevées qui sont facturées, par le calcul du ratio entre le total des heures facturées et le total des heures de prestation relevées par le personnel de terrain. | Il permet ainsi d'identifier le « coulage » relatif à des heures de prestations effectuées, mais non saisies dans la facturation. |
| Taux de prestation terrain | Son objectif est de mesurer l'activité des équipes de terrain. Dans la mesure où les heures de support terrain sont uniquement les heures relevées par les collaborateurs, le taux de prestations terrain mesure le rapport entre les heures de prestations relevées et les dotations en heures de personnel de terrain. | Il permet ainsi d'intégrer les heures payées, mais non travaillées, et en particulier l'impact de l'absentéisme des collaborateurs. |

ANNEXE VI : LA COUR DES COMPTES EN BREF

La Cour des comptes du canton de Vaud est une Autorité indépendante qui a pour mission de contrôler l'utilisation de tout argent public, sous l'angle de la performance en s'assurant principalement du respect des principes d'économie, d'efficacité, d'efficience et de durabilité, et subsidiairement du respect des principes de légalité et de régularité (art. 2 LCComptes).

Les **attributions** de la Cour sont les suivantes (art. 4 LCComptes) :

- vérification de la bonne utilisation des fonds des entités soumises à son champ de contrôle ;
- vérification de l'évaluation de la gestion des risques des entités soumises à son champ de contrôle ;
- contrôle des subventions accordées par l'Etat ou les communes.

La Cour **se saisit elle-même** des objets qu'elle entend traiter à l'exception des mandats spéciaux que le Grand Conseil et le Conseil d'Etat peuvent lui attribuer (art. 21 et ss LCComptes). Quiconque peut également proposer un mandat spécial à la Cour qui peut y donner suite ou non.

Le champ de contrôle de la Cour s'étend aux entités suivantes (art. 3 LCComptes):

- le Grand Conseil et son Secrétariat général ;
- le Conseil d'Etat et son administration ainsi que les entités qui lui sont rattachées;
- le Tribunal cantonal ainsi que les tribunaux et autres offices qui lui sont rattachés ;
- les communes, ainsi que les ententes, associations, fédérations et agglomérations de communes ;
- les personnes morales de droit public ;
- les personnes physiques et morales auxquelles l'Etat ou une commune délègue l'exécution d'une tâche publique ou accorde, directement ou indirectement, une subvention au sens des articles 7 et 12 de la loi sur les subventions ou une autre contribution au sens de l'article 8, alinéa 1, lettres a,c,d,f,g de la loi sur les subventions.

Les rapports de la Cour consignent ses constatations et recommandations (art. 36 LCComptes). Ils comprennent également les remarques de l'entité auditée, les éventuelles remarques subséquentes de la Cour et, le cas échéant, les avis minoritaires de la Cour.

La Cour **publie ses rapports** pour autant qu'aucun intérêt prépondérant, public ou privé, ne s'y oppose. Ils sont consultables sur le site internet de la Cour : www.vd.ch/cdc.

Vous pouvez apporter votre contribution au bon usage de l'argent public en contactant la Cour des comptes. Toute personne peut communiquer à la Cour des signalements en rapport avec des faits entrant dans ses attributions. Il suffit de vous adresser à :

Cour des comptes du canton de Vaud
Rue de Langallerie 11, 1014 Lausanne
Téléphone : +41 (0) 21 316 58 00 Fax : +41 (0) 21 316 58 01
Courriel : info.cour-des-comptes@vd.ch