Séance du Grand Conseil

Mardi 11 septembre 2018

de 10 h.00 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA	= objet adopté sans modification	RENV-T	= objet renvoyé par manque de temps
OA+M	= objet adopté avec modification	RENV-C	= objet renvoyé pour complément d'information
RET	= objet retiré	RENV-SD	= objet renvoyé suite débat
REF	= objet refusé	RENV-COM	= objet renvoyé en commission
REF-EM	= objet refusé à l'entrée en matière	RENV-CE	= objet renvoyé au Conseil d'Etat
TRAITE	= objet traité		

Atelier de formation "Faisons le plein d'acouet!" de 9h00 à 9h45 à la Salle du Bicentenaire.
Le point 3 sera traité à 14 heures.

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	1.	Communications			
	2.	Dépôts			
	3.	(18_HQU_SEP) Heure des questions orales du mois de septembre 2018, à 14 heures	GC		
	4.	(18_INT_230) Interpellation Olivier Epars - Hello POCAMA répondez, nous vous cherchons, ici la protection de la nature, hello POCAMA y a-t-il un pilote dans l'avion ? (Pas de développement)			
	5.	(18_INT_232) Interpellation Aliette Rey-Marion - Economie Familiale (Pas de développement)			
	6.	(18_INT_228) Interpellation Vassilis Venizelos - Affaire S3 : quelles leçons tirer de cette débâcle ? (Développement)			
	7.	(18_INT_229) Interpellation Jessica Jaccoud et consorts - Les Vaudois dans l'espace, à quand l'épisode final ? (Développement)			
	8.	(18_INT_231) Interpellation Stéphane Montangero et consorts - Que faire pour que nos enfants apprennent non seulement à manger, mais aussi à cuisiner ? (Développement)			
	9.	(18_INT_233) Interpellation Florence Gross et consorts - Décentralisation des Services de l'Etat : Bis repetita ? (Développement)			
	10.	(18_INT_234) Interpellation Sonya Butera et consorts - #Balancetonprof, mode d'emploi : quel accompagnement pour les élèves cibles d'une attention inopportune de la part d'un enseignant ? (Développement)			

Séance du Grand Conseil

Mardi 11 septembre 2018

de 10 h.00 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité
RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	11.	(18_INT_235) Interpellation Yvan Luccarini et consorts au nom du groupe Ensemble à Gauche - La transparence dans les actes (Développement)			
	12.	(18_INI_007) Initiative Séverine Evéquoz et consorts - Lutte contre les néophytes envahissantes : Agir à la source ! (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	13.	(17_MOT_008) Motion Jean-Michel Dolivo et consorts - Agir plus efficacement contre la sous-enchère salariale et sociale	DEIS	Baehler Bech A. (Majorité), Bettschart-Narbel F. (Minorité)	
	14.	(17_PET_067) Pétition contre les décisions de la Caisse cantonale de compensation AVS	DSAS	Keller V.	
	15.	(17_INT_033) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Alain Bovay et consorts - Sous perfusion, la Caisse de pension de l'Etat de Vaud est-elle en bonne santé ?	DSAS.		
	16.	(1992_00095) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Marc Vuilleumier et consorts sur la perte du pouvoir d'achat des bénéficiaires des prestations complémentaires et sur les mesures que le Conseil d'Etat entend prendre pour y remédier	DSAS.		
	17.	(16_POS_204) Postulat Lena Lio et consorts - Organisation moderne des secours en forêt : un réseau de points T informatisé	DSAS, DIS	Schwaar V.	
	18.	(17_POS_249) Postulat Véronique Hurni et consorts - Dès 30 ans dépistage précoce du cancer du sein et reconstruction mammaire pour toutes	DSAS	Venizelos V.	

Séance du Grand Conseil

Mardi 11 septembre 2018

de 10 h.00 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité

RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	19.	(17_INT_672) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Véronique Hurni - Déterminer l'agressivité du cancer de la prostate ? : Déterminons le DT !	DSAS.		
	20.	(17_INT_699) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Ginette Duvoisin - Un élan du coeur pour sauver des vies	DSAS.		
	21.	(18_MOT_024) Motion Claire Richard et consorts au nom du groupe vert'libéral et du groupe PDC-Vaud libre - Pour un soutien ciblé et efficace aux soins bucco-dentaires	DSAS	Mojon G. (Majorité), Dolivo J.M. (Minorité)	
	22.	(18_MOT_027) Motion Christelle Luisier Brodard et consorts - Soins bucco-dentaires : reprenons le projet à la base, une concertation est nécessaire	DSAS	Mojon G. (Majorité), Dolivo J.M. (Minorité)	
	23.	(334bis) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT, pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de policliniques dentaires régionales dans le canton	DSAS	Mojon G.	
	24.	(7) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Philippe Vuillemin et consorts - Pour une meilleure protection du personnel soignant en EMS	DSAS.	Venizelos V.	
	25.	(16_INT_606) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Julien Sansonnens et consorts - Evénements indésirables à l'hôpital : comment garantir la protection des collaborateurs ?	DSAS.		
	26.	(59) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jean-Marc Sordet et consorts - Harmoniser la pratique sociale vaudoise avec celle recommandée en Suisse	DSAS.	Gross F.	
	27.	(16_INT_637) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Alexandre Berthoud - Aide sociale: des précisions sur la prise en charge des loyers des bénéficiaires	DSAS.		

Séance du Grand Conseil

Mardi 11 septembre 2018

de 10 h.00 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité
RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	28.	(17_POS_229) Postulat Yvan Pahud et consorts - Reconnaissance et conditions cadres pour les infirmières et infirmiers	DSAS	Venizelos V.	
	29.	(17_POS_236) Postulat Philippe Vuillemin - CHUV - EMS : relever le défi de la vieillesse passe aussi par l'égallité salariale des infirmières	DSAS	Venizelos V.	
	30.	(17_INT_677) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation François Clément et consorts - Pour faciliter le stationnement des personnes en situation de handicap	DSAS.		
	31.	(17_INT_021) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Marc Vuilleumier et consorts - Quand les PLAFA ne plafonnent pas	DSAS.		
	32.	(18_INT_094) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Philippe Vuillemin - Le secret médical devient-il la propriété de tout un chacun ?	DSAS.		
	33.	(17_INT_040) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Thierry Dubois - Dans quelles mesures l'accroissement du secteur ambulatoire favorisé par l'Etat contribue-t-il à une augmentation constante des primes maladies ?	DSAS.		
	34.	(18_INT_105) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Carole Schelker - Succès croissant pour les modèles alternatifs d'assurance maladie, quelle prise en compte pour la définition des subsides cantonaux ?	DSAS.		
	35.	(17_INT_671) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Céline Ehrwein Nihan - Les établissements médicaux vaudois sont-ils immunisés contre les virus informatiques ?	DSAS.		
	36.	(16_INT_646) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Alain Bovay - Pas de base légale pour le financement des EMS : que fait le DSAS ?	DSAS.		

Séance du Grand Conseil

Mardi 11 septembre 2018

de 10 h.00 à 17 h.00

ORDRE DU JOUR

OA = objet adopté sans modification
OA+M = objet adopté avec modification
RET = objet retiré
REF = objet refusé
REF-EM = objet refusé à l'entrée en matière
TRAITE = objet traité
RENV-T = objet renvoyé par manque de temps
RENV-C = objet renvoyé pour complément d'information
RENV-SD = objet renvoyé suite débat
RENV-COM = objet renvoyé en commission
RENV-CE = objet renvoyé au Conseil d'Etat

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	37.	(17_POS_012) Postulat Christelle Luisier Brodard et consorts - En savoir un peu plus sur les PIG (prestations d'intérêt général)	DSAS	Venizelos V.	
	38.	(17_POS_015) Postulat Thierry Dubois et consorts - Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !	DSAS	Venizelos V.	
	39.	(17_POS_022) Postulat Thierry Dubois et consorts - La facturation dans les hôpitaux publics d'une hospitalisation par un forfait de type DRG : une affaire rentable ?!	DSAS	Venizelos V.	
	40.	(17_POS_244) Postulat Jean-Michel Dolivo et consorts - Des tests de médicaments non-autorisés ont-ils été effectués sur des patients dans les cliniques psychiatriques vaudoises entre 1940 et 1980 ?	DSAS	Attinger Doepper C.	
	41.	(18_POS_029) Postulat Guy Gaudard et consorts - AMIANTE : ce n'est pas un problème du passé. Renforçons le principe de précaution	DSAS, DTE	Butera S.	

Secrétariat général du Grand Conseil

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil

Secrétariat général

Place du Château 6
1014 Lausanne

PAR COURRIEL

Lausanne, le 6 septembre 2018

Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat,
Madame la Secrétaire générale, Messieurs les Secrétaires généraux,

Nous vous transmettons, ci-joint le tableau des questions orales déposées le mardi 4 septembre 2018, concernant l'heure des questions du mardi 11 septembre 2018.

DATE DE LA QUESTION	TITRE DU DEPOT	REF.	DEPT
4 septembre 2018	Question orale Olivier **Epars** - Chenit de travaux	18_HQU_125	**DTE/ DEIS**
4 septembre 2018	Question orale Graziella **Schaller** - Les écoles dans le noir numérique ?	18_HQU_115	**DFJC**
4 septembre 2018	Question orale Nicolas **Rochat Fernandez** - Révision du Code de procédure civile : le Conseil d'Etat est-il soucieux de l'accès à la justice pour la classe moyenne ?	18_HQU_118	**DIS**
4 septembre 2018	Question orale Serge **Melly** - De très laids sièges à la Cité !	18_HQU_119	**DIS**
4 septembre 2018	Question orale Didier **Lohri** - Nous avons retrouvé la télécommande de la péréquation	18_HQU_128	**DIS**
4 septembre 2018	Question orale Didier **Lohri** - Signalement d'urgence d'un proche aidant	18_HQU_116	**DSAS**
4 septembre 2018	Question orale Didier **Lohri** - Statut pour les proches aidants	18_HQU_117	**DSAS**
4 septembre 2018	Question orale Philippe **Vuillemin** - Un cercle en chasse-t-il un autre ?	18_HQU_120	**DSAS**
4 septembre 2018	Question orale Philippe **Vuillemin** - Sans être un hacker, on peut s'infiltrer au CHUV, malgré soi	18_HQU_121	**DSAS**

DATE DE LA QUESTION	TITRE DU DEPOT	REF.	DEPT
4 septembre 2018	Question orale Marc **Vuilleumier** - Subsides à l'assurance-maladie : 12 % et rétroactif ?	18_HQU_124	**DSAS**
4 septembre 2018	Question orale Jean-Daniel **Carrard** - Subsides aux assurances maladies, combien ?	18_HQU_126	**DSAS**
4 septembre 2018	Question orale Rebecca **Joly** - Quel statut pour les médecines complémentaires dans le Canton de Vaud ?	18_HQU_129	**DSAS**
4 septembre 2018	Question orale Hadrien **Buclin** - Faillite de S3 : pourquoi le Contrôle cantonal des finances n'a-t-il pas eu accès à toutes les pièces du dossier ?	18_HQU_123	**DEIS**
4 septembre 2018	Question orale Jean-Michel Dolivo - Le Conseil d'Etat est-il disposé à alléger un peu la facture payée par les habitants du canton et les communes du fait de l'entrée en vigueur de la RIE III vaudoise en janvier 2019 ?	18_HQU_114	**DFIRE**
4 septembre 2018	Question orale Hadrien Buclin - Un forfait fiscal accordé à un milliardaire dont l'activité lucrative est avérée ?	18_HQU_122	**DFIRE**

Nous vous présentons, Mesdames les Conseillères d'Etat, Messieurs les Conseillers d'Etat, Madame la Secrétaire générale, Messieurs les Secrétaires généraux, nos salutations distinguées.

Le Secrétaire général

Igor Santucci

canton de vaud

canton de vaud	**Grand Conseil** Secrétariat général Pl. du Château 6 1014 Lausanne		**Interpellation** (formulaire de dépôt) *A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil* N° de tiré à part : 18_INT_230 Déposé le : 4.9.18 Scanné le :

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
*Délai de réponse dès le renvoi au CE : **trois mois**.*

Titre de l'interpellation

Hello POCAMA répondez, nous vous cherchons, ici la protection de la nature, hello POCAMA y-a-t-il un pilote dans l'avion ?

Texte déposé

Les autorisations de manifestations octroyées par la procédure POCAMA sont visiblement problématiques. Tout récemment le site paysager d'importance nationale à la Vallée de Joux pour l'aménagement d'installations destinées aux Jeux olympiques de la jeunesse en 2020, ou en début d'année pour des atterrissages d'avions à Isenau là où paradent le rare et précieux tétras lyre ou encore à Bovonne dans le périmètre du District franc fédéral pour une course de chiens de traineaux.

Mais voyons le cas de Grangettes dont l'interpellateur est en charge de l'entretien et de la surveillance. Du 24 au 26 août 2018 a eu lieu l'Acroshow de Villeneuve. Cette manifestation se déroule dans le périmètre de la réserve OROEM des Grangettes avec la présence de deux radeaux de pose pour les parapentes. Le survol de la réserve par ceux-ci ou pour les personnes sautant d'avions volant haut se fait dans la zone 2. Les avions, eux, survolent aussi la zone 1 plus strictement protégée et abritant à cette époque le plus d'oiseaux dont des migrateurs particulièrement sensibles aux dérangements.

Initialement cette manifestation était dédiée au vol libre (deltas, parapentes surtout). Or, depuis au moins deux ans, inflation oblige, on constate que le programme prévoit de plus en plus de vols

d'avions plus ou moins rapides et bruyants (F/A-18, Pilatus PC7, avion acrobatique Extra 330 et même Twister pyrotechnique pour la nuit, excusez du peu !). Ainsi cette manifestation se transforme petit à petit en un meeting aérien dans la réserve des Grangettes. Si les défenseurs du vol libre voulaient scier la branche sur laquelle on les laisse aimablement s'asseoir depuis des années, ils ne s'y prendraient pas autrement !
Les organisateurs sont tenus, comme pour toute grande manifestation, de demander une autorisation cantonale via le formulaire POCAMA. Pour la première édition la demande d'autorisation passe dans tous les services. Par la suite, et si l'organisateur ne donne pas de renseignement sur des modifications ultérieures significatives de sa programmation, la demande annuelle ne passe plus dans tous les services et visiblement peut être faite très tardivement par l'organisateur, ce qui laisse fort peu de temps de réaction. L'Etat fait confiance aux organisateurs mais hélas il y a des dérapages.
Pour 2018 l'administration, alertée suite à la bruyante démonstration d'un FA18 lors de la précédente édition, n'avait donné son accord que sous certaines conditions. Au final une autorisation a été donnée, les avions ont volé et les oiseaux ont été dérangés plusieurs fois.
L'interdiction de naviguer et d'ancrage alentours des radeaux sont publiées dans la FAO seulement une semaine avant la manifestation. Cette publication beaucoup trop tardive empêche toute intervention éventuelle des protecteurs de la nature attentifs à la préservation des sites d'importance nationale. Ceci est la même chose dans POCAMA, les associations de protection de la nature ne sont pas informées et ne peuvent pas exercer leur mission de surveillance.

Dans ce cadre j'ai l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1/ Alors qu'il y avait déjà eu des problèmes en 2017, pourquoi l'autorisation a-t-elle été finalement octroyée à Accro Show pour ces vols en 2018 ?
L'administration va-t-elle modifier quelque chose pour que cela ne se produise plus? Et si non pourquoi ?

2/ L'organisation a-t-elle respecté l'autorisation donnée?

3/ Dans la procédure d'autorisation, l'OFEV a - t - il été consulté et si non pourquoi ?

4/ Pourrait-on modifier le délai donné aux organisateurs pour faire leur demande d'autorisation plus précocement et qu'elle inclue toutes les activités prévues dans la manifestation? Si non pourquoi ?

5/ Dans le cadre de manifestations avec enjeux environnementaux et/ou se déroulant dans ou à proximité d'inventaires ne pourrait-on pas envisager un suivi, au moins ponctuel afin d'éviter des dérapages comme à Villeneuve ?

6/ Quand il y a des enjeux environnementaux, POCAMA ne permet pas aux ONG de protection de la nature de faire valoir leurs droits. Le Conseil d'Etat envisage-t-il de modifier cela et si non pourquoi ?

LaTour-de-Peilz, le 4 septembre 2018

Olivier Epars

Commentaire(s)

Conclusions

Ne souhaite pas développer

Nom et prénom de l'auteur :

EPARS OLIVIER

Signature :

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

E canton de vaud

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18_INT_232

Déposé le : 4.9.18

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
*Délai de réponse dès le renvoi au CE : **trois mois**.*

Titre de l'interpellation

Economie Familiale

Texte déposé

En date du 12 mai 2009, j'ai déposé une interpellation « Compétences au quotidien » demandant au Conseil d'Etat, par 4 questions, si ce dernier trouvait important pour les jeunes, d'inclure une période, pour garçons et filles, d'économie familiale afin de donner des bases permettant d'organiser sa vie quotidienne au sein d'une famille, apprendre à gérer son porte-monnaie, apprendre le respect de l'écologie et l'économie, avoir des bases pour cuisiner et se nourrir sainement.

La réponse du CE mentionnait que le plan d'étude Romand, PER, comportait ce thème mais que les directions d'établissement pouvaient s'en inspirer ou pas lors de l'élaboration du programme établi pour l'année en cours en tenant compte, entre autres, des disponibilités en locaux.
Le problème de l'obésité, récurrent et dont les membres du Conseil d'Etat sont conscients, mentionné dans mon interpellation de 2009, s'est accentué ces dernières années ce qui me pousse à déposer cette interpellation afin de poser quelques questions au Conseil d'Etat :

1.-Y-a-t-il un ou plusieurs établissements scolaires Vaudois qui enseignent l'économie familiale ?

2.-Si oui, lesquels et de quelle façon ?

3.-Si non, pouvez-vous nous en expliquer les raisons ?

4.-Y-a-t-il une volonté de la part du Conseil d'Etat d'instaurer une ou plusieurs périodes d'économie familiale dans le programme scolaire ces prochaines années ?

Je remercie le Conseil d'Etat pour les réponses.

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer ☒ Ne souhaite pas développer ☐

Nom et prénom de l'auteur : Signature :

Rey-Marion Aliette Oulens-sur-Lucens, le 4 septembre 2018

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) : Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

canton de vaud

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18_INT_228

Déposé le : 4.9.18

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
*Délai de réponse dès le renvoi au CE : **trois mois**.*

Titre de l'interpellation

Affaire S3 : quelles leçons tirer de cette débâcle ?

Texte déposé

De récentes révélations parues dans le 24 Heures concernant l'affaire S3 font ressortir que le Conseil d'Etat a décidé de prêter un demi-million de francs à la société sans avoir eu accès à toutes les informations à disposition.

Comme le rappelle le Conseil d'Etat dans sa réponse à l'interpellation Manuel Donzé sur le même sujet (17_INT_002), « le fonds cantonal prévu aux article 18 et 19 de la loi cantonale sur l'emploi (...) est un instrument entre les mains du Gouvernement qui lui permet d'intervenir dans tout projet ou objet lié au marché du travail et notamment de répondre dans l'urgence à des situations critiques (...) ».

On comprend la nécessité de disposer d'un outil permettant d'intervenir rapidement pour tenter de préserver des emplois. Dans sa réponse à l'interpellation Donzé, le Conseil d'Etat estime qu'en « introduisant des critères rigides, le Conseil d'Etat se priverait d'un instrument permettant de sauver ces emplois qui, sans son intervention, disparaitraient immanquablement ». Il est utile de rappeler que dans le cas présent, ainsi que dans un des 3 cas cités (Flexcell), les emplois n'ont malheureusement pas pu être sauvés.

Sans remettre en cause ce dispositif « de dernier recours », qui selon nous est parfois nécessaire pour se substituer aux acteurs privés, nous nous interrogeons sur les modalités encadrant l'utilisation de ce fonds. Nous sommes notamment surpris de l'absence de stratégie d'évaluation des risques comme le prévoit par exemple la LADE pour d'autres types de prêts (article 38).

Ainsi, nous avons l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. Au vu des révélations susmentionnées, le Conseil d'Etat estime-t-il avoir eu accès à tous les éléments nécessaires pour prendre une décision sur le prêt à l'entreprise S3 ? Par analogie, qu'en est-il du CCF ?

2. Le Conseil d'Etat peut-il nous renseigner sur les rôles et responsabilités des différents acteurs (publics et privés) impliqués dans le dossier ?

3. Le Conseil d'Etat envisage-t-il de mettre en place des outils permettant d'évaluer les risques lorsque des prêts sont octroyés en vertu des articles 18 et 19 de la loi cantonale sur l'emploi ? Si oui, dans quels délais, si non pourquoi ?

4. Le Conseil d'Etat envisage-t-il de mettre en place des garde-fous supplémentaires pour ce genre de décisions tout en conservant le caractère « agile » de l'instrument (par exemple de faire viser la demande par un autre département que celui en charge de ce fonds) ? Si non, pourquoi ?

Commentaire(s)

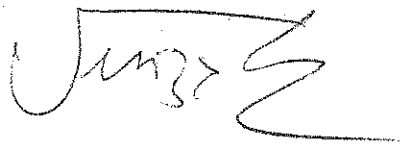
Conclusions

Souhaite développer ☐ Ne souhaite pas développer ☐

Nom et prénom de l'auteur :

VENIZELOS Vassilis

Signature :



Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Canton de Vaud
Grand Conseil - Secrétariat général
Pl. du Château 6 - 1014 Lausanne
Déposé le 4.9.18
18_INT_229

Interpellation: Les Vaudois dans l'espace, à quand l'épisode final?

Rappel des faits

Le 2 février 2017, la Commission de gestion du Grand Conseil a confié au Contrôle cantonal des finances (CCF) un mandat spécial concernant le prêt de CHF 500'000.- accordé par l'Etat de Vaud, selon une décision du Conseil d'Etat du 19 août 2015, à la société Swiss Space Systems Holding SA (S3), par le biais du fonds cantonal de lutte contre le chômage.

Pour rappel, le CCF est un service de l'Etat de Vaud, autonome et indépendant, composé d'une vingtaine de personnes et dirigé par un expert-réviseur agréé. Le CCF a pour mission de contrôler en toute indépendance l'utilisation de tout argent public auprès des services de l'Etat, offices judiciaires, personnes morales de droit public et entités subventionnées.

Afin de réaliser sa mission, le Contrôle cantonal des finances dispose de tout pouvoir d'investigation. Les entités soumises à son contrôle sont tenues de collaborer avec celui-ci, notamment en fournissant tous renseignements et toutes pièces, ainsi qu'en autorisant tout accès à leur système informatique (art. 12 al. 1 LCCF). En outre, le secret de fonction ne peut être opposé au Contrôle cantonal des finances (art. 12 al. 2 LCCF).

A l'issue de ses investigations, dans son rapport daté de juin 2017, le CCF a conclu, en substance, que les conditions légales avaient été respectées par l'Etat de Vaud lors de l'octroi du prêt de CHF 500'000.- à la société S3.

Documents non versés au dossier

Or, selon un article publié dans le 24heures le 3 septembre 2018, il semblerait que le rapport du CCF soit incomplet et contienne des informations erronées. La cause? Plusieurs documents, qui indiqueraient la situation financière catastrophique de la société S3, auraient été portés à la connaissance du Conseiller d'Etat Philippe Leuba, entre le 15 juillet et le 19 août 2015, sans qu'ils ne soient pour autant versés au dossier.

En outre, ces documents n'auraient pas été transmis au Conseil d'Etat qui a statué sur l'octroi du prêt de CHF 500'000.- sans avoir connaissance de l'ensemble des éléments, notamment du refus de la BCV d'accorder un prêt au même montant.

Qui a sollicité l'aide de l'Etat?

De l'article du 24Heures du 3 septembre, il ressort également que seul M. Philippe Petitpierre ait été l'interlocuteur du Conseiller d'Etat Philippe Leuba. Il semblerait, en outre, que cela soit M. Philippe Petitpierre lui même qui ait formellement sollicité le Département de l'économie, de l'innovation et du sport (DEIS) en vue d'obtenir une aide via le Fonds cantonal de lutte contre le chômage. En effet, au chiffre 2.3 du rapport du CCF de juin 2017, il est indiqué que « L'Etat de Vaud a été approché en été 2015 par une personne connue du milieu économique vaudois en vue d'un soutien à la société S3, dont le siège est à Payerne ». Ce ne serait donc pas M. Pascal Jaussi, patron de S3, qui aurait sollicité l'aide de l'Etat mais un investisseur de ladite société.

Au vu de ce qui précède, les député-e-s soussigné-e-s ont l'honneur d'adresser les questions suivantes au Conseil d'Etat tout en remerciant d'ores et déjà pour les réponses:

1. Qui a formellement sollicité le DEIS en vue du versement d'une aide financière de l'Etat à l'attention de la société S3? Est-ce M. Pascal Jaussi ou M. Philippe Petitpierre?
2. Est-il commun qu'un investisseur privé sollicite l'aide de l'Etat en lieu et place de la société concernée? Le DEIS peut-il nous fournir des statistiques relatives aux demandes lui étant adressées?
3. M. Philippe Petitpierre a indiqué au 24Heures avoir investit de sa poche une somme de 1.4 million de francs dans la société S3. Comment le DEIS a-t-il traité cette information dans le cadre de l'évaluation de l'opportunité d'un prêt à la société S3?

4. M. Philippe Petitpierre avait-il un intérêt personnel et financier à éviter la faillite de la société S3, au vu de l'investissement considérable auquel il a consenti?
5. Le DEIS est-il en possession d'un protocole d'évaluation des risques lors de demandes d'aides urgentes de prêts ou d'aides de la part d'entreprises? Si oui, quel est-il? A-t-il été appliqué lors de l'évaluation du dossier de la société S3? Quelles en étaient les conclusions?
6. Dans le cadre du mandat de la Commission de gestion concernant l'affaire S3, le Contrôle cantonal des finances a-t-il pu exercer son pouvoir d'investigation tel que conféré par la loi? Si oui, comment expliquer que des pièces relatives à cette affaire n'aient pas été versées au dossier?
7. De manière générale, comment se fait-il que le quotidien 24Heures puisse être en possession de documents qui n'avaient pas été portés à la connaissance du CCF lors de son enquête?

Souhaite développer

Ainsi fait à Rolle, le 3 septembre 2018

Jessica Jaccoud
Députée PS

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Aminian Taraneh

Aschwanden Sergei

Attinger Doepper Claire

Baehler Bech Anne

Balet Stéphane

Baux Céline

Berthoud Alexandre

Betschart Anne Sophie

Bettschart-Narbel Florence

Bezençon Jean-Luc

Blanc Mathieu

Bolay Guy-Philippe

Botteron Anne-Laure

Bouverat Arnaud

Bovay Alain

Buclin Hadrien

Buffat Marc-Olivier

Butera Sonya

Byrne Garelli Josephine

Cachin Jean-François

Cardinaux François

Carrard Jean-Daniel

Carvalho Carine

Chapuisat Jean-François

Cherbuin Amélie

Cherubini Alberto

Chevalley Christine

Chevalley Jean-Bernard

Chevalley Jean-Rémy

Chollet Jean-Luc

Christen Jérôme

Christin Dominique-Ella

Clerc Aurélien

Cornamusaz Philippe

Courdesse Régis

Cretegny Laurence

Croci Torti Nicolas

Cuendet Schmidt Muriel

Deillon Fabien

Démétriadès Alexandre

Desarzens Eliane

Dessemontet Pierre

Devaud Grégory

Develey Daniel

Dolivo Jean-Michel

Dubois Carole

Dubois Thierry

Ducommun Philippe

Dupontet Aline

Durussel José

Echenard Cédric

Epars Olivier

Evéquoz Séverine

Favrod Pierre Alain

Ferrari Yves

Freymond Isabelle

Freymond Sylvain

Fuchs Circé

Gander Hugues

Gaudard Guy

Gay Maurice

Genton Jean-Marc

Germain Philippe

Gfeller Olivier

Glardon Jean-Claude

Glauser Nicolas

Glauser Krug Sabine

Gross Florence

Guignard Pierre

Induni Valérie

Jaccard Nathalie

Jaccoud Jessica

Jaques Vincent

Jaquier Rémy

Jobin Philippe

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François
Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis
Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schaller Graziella
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Thalmann Muriel
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

Grand Conseil - Secrétariat général
Pl. du Château 6 - 1014 Lausanne
Déposé le 4.9.18
18_INT.231

2 septembre 2018

INTERPELLATION

Que faire pour que nos enfants apprennent non seulement à manger, mais aussi à cuisiner ?

Après la multiplication des ateliers liés à la découverte des goûts, type Senso 5, et le développement de jardins potagers scolaires permettant aux enfants d'expérimenter entre autres les saisons, nous voulons désormais porter une attention toute particulière à l'apprentissage de la base de notre alimentation : celui de la cuisine.

En effet, si le Plan d'études Romand (PER) définit des compétences à travailler pour l'éducation nutritionnelle ou l'économie familiale, il laisse à chaque canton la possibilité de mettre en œuvre sa grille horaire pour ces deux matières. Et force est de constater que notre canton est, pour une fois, à la traine. Car à l'heure actuelle, le canton de Vaud est le seul canton romand à ne pas proposer de manière systématique des cours d'économie familiale et d'éducation nutritionnelle à tous les élèves, quelle que soit la filiale suivie. Comparativement avec les autres cantons, cela donne ceci :

Fribourg : 2 périodes hebdomadaires pour tous les élèves de11ème.

Genève : 1 période hebdomadaire pour tous les élèves de 9ème.

Jura : 3 périodes hebdomadaires pour tous les élèves de 9ème.

Neuchâtel : 2 périodes hebdomadaires (en fait 3 car le temps de repas n'est pas compris dans la grille-horaire) pour tous les élèves de 11ème. Alternance entre 1 semaine avec 2 périodes (théorie ou collation) et 1 semaine avec 4 périodes (cuisine et repas).

Valais : 1 période par semaine pour tous les élèves de 9ème et 10ème ; 1.5 période par semaine pour tous les élèves de 11ème (en fait 2 et 3 périodes par semaine pendant 6 mois).

Dans les faits, notre canton ne semble proposer actuellement qu'une option, en alternance avec les activités créatrices et manuelles, mais aucune obligation. De plus, il s'agirait d'une à deux périodes hebdomadaires ; enfin tous les niveaux ne seraient pas concernés, puisque l'enseignement de l'économie familiale serait réservé à la seule VG.

Or, il s'agit là d'une question de société bien plus large, à savoir d'une part comment apprendre à se nourrir de manière saine et équilibrée, mais également de la question de la future répartition des tâches au sein du couple, de la famille, etc.

De plus, concernant les aspects de santé publique, il est prouvé que les cours théoriques font bien davantage leurs preuves lorsqu'ils couplés avec d'autres démarches, tels que cours de cuisine, dégustations de divers produits, mise sur pieds de potagers scolaires, standards nutritionnels définis, politique de prix favorisant les produits sains par exemple, ou encore avec des mesures structurelles permettant une offre alimentaire équilibrée, grâce à un label tel que Fourchette verte.

En conséquence de ce qui précède, nous posons au Conseil d'Etat les questions suivantes :

1) Quelle appréciation le Conseil d'Etat pose-t-il sur le fait que notre canton de Vaud est « dernier de classe romand » en ce qui concerne l'enseignement de l'économie familiale ?

2) Le Conseil d'Etat entend-il présenter un état des lieux de l'ensemble du canton sur les pratiques actuelles et les diverses possibilités d'améliorations ? Si non,

3) Le Conseil d'Etat a-t-il par ailleurs l'intention de développer un catalogue d'actions permettant d'aller vers une généralisation de l'apprentissage de la cuisine à l'école, quelles que soient les filiales suivies ou le genre ?

4) Si oui, quelles sont les intentions générales du Conseil d'Etat en matière d'éducation au goût, d'apprentissage des diverses facettes de l'alimentation et d'encouragement à se nourrir sainement, tout comme à manger « local » et « de saison » ?

5) Si non, pour quels motifs ne le fait-il pas ?

Stéphane Montangero

Souhaite développer

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Aminian Taraneh

Aschwanden Sergei

Attinger Doepper Claire

Baehler Bech Anne

Balet Stéphane

Baux Céline

Berthoud Alexandre

Betschart Anne Sophie

Bettschart-Narbel Florence

Bezençon Jean-Luc

Blanc Mathieu

Bolay Guy-Philippe

Botteron Anne-Laure

Bouverat Arnaud

Bovay Alain

Buclin Hadrien

Buffat Marc-Olivier

Butera Sonya

Byrne Garelli Josephine

Cachin Jean-François

Cardinaux François

Carrard Jean-Daniel

Carvalho Carine

Chapuisat Jean-François

Cherbuin Amélie

Cherubini Alberto

Chevalley Christine

Chevalley Jean-Bernard

Chevalley Jean-Rémy

Chollet Jean-Luc

Christen Jérôme

Christin Dominique-Ella

Clerc Aurélien

Cornamusaz Philippe

Courdesse Régis

Cretegny Laurence

Croci Torti Nicolas

Cuendet Schmidt Muriel

Deillon Fabien

Démétriadès Alexandre

Desarzens Eliane

Dessemontet Pierre

Devaud Grégory

Develey Daniel

Dolivo Jean-Michel

Dubois Carole

Dubois Thierry

Ducommun Philippe

Dupontet Aline

Durussel José

Echenard Cédric

Epars Olivier

Evéquoz Séverine

Favrod Pierre Alain

Ferrari Yves

Freymond Isabelle

Freymond Sylvain

Fuchs Circé

Gander Hugues

Gaudard Guy

Gay Maurice

Genton Jean-Marc

Germain Philippe

Gfeller Olivier

Glardon Jean-Claude

Glauser Nicolas

Glauser Krug Sabine

Gross Florence

Guignard Pierre

Induni Valérie

Jaccard Nathalie

Jaccoud Jessica

Jaques Vincent

Jaquier Rémy

Jobin Philippe

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François
Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis
Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schaller Graziella
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Thalmann Muriel
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18_INT_233

Déposé le : 4.9.18

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
*Délai de réponse dès le renvoi au CE : **trois mois**.*

Titre de l'interpellation
Décentralisation des Services de l'Etat : Bis repetita ?

Texte déposé

En date du 5 juillet 2018, nous apprenons, par voie de communiqué du Conseil d'Etat, la fermeture de l'office du registre foncier du district de Lavaux-Oron, situé à Cully, qui se voit partagé entre Vevey et Lausanne. Cette décision se justifie, selon ledit communiqué, par le découpage fiscal identique de l'Administration cantonale des impôts.

Année après année, Cully, chef-lieu du district de Lavaux-Oron, a vu diminuer le nombre de services et/ou entités administratives de l'Etat. Si nous sommes conscients qu'une centralisation peut amener un gain d'efficience conséquent, nous sommes néanmoins surpris du mode d'annonce de cette fermeture. En effet, même les autorités communales n'étaient pas au courant de cette décision. La plupart l'ont appris par voie de presse le 11 juillet.

Dans sa réponse à l'interpellation Alexandre Berthoud « District du Gros-de-Vaud : prochainement dépourvu de l'ensemble des Services décentralisés de l'Etat ? Un prélude pour l'ensemble du Canton ? » (23 janvier 2013), le Conseil d'Etat note que «... le pragmatisme et la souplesse qui doivent présider aux réorganisations des services, comme le nombre de paramètres à prendre en considération dans les pesées d'intérêts contradictoires, ne permettent pas de mettre en place une réelle planification rigide, ni même parfois d'informer longtemps à l'avance des décisions prises en la matière ». Il existe néanmoins une différence entre : ne pas informer longtemps à l'avance et ne pas informer du tout.

Suite à cette réponse du Conseil d'Etat, une détermination a été déposée le 26 mars 2013. Par celle-ci, le Grand Conseil invitait le Conseil d'Etat « à organiser une démarche consultative et participative auprès des autorités concernées à l'échelle locale et régionale avant toute décision de fermeture d'un service décentralisé de l'Etat. » Le Conseil d'Etat conclut, dans sa réponse à cette détermination de la manière suivante : « C'est dans ce contexte que le Conseil d'Etat, qui a bien compris le message donnée par le Grand Conseil, mettra en place une démarche telle qu'appelée de ses vœux, au cas par cas, en fonction des circonstances de la réorganisation projetée. »

Nous posons donc les questions suivantes au Conseil d'Etat :

- Le Conseil d'Etat va-t-il à l'avenir respecter les engagements pris suite à la détermination Alexandre Berthoud ?
- Quelle est la stratégie à court et moyen terme liée à la réorganisation des services décentralisés ?
- Peut-on encore envisager construire sur le long terme une organisation des services publics en harmonie avec la géographie constitutionnelle ou doit-on s'attendre à une plus forte centralisation et finalement réduire les districts à de simples cercles électoraux ?

Commentaire(s)

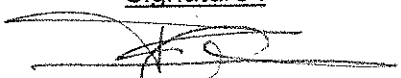
Conclusions

Souhaite développer ☑ Ne souhaite pas développer ☐

Nom et prénom de l'auteur :

Florence Gross

Signature :



Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Cuendet Schmidt Muriel
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Echenard Cédric
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy
Jobin Philippe

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Joly Rebecca

Jungclaus Delarze Susanne

Keller Vincent

Krieg Philippe

Labouchère Catherine

Liniger Philippe

Lohri Didier

Luccarini Yvan

Luisier Brodard Christelle

Mahaim Raphaël

Marion Axel

Masson Stéphane

Matter Claude

Mayor Olivier

Meienberger Daniel

Meldem Martine

Melly Serge

Meyer Keller Roxanne

Miéville Laurent

Miéville Michel

Mischler Maurice

Mojon Gérard

Montangero Stéphane

Mottier Pierre François

Neumann Sarah

Neyroud Maurice

Nicolet Jean-Marc

Paccaud Yves

Pahud Yvan

Pernoud Pierre André

Petermann Olivier

Podio Sylvie

Pointet François

Porchet Léonore

Probst Delphine

Radice Jean-Louis

Rapaz Pierre-Yves

Räss Etienne

Ravenel Yves

Rey-Marion Aliette

Rezso Stéphane

Richard Claire

Riesen Werner

Rime Anne-Lise

Rochat Fernandez Nicolas

Romanens Pierre-André

Romano-Malagrifa Myriam

Roulet-Grin Pierrette

Rubattel Denis

Ruch Daniel

Rydlo Alexandre

Ryf Monique

Schaller Graziella

Schelker Carole

Schwaar Valérie

Schwab Claude

Simonin Patrick

Sonnay Eric

Sordet Jean-Marc

Stürner Felix

Suter Nicolas

Thalmann Muriel

Thuillard Jean-François

Treboux Maurice

Trolliet Daniel

Tschopp Jean

van Singer Christian

Venizelos Vassilis

Volet Pierre

Vuillemin Philippe

Vuilleumier Marc

Wahlen Marion

Wüthrich Andreas

Zünd Georges

Zwahlen Pierre

canton de vaud

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18_INT_234

Déposé le : 4.9.18

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
*Délai de réponse dès le renvoi au CE : **trois mois**.*

Titre de l'interpellation

#Balancetonprof, mode d'emploi : quel accompagnement pour les élèves cibles d'une attention inopportune de la part d'un enseignant ?

Texte déposé

Au printemps dernier, un canton voisin a été agité par des révélations portant sur les difficultés vécues par plusieurs jeunes adolescentes ayant reçu une attention à caractère sexuel de la part d'un enseignant. Ces situations, fort heureusement isolées, soulèvent plusieurs questions quant à l'accompagnement et à la protection de jeunes en formation, ainsi que sur le déroulement des enquêtes administratives ouvertes à l'encontre de collaborateurs mis en cause.

La majorité du corps enseignant du secondaire II est constituée d'adultes responsables, conscients de l'importance de leur rôle dans le développement intellectuel, psychique et émotionnel des adolescents qui leur sont confiés dans le cadre de leur activité professionnelle. Il n'en reste pas moins que les cas relayés par les médias démontrent qu'il arrive malheureusement que certains professionnels dérapent, et que sous la pression de leur ascendant, des élèves peuvent se retrouver happés dans une relation qui les dépasse.

Or, le DFJC a un devoir de protection de ses élèves; rappelons, par exemple, qu'en cas de suspicion de mauvais traitements ou de manquement parental, une obligation de signaler est explicitement définie pour le personnel exerçant une profession en relation avec un mineur. Il en va indubitablement de même face à une relation inadéquate entre enseignant-enseigné ou en cas de comportement inopportun (remarques dénigrantes, sexistes, à caractère raciste, etc.)

J'ai l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. Quelles voies de dénonciation, ou lieux où se confier, s'offrent aux jeunes en formation qui seraient la cible d'une attention inappropriée de la part d'un membre du corps enseignant, voire d'un autre employé de l'Etat (PSPS, par exemple) ?

2. A qui un-e enseignant-e s'adresse-t-elle/il en cas de suspicion de comportements inadéquats de l'un-e de ses collègues envers un-e élève ?

3. Suite à de telles dénonciations, quelles procédures sont déclenchées au sein du DFJC (encadrement, transfert, sanction disciplinaire...) ?

4. Quel rôle endosse l'élève plaignant-e en cas enquête administrative: simple témoin ou y-a-t-il reconnaissance du statut de victime ?

Conclusions

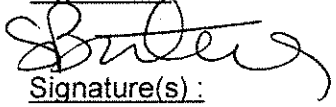
Souhaite développer [X]

Ne souhaite pas développer [ ]

Nom et prénom de l'auteur :

BUTERA Sonya

Signature :



Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

BUTERA #BALANCETONPROF, MUDE DIEMPLOI.

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

- **Aminian** Taraneh
- **Aschwanden** Sergei
- **Attinger Doepper** Claire
- **Baehler Bech** Anne
- **Balet** Stéphane
- **Baux** Céline
- **Berthoud** Alexandre
- **Betschart** Anne Sophie
- **Bettschart-Narbel** Florence
- **Bezençon** Jean-Luc
- **Blanc** Mathieu
- **Bolay** Guy-Philippe
- **Botteron** Anne-Laure
- **Bouverat** Arnaud
- **Bovay** Alain
- **Buclin** Hadrien
- **Buffat** Marc-Olivier
- **Butera** Sonya
- **Byrne Garelli** Josephine
- **Cachin** Jean-François
- **Cardinaux** François
- **Carrard** Jean-Daniel
- **Carvalho** Carine
- **Chapuisat** Jean-François
- **Cherbuin** Amélie
- **Cherubini** Alberto
- **Chevalley** Christine
- **Chevalley** Jean-Bernard
- **Chevalley** Jean-Rémy
- **Chollet** Jean-Luc
- **Christen** Jérôme
- **Christin** Dominique-Ella
- **Clerc** Aurélien
- **Cornamusaz** Philippe
- **Courdesse** Régis
- **Cretegny** Laurence
- **Croci Torti** Nicolas
- **Cuendet Schmidt** Muriel
- **Deillon** Fabien
- **Démétriadès** Alexandre
- **Desarzens** Eliane
- **Dessemontet** Pierre
- **Devaud** Grégory
- **Develey** Daniel
- **Dolivo** Jean-Michel
- **Dubois** Carole
- **Dubois** Thierry
- **Ducommun** Philippe
- **Dupontet** Aline
- **Durussel** José
- **Echenard** Cédric
- **Epars** Olivier
- **Evéquoz** Séverine
- **Favrod** Pierre Alain
- **Ferrari** Yves
- **Freymond** Isabelle
- **Freymond** Sylvain
- **Fuchs** Circé
- **Gander** Hugues
- **Gaudard** Guy
- **Gay** Maurice
- **Genton** Jean-Marc
- **Germain** Philippe
- **Gfeller** Olivier
- **Glardon** Jean-Claude
- **Glauser** Nicolas
- **Glauser Krug** Sabine
- **Gross** Florence
- **Guignard** Pierre
- **Induni** Valérie
- **Jaccard** Nathalie
- **Jaccoud** Jessica
- **Jaques** Vincent
- **Jaquier** Rémy
- **Jobin** Philippe

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François
Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis
Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schaller Graziella
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Thalmann Muriel
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Interpellation

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18_INT_235

Déposé le : 4.9.18

Scanné le : _____

Art. 115 et 116 LGC L'interpellation est une demande d'explications ou de précisions adressée au CE sur un fait du gouvernement ou de son administration. Elle porte sur une compétence propre ou déléguée du CE et peut être développée oralement devant le GC. Les questions qu'elle contient sont exprimées de telle manière que le CE puisse y répondre et sont suffisamment précises pour qu'une réponse courte y soit apportée dans le délai légal (attention : ne pas demander un rapport, auquel cas il s'agit d'un postulat).
*Délai de réponse dès le renvoi au CE : **trois mois**.*

Titre de l'interpellation

La transparence dans les actes

Texte déposé

L'État et les communes sont tenus de renseigner les administrés sur leurs activités de manière objective et claire. De plus l'activité des autorités s'exerce conformément au principe de transparence qui a été ajoute au nombre des principes fondamentaux de l'activité de l'État régi par le droit lors de la révision de la Constitution vaudoise en 2003. C'est donc un vrai changement de paradigme qui a été opéré par rapport aux anciennes pratiques couvrant d'un secret très épais l'activité des autorités. C'est la Loi cantonale sur l'information (LInfo), notamment, qui concrétise cette orientation et institue la transparence comme règle générale: «*Par principe, les renseignements, informations et documents officiels détenus par les organismes soumis a la présente loi sont accessibles au public*» (LInfo, article 8, alinéa 1).

Ce droit à l'information sur les activités des autorités est bien entendu une prérogative offerte à tout citoyen vaudois. Concernant plus particulièrement les élus communaux, c'est l'article 40c de la Loi sur les communes qui prévoit dans son premier alinéa que «*tout membre du conseil général ou communal peut avoir accès à l'information nécessaire à l'exercice de son mandat*», tout en listant à l'alinéa 2, un certain nombre d'informations qui pourraient lui être refusées. Mais l'article 93e al. 1 de cette même loi lève toutes ces limites en ce qui concerne notamment la commission de gestion: «*les restrictions prévues par l'article 40c de la présente loi ne sont pas opposables aux membres des commissions de surveillance dans le cadre de l'exercice de leur mandat de contrôle de la gestion et des comptes, sauf celles qui découlent d'un secret protégé par le droit supérieur*». Le même article dans son deuxième alinéa stipule que «*sous réserve des restrictions prévues par l'alinéa premier, la municipalité est tenue de fournir aux commissions de surveillance tous les documents et renseignements nécessaires à l'exercice de leur mandat. Constituent notamment de tels documents ou renseignements [...]*». S'en suit une liste d'exemples de documents non exhaustive et non limitative.

Malgré ces principes constitutionnels et ces bases légales, la Commission de gestion de Vevey s'est vu mettre des bâtons dans les roues par la Municipalité et leurs services dans l'exercice de son mandat de surveillance. Les autorités communales n'ont vraisemblablement pas pris acte du renversement de perspectives depuis 2003.

Face à ces difficultés, la Commission de gestion veveysanne, par l'intermédiaire de son président, a demandé conseil à plusieurs reprises au service cantonal des communes et du logement (SCL), notamment sur les questions relatives à la transmission de documents. Force est d'admettre que les réponses du SCL ont été le plus souvent basées sur ce qui semble tenir plus d'une ancienne et mauvaise habitude que sur des bases légales ou règlementaires en vigueur depuis 2003. Le service allant même jusqu'a souhaiter que le président de la Commission de gestion «*tempère ses ardeurs*»...

La pratique actuelle est sournoise: elle donne crédit à des refus des municipalités, décourage ainsi souvent les commissions de gestion, et si ce n'est pas le cas, met de telles entraves à leur travail que des politiciens de milice s'y épuisent, sans que jamais une instance supérieure ne puisse être appelée à dire si ces avis du SCL ou des préfectures sont fondés ou pas.

Enfin pour couronner le tout, c'est le Préfet du district Riviera-Pays-d'Enhaut qui a lancé une enquête administrative à l'encontre du président de la Commission de gestion qu'il soupçonne de violation du secret de fonction par la publication du rapport final.

Certains échos et expériences dans d'autres communes nous laissent imaginer que cette problématique ne se limite pas à la commune de Vevey. À ce stade, nous pensons que c'est le contrôle démocratique des citoyennes et citoyens sur tous les exécutifs politiques communaux du canton qui est remis en question.

Nous posons donc les questions suivantes au Conseil d'État:

- Le Conseil d'État n'est-il pas d'avis que les services cantonaux et les préfectures devraient encourager tout ce qui contribue au bon exercice du principe constitutionnel de transparence, et non entraver les démarches de citoyens ou d'élus cherchant à exercer leurs droits qui en découlent?

- Le Conseil d'État n'est-il pas convaincu que les avis donnés par ses services en matière d'exercice des droits des commissions de surveillance devraient, même et surtout quand ils sont restrictifs, être fondés sur une interprétation argumentée des lois, et non sur des affirmations sommaires telles que «*Dans la systématique prévue par la Loi sur les communes, les commissions de surveillances (CoGes et CoFin) s'adressent* in corpore *à la Municipalité* in corpore»?

- Le Conseil d'État ne pense-t-il pas qu'à tout le moins de tels avis devraient avoir le caractère de décisions, susceptibles de recours suspensif, afin que le droit soit dit, si nécessaire par la Cour constitutionnelle?

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer [X] Ne souhaite pas développer [ ]

Nom et prénom de l'auteur:

Pour Ensemble à Gauche

Yvan Luccarini

Signature:

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s):

Signature(s):

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin: bulletin.grandconseil@vd.ch

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Cuendet Schmidt Muriel
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Echenard Cédric
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy
Jobin Philippe

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François
Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis
Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schaller Graziella
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Thalmann Muriel
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

Grand Conseil
Secrétariat général
Pl. du Château 6
1014 Lausanne

Initiative

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18_IN_007

Déposé le : 4.9.18

Scanné le : _____

Art. 127 à 129 LGC L'initiative permet à un député de proposer un projet de loi, de décret ou de révision constitutionnelle partielle, de proposer d'exercer le droit d'initiative du canton auprès de l'Assemblée fédérale ou encore de proposer l'exercice du droit de référendum par le Canton. Elle touche à une compétence propre du GC.
Elle peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**
- Soit l'initiant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de l'initiative à une commission du GC moyennant les signatures d'au moins 20 députés ; dans ce cas, il n'y a pas de débat.
- Soit, lors du développement en plénum et de la discussion, un député ou le CE demande le renvoi à une commission et le GC vote dans ce sens.
(b) la prise en considération immédiate. Un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de l'initiative ; suite au vote du GC, elle est soit renvoyée au CE, soit classée.
Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année

Titre de l'initiative

Lutte contre les néophytes envahissantes : Agir à la source !

Texte déposé

Le communiqué de presse du 3 septembre 2018 du Conseil d'Etat au sujet de la lutte contre les plantes envahissantes est réjouissant. Sont notamment annoncés : une stratégie cantonale de lutte contre les 45 espèces présentes sur territoire vaudois, un groupe de travail dans la région du Haut-Lac et 200'000.- pour agir de façon ciblée.

A ce jour les plantes néophytes invasives présentes en Suisse sont listées dans la Liste noire établie par la Commission pour la protection des plantes sauvages (Infoflora) sous mandat de l'OFEV. Parmi les bases fédérales contraignantes en matière d'utilisation de néophytes, on trouve l'Ordonnance fédérale sur la dissémination des organismes dans l'environnement (ODE) et son annexe 2, qui règle leur vente et leur utilisation dans l'environnement. Cette ordonnance interdit la vente et l'utilisation **de seulement 15 espèces** considérées par Infoflora comme problématiques. Les autres néophytes envahissantes, parmi lesquelles figurent le buddleia de David, le laurier-cerise et le robinier faux acacia, peuvent être vendues, semées, plantées, cultivées librement en Suisse.

Il y a un véritable non-sens d'investir chaque année des moyens lourds en argent (130'000'000 F pour l'ensemble de la Suisse), en temps et main d'œuvre pour gérer les néophytes envahissantes, alors qu'une grande partie de ces espèces est encore en vente et peut être utilisée librement en Suisse. Il y a lieu de penser que les dommages que ces espèces sont susceptibles de provoquer sont encore beaucoup plus coûteux. Dans le cadre de l'analyse nationale des dangers, par exemple, on a estimé l'ampleur des dommages encourus dans un scénario (fictif) de propagation massive d'une espèce exotique

envahissante. Le montant global des dommages causés par ce type de sinistre a été chiffré à 1 milliard de francs au total.
Par conséquent, **interdire leur vente et leur utilisation non-contrôlée constituerait une mesure logique pour éviter leur dissémination.** D'autant plus, lorsque l'on sait que plus on intervient tôt dans le processus de dissémination de l'organisme, plus la lutte sera efficace et donc les coûts moindres.

La Stratégie de la Suisse relative aux espèces exotiques envahissantes définit les compétences des acteurs concernés par la problématique. La Confédération est responsable de l'élaboration et de l'adaptation des bases légales et les cantons se chargent d'appliquer les mesures et de les contrôler. A ce titre, les cantons, via leur vision de la problématique sur le terrain, paraissent les mieux placés pour faire évoluer de manière concrète la stratégie, notamment en ce qui concerne l'adaptation des bases légales. Enfin, la Stratégie insiste sur l'importance d'une coordination entre cantons et Confédération, permettant de faire évoluer la Stratégie dans le meilleur sens.

Les député-e-s soussigné-e-s demandent au canton de Vaud d'exercer son droit d'initiative cantonale auprès de l'Assemblée fédérale, en application de l'article 109 al 2 de la Constitution vaudoise. L'initiative cantonale a la teneur suivante :

Il est demandé au Conseil fédéral de modifier l'ordonnance sur l'utilisation d'organismes dans l'environnement (ODE; RS 814.911) de telle sorte que les plantes se trouvant sur la liste noire des néophytes envahissantes en Suisse soient intégrées dans son annexe 2 chiffre 1.

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

(a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures ☑

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures ☐

(c) prise en considération immédiate ☐

Nom et prénom de l'auteur :

Séverine Evéquoz

Signature :

Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : bulletin.grandconseil@vd.ch

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Aminian Taraneh
Aschwanden Sergei
Attinger Doepper Claire
Baehler Bech Anne
Balet Stéphane
Baux Céline
Berthoud Alexandre
Betschart Anne Sophie
Bettschart-Narbel Florence
Bezençon Jean-Luc
Blanc Mathieu
Bolay Guy-Philippe
Botteron Anne-Laure
Bouverat Arnaud
Bovay Alain
Buclin Hadrien
Buffat Marc-Olivier
Butera Sonya
Byrne Garelli Josephine
Cachin Jean-François
Cardinaux François
Carrard Jean-Daniel
Carvalho Carine
Chapuisat Jean-François
Cherbuin Amélie
Cherubini Alberto
Chevalley Christine
Chevalley Jean-Bernard
Chevalley Jean-Rémy
Chollet Jean-Luc
Christen Jérôme
Christin Dominique-Ella
Clerc Aurélien
Cornamusaz Philippe
Courdesse Régis
Cretegny Laurence
Croci Torti Nicolas
Cuendet Schmidt Muriel
Deillon Fabien
Démétriadès Alexandre
Desarzens Eliane
Dessemontet Pierre
Devaud Grégory
Develey Daniel
Dolivo Jean-Michel
Dubois Carole
Dubois Thierry
Ducommun Philippe
Dupontet Aline
Durussel José
Echenard Cédric
Epars Olivier
Evéquoz Séverine
Favrod Pierre Alain
Ferrari Yves
Freymond Isabelle
Freymond Sylvain
Fuchs Circé
Gander Hugues
Gaudard Guy
Gay Maurice
Genton Jean-Marc
Germain Philippe
Gfeller Olivier
Glardon Jean-Claude
Glauser Nicolas
Glauser Krug Sabine
Gross Florence
Guignard Pierre
Induni Valérie
Jaccard Nathalie
Jaccoud Jessica
Jaques Vincent
Jaquier Rémy
Jobin Philippe

Liste des député-e-s signataires – état au 28 août 2018

Joly Rebecca
Jungclaus Delarze Susanne
Keller Vincent
Krieg Philippe
Labouchère Catherine
Liniger Philippe
Lohri Didier
Luccarini Yvan
Luisier Brodard Christelle
Mahaim Raphaël
Marion Axel
Masson Stéphane
Matter Claude
Mayor Olivier
Meienberger Daniel
Meldem Martine
Melly Serge
Meyer Keller Roxanne
Miéville Laurent
Miéville Michel
Mischler Maurice
Mojon Gérard
Montangero Stéphane
Mottier Pierre François
Neumann Sarah
Neyroud Maurice
Nicolet Jean-Marc
Paccaud Yves
Pahud Yvan
Pernoud Pierre André
Petermann Olivier
Podio Sylvie
Pointet François
Porchet Léonore
Probst Delphine
Radice Jean-Louis
Rapaz Pierre-Yves
Räss Etienne
Ravenel Yves
Rey-Marion Aliette
Rezso Stéphane
Richard Claire
Riesen Werner
Rime Anne-Lise
Rochat Fernandez Nicolas
Romanens Pierre-André
Romano-Malagrifa Myriam
Roulet-Grin Pierrette
Rubattel Denis
Ruch Daniel
Rydlo Alexandre
Ryf Monique
Schaller Graziella
Schelker Carole
Schwaar Valérie
Schwab Claude
Simonin Patrick
Sonnay Eric
Sordet Jean-Marc
Stürner Felix
Suter Nicolas
Thalmann Muriel
Thuillard Jean-François
Treboux Maurice
Trolliet Daniel
Tschopp Jean
van Singer Christian
Venizelos Vassilis
Volet Pierre
Vuillemin Philippe
Vuilleumier Marc
Wahlen Marion
Wüthrich Andreas
Zünd Georges
Zwahlen Pierre

(Séance du mardi 31 octobre 2017) **MOT**
17_MOT_008

Motion Jean-Michel Dolivo et consorts – Agir plus efficacement contre la sous-enchère salariale et sociale

Texte déposé

Aujourd'hui, deux constats s'imposent. D'une part, la situation sur le marché du travail met en évidence une forte exacerbation de la mise en concurrence des salarié-e-s entraînant une sous-enchère sociale et salariale ayant un impact concret sur les conditions de vie et de travail. Cette sous-enchère constitue, dans certaines branches, une véritable distorsion de concurrence pour les entreprises qui respectent le cadre législatif et les conventions collectives de travail applicables dans leur secteur. D'autre part, de nombreux salarié-e-s, et une partie significative de la population, considèrent la libre circulation des personnes comme la cause de ces maux, ce qui facilite les glissements vers la stigmatisation des travailleurs étrangers. Ce glissement est confirmé par l'écho trouvé par des propositions de mesures dites de préférence nationale.

En 2016, l'Enquête suisse sur la population active recense 436'000 actifs dans le canton de Vaud, dont 336'200 salariés et 16'400 apprentis. Selon le Portrait et situation conjoncturelle de l'économie vaudoise, été 2017, publié par Statistique Vaud, le nombre d'emplois (EPT) en 2016 s'élève en moyenne à 334'000 en 2016. Le nombre d'emplois (EPT) à Lausanne est, selon l'Inspectorat du travail à Lausanne, en 2013, de 91'787.

Selon Statistique Vaud, on compte, en 2014, 49'726 entreprises des secteurs primaire, secondaire et tertiaire dont le siège principal est dans le canton de Vaud. Ce chiffre ne couvre évidemment pas les entreprises dont le siège est en Suisse, dans un autre canton, et/ou dans un pays de l'Union européenne (UE) et qui occupent des salariés dans le canton de Vaud.

Dans son Rapport sur les activités 2016, la Commission tripartite du canton de Vaud chargée des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes indique que 2'541 entreprises ont fait l'objet d'un contrôle, soit environ 5% des entreprises. 1'224 de ces contrôles ont été effectués, dans le domaine de compétence de la commission tripartite vaudoise chargée des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes, dans les entreprises non soumises à une convention collective de travail ; ils ont concerné 7'088 personnes salariées, soit environ 1,6% de l'ensemble des salariés. 1'086 contrôles ont été effectués auprès d'entreprises soumises à des conventions collectives dans le secteur de la construction par la commission de contrôle des chantiers ; enfin 231 contrôles ont été menés par la commission de lutte contre le travail illicite dans les métiers de bouche. Selon la Commission tripartite cantonale vaudoise, 30 inspecteurs sont en charge, au total, du contrôle du marché du travail et ce chiffre est resté stable en 2016. La commission ne précise pas si ce chiffre comprend ou non les inspecteurs chargés du contrôle des chantiers.

La Commission de contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud — commission quadripartite employeur-syndicat-suva-canton — indique, dans son Rapport d'activité 2016, qu'elle a effectué 2'383 contrôles. Le contrôle des chantiers a auditionné 4'238 personnes.1'086 rapports ont été établis, dont 974 transmis pour instruction suite à des constats d'infractions avérées ou suspicions d'infractions, le second œuvre étant le plus touché avec 50% d'infractions/suspicions, soit 482 rapports transmis.

La Commission de surveillance de la lutte contre le travail illicite dans le secteur des métiers de la bouche et activités analogues, dans son Rapport d'activité 2016, indique que les inspecteurs du Service de l'emploi ont effectué des contrôles dans 231 entreprises et ont contrôlé les conditions d'occupation de 3'535 employés. 97 entreprises, soit 42% des entreprises contrôlées, étaient en infraction à au moins un des aspects de la Loi sur le travail au noir. 57 entreprises, soit 25%, étaient en infraction au droit des étrangers. 181 entreprises, soit 78%, étaient en infraction à au moins un des aspects de la Loi sur le travail ou de la sécurité et santé au travail.

Pour connaître exactement l'effectif des inspecteurs du travail dans le canton, le motionnaire a, à deux reprises par écrit et également par oral, demandé au Chef du Département de l'économie s'il pouvait lui transmettre le ratio d'inspecteurs du travail par personnes actives dans le canton. Il n'a pas reçu à ce jour de réponse à ces demandes.

Selon les informations en possession du motionnaire, le nombre d'inspecteurs du travail à Lausanne est de 7 avec 3 gestionnaires de dossier. Sur le canton, après des recherches effectuées notamment sur la base des indications fournies par l'Annuaire téléphonique de l'Etat de Vaud, la Division du Contrôle du marché du travail et de la protection des travailleurs (CMTPT), rattachée au Service de l'emploi, occupe, en plus de 8 gestionnaires de dossiers LEtr-ALCP, de juristes et de postes administratifs ou hiérarchiques, 3 inspecteurs restauration-hôtellerie, 9 inspecteurs MT (marché du travail) et 3 inspecteurs du travail, soit 15 inspecteurs au total pour le canton. Si l'on y ajoute les inspecteurs lausannois, on arrive ainsi à 22 inspecteurs. Pour tous les secteurs de l'économie vaudoise, on a ainsi un ratio d'un inspecteur du travail pour 16'027 salariés (352'600 :22).

La loi vaudoise sur l'emploi (LEmp) se fixe comme but, à son article premier, de favoriser l'emploi et un marché du travail équilibré, en particulier, comme l'indique son alinéa 2 litt. d de « contribuer à la protection des travailleurs ».

Pour lutte contre la sous-enchère salariale, les député-e-s sous-signé-e-s proposent l'introduction d'un chapitre nouveau au Titre III de la LEmp « Protection des travailleurs », soit un chapitre III dont les articles ont la teneur suivante :

Chapitre III

Article 64

Alinéa 1. Tout entreprise, ayant son domicile dans le canton de Vaud ou occupant des travailleurs sur le territoire vaudois qu'elle que soit la durée de leur contrat de travail, doit informer le Service en charge de l'emploi, par un formulaire, avec transmission d'une copie au travailleur, sur les données de base de tous les contrats de travail conclus par l'entreprise, en particulier :

a) Forme et durée du contrat (écrit ou oral, de durée déterminée ou indéterminée)

b) Fonction et qualification du travailleur

c) Lieu de travail, horaire de travail, taux d'occupation, salaire

d) Age, sexe, nationalité et domicile du travailleur

Alinéa 2. Les données sur les contrats de travail existant et sur ceux conclus au cours de l'année doivent être communiquées. Les données sur les contrats existants doivent être transmises chaque année à la fin du mois de janvier. Pour les contrats conclus durant l'année, les données doivent être communiquées dans le délai d'un mois à partir du début des relations de travail.

Alinéa 3. Les inspecteurs du travail ont le droit de pénétrer sur les lieux de travail pour vérifier les données transmises par l'entreprise ou pour obtenir des données complémentaires. Les visites dans l'entreprise peuvent être annoncées à l'employeur ou être inopinées.

Article 65

Le Département en charge de l'emploi assure un ratio de 1 inspecteur pour 5'000 personnes actives sur le marché du travail cantonal. Ce nombre est ajusté annuellement. Ce ratio comprend les inspecteurs du travail de la commune de Lausanne (art.45).Il n'intègre pas les contrôleurs engagés dans le cadre du contrôle de l'application des conventions collectives de travail.

Article 66

Dans le cadre de l'examen des données de base concernant les contrats de travail, lorsque des infractions flagrantes, notamment la violation de dispositions légales impératives, sont constatées, elles doivent être communiquées aux travailleurs concernés, et, selon le type d'infractions, aux organes compétents ou aux associations d'employeurs et de salariés.

Article 67

Alinéa 1. Le Service en charge de l'emploi prépare et publie chaque année un rapport comprenant notamment des statistiques sur les contrats de travail, en particulier sur les salaires dans le canton.

Alinéa 2. Ce rapport sert de base de référence pour les interventions de la Commission cantonale tripartite pour l'emploi chargée notamment de mettre en œuvre les mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes.

Article 68

Alinéa 1. La non-communication des données sur les contrats, selon l'article 64, est passible d'une amende administrative allant jusqu'à Fr. 10'000.-.

Alinéa 2. Les sanctions et dispositions pénales des lois fédérales sont réservées.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Jean-Michel Dolivo
et 23 cosignataires

Développement

M. Jean-Michel Dolivo (EàG) : — Je vais rapidement présenter la motion, cosignée par plus de vingt députés de tous bords, dont je demande le renvoi en commission.

Deux constats s'imposent aujourd'hui : d'une part, sur le marché du travail, une exacerbation encore plus forte de la mise en concurrence des salariés entraîne souvent une sous-enchère salariale et sociale, ayant un impact sur les conditions de travail, et constituant aussi — je le souligne particulièrement pour la droite de cet hémicycle — une distorsion de concurrence pour les entreprises qui respectent le cadre législatif et les conventions collectives en vigueur. D'autre part, nous devons constater tous ensemble que, pour beaucoup de salariés et pour une part importante de la population, cette situation les amène à remettre en cause la libre circulation des personnes, qui est présentée comme la cause de tous les maux — bien que ce ne soit pas mon avis — ce qui amène une part significative de la population à une prise de position plutôt négative, voire stigmatisante, des travailleurs étrangers, ce qui a des conséquences sur les propositions politiques à la droite de la droite de l'assemblée, c'est-à-dire la préférence nationale.

Après examen des instruments existant aujourd'hui, tant du point de vue des conventions collectives que de la collectivité publique cantonale et de Lausanne, en matière de contrôle du marché du travail et de l'application des conventions collectives, il m'est apparu nécessaire de déposer une motion qui vise à modifier la Loi vaudoise sur l'emploi, de façon à répondre à un de ses objectifs, qui consiste à contribuer à la protection des travailleurs. En effet, le ratio des inspecteurs du travail pour l'ensemble du canton, c'est-à-dire pour l'ensemble des salariés du canton, est d'un inspecteur pour 16'000 salariés environ, ce qui est beaucoup trop peu en regard des exigences de l'organisation internationale du travail, par exemple. C'est également beaucoup trop peu pour suivre et contrôler ledit marché du travail sous ses différents aspects, que ce soit selon la Loi sur le travail au noir, les lois sur l'égalité entre hommes et femmes ou celles qui concernent les travailleurs détachés.

La motion présente donc des propositions de modification de la Loi vaudoise sur l'emploi, demandant d'abord que toute entreprise ayant son domicile dans le canton de Vaud et qui occupe des travailleurs sur le territoire vaudois, quelle que soit la durée de l'occupation, transmette chaque année au Service de l'emploi la copie du contrat de travail, avec un certain nombre d'indications précises selon un système proposé ici. Le département ou le Service de l'emploi examine les données sur cette base et, lorsqu'il y a des infractions flagrantes, elles sont immédiatement signalées aux organes et associations d'employeurs et de salariés compétentes, s'il existe des conventions collectives.

La proposition phare de ma motion est d'amener le ratio à un inspecteur pour 5000 personnes actives sur le marché du travail cantonal, ce qui est loin d'être le cas. Le ratio doit également comprendre les inspecteurs du travail de la commune de Lausanne, évidemment, puisqu'ils font partie du dispositif cantonal, dont ils représentent un des aspects positifs pour la commune de Lausanne. Enfin, un dernier point très important est la demande d'un rapport annuel sur la base des contrats de travail fournis au Service de l'emploi. Un rapport annuel statistique sur les salaires dans le canton, notamment, doit être

établi et servir de référence pour les interventions de la commission cantonale tripartite pour l'emploi, justement chargée de mettre en œuvre les mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes.

La motion, cosignée par au moins 20 députés, est renvoyée à l'examen d'une commission.

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

FEVRIER 2018

RC-MOT_
(17_MOT_008)
(maj.)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Motion Jean-Michel Dolivo et consorts - Agir plus efficacement contre la sous-enchère salariale et sociale

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le vendredi 12 janvier 2018 à la Salle de la Cité, Rue Cité-Devant 13, à Lausanne. Elle était composée de Mesdames les Députées Florence Bettschart-Narbel et Pauline Tafelmacher ainsi que de Messieurs les Députés Guy-Philippe Bolay, Arnaud Bouverat, Jean-François Cachin, Jean-Luc Chollet et Jean-Michel Dolivo. Monsieur le Député Jérôme Christen était excusé. Madame la Députée Anne Baehler Bech a été confirmée dans son rôle de présidente et de rapportrice.

Ont participé à cette séance, Monsieur le Conseiller d'Etat Philippe Leuba, Chef du Département de l'économie, de l'innovation et du sport (DEIS) ainsi que Monsieur François Vodoz, Chef du Service de l'emploi (SDE). Madame Marie Poncet Schmid ainsi que Monsieur Florian Ducommun, collaborateurs au Secrétariat général du Grand Conseil (SGC), ont assuré la tenue de la séance de commission puis rédigé les notes de séance et en sont vivement remerciés.

2. POSITION DU MOTIONNAIRE

La motion présentée prend la forme d'un projet de modification de la Loi sur l'emploi (LEmp). Il s'agit de déterminer ce qui peut être réalisé dans les prochaines années pour mettre en œuvre un dispositif de contrôle et de surveillance du marché du travail afin de combattre la sous-enchère salariale et sociale. Le motionnaire relève que les cantons du Tessin et de Genève ont mis en place des dispositifs d'inspectorat du travail plus performants que ceux du canton de Vaud. Il cite les rapports d'activité 2016 de la Commission de contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud, de la Commission de surveillance de la lutte contre le travail illicite dans le secteur des métiers de la bouche et activités analogues dans le canton de Vaud et de la Commission cantonale tripartite chargée des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes. Ces documents livrent des chiffres et des informations utiles pour cerner la problématique. Dans le canton de Vaud, nombre de contrôles sont effectués dans les secteurs où existent des conventions collectives de travail (CCT), comme la construction par exemple.

La motion veut donc renforcer massivement l'inspectorat du travail en développant ses compétences et ses effectifs. Ainsi, le nouvel article 65 présenté dans la motion propose un ratio de 1 inspecteur pour 5'000 personnes, ce dernier étant tiré des recommandations de l'Organisation internationale du travail (OIT). Cette modification impliquerait ainsi l'engagement de 75 inspecteurs. Même si ce chiffre paraît hors de portée, il convient de tendre vers ce ratio afin de soutenir le travail des commissions tripartites cantonales. Le dispositif actuel se caractérise par la superposition d'inspecteurs engagés par l'Etat, par les partenaires sociaux (construction) ou dans le cadre de CCT (métiers de la bouche). Le canton de Vaud dispose aussi d'un inspecteur spécifique. De plus, des personnes assurent le suivi des dossiers dans l'administration. A ce système cantonal complexe s'ajoute celui de la ville de Lausanne qui emploie plusieurs inspecteurs. On ne part ainsi pas de rien mais nombreux sont les secteurs, comme l'informatique, dans lesquels les conditions de travail sont peu contrôlées, voire pas du tout. Il est donc nécessaire de développer une véritable politique d'amélioration de l'inspectorat du travail sur cinq ans.

Le motionnaire est conscient d'avoir présenté une motion « excessive » mais il lui importe que le Conseil d'Etat prenne des mesures. Il attend de celui-ci la mise en place d'une politique renforcée avec les partenaires sociaux et des mesures pour améliorer la surveillance du marché du travail et serait prêt, en fonction des propositions faites, de modifier sa motion ou éventuellement de la retirer.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Sur le fond, si le texte était adopté, un changement radical du droit du travail surviendrait dans le canton de Vaud. Le motionnaire demande notamment un contrôle systématique de l'ensemble des contrats des 435'000 emplois de 350'000 salariés. En Suisse, les contrats de travail ne sont pas forcément écrits et ne sont pas soumis à une forme particulière. Il faudrait donc envoyer l'ensemble de ces contrats de travail sous forme écrite à l'administration qui devrait alors contrôler annuellement ces dispositions, ce qui est impossible à réaliser avec les actuelles forces du SDE. Par ailleurs, l'article 121a de la Constitution (Cst) entrera en vigueur le 1er juillet 2018 afin de réguler la main-d'œuvre étrangère. Le service deviendrait alors complètement pléthorique.

Une des modifications légales présentées dans la motion fixe un ratio de 1 inspecteur pour 5'000 travailleurs. Le Chef du DEIS ne connaît aucune loi précisant un ratio permettant de déterminer le nombre de collaborateurs, à l'exception du domaine scolaire. La motion obligerait donc le Conseil d'Etat à prévoir un tel dispositif.

En matière de contrôles, une série de secteurs relèvent des partenaires sociaux et des conventions collectives. Si l'Etat doit prendre en charge l'ensemble des contrats, les responsabilités lui seront donc transférées.

Il est précisé que le dispositif actuel compte 30 inspecteurs dans trois entités différentes, lesquelles remplissent trois missions légales :

a) les mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes, exécutées conjointement par l'Etat et les partenaires sociaux au sein de La Commission cantonale tripartite chargée des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes ;

b) les dispositions de la Loi sur le travail au noir (LTN). Les compétences relèvent intégralement de l'Etat qui en a délégué une partie aux partenaires sociaux, au sein de commissions de contrôle mixtes ;

c) la plus ancienne des tâches, à savoir l'inspection du travail au sens de Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr), dont les dispositifs visent à assurer la sécurité et la santé des travailleurs.

Ces inspecteurs se répartissent en 16 ETP au SDE, 7 ETP au Contrôle des chantiers de la construction dans le canton de Vaud, de constitution mixte Etat-partenaires sociaux, et 7 ETP à l'inspection du travail Lausanne (ITL). Il s'agit d'une délégation des compétences intégrées à la LEmp.

Chaque année, les 30 inspecteurs effectuent plus de 3'500 contrôles. En 2017, ce chiffre a été largement dépassé. Environ 2/3 des contrôles portent sur des aspects de droit du travail, de mesures d'accompagnement et de lutte contre le travail au noir, alors que le 1/3 restant concerne la santé et la sécurité du travail.

En 2016, 2'541 contrôles étaient liés aux mesures d'accompagnement et à la lutte contre le travail au noir : 1'224 contrôles ont été réalisés dans des domaines non soumis à une CCT ; 1'086 dans la construction et 231 dans les métiers de bouche. Parmi ces 2'541 contrôles, 1'786 ont été effectués dans des entreprises indigènes, 636 dans des entreprises étrangères qui détachaient du personnel et 119 auprès d'indépendants.

Dans les études comparatives que mène le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) sur le plan suisse, ce volume d'activité place le canton de Vaud au 5ème rang pour les mesures d'accompagnement et au 1er rang pour la lutte contre le travail au noir. Il est enfin précisé que l'administration vaudoise est organisée ainsi depuis quinze ans.

Annuellement, notre canton contrôle 3,08% des entreprises pour une moyenne suisse de 1,71%, et près de 2,6% des travailleurs pour une moyenne helvétique de 0,84%. Vaud contrôle donc deux fois plus d'entreprises et trois fois plus de travailleurs que le reste de la Suisse. Les contrôles sont effectués de manière aléatoire, selon un plan de contrôle ou sur dénonciation. Environ 1'200 contrôles sont répartis dans les différents secteurs d'activité. Dans les métiers de bouche, à la demande des partenaires sociaux, 50% des contrôles sont aléatoires et 50% sur dénonciation.

Concernant les infractions sur les aspects de santé et de sécurité, les ratios sont toujours élevés en raison de problèmes liées à la signalisation et à la durée du temps de travail. Dans l'hôtellerie et la restauration, la problématique est récurrente. Les inspecteurs donnent des cours sur la sécurité et la santé au travail. Toutes les infractions relèvent de la même base légale, mais elles sont variables. Il est difficile d'établir des critères et de relever un seul type d'effraction, raison pour laquelle elles sont toutes prises en compte.

Le Conseiller d'Etat considère que le dispositif vaudois est performant puisqu'il regroupe l'ensemble des forces et des dispositifs de contrôle pour maximiser l'effet des contrôles. Dans un grand nombre de cantons, les inspecteurs responsables des mesures d'accompagnement ne sont pas chargés de la lutte contre le travail au noir ni des aspects de protection des travailleurs. Il y a donc une déperdition de l'information et des difficultés de coordination des inspecteurs.

4. DISCUSSION GENERALE

Malgré les efforts et contrôles faits, la situation n'est pas satisfaisante. Avec les accords de libre circulation et les mesures d'accompagnement, les secteurs sans CCT obligatoires connaissent des problèmes de sous-enchère salariale. La Commission cantonale tripartite chargée des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes doit donc déterminer si les salaires correspondent à l'usage admissible dans la branche. Or, il convient de souligner que la majorité des salariés du canton ne sont pas couverts par des CCT. Cette problématique n'est pas propre au canton de Vaud car elle existe dans tous les cantons sujets à la libre circulation des personnes. Les dispositifs doivent donc être renforcés puisque le problème de la concurrence déloyale se pose de manière particulièrement aigüe dans les secteurs sans CCT. Il convient de rappeler aussi que certains cas ont été découverts dans des secteurs avec CCT.

En outre, il faut savoir, que les données récoltées lors d'un contrôle doivent parfois être complétées pour être traitées et exploitées. Dans certains cas, une décision doit être défendue devant les tribunaux. D'un point de vue paritaire, il s'agit d'un énorme travail. La question est de savoir où l'on va, au regard des ressources à disposition. Très souvent, on s'arrête assez tôt, car les moyens sont insuffisants pour donner suite à un premier constat. Il faudrait des forces supplémentaires pour traiter les informations recueillies par les inspecteurs du travail.

De plus, à mesure que les sous-traitants augmentent, la responsabilité initiale se dilue, voire disparaît. La question d'entreprises faisant faillite et ouvrant à nouveau sous une autre raison sociale se pose également, car cela gangrène certains corps de métiers, comme les ferrailleurs par exemple.

Le Programme de législature 2017-2022 du Conseil d'Etat (PL 2017-2022) prévoit de renforcer les moyens de contrôle. Interrogé à ce sujet, le Conseiller d'Etat précise que le gouvernement entend poursuivre une politique de contrôle du marché du travail par notamment la mise en œuvre de l'article 121a Cst. Ce dernier aura en effet un impact sur le marché du travail, car tous les postes devront être annoncés au SDE.

Entendant les critiques faites à l'encontre du texte de la motion présentée et au fait que ses propositions pourraient apparaître comme disproportionnées, il est proposé la piste d'une considération partielle de cette motion. Il s'agirait de proposer de modifier la LEmp en termes généraux afin de renforcer le contrôle du marché du travail en augmentant le nombre de postes dévolus aux contrôles et à leur suivi dans la logique des recommandations de l'OIT. Il s'agirait peut-être aussi de s'inspirer du système tessinois récemment entré en vigueur et qui instaure notamment une augmentation des contrôles. Le texte proposé est le suivant :

« *Il est demandé au Conseil d'Etat par une modification de la Loi sur l'emploi (LEmp) de renforcer le contrôle du marché du travail. Il s'agit d'augmenter le nombre de postes dévolus aux contrôles et surtout au suivi des contrôles, tant dans les branches conventionnées en appui aux partenaires sociaux que dans les branches non conventionnées.* »

Le motionnaire se rallie à ce texte qui remplace donc le texte initial de la motion déposée.

Même si les données montrent que le canton de Vaud fait un certain nombre de contrôles, voire envisage de prendre de nouvelles mesures, la majorité de la commission estime qu'il est nécessaire de prendre plus en compte cette problématique, d'agir davantage et ce le plus rapidement possible.

5. VOTE DE LA COMMISSION

Grâce au vote prépondérant de la Présidente, la majorité de la commission recommande au Grand Conseil de prendre partiellement en considération cette motion par 4 voix pour, 4 contre et aucune abstention, et de la renvoyer au Conseil d'Etat.

Riex, le 22 février 2018

La rapportrice :
(Signé) Anne Baehler Bech

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2018

RC-MOT_
(17_MOT_008)
(min.)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Motion Jean-Michel Dolivo et consorts - Agir plus efficacement contre la sous-enchère salariale et sociale

1. PRÉAMBULE

La minorité de la commission est composée de Messieurs Guy-Philippe Bolay, Jean-François Cachin et Jean-Luc Chollet, ainsi que de la soussignée, rapportrice de minorité.

La motion faisant l'objet du présent rapport a été prise en considération partiellement par la majorité de la commission. Son texte a été modifié, mais n'a toutefois pas obtenu l'assentiment d'une minorité de la commission, ce qui donne lieu au présent rapport.

2. POSITION DE LA MINORITE DE LA COMMISSION

Déposée sous la forme d'un projet de loi déjà rédigé, la motion initiale du député Jean-Michel Dolivo va extrêmement loin : elle demande de mettre en œuvre un dispositif de contrôle et de surveillance du marché du travail afin de combattre la sous-enchère salariale. Ce dispositif consisterait notamment à ce que toutes les entreprises ayant des activités dans le canton de Vaud transmettent au Service en charge de l'emploi tous les contrats de travail conclus, quelle que soit leur durée, soit environ 435'000 contrats. Pour atteindre ce but, il faudrait engager de nombreuses forces supplémentaires de travail au sein de l'Inspectorat du travail de l'Etat de Vaud, pour aboutir idéalement à un ratio de 1 inspecteur pour 5'000 employés, soit 75 nouveaux inspecteurs. Par ailleurs, la motion demande qu'«*un rapport comprenant notamment des statistiques sur les contrats de travail, en particulier sur les salaires dans le canton*» soit élaboré annuellement.

Suite aux discussions de la commission, notamment au fait reconnu par le motionnaire lui-même que sa motion était radicale dans ses propositions, celui-ci a accepté de modifier le texte de celle-ci sous la forme suivante : « *Il est demandé au Conseil d'Etat par une modification de la Loi sur l'emploi (LEmp) de renforcer le contrôle du marché du travail. Il s'agit d'augmenter le nombre de postes dévolus aux contrôles et surtout au suivi des contrôles, tant dans les branches conventionnées en appui aux partenaires sociaux que dans les branches non conventionnées.* ».

Malgré cette relative atténuation du texte de la motion, les commissaires de minorité ne peuvent se rallier à cette proposition pour les raisons suivantes.

Selon une étude comparative faite par le Secrétariat d'Etat à l'économie, le canton de Vaud se situe, au niveau suisse, au 1er rang des contrôles s'agissant du travail au noir et au 5e rang pour les mesures d'accompagnement. Annuellement, notre canton contrôle 3,08 % des entreprises pour une moyenne suisse de 1,71 % et près de 2,6 % des travailleurs pour une moyenne helvétique de 0,84 %. Il en résulte que le canton de Vaud contrôle deux fois plus d'entreprises et trois fois plus de travailleurs que le reste de la Suisse.

De plus, le système actuel avec les commissions tripartites et les associations professionnelles, qui veulent également lutter contre les distorsions de concurrence et le travail au noir, a jusqu'à ce jour fait ses preuves.

La motion prise en considération partiellement impliquerait un contrôle de l'ensemble des employés actifs dans le canton, ce qui ne semble pas adéquat pour atteindre le but voulu. Il convient plutôt de se focaliser sur les secteurs dans lesquels les problèmes sont importants et ne pas noyer l'administration sous une quantité de données. Certains domaines connaissent des problèmes récurrents : une partie du secteur de la construction, les métiers de bouche, le nettoyage, le personnel de maison et les services aux personnes. Mais il ne sert à rien de mettre en place une usine à gaz qui n'aboutirait qu'à une charge bureaucratique supplémentaire aussi bien pour l'administration que pour les entreprises.

Enfin, il convient de s'attaquer aux causes du problème de la sous-enchère salariale, notamment celles relatives aux marchés publics, adjugés à des prix tels qu'il est impossible d'offrir aux travailleurs des salaires corrects si l'entreprise veut respecter l'offre qui a été faite.

La motion, même si modifiée, est toujours excessive et ne fait pas de proposition allant dans ce sens, raison pour laquelle il convient de la rejeter.

3. CONCLUSIONS

La minorité de la commission demande au Grand Conseil de ne pas renvoyer au Conseil d'Etat cette motion prise en considération partiellement.

Lausanne, le 23 avril 2018.

La rapportrice :
(Signé) Florence Bettschart-Narbel

Canton de Vaud
Grand Conseil - Secrétariat général
Pl. du Château 6 - 1014 Lausanne
Déposé le 02.05.17
Scanné le

M..... C.....

Lausanne

Lausanne, le 25 mars 2017

17_PET_067

Secrétariat général du Grand Conseil
Place du Château 6
1014 Lausanne

Messieurs les Députés,

Par la présente j'aimerais vous informer d'une série des mesures que mon épouse et moi – actuellement à la retraite- ont subi et subissons de la part de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, Agence communale d'assurances sociales, Place Chauderon 7, 1003 Lausanne (la Caisse).

Je vous prie de prendre en considération l'actuelle pétition, comme un dernier recours après toute une série de contestations et mémoires, à tous les niveaux , dernièrement en novembre et décembre 2016, à 34 députées et députés au Grand Conseil .

Semble-t-il l'enquête proposé concernant les décisions non fondées et évidemment contradictoires de la Caisse nous est catégoriquement refusée, sans aucune motivation.

Ça serait amoral de se cacher derrière des décisions de justice basées par le non respect par la Caisse de la législation en vigueur et sur l'interprétation à plusieurs reprises défavorable aux assures.

Déroulement :
Je suis de profession architecte diplômé et je suis parti à la retraite en novembre 2003. Ma rente AVS + prestations complémentaires(PC) est de Fr1'211.-/m, complétée par le 2em pilier (Retraites Populaires) et par un 3em pilier B- selon l'assurance vie **versé régulièrement par SwissLife depuis 2003 et jusqu'à ce jour- de Fr 290.-/m**. Avec mon épouse nous arrivons à un revenu mensuel de Fr 3'712.-
Etant donné que le montant cumulé des rentes ainsi que notre fortune était en dessous du minimum vital, la Caisse a conclu que j'avais le droit à des Prestations complémentaires (PC) qui ont commencé a être versées régulièrement, dès mon arrivée à la retraite.
Même si la Caisse nous avait informés que les Prestations complémentaires constituaient un droit, ça n'était pas un plaisir d'être obligé de bénéficier de ce droit. J'ai continué de chercher des mandats qui auraient pu me permettre de renoncer aux prestations complémentaires(PC).
En 2002 déjà j'ai commencé à travailler pour le projet d'une grande villa.

Au bénéfice d'une exclusivité pour la vente d'une parcelle sur Lausanne, avec l'accord du propriétaire j'ai conditionné l'achat de la parcelle de l'attribution au soussigné d'un mandat complet d'architecte (mise à l'enquête, projet d'exécution et direction des travaux), mandat qui aurait pu m'assurer un travail pour environ 2 ans, rémunéré correctement et qui aurait pu me permettre de renoncer définitivement aux PC.

Le travail s'est déroulé tout au long de 2002, 2003, 2004 et 2005 : réalisation de plusieurs variantes , dossier pour la mise à l'enquête publique avec la délivrance du permis de construire en 2002-(vente avec le permis de construire), publicité pour la vente de la parcelle, discussions avec des dizaines des personnes intéressées, soumissions et étude d'entreprise générale pour offrir un prix clé en main, donc garanti, etc. Tout cette énorme travail effectué pour m'assurer le mandat complet.
Remarque : le prix de cette villa de standing et du terrain était assez élevé.

En septembre 2005 le mandat pour l'exclusivité de la vente de la parcelle a été interrompu soudainement et le propriétaire a accepté de me faire **un unique versement pour tout le travail effectué depuis 2002 à 2005- de Fr 48'051.-, montant versé en septembre 2005.** Etant donné que mon but était de conclure un mandat complet d'architecte, **je n'aurais du commencer à être rémunéré qu'à partir de la signature de la vente de la parcelle.** Donc **sans honoraire encaissé je n'ai pas déclaré aux impôts des frais durant tous ces années**.

Parti **à l'étranger le 13 septembre et de retour en Suisse le 16 novembre 2005, j'ai déclaré le versement à la Caisse le 2 décembre 2005** et j'ai présenté plusieurs listes des frais pour les 4 années de travail, en mentionnant toujours les preuves que j'avais à disposition.

Dans la **Note interne adressé à son chef, datée 1 février 2006, concernant l'entretien du 2 décembre 2005**, la personne au guichet mentionnait :
« ...l'assuré m'a remis lors de son passage , la liste des frais découlant de ce travail. Il avait tous les justificatifs, mais, au vu de leurs nombre important, je les lui ai laissés. »
Aucune référence à la « découverte » d'un revenu caché, à une « annonce tardive », ou à » une mauvaise foi »
-----La Caisse prend une première décision de restitution, datée 23 décembre 2005, pour Fr 3'144.-, concernant les 3 mois (octobre, novembre et décembre 2005), mois qui ont succédé l'encaissement du revenu (versement du revenu en septembre).
-**Motif spécifié:** «Prise en compte de vos nouvelles rentes et de votre revenu d'indépendant ».
-La Caisse prend en compte les frais pour 2005.
-Aucune référence à « une découverte d'un revenu caché », « à la mauvaise foi » ou « à un annonce ...tardif » !
-La première décision était selon la disposition de la loi.

Mais, le soussigné j'ai fait une erreur capitale en envoyant à la Caisse des listes complémentaires des frais- (que l'acquisition en 2004 d'un logiciel d'architecture Archicad 8 à l'étranger (à 1/3 du prix) était de Fr 5'700.- !
A ma surprise le chef d'agence m'a refusé à plusieurs reprises tout audience et entretien à ce sujet et a émis successivement **autres 2 décisions de restitution- cette foi rétroactives-** pour des PC encaissés « indûment », chaque décision plus valable que l'autre, annulant la précédente :
-----une 2eme décision datée 27 février 2006, pour la restitution d'un montant **de Fr 8'554.-** et **une 3eme décision, datée 19 septembre 2006**, pour la restitution d'un montant

de...Fr 19'050.- !!, avec la menace de bloquer de suit tant l'AVS que les PC.- pour notre famille, l'équivalent d'une condamnation à mort.

Pour des raisons obscures la Caisse a refusée (sans raison valable) toute discussion au sujet des frais, m'a accusé d'avoir caché le revenu encaissé en septembre 2005 et de l'avoir « découvert » (contrairement à la note interne mentionnée), en m'accusant de mauvaise foi. Les frais considérés comme acceptés qui devraient être déduites du revenu brut pour établir le montant du revenu net, (conformément à la législation), **sont ignorées** et **la Caisse préfère de faire référence aux montants de gains déclarés aux impôts en sachant pertinemment que je n'avait pas déclaré les frais** (déclarations 2002, 2003, 2004) **pour le mandat en cause en absence des revenus-** (attestations de la part du sévices d'impôt à votre disposition).
--Les 2 dernières décisions de restitution concernent des années qui ont précédé l'encaissement du revenu.

-Soudainement le versement en septembre 2005 de Fr 48'051.- devienne une « découverte de la Caisse d'un revenu caché ». L'annonce à la Caisse est considéré subitement « trop tardif », la « mauvaise foi » réprobable,-
-La dette actuelle- frais de justice et d'avocat pour récupérer des honoraires non payés pour des autres projets (**Fr 63'113.-,** yc les montants de Fr 19'050.- réclamés par la Caisse), **ne sont pas pris en compte**.
-Pas de situation financière difficile (pourquoi alors l'attribution des PC ?
-La Caisse refuse de prendre en compte les éléments qu'elle même les avait pris pour le calcul du minimum vital (revenu et fortune).
Tant d'arguments POUR JUSTIFIER L'IMPOSSIBILITÉ D'UNE REMISE ET POUR REFUSER DES PROPOSITIONS DE MENSUALITÉS !
Pour couronner tout :
-LE 3 EME PILIER SWISSLIFE, prise en compte comme **REVENU MENSUEL, devienne subitement « FORTUNE ». La Caisse exige de la racheter pour rembourser ainsi le montant réclamé.**
-Un tel rachat imposait en fait une perte de la valeur du capital SwissLife de l'assuré , tant par la taxe de résiliation de l'assurance , (pour un retrait de Fr 20'000.- -frais de résiliation de Fr 3'775.-), ainsi que par l'augmentations des impôts- (pour Fr 20'000.— d'augmentation de la fortune- Fr 533.-)
-La Caisse ne veux pas tenir compte ni du fait que la diminution du revenu de l'assuré par le non versement du 3em pilier impliquerait l'augmentation mensuelle des PC payées par la Caisse (+Fr 290.-/m) !

- **Il faut tenir compte aussi de l'aspect moral du 3em pilier- il constitue une dépendance diminuée de l'assuré vis-à vis des subsides PC !**

Apres une analyse détaillé de notre situation faite par **AVIVO Vaud**, M D P a décidé de nous aider pour les divers lettres, et il a réussi à obtenir finalement un entretien avec la direction du service (**après 8 ans !!!**), pour **le 8 mai 2013**.
A l'occasion de cette entretien j'ai eu l'occasion pour la première fois, de présenter personnellement (pendant une heure max offerte par M E , chef de bureau), les preuves en détails concernant les frais avancées.
M E a eu l'occasion de poser toutes questions, mais il a fini on concluant que « c'était trop compliqué et que, c'était de tout façon trop tard » !.. ???!
Le montant réclamé restait le même !

Conclusions :
Il y a toute une série d'irrégularités de procédure et d'interprétation, manifestement défavorables à l'assuré-
-Le montant en restitution demandé par la Caisse ne tien que partiellement compte des frais engendrés par l'obtention du revenu, selon disposition de la loi.
-Faire référence aux impôts c'est injustifié, ayant toutes les documents concernant les frais à disposition.
-Refuser toute audience pour « simplifier » le travail de la Caisse, ce n'est pas un argument valable.
-La Caisse répercute injustement le revenu de Fr 48'051.- sur des années qui ont précédé l'encaissement du revenu.
-En dépit du fait que depuis 2003 à ce jours, SwissLife verse régulièrement le montant qui est **pris en compte par la Caisse comme revenu**, ça serait un abus de changer d'avis, **de le considérer comme « fortune » et de demander à l'assuré de renoncer à un revenu régulier**, prise en compte comme tel.
-La Caisse refuse de prendre en compte la situation financière difficile de l'assuré ainsi que ses dettes (remboursement régulier des mensualités), situation qui justifie les PC. Elle préfère invoquer toujours : « la découvert d'un revenu caché », « la mauvaise foi » !
-La Caisse a refusé toute proposition de remboursement mensuel, de Fr 100.-/m, formule accepté à ce jour tant par l'Assistance juridique, que par le service d'impôts et qui n'ont jamais demandé la résiliation du 3eme pilier !
-Il n'y a pas de raison valable de privilégier la Caisse par rapport aux autres créanciers plus anciens.
-Je rejet vigoureusement la 2eme et la 3eme décision de restitution , en considérant que seulement la première était prise en conformité avec la législation.
Une simple discussion sur les frais avancés à travers une audience, aurait pu clore les choses.
-Que d'énergies gaspillées.

Revenir à la première décision, prise par la même Caisse, sur les mêmes bonnes raisons, serait la plus sage mesure, mais... ???

* * *

Concernant mon épouse, M... C... :

A l'approche de l'âge de la retraite, en 2011, elle s'est renseignée à l'Agence d'assurances sociales concernant sa rente future, (avec moi- en tant que bénéficiaire déjà des PC).
La personne au guichet nous a informé de la possibilité d'ajournement de la rente AVS, en travaillant de 1 à 5 ans en plus et d'augmenter ainsi sa rente future.
Etant donné notre situation financière, l'augmentation de la rente AVS, même avec un montant très modeste, comptait énormément tant financièrement que moralement.
La presse se faisait aussi l'écho de cette nouvelle possibilité.
Suite à ça, mon épouse a décidée de travailler au début 2 ans de plus et finalement 1 année de plus.
Elle a fait les démarches nécessaires auprès de son employeur, et a continué son travail à partir de 1 mai 2011.

On a reçu aussi une lettre de la part de la Caisse, signé par le chef de l'agence, M O R , datée 17 aout 2011, confirmant cette possibilité.

Mais, quelle était la surprise de recevoir ultérieurement une autre lettre de la part de la même Agence d'assurances sociales qui la mettait en garde **des conséquences défavorables d'une telle décision, en lui envoyant ultérieurement une décision de restitution d'un montant de Fr 12'284.- comme punition du fait « d'avoir refusée un revenu », sa rente AVS.**

Il ne comptait pas que **sa rente AVS était augmenté ainsi de 5,2%, de Fr 58.-par mois**, qui diminuait ainsi les PC à recevoir. Elle était même ridiculisée de l'insignifiance du montant d'augmentation.
Par ailleurs, **pendant l'année de l'ajournement elle a pu bénéficier d'une augmentation rétroactive de salaire, augmentation qui, elle aussi, prise en compte comme revenu, diminuait le montant des PC.**
Il faut tenir compte aussi qu'elle a payée durant l'année d'ajournement les cotisations AVS !

Les prospectus à disposition au guichet de la Caisse expliquaient en détails la procédure d'ajournement, sans mentionner le fait que tout le monde avait le droit à l'ajournement, **à une seule exception- « les bénéficiaires des PC » !**
On n'a pas pu croire que l'ajournement s'adresse qu'à ceux qui ont des grosses retraites et qui ne sont pas au bénéfice des PC.
La Caisse n'informe pas ceux qui bénéficie des PC qu'ils constituent une exception et que « des directives parallèles » , pas à disposition des assurés, mentionnent cette réserve, conditionnée de l'existence **« des motifs impératifs » !**
Seulement que **la Caisse refusait de considérer nos motifs assez « impératifs »,** même avec des revenus et fortune en dessous du minimum vital, justifiant les PC.
Elle a même affirmé dans une lettre que mon épouse a réagi selon sa propre choix !
Le montant demandé en restitution (Fr 12'284.-) a été motivée par le... REFUS DU REVENU constitué par sa rente AVS.

Remarque :
Dans mon cas la Caisse m'oblige de résilier mon assurance vie, versée régulièrement comme rente- donc m'oblige de refuser un revenu, et de l'autre coté elle puni mon épouse au motif d'avoir refusé un revenu, sa rente AVS, pendant l'ajournement, alors qu'il permet une augmentation durable du revenu.
C'est « kafkaïen » et « ubuesque » !!

J'ai suivi une longue procédure judiciaire qui m'a amené à plusieurs reprises au Tribunal Fédéral, sans succès ; je reste condamné à rembourser des montants dont je ne dispose pas, sur la base des « revenus hypothétiques » ou des taxations inexactes.

Conclusions :

En ce qui me concerne,
- la Caisse refuse de prendre en compte les frais engendres par le revenu de Fr 48'080.-, en refusant toute discussion.
- La Caisse m'oblige à résilier mon assurance vie qui me verse régulièrement une rente (même si c'est une assurance 3B), rente qui diminue mes PC, donc **elle m'oblige à « refuser un revenu ».**

Concernant mon épouse-
- la même Caisse demande la restitution d'un montant de Fr 12'284.- justifiant cette mesure par « **le refus d'un revenu- de l'AVS** » pendant l'ajournement d'une année qui, selon la Caisse- **n'est pas justifié par des « motifs assez impérieux »** !
- La Caisse refuse de considérer notre situation comme difficile, contrairement aux motifs pris en compte par l'attribution des PC.
- La Caisse invoque des contre-vérités en affirmant **qu'elle a découvert le revenu** (aussi le salaire pendant l'ajournement??!!), en dépit des preuves à disposition, accusant l'assuré de mauvaise foi.

- Même en acceptant à l'absurde le montant demandé en restitution (FR 19'050.-,) la Caisse a refusée toute proposition des mensualités, contrairement à l'Assistance juridique et au Service d'impôts.
- La Caisse semble agir selon sa bonne volonté, en écrasent ses assurés.
- Elle n'accorde pas le droit d'audience aux assurés, le droit de pouvoir présenter leurs preuves.
- C'est elle qui décidé de faire référence aux impositions, en sachant que les frais n'avaient pas été déclarés pour les années qui ont précédé l'unique versement.

* * *

A travers l'intervention argumenté par AVIVO Vaud, la Caisse a réduit le montant réclamé à mon épouse de Fr 12'284.- à Fr 9'869.-

* * *

Le litige avec la Caisse dure déjà depuis 11 ans ; menaces de couper les vivres, situation désespérée, etc.
Avoir réussi obtenir le versement, même partiel, pour un travail effectué pendant plusieurs années - semble être la pire des choses, pour laquelle il faut être puni à tout prix.
Actuellement **la Caisse nous réclame Fr 19'050.- + Fr 9'869.= Fr 28'919.- et la résiliation de l'assurance vie SwissLife**. En cas de non payement elle nous menace de bloquer tant l'AVS que les PC, l'équivalent de l'arrêt de mort.
On vive chaque jour sous la terreur et ça devient difficilement supportable.

Voilà quelques questions auxquelles nous sollicitons une réponse claire et sans équivoque :

- Pourquoi la Caisse nous refuse obstinément d'être auditionné et de présenter personnellement les preuves et explications des frais qui ont engendrés le revenu ?
- Est-ce 'qu'un certain nombre des frais présentés pourrait justifier le refus de leurs prises en compte ainsi que le refus de toute audition de l'assuré à ce sujet ?
- Un revenu accessoire versé et encaissé à une date précise est-il prise en compte à partir de la date de son encaissement (le cas de **la première décision de la Caisse-**
- **Fr 3'144.-)** ou sur des années qui ont précédé l'encaissement **(la 3eme décision pour Fr 19'050.-)** ?
- **Le 3em pilier B** est-il considéré comme « **revenu** » ou comme « **fortune** » pour l'attribution du droit aux prestations complémentaires ?
- **Le droit à l'ajournement de la rente AVS** et de travailler des années en plus pour augmenter sa rente et diminuer ainsi les prestations complémentaires- est-il un droit réservé que à ceux qui bénéficient des rentes plus élevés- et
- **à quel raison les bénéficiaires des PC sont-ils exclus de ce droit** et **sont même découragés et punis pour « avoir refusé un revenu » ?**

- Le motif d'avoir une rente au-dessous du min vital ne constitue pas un « **motif assez impérieux » pour opter pour un ajournement ? (texte de la loi actuelle).**

Eliminer les ambiguïtés, des réponses claires aux questions mentionnés sur des interprétations erronés faciliterait tant la Caisse que la Justice.

A quel raison notre situation financière de bénéficiaires des PC ne pourrait pas justifier une décision d'irrecevabilité de la dette ?
Comme une autre possibilité, la Caisse pourrait revenir sur la première et seule décision en conformité avec la loi- **décision du 23 décembre 2005, pour Fr 3'144.-,** concernant les 3 mois (octobre, novembre et décembre 2005, pour fr 3'144.-),mois qui ont succédé l'encaissement du revenu (versement en septembre 2005).

Dans notre situation se trouvent peut-être des centaines, voir des milliers des personnes, une majorité silencieuse.

L'Etat a crée quelques incitations pour rendre financièrement intéressante la continuation d'une activité professionnelle après 65 ans.

Se trouver avec une dette de Fr 28'900.- pour toute la vie, dette transmise après en héritage à notre fille, n'est pas une rigolade !

Nous espérons que le Grand Conseil va entreprendre une enquête concernant les faits mentionnés et qu'il va rétablir la vérité.
Actuellement c'est que lui qui peut le faire.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire éventuelle, veuillez agréer, Messieurs les Députés, mes salutations distinguées.

M.... C....

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

SEPTEMBRE 2017 17_PET_067

RAPPORT DE LA COMMISSION THÉMATIQUE DES PÉTITIONS
chargée d'examiner l'objet suivant :

Pétition contre les décisions de la Caisse cantonale de compensation AVS

1. PREAMBULE

La commission thématique des pétitions était composée de Messieurs les Députés François Cardinaux, Olivier Epars, Guy Gaudard, Philippe Liniger, Pierre-André Pernoud, Olivier Petermann, Jean-Louis Radice, Daniel Ruch, Daniel Troillet. Madame la Députée Sylvie Evéquoz était excusée. Elle a siégé en date du 31 août 2017 à la salle du Bicentenaire, Place du Château 1 à Lausanne sous la présidence de Monsieur le Député Vincent Keller.

Monsieur Jérôme Marcel, secrétaire de la commission (SGC) a tenu les notes de séance. Qu'il en soit ici chaleureusement remercié.

2. PERSONNES ENTENDUES

Pétitionnaire : Monsieur M. C.

Représentants de l'État : Madame Sophie Huguet, adjointe administrative de l'agence de Lausanne et Messieurs Stephen Sola, vice-directeur de la Caisse cantonale AVS de compensation, Roman Poletti, responsable juridique de la Caisse cantonale AVS de compensation et Olivier Rémy, chef de l'agence de Lausanne.

3. DESCRIPTION DE LA PÉTITION

L'objet de la pétition concerne un litige entre le pétitionnaire ainsi que sa femme et l'Agence d'Assurances Sociales de Lausanne (ci-après AAS). S'il a été difficile pour la Commission de séparer les différents points de ce litige et l'objectif de la pétition, il est néanmoins possible de l'analyser sous l'angle de trois problématiques distinctes :

a.) Une décision de restitution liée à l'activité indépendante du pétitionnaire

b.) Une décision de restitution liée à l'ajournement de la rente de l'épouse du pétitionnaire

c.) Une obligation de restitution liée aux deux points précédents

S'agissant du premier point (a.), le pétitionnaire a pris sa retraite sous la forme d'une rente anticipée trois années avant ses 65 ans. Dès cette date, Monsieur M. C., en sa qualité d'architecte, continue à mener des démarches professionnelles consistant à chercher, dans tout le Canton de Vaud, des parcelles constructibles et à proposer aux propriétaires des projets de valorisation en demandant une commission en cas de vente de ladite parcelle. Une année après sa retraite anticipée, Monsieur M. C. se voit octroyer des prestations complémentaires. Trois années passent puis ses démarches portent leurs fruits et Monsieur M. C. se voit verser une commission suite à une valorisation de parcelle, une somme qu'il est allé annoncer au bureau de l'AAS. Ce dernier lui précise que cette annonce serait prise en compte lors du prochain contrôle périodique pour le recalcul du droit aux prestations complémentaires. L'annonce du revenu a été par la suite qualifiée de tardive ce qui a entraîné une première décision de restitution. Il est à noter que Monsieur M. C. a fait recours auprès du Tribunal Cantonal et du Tribunal Fédéral des Assurances. Il a été débouté par les deux instances.

S'agissant du second point (b.), Madame M. C., épouse du pétitionnaire, est employée à temps partiel dans une institution culturelle vaudoise. Arrivée à la retraite, elle décide d'ajourner sa rente AVS d'une année et décide de continuer son travail. Avant cette décision, Madame M. C. s'entretient à plusieurs reprises avec l'AAS au sujet des conséquences sur sa future rente et sur l'octroi des prestations complémentaires. Une année après la date effective de sa retraite tombe une première décision de restitution des prestations complémentaires correspondant à la rente AVS que Madame M. C. aurait obtenu durant l'année supplémentaire si elle avait effectivement pris sa retraite. L'AAS considère l'ajournement de la rente AVS comme un dessaisissement de revenu. Monsieur M. C. recourt contre cette décision, puis décide de contacter l'Association des Veuves, Invalides, Vieillards et Orphelins, section Vaud (AVIVO-Vaud). Monsieur M. C., appuyé par l'AVIVO-Vaud recourt donc auprès du Tribunal Cantonal en contestant l'ajournement de la rente AVS comme dessaisissement et l'inclusion de divers correctifs au calcul de la décision de restitution. Le Tribunal Cantonal approuve les divers correctifs mais pas le dessaisissement de la décision de restitution ; cette décision du Tribunal Cantonal sera approuvée par un jugement du Tribunal Fédéral des Assurances. La conséquence est une réduction de la somme due au titre de décision de restitution.

Finalement, et il s'agit de la troisième problématique (c.), Monsieur et Madame M&M. C. ont formé des demandes de remise et subsidiairement demandé de considérer les montants dus comme irrécouvrables au vu de leur situation financière. La remise a été refusée. Considérant que Monsieur M. C. dispose d'une rente d'assurance-vie, l'irrécouvrabilité n'a pas été reconnue. L'AAS a estimé qu'elle considérait le rachat de cette somme comme possible et que la perte de rente qui en découlerait serait compensée par une hausse des prestations complémentaires. Il est à noter que Monsieur M. C. a proposé à l'AAS un plan de recouvrement consistant à rembourser des sommes dans la mesure de sa capacité financière ; une solution refusée par l'AAS au motif que le remboursement ne serait achevé qu'après la prescription des délais pour les recouvrer. Finalement, le Tribunal Cantonal, puis le Tribunal Fédéral des Assurances ont confirmé les conclusions de l'AAS.

À la suite de ces trois problématiques, le pétitionnaire demande :

- de savoir si l'AAS a agi correctement avec lui
- de savoir pourquoi elle n'a pas pris en compte les frais qu'il a présentés
- s'il est normal qu'on lui impose de résilier son assurance vie et de lui couper son AVS

La demande de la pétition peut donc se résumer comme suite : le pétitionnaire demande la création d'une commission d'enquête chargée d'analyser le fonctionnement de l'AAS, agence de Lausanne, qu'il estime se comporter de façon toute puissance contre les intérêts des assurés.

4. AUDITION DU PÉTITIONNAIRE

Il ressort de la discussion avec le pétitionnaire qu'il n'a pas commencé à rembourser le premier centime des décisions de recouvrement. Monsieur M. C. estime qu'il existe un risque que l'AAS coupe une partie de ses revenus provenant de l'AVS.

Sa situation financière est précaire. Il dispose de sa rente AVS, du second pilier ainsi que du troisième pilier que lui ramène son assurance-vie et d'une petite rente roumaine. Son épouse et lui-même bénéficient d'un subside pour l'assurance-maladie.

Malgré cette situation précaire, le pétitionnaire a pu entreprendre des démarches juridiques grâce à l'assistance juridique et au soutien de l'AVIVO-Vaud.

Monsieur M. C. a bénéficié d'une rente AVS anticipée de trois ans motivée par sa situation professionnelle sur le marché de l'emploi. Il a effectué des périodes de chômage. Il explique qu'il a engagé d'importants frais professionnels (notamment par l'achat d'un logiciel spécialisé en Roumanie) pour l'aider dans la recherche de nouveaux mandats. Cette recherche de mandats a duré trois ans, précisément l'année où il a touché une commission sur un projet. Il estime que les frais engagés auraient du être pris en compte rétroactivement.

Le pétitionnaire conteste le retard dans l'annonce de la commission suite à la valorisation d'une parcelle grâce à l'un de ses projets auprès de l'AAS qui a entraîné une accusation de mauvaise foi. Il dit avoir annoncé l'encaissement de cette somme seize jours après la perception de ce revenu.

5. AUDITION DES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTAT

Du point de vue de l'AAS, les sommes précisées par Monsieur M. C. sont confirmées. Deux créances sont ouvertes contre chacun des deux époux. Les deux portant sur des prestations complémentaires indûment touchées (activités lucratives non déclarées à temps pour Monsieur, ajournement de la rente AVS pour Madame).

Les deux affaires ont été portées devant le Tribunal Fédéral des Assurances qui a donné raison à l'AAS.

L'AAS réfute l'accusation du pétitionnaire selon laquelle elle aurait refusé de l'entendre. Elle ne précise pas le nombre d'auditions entre l'AAS et Monsieur M. C. mais rappelle que ce dernier a été entendu par le Chef du Bureau des Prestations Complémentaires et son adjoint. Une séance durant laquelle l'équivalent de deux sacs Migros contenant des frais qui n'auraient pas été pris en compte ont été apporté par le pétitionnaire. L'intégralité du contenu de ces deux sacs ont été passé en revue ; il a été expliqué que tous ces documents n'amenaient pas d'éléments nouveaux. L'entier des frais liés à son activité professionnelle ayant déjà été pris en compte. Le pétitionnaire estime que d'autres frais n'ont pas été pris en compte : loyer, cotisations AVS (déjà pris en compte dans le calcul des prestations complémentaires), assurances diverses, factures SI, remboursement de frais médicaux, frais de justice, assurance-maladie complémentaire, franchises médicales, assurance-vie ou encore un voyage en Roumanie en vue d'acheter un logiciel spécialisé. L'AAS n'est pas entrée en matière.

L'AAS précise que le droit du pétitionnaire a toujours été respecté.

Le pétitionnaire a interpellé l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) pour s'assurer que l'AAS agissait de manière conforme. L'OFAS a répondu par l'affirmative.

L'AAS précise que trois décisions de restitutions ont été communiquées au pétitionnaire parce que celui-ci n'a donné les informations nécessaires qu'au compte-goutte, chaque information supplémentaire demandant une nouvelle analyse et un recalcul des décisions de restitution.

L'AAS n'a fait qu'appliquer le régime légal lorsqu'elle a communiqué la décision de restitution des prestations complémentaires indûment touchées par Madame M. C. . En effet, un ajournement de versement de rente AVS – possible entre 1 et 5 ans après l'âge de la retraite légal atteint – est considéré comme un renoncement à un revenu. Cela est conforme à la loi, aux directives et aux règlements fédéraux. Cela a été confirmé par l'OFAS.

L'AAS précise que le pétitionnaire et son épouse disposent de deux assurances-vie ainsi que de liquidités. Le Tribunal Cantonal et le Tribunal Fédéral des Assurances ont confirmé la décision de l'AAS de considérer le couple comme ayant la capacité financière de rembourser les créances, et donc que l'AAS ne pouvait déclarer ces créances comme irrécouvrables.

Finalement, l'AAS tient à préciser l'une des affirmations du pétitionnaire. En effet, la Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (art. 92-93 LP) n'autorise pas une retenue sur une rente AVS au-delà du minimum vital de la personne. Un calcul est effectué et seul le solde peut être éventuellement pris en compte dans le remboursement d'une dette.

6. DÉLIBÉRATIONS DE LA COMMISSION

L'affaire à l'origine de la pétition n'a pas laissé la Commission insensible. La pétition demande une enquête sur le fonctionnement de l'Agence des Assurances Sociales de la Ville de Lausanne après que toutes les décisions de cette dernière aient été validées par le Tribunal Cantonal et le Tribunal Fédéral des Assurances. La Commission est consciente qu'une telle demande n'est pas réalisable : ni le Grand Conseil, ni le Conseil d'État n'ont de compétences pour réviser les jugements des deux plus hautes instances juridiques cantonale et fédérale. Il en va de la séparation des pouvoirs.

Il apparaît à la Commission pour le moins surprenant que la Loi autorise le remboursement des dettes par le rachat de l'assurance-vie. Celui-ci entraîne automatiquement une perte de revenu et donc une nouvelle dépendance aux prestations complémentaires et donc des charges de l'État augmentées sur le long terme.

La Commission estime qu'il y a eu des erreurs de part et d'autre et que ces erreurs laissent des traces. A fortiori après quatorze années de lutte acharnée.

7. VOTE

Par sept voix pour, trois abstentions et aucune opposition, la Commission Thématiques des Pétitions propose au Grand Conseil de classer la pétition.

Renens, le 27 septembre 2017.

Le rapporteur:
(Signé) Vincent Keller

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2018 **17_INT_033**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Alain Bovay et consorts – Sous perfusion, la Caisse de pension de l'Etat de Vaud est-elle en bonne santé ?

Rappel de l'interpellation

Le 14 septembre, les délégués de la Caisse intercommunale de pensions (CIP) ont accepté à plus de 85 % la révision du plan de prévoyance. Il ressort notamment de cette décision une nouvelle augmentation de 2 % de cotisations pour atteindre désormais 29 %. L'ensemble des mesures prises devrait permettre à la CIP et de respecter les dispositions légales ! Cette acceptation permet d'éviter une baisse des prestations de l'ordre de 20 % auprès des assurés tout en restant sous le régime de la primauté des prestations.

Depuis le printemps dernier, les employeurs et collaborateurs ont été régulièrement informés par le Conseil d'administration et les gérants de la CIP des dispositions à venir !

Or, force est de constater qu'au niveau de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (CPEV), rien n'a filtré jusqu'à ce jour. Il faut se rappeler que la CPEV est sous perfusion constante depuis 2013, suite au décret accordé par le Grand Conseil assurant un crédit de 1,44 milliard de francs destinés à la recapitalisation de la caisse à hauteur de 80 % jusqu'en 2052. D'autres mesures touchant les employés complétaient le processus de redressement financier.

Sachant que la CIP et la CPEV sont soumises aux mêmes obligations légales fédérales, il demeure que le Grand Conseil n'est pas informé des possibles orientations qui pourraient être prises par le Conseil d'Etat et le Conseil d'administration. Les employés non plus. En outre, une évaluation de la solidité de la caisse doit être faite au moins tous les cinq ans. Un délai à cet automne a été fixé pour présenter un plan de redressement si le besoin est avéré est attesté par un expert.

Vu qu'il s'agit d'un dossier " majeur " où le canton, et par lui le contribuable vaudois, est déjà fortement engagé, nous posons les questions suivantes :

- *le décret voté en 2013 par le Grand Conseil a fixé les modifications structurelles nécessaires pour assurer l'équilibre financier de la caisse sur le long terme ; les dispositions prises dans le décret sont-elles respectées à ce jour ?*
- *Le plan de financement permet-il d'atteindre les objectifs fixés dans le décret ?*
- *L'autorité de surveillance, est-elle intervenue auprès de la CPEV, et si oui, quelles sont les mesures préconisées ?*
- *Enfin, quelle est la situation de financement de la caisse et, cas échéant, quelles sont les mesures annoncées à l'autorité de surveillance, validées par l'expert est proposées par le Conseil d'administration ?*

Je remercie par avance le Conseil d'Etat pour sa prochaine réponse aux questions posées dans mon interpellation et les questions complémentaires de mon développement.

Réponse du Conseil d'Etat

En guise de réponse, le Conseil d'Etat décrit de manière chronologique l'ensemble des opérations qui se sont déroulées dans le cadre du suivi de la CPEV depuis les travaux du Grand Conseil en 2013.

Le décret voté en 2013 par le Grand Conseil a fixé les modifications structurelles nécessaires pour assurer l'équilibre financier de la caisse sur le long terme ; les dispositions prises dans le décret sont-elles respectées à ce jour ?

En 2013, la révision structurelle de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud a été adoptée. Les objectifs poursuivis par cette révision étaient les suivants :

- mettre en œuvre les nouvelles dispositions fédérales applicables aux institutions de prévoyance de corporations de

droit public, soit :

- Révision de la loi sur la CPEV afin de régler uniquement l'organisation et le financement de la Caisse ; les prestations étant fixées par le Conseil d'administration ;
- Adoption d'un plan de financement garantissant l'équilibre financier de la Caisse et lui permettant d'atteindre – à partir d'hypothèses retenues - l'atteinte d'un degré de couverture de 80% en 2052.

Dans ce cadre, les principales mesures prises étaient :

- Augmentation de la durée d'assurance de 37,5 ans à 38 ans
- Relèvement des âges minimums de retraite de 60 à 62 ans (collectif 1), respectivement de 58 à 60 ans (collectif 2), avec relèvement correspondant des âges d'entrée dans la Caisse
- Relèvement de l'âge terme de 62 ans à 63 ans
- Adaptation du salaire assuré pour tenir compte de la moyenne des salaires des 12 dernières années au lieu des 3 dernières années
- Augmentation des taux de cotisation pour les assurés de 9% à 10% et pour les employeurs de 15% à 15,5%
- Introduction d'une contribution de rappel à la charge de l'assuré en cas de changement de classe de salaire (promotion) ou d'augmentation de salaire équivalente
- Introduction d'une rente-pont AVS dégressive en fonction de la durée de l'anticipation du départ à la retraite, dont le coût global est financé par l'Etat de Vaud à concurrence d'un montant annuel de CHF 16 millions,
- Engagement de l'Etat de Vaud de verser, par apports jusqu'en 2020, un montant total de CHF 1,44 milliard pour neutraliser les effets résultant notamment de la réduction du taux technique (de 4% à 3,25%) et de l'introduction des nouvelles bases techniques VZ 2010 ainsi que doter la Caisse d'une réserve de fluctuation de valeurs.

Le plan de financement permet-il d'atteindre les objectifs fixés dans le décret ?

Par ces mesures, un plan de financement a été adopté par le Conseil d'administration et celui-ci a démontré que la Caisse pourra atteindre un degré de couverture de 80% en 2052. Le 4 novembre 2013, l'Autorité de surveillance a approuvé la poursuite de la gestion de la Caisse selon le système de la capitalisation partielle. Les mesures sont entrées en vigueur à partir du 1er janvier 2014.

L'autorité de surveillance, est-elle intervenue auprès de la CPEV, et si oui, quelles sont les mesures préconisées ?

Depuis 2014, la Chambre Suisse des Experts en Caisses de Pensions a réévalué à la baisse sa vision des espérances de rendement à long terme, ce qui a eu pour effet de réduire le taux d'intérêt technique de référence au niveau suisse. En conséquence, la CPEV doit revoir à la baisse les hypothèses qui ont servi à estimer ses attentes de rendement à long terme. Il en résulte un financement inférieur à celui qui était attendu et donc une impossibilité pour la CPEV de respecter le chemin de recapitalisation prévu et d'atteindre l'objectif de 80% de degré de couverture en 2052 imposé par le droit fédéral.

Le droit fédéral exige de la Caisse – et de toutes les caisses - qu'elle soumette tous les 5 ans à l'autorité de surveillance un plan de financement qui démontre que l'objectif de 80% de degré de couverture sera atteint en 2052. Dès lors, la CPEV a dû réévaluer les hypothèses retenues en 2013 et, avec l'aide de son expert, en déterminer des nouvelles pour demander à l'Autorité de surveillance une nouvelle décision.

Respectueuse du rythme quinquennal fixé par la législation fédérale, l'Autorité de surveillance LPP et des fondations de Suisse occidentale a fixé à la Caisse un dernier délai au 31 octobre 2017 pour soumettre son plan de financement. Le 26 octobre 2017, le Conseil d'administration a donc adopté un plan de financement qui intègre une baisse des espérances à long terme par une adaptation du taux technique et tient compte d'un relèvement de l'âge de retraite de 2 ans, soit une augmentation de la durée de cotisation de 2 ans, à partir du 1er janvier 2019. Par décision du 10 novembre 2017, l'As-So a approuvé la poursuite de la gestion de la Caisse selon le système de la capitalisation partielle.

Comme la Caisse ne pouvait pas agir sur le financement, elle a informé le Conseil d'Etat et les syndicats de la situation en insistant sur le fait qu'un apport de ressources nouvelles était de nature à compenser totalement ou partiellement le relèvement de l'âge de la retraite.

Enfin, quelle est la situation de financement de la caisse et, cas échéant, quelles sont les mesures annoncées à l'autorité de surveillance, validées par l'expert et proposées par le Conseil d'administration ?

Dans l'intervalle, l'exercice 2017 s'est terminé sur une très bonne performance. Dès lors, le Conseil d'administration de la Caisse, en accord avec le Conseil d'Etat et les associations du personnel, a demandé à l'expert LPP d'effectuer des projections supplémentaires en tenant compte des résultats 2017 de la Caisse. Celles-ci démontrent que les mesures prises par le Conseil d'administration grâce à l'excédent de performance de l'exercice 2017, associées aux effets découlant du relèvement de l'âge de retraite de 2 ans à compter du 1er janvier 2023, permettent à la Caisse d'atteindre le degré de

couverture de 80% d'ici 2052.

Le Conseil d'administration a recueilli l'avis sur ce plan actualisé du Conseil d'Etat et de l'Assemblée des délégués des assurés ainsi que des employeurs affiliés. Il a donc été adopté formellement et soumis à l'Autorité de surveillance pour une nouvelle décision d'approbation de la poursuite de la gestion de la Caisse selon le système de la capitalisation partielle.

Contrairement à ce qui est mentionné dans l'interpellation, la CPEV n'est pas sous perfusion constante et sa situation financière actuelle est saine. L'apport de l'Etat de Vaud de CHF 1,44 milliard en 2013 a été comptabilisé dans les comptes de la Caisse en tant que créance de cette dernière à l'égard de l'Etat de Vaud. Cette créance est amortie dans la durée jusqu'en 2020. Dans l'intervalle, il s'agit d'un placement de la Caisse au même titre que tous les autres placements effectués et non pas d'une aide financière de l'Etat de Vaud.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 30 mai 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

canton de vaud

JUIN 2017 **1992_00095**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Marc Vuilleumier et consorts sur la perte du pouvoir d'achat des bénéficiaires des prestations complémentaires et sur les mesures que le Conseil d'Etat entend prendre pour y remédier

Rappel de l'interpellation

"Les rentes AVS et le plafond donnant droit aux prestations complémentaires sont, en principe, indexés tous les deux ans au coût de la vie. Le 1er janvier 1992, ils ont été augmentés de 12,5%. Ce pourcentage, à notre sens, ne couvre que très partiellement l'inflation de 11,3% que notre pays a connue en 1990 et 1991. L'inflation (et son mode de calcul) touche effectivement beaucoup plus les petits revenus qui ne peuvent s'octroyer que l'essentiel pour vivre.

Notre étonnement a ainsi été d'autant plus grand en constatant que bon nombre, pour ne pas dire la grande majorité, des bénéficiaires de prestations complémentaires n'avaient pas, tant sans faut, eu droit à une augmentation de 12,5% de leurs rentrées.

En voici deux exemples :

a. *Une personne à l'AVS touchait, en 1991, une rente AVS annuelle de 14'016 francs, un rendement de la fortune de 299 francs et une PC de 2'833 francs, d'où un revenu annuel de 17'148 francs. Si l'on indexe ce montant de 12,5%, cette personne, simplement pour maintenir son pouvoir d'achat, devrait toucher 19'292 francs. Or, son revenu annuel, en 1992, s'élève à 18'868 francs. Perte du pouvoir d'achat de 2,5% ou 423 francs.*
b. *Le deuxième exemple concerne une personne au bénéfice d'une rente AI. Revenu 1991 : 22'500 francs. Avec la compensation du coût de la vie, cet invalide, devrait recevoir 25'313 francs. Or, il ne touche que 24'220 francs. Perte du pouvoir d'achat : 4,85% ou 1'093 francs.*

Même en période de difficultés financières de l'Etat, il n'est pas admissible que des pauvres deviennent encore plus pauvres. Cette atteinte importante aux moyens d'existence des bénéficiaires de prestations complémentaires est dû à la non-indexation des déductions pour loyer ou à la fixation trop basse des plafonds donnant droit à ces prestations complémentaires. Ces décisions sont certes du ressort du Conseil fédéral. Nous savons toutefois que les cantons disposent de moyens pour remédier ou, tout au moins, atténuer l'appauvrissement de plusieurs de nos concitoyens âgés ou invalides.

Je désire poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

- *Le Conseil d'Etat a-t-il connaissance que de nombreux bénéficiaires des prestations complémentaires ont perdu une part non négligeable de leur pouvoir d'achat en 1992 ?*
- *Quelles sont les mesures à la disposition du Conseil d'Etat pour maintenir leur pouvoir d'achat ou tout au moins atténuer leur appauvrissement ?*
- *Le Conseil d'Etat entend-il prendre des mesures ? Si oui, lesquelles ?*

La situation difficile des bénéficiaires de prestations complémentaires exigent des réponses rapides. Ainsi, je saurais gré au Conseil d'Etat de répondre aussi vite que possible à ces trois questions. Par avance, je l'en remercie."

Réponse du Conseil d'Etat

Les prestations complémentaires (PC) aux rentes AVS et AI ont été introduites en 1966 pour assurer la couverture des besoins vitaux de l'ensemble des rentiers ; en effet, à l'époque, moins de 18 ans après l'entrée en vigueur de l'AVS, la pauvreté continuait de toucher de nombreux rentiers. Entre leur introduction et aujourd'hui, les PC ont subi des modifications importantes, le plus souvent en faveur des rentiers.

Le montant des dépenses reconnues pour les rentiers de l'AVS et de l'AI qui vivent à domicile est l'addition du forfait pour besoins vitaux, du loyer avec charges et des primes d'assurance-maladie. De cas en cas, d'autres charges sont reconnues (comme les intérêts hypothécaires) ; le nombre de bénéficiaires concernés par ces charges est très réduit. A partir de là, le

calcul est le suivant : si les revenus du rentier n'atteignent pas ce montant, ils sont complétés jusqu'à cette limite par une PC versée mensuellement.

L'ensemble des revenus est pris en compte pour le calcul du montant de la PC : rentes des 1er et 2ème piliers, revenus de la fortune, une part de la fortune mobilière et immobilière, etc.

Les dépenses reconnues varient en fonction de la composition du ménage (personne seule ou couple, avec ou sans la présence d'enfants) ainsi que du type de domicile (home ou domicile privé). Elles ont été régulièrement indexées au coût de la vie à peu près au même rythme que l'indexation des rentes AVS.

A la fin de 2016, le canton de Vaud compte environ 33'000 bénéficiaires de PC dont environ 12'000 en âge AI et le solde en âge AVS. Aujourd'hui, un peu plus d'un rentier AVS sur 8 touche une PC alors que ce taux est de 50% en âge AI. Malgré le fait que la prévoyance professionnelle développe progressivement ses effets, ces proportions restent stables depuis environ 10 ans essentiellement parce qu'une proportion à peu près constante de la population ne cotise pas ou trop peu au système LPP (femmes travaillant à temps partiel, personnes au chômage, malades chroniques, etc.). Pour les prochaines années, tout indique que l'évolution des rentes ne va pas permettre de réduire la proportion de retraités concernée par le régime des PC. Comme le nombre de personnes qui atteignent l'âge de 65 ans augmente de 2% à 3% par an et que 10% à 12% d'entre eux auront des revenus très faibles (rente AVS, LPP nulle ou très modeste), le nombre de rentiers qui toucheront des PC va continuer de croître. Tout au plus, on peut s'attendre à ce que la prestation moyenne en francs diminue quelque peu si les rentes progressent légèrement.

En 2015, et en moyenne nationale, la PC d'un bénéficiaire AVS était de 950.- par mois à domicile pour les personnes seules, de 1'420.- pour les couples ou de 3'029.- pour les personnes en home. Le bénéficiaire en âge AI touchait 1'167.- par mois à domicile s'il était seul ou 1'528.- s'il était en couple.

Pour donner un aperçu de l'évolution de ces montants et répondre à l'interpellateur, il faut évaluer les effets de l'augmentation du coût de la vie. A ce sujet, l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) est l'indicateur le plus communément utilisé. Il inclut les différents biens et services qui composent un panier-type pondéré de consommation. Les primes et prestations prises en charge par l'assurance-maladie LAMal en sont exclues. En revanche, les loyers d'habitation sont compris dans le panier-type.

- Evolution de l'IPC entre 1992 et 2016 : + 17.8% (base 1982),
- dont l'indice des loyers entre 1992 et 2016 : +38%

Le loyer représente un poids important dans le panier-type des ménages : 30% de celui des ménages modestes (20% des ménages les plus modestes) et 27% de celui de la moyenne des ménages en Suisse. Les produits alimentaires et boissons non alcoolisées pèsent 11.5% pour l'ensemble des ménages, mais 16% pour les ménages les plus modestes.

Ces éléments étant posés, il est possible de répondre de la manière suivante aux questions de l'interpellateur.

Le Conseil d'Etat regrette le temps pris pour répondre à l'interpellateur. Il note cependant que le fait de répondre aujourd'hui permet d'avoir toute l'expérience utile pour traiter la question du pouvoir d'achat avec suffisamment de recul. En effet, en matière d'évolution des prix, la situation que nous connaissons depuis presque dix ans, quasiment sans inflation, n'aurait pas pu être imaginée il y a un quart de siècle.

Le Conseil d'Etat relève enfin l'opportunité calendaire de sa réponse puisque celle-ci pourra être discutée avec l'interpellateur lui-même étant donné qu''il figure parmi les députés qui vont entrer en fonction lors de cette rentrée parlementaire de l'été 2017.

"Le Conseil d'Etat a-t-il connaissance que de nombreux bénéficiaires des prestations complémentaires ont perdu une part non négligeable de leur pouvoir d'achat en 1992 ?"

De 1990 à 1992, le forfait pour besoins vitaux a été relevé de +12.6% quand la hausse de l'indice suisse des prix à la consommation atteignait +10.1%. Entre 1992 et 2015, le forfait a été augmenté de +25% pour les personnes seules qui vivent à domicile comme pour les couples (tableau A), quand l'indice suisse des prix à la consommation a connu une hausse de +17.8% (base de décembre 1982).

Concernant le montant maximum admis pour les loyers, il a été largement indexé entre 1990 et 1992 (+31.6% avec une hausse de l'indice suisse des loyers de +17.3%). En revanche, entre 1992 et 2015, les dépenses maximums reconnues n'ont été augmentées que de +32% pour les rentiers qui vivent seuls et de +29.3% pour les couples (car il n'y a plus eu d'indexation depuis 2001) quand la hausse de l'indice des loyers atteignait +37.8%. Au niveau du canton, l'annuaire statistique du canton de Vaud permet de déterminer une hausse des loyers moyens de plus de 60% entre 1990 et 2014.

Ainsi, de 1992 à 2016, l'indexation partielle du montant admis pour le loyer est compensée par l'augmentation importante du forfait pour les besoins vitaux. De plus, plusieurs améliorations des PC ont été introduites entre 1992 et 2016, en particulier lors de la révision de la loi sur les PC en 2011 :

- une majoration de loyer est prise en compte pour les rentiers qui se déplacent en chaise roulante ;
- l'accès aux PC a été amélioré pour les rentiers qui habitent leur propre maison ou appartement, avec l'introduction

d’une franchise sur la valeur fiscale du bien dans lequel ils résident (2011) ;

un cercle plus important de rentiers avec une fortune modeste peuvent accéder aux PC : la franchise sur la fortune prise en compte dans le calcul de la PC a été augmentée de +50% (2011).

A. Dépenses reconnues pour les rentiers AVS ou AI vivant à domicile

Catégories de dépenses	1990 (Fr./an)	1992 (Fr./an)	2015/2016 (Fr./an)	Evolution 1992-2016
Forfait pour besoins vitaux : pers seule Forfait pour besoins vitaux : couple Supplément par enfant (2 premiers)	13'700.- 20'555.- 6'850.-	15'420.- 23'130.- 7'710.-	19'290.- 28'935.- 10'080.-	+25.1 % +25.1 % +30.7%
Loyer/valeur locative (charges comprises) • montant maximum pour pers seules • montant maximum pour familles	 7'600.- 9'200.-	 10'000.- 11'600.-	 13'200.- 15000.-	 +32 % +29.3%
Majoration loyer pour chaises roulantes	0	0	3’600	+ Fr. 3'600.-
Primes d’assurance-maladie LAMal (adultes) : montant maximum 2016	Totalité	Totalité	5'700.-	
Intérêt hypothécaire et frais d’entretien d’immeuble (si habite propre immeuble).	Totalité	Totalité	Totalité	Inchangé
Autres déductions	Totalité	Totalité	Totalité	Inchangé

B. Fortune prise en compte pour les rentiers AVS-AI vivant à domicile

Part de la fortune prise en compte	1990 (Fr./an)	1992 (Fr./an)	2016 (Fr./an)	Evolution 1992-2016
Déduction sur fortune immobilière quand habite propre maison (s/ valeur fiscale) : seul ou en famille.	0	0	112'000.-	+112'000.-
Déduction sur fortune immobilière + mobilière : • Personnes seules • Couples	 20'000.- 30'000.-	 25'000.- 40'000.-	 37'500.- 60'000.-	 +12'500.- (+50 %) +20'000.- (+50%)
Part de la fortune restante prise en compte pour rentiers AVS	1/10	1/10	1/10	inchangé
Part de la fortune restante prise en compte pour rentiers AI	1/15	1/15	1/15	inchangé

Une part supplémentaire de la fortune peut être déduite quand il y a des enfants à charge.

C. Revenus pris en compte

Les revenus pris en compte dans le calcul de la PC **sont les mêmes en 1992 qu’en 2016**, à savoir : la rente AVS ou AI, les autres rentes, le cas échéant les revenus d’une activité lucrative, le rendement de la fortune immobilière et mobilière, et les autres revenus (comme les indemnités journalières de l’assurance accident ou maladie, les revenus de succession, l’ensemble des ressources ou intérêts de la fortune dessaisie, etc.).

Exemples :

Dans le premier exemple a. présenté par Monsieur le député, il s’agit d’un rentier AVS qui vit seul à domicile. Il possède une fortune dont une partie est prise en compte dans le calcul de la PC qui lui est octroyée. C’est la raison pour laquelle le revenu mensuel cité est si bas. En effet, il est prévu que les rentiers AVS puisent aussi dans leur fortune pour vivre, lorsqu’elle dépasse le montant non imputable.

Dans le second exemple b. présenté par Monsieur le député, les détails sont insuffisants pour cerner la composition du revenu du rentier AI.

Le revenu annuel d’un rentier AVS ou AI sans fortune vivant seul à domicile avec des PC était, en 1992, au moins de Fr. 25'420.- (besoins vitaux et loyer). En 2016, ce revenu atteignait Fr. 32'490.- (+28%). La prise en charge complète des primes d’assurance-maladie (Fr. 5'700.- en 2016) vient s’ajouter à ce montant, ainsi que le remboursement des frais de maladie, handicaps et moyens auxiliaires, jusqu’à une limite de Fr. 25'000 annuel (2016). Le cas échéant, la prise en charge de certains frais liés au handicap est prévue en supplément.

Globalement, on ne peut donc pas conclure à ce que les bénéficiaires PC aient perdu du pouvoir d’achat depuis 25 ans. Cela étant, leur situation financière reste modeste.

"Quelles sont les mesures à la disposition du Conseil d'Etat pour maintenir leur pouvoir d'achat ou tout au moins atténuer leur appauvrissement ?"

"Le Conseil d'Etat entend-il prendre des mesures ? Si oui lesquelles ?"

Le Conseil d'Etat ne souhaite pas introduire des prestations complémentaires cantonales. Il garde cependant la possibilité, avec la LAPRAMS, d'offrir une aide supplémentaire dans des cas particuliers, quand cela s'avère nécessaire. C'est notamment le cas lorsque la quotité disponible est épuisée en raison de frais de santé importants dans une perspective de poursuite de la vie à domicile.

Le Conseil d'Etat est d'avis que la législation fédérale est globalement suffisante pour permettre aux bénéficiaires de PC AVS-AI de maintenir un niveau de vie raisonnable. La couverture des besoins vitaux a non seulement été largement indexée entre 1990 et 2016, mais a aussi été améliorée. Les personnes qui habitent un logement dont elles sont propriétaires peuvent, depuis 2011, accéder aux PC AVS-AI, suite à l'introduction d'une franchise spécifique sur ce type de bien. Une majoration a été introduite pour les personnes en chaise roulante. La franchise sur la fortune a été augmentée de 50% entre 1992 et 2015.

Il est vrai que les loyers n'ont pas été indexés depuis 2001, quand l'indice suisse des loyers a augmenté de +14.5% entre 2001 et 2015. Le montant maximum du loyer pris en compte pour déterminer le montant de la PC ne dépend pas du lieu d'habitation quand on sait que le montant moyen des loyers varie considérablement entre une grande ville et une zone rurale. Pour remédier à cette situation, le projet de révision de la loi sur les PC AVS/AI qui est actuellement discuté au niveau des Chambres fédérales intègre une indexation des loyers en les adaptant à la région de domicile selon trois niveaux, conformément à la proposition du Conseil fédéral de 2014. Cette partie de la révision n'est pas contestée et devrait entrer en vigueur en 2019.

Concernant les rentiers qui ont une fortune, une partie du montant qui dépasse la franchise est prise en compte lors du calcul du droit au PC. Le Conseil d'Etat estime en effet que les biens mobiliers des rentiers AVS ou AI doivent être mis à contribution de manière progressive pour leur quotidien, si leur rente mensuelle ne suffit pas à couvrir leur besoins vitaux. Pour les biens immobiliers qui ne leur servent pas de logement principal, la logique est équivalente et elle prend la forme d'avances.

L'évolution des primes d'assurance maladie ne touchent que peu les bénéficiaires de PC puisque ceux-ci reçoivent un subside complet pour couvrir leurs primes d'assurance maladie, jusqu'à hauteur d'un forfait correspondant à la prime moyenne régionale ; ce montant est fixé par l'Office fédéral des assurances sociales. Cela étant, ce régime particulier crée un effet de seuil important entre les personnes qui sont dans le régime des PC et celles qui se situent juste au-dessus. La révision du droit fédéral en cours va diminuer cet effet de seuil en réduisant ce forfait.

Il existe une autre situation inégalitaire dans le régime des PC qui résulte du fait que ces prestations sont défiscalisées selon le droit fédéral. Ainsi, un rentier dont le 90% des revenus provient de ses rentes (AVS ou LPP) et le solde d'une petite PC paie des impôts ; à l'inverse, un autre rentier dont la PC représente un tiers des ressources n'en paiera pas. Comme les impôts ne figurent pas parmi les charges reconnues, le premier rentier aura en fin de compte un revenu disponible inférieur du simple fait qu'il devra utiliser une partie de son forfait pour besoins vitaux pour honorer sa facture fiscale. La correction de cette inégalité passerait par l'introduction de l'impôt comme une charge reconnue par les normes PC.

En conclusion, le Conseil d'Etat est attaché au système des PC qui a fait ses preuves depuis plus de 50 ans pour permettre à des rentiers d'obtenir les ressources leur permettant de vivre correctement.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 juin 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

(Séance du mardi 22 novembre 2016) **POS**
16_POS_204

Postulat Lena Lio et consorts – Organisation moderne des secours en forêt : un réseau de points T informatisé

Texte déposé

L'entretien des forêts du canton de Vaud est organisé au sein de soixante unités de gestion, réparties en trois régions : Jura, Plateau et Préalpes/Alpes. Lors d'accidents survenant au cours de travaux forestiers, la localisation du lieu de l'accident peut s'avérer fastidieuse pour les services de secours, alors même que la rapidité de l'intervention est souvent un facteur essentiel, voire vital.

L'organisation des secours passe entre autres par l'élaboration d'un réseau de points de rencontre terrestre (points T) dont les coordonnées sont à disposition de chaque équipe engagée dans des travaux forestiers ainsi que des services d'ambulances. En cas d'alerte, une rencontre est planifiée au point T le plus proche de l'accident. Actuellement, les unités de gestion ont généralement mis en place leur propre réseau limité de points T, sur cartes topographiques, indépendamment les unes des autres. Les besoins en la matière ne sont donc pas unifiés et inégalement opérationnels, d'une unité à l'autre et d'une région à l'autre.

L'efficacité requise en la matière nécessiterait l'élaboration d'un réseau de points T cohérent, enregistré dans une base de données topographiques informatisée. Renseignements pris auprès des spécialistes de la sécurité en forêt, la mise en œuvre d'un réseau de points T unifié et informatisé, tel qu'il existe dans la plupart des cantons, ne poserait pas de problèmes majeurs. Si des projets de ce type, envisagés dans le passé, ont buté sur des problèmes techniques, il n'en va plus de même aujourd'hui, où les moyens informatiques permettent de répondre aux mieux au cahier des charges d'un tel projet.

Celui-ci comporterait principalement deux phases :

1. La recherche sur le terrain d'un ensemble de points géographiques où il est possible de capter un réseau de télécommunication (téléphonie mobile ou réseau 161,3 MHz). Cet ensemble de points viendrait compléter les points T déjà utilisés par les unités de gestion.
2. L'introduction des données relatives à l'ensemble de ces points T dans une base de données informatique.

L'utilisation d'un tel réseau de points T pourrait en outre facilement s'étendre aux services de l'entretien des cours d'eau par exemple (comme cela a été fait dans le canton de Genève). Ces données pourraient également être rendues accessibles aux sportifs ou aux promeneurs en forêt (comme c'est le cas dans le canton de Neuchâtel).

Ces divers éléments montrent que l'élaboration d'un système cantonal de points T permettrait d'améliorer l'efficacité des secours en cas d'accident survenant lors de travaux forestiers et qu'il pourrait aisément être étendu à d'autres groupes d'utilisateurs.

Eu égard aux considérations ci-dessus, les député-e-s soussigné-e-s demandent au Conseil d'Etat :

– d'étudier la faisabilité d'un système informatisé de points de rencontre terrestre (points T), à l'échelle du canton ou à l'échelle de chacune des trois régions du canton.
– d'établir un rapport sur les avantages et les éventuels problèmes que soulèverait la mise en œuvre de ce dispositif.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Lena Lio
et 21 cosignataires

Développement

Mme Lena Lio (UDC) : — Dans le canton de Vaud, les travaux forestiers occupent environ 350 personnes. Or, ce type d'activité présente deux problèmes de sécurité. Premièrement, selon l'assurance-accidents SUVA, le taux d'accidents de la branche forestière est l'un des plus élevés en Suisse. Pour le canton de Vaud, on compte une centaine d'accidents par année, dont une quarantaine nécessite des soins urgents. Deuxièmement, ce genre de travaux se déroule parfois dans des endroits difficiles d'accès pour les services de secours. Concernant ce dernier point, une solution existe. Elle consiste à définir, sur tout le territoire, des points de rencontre terrestre appelés points T. Les positions de ces points sont enregistrées dans une base de données informatique, accessible aussi bien par les services de secours que par les travailleurs en forêt. Ce système existe déjà dans plusieurs cantons. Il pourrait être introduit dans le canton de Vaud sans grande difficulté et pour un investissement modeste.

Le présent postulat demande au Conseil d'Etat d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'un système de points T dans notre canton.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2017

RC-POS
(16_POS_204)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Lena Lio et consorts
Organisation moderne des secours en forêt : un réseau de points T informatisé

1. PREAMBULE

La commission nommée pour traiter de l'objet cité en titre s'est réunie le 6 mars 2017 à Lausanne.

Elle était composée de Mmes Lena Lio, Véronique Hurni et Valérie Schwaar, ainsi que de MM. Philippe Randin, Pierre Guignard, Andeas Wüthrich et Rémy Jaquier confirmé dans son rôle de président et rapporteur

La commission a siégé en l'absence de représentant du Conseil d'Etat. Elle a pu obtenir des renseignements de nature technique directement des collaborateurs de l'administration. MM. Jean-François Métraux, inspecteur cantonal des forêts (DGE[1]-forêt), François Sandmeier, Responsable Formation continue et Perfectionnement - CTPF[2] (DGE-forêt) et représentant de la COSEC[3], Pierre Hirt, Responsable Hôpitaux et MSU[4] (SSP[5]), Thierry Vallotton, Chef de projet Hôpitaux et MSU (SSP), Adj. Laurent Nicola, responsable opérationnel (Police cantonale-CET[6]) et Cédric Frei, administrateur du SAE[7] au CET étaient présents.

Les notes de séance ont été tenues par Mme Fanny Krug, secrétaire de commission, que nous remercions pour son excellent travail.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

L'intervention de la postulante a pour but de vérifier si les secours en forêt tels que pratiqués actuellement dans notre canton sont suffisamment efficients au niveau des moyens mis en place, que ce soit pour les professionnels assurant l'exploitation de celles-ci ou pour les randonneurs ou sportifs. Elle constate que le canton de Neuchâtel, notamment, a mis en place un réseau de points de rencontre T (pour terrestre), dont les coordonnées sont connues des équipes de forestiers et des services de secours. En cas d'alerte, une rencontre est planifiée au point T le plus proche de l'accidenté. Elle s'interroge sur la cohérence d'un tel dispositif et sur l'intérêt de sa mise en place dans notre canton. En conclusion, le postulat demande :

- D'étudier la faisabilité d'un système informatisé de points de rencontre terrestre (points T), à l'échelle du canton ou à l'échelle de chacune des régions forestières de celui-ci.
- D'établir un rapport sur les avantages et les éventuels problèmes que soulèverait la mise en œuvre de ce dispositif.

[1] Direction générale de l'environnement
[2] Centre de formation professionnelle forestière
[3] Commission de sécurité et de santé au travail vaudoise pour l'économie forestière
[4] Mesures sanitaires d'urgence
[5] Service de la santé publique
[6] Centre d'engagement et de transmission
[7] Service d'aide à l'engagement

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le sujet étant avant tout technique, la commission a admis qu'aucun Conseiller d'Etat ne participe à la séance. Par contre plusieurs représentants de l'administration, délégués de la Direction générale de l'environnement DGE-forêt, de la police cantonale-CET, et du Service de la santé publique, ont apporté toutes les informations nécessaires et répondu aux questions des membres de la commission.

Pour les exploitants et les professionnels forestiers, le système de secours en forêt mis en place dans notre canton est performant. En cas d'accident, les secours sont organisés en collaboration avec la REGA, qui assure une bonne couverture géographique. Les équipes disposent de téléphones portables et sont familières avec les applications de géolocalisation. Sur les chantiers importants, la sécurité au travail s'applique et des points fixes temporaires H (pour hélicoptères) sont mis en place par les professionnels forestiers (chefs de triage ou chefs d'entreprises privées). Selon les conditions météorologiques, le plan B est le secours terrestre. Bien qu'il existe plusieurs numéros d'urgence (117, 144, REGA, etc.), les secours sont coordonnés et les moyens engagés en fonction de la gravité de l'accident. Les professionnels du sauvetage s'appuient sur une cartographie pointue et utilise des moyens de communication performants. Il y a lieu de relever que le niveau de compétence dans les secours en Suisse, et notamment le temps d'intervention de 20 minutes, contre 60 minutes en France et en Allemagne pour les chantiers forestiers, est un record. Les cours de premiers secours et de sauvetage en forêt sont organisés régulièrement par les centres d'engagement et la REGA, en actualisant l'état de la technique et des moyens disponibles.

Pour les personnes accidentées lors d'activités de loisirs, les secours au numéro 144 leur demandent de télécharger des applications de géolocalisation (RetteMi ou ECHO 112). De telles applications fournissent des données de géolocalisation très précises lorsqu'elles sont activées avec l'accord de l'utilisateur. L'ambulance est renseignée sur la localisation précise de l'accident au fur et à mesure qu'elle s'approche du lieu. La recherche géographique du blessé n'aura donc pas d'influence sur le délai d'arrivée des secours. Une faible couverture du réseau des téléphones mobiles est toutefois plus problématique pour permettre la localisation des blessés. Force est de constater que lorsque le blessé ne sait pas où il se trouve, avec des points T ou pas, la difficulté reste la même : comment se rendre vers le lieu de rencontre. Dans certains cas, avec des routes non carrossables, et/ou avec une ambulance non équipée de 4X4, la localisation est moins importante que l'accès au lieu d'intervention.

Selon l'expérience des spécialistes du secours 144, l'adjonction d'une couche cartographique avec points T, au système d'aide à l'engagement, serait moins intéressante qu'un accès direct à la géolocalisation par téléphones mobiles. L'évolution de l'outil téléphone mobile réserve encore une marge de progression en matière de géolocalisation à l'avenir.

Si une carte de points T était disponible, l'opérateur des secours devrait orienter le blessé vers le point T le plus proche depuis son lieu d'accident, ce qui implique aussi le recours à la géolocalisation. L'étude des cartes à disposition montre que les points T sont quelquefois disposés en-dehors de la forêt, ce qui pourrait compliquer le déplacement du blessé vers un tel point de rencontre avec les secours, pour autant qu'il dispose encore de la mobilité nécessaire ou qu'il soit accompagné. Selon les responsables du centre d'engagement et de transmission (CET), il est plus facile de localiser un blessé à partir d'un point de repère (fontaine, champ, chemin parcouru) que d'un point T prédéfini et situé le long d'un accès avec du réseau. Il est aussi rappelé à la commission que le projet neuchâtelois de points T a été réalisé par des étudiants diplômants en 2013 et présente donc un caractère académique.

4. DISCUSSION GENERALE

Lors de l'utilisation des applications servant de géolocalisation en cas d'urgence, une commissaire demande vers qui la personne est dirigée et, si l'application indique le point de rencontre avec les secours. Il lui est répondu que le blessé indique à quelle application il s'est connecté et communique son numéro de téléphone, permettant à l'opérateur de le géolocaliser.

Durant l'intervention, l'opérateur trouvera la meilleure solution pour que les secours (hélicoptère, ambulance, pompier, police) trouvent le blessé.

Un autre commissaire constate que les secours mis en œuvre au travers du no d'appel 144 interviennent très rapidement et sans points T. Il constate les avantages de la géolocalisation, mais pour autant que chacun prenne un téléphone mobile lors de ses déplacements en forêt.

Le cas des non professionnels exploitant de la forêt, rarement équipés en matière de géolocalisation ou ne connaissant pas les procédures de secours, conduit la commission à mettre l'accent sur leur information. En effet, si la personne blessée n'a pas de téléphone mobile, il ne sera pas possible de respecter le temps préconisé par l'Interassociation du sauvetage (IAS).

A ce stade des débats, la postulante rappelle que le but du postulat est de savoir s'il est possible d'améliorer les secours dans notre canton, grâce au système des points de rencontre terrestre T. La commission constate qu'un tel dispositif n'apporte pas d'avantages réels, par rapport aux procédures mises en place actuellement par les secours en forêt, tant pour les professionnels bûcherons que pour les randonneurs.

5. VOTE DE LA COMMISSION

Prise en considération du postulat

La commission recommande au Grand Conseil de ne pas prendre en considération ce postulat par 5 voix et 2 abstentions.

Vœu

A l'unanimité, la commission adopte le vœu suivant : *« La commission incite le Conseil d'Etat à mettre l'accent sur l'information à la population, sur l'importance de mettre en service sur les téléphones portables les applications qui permettent de se géolocaliser et ainsi de favoriser son repérage en cas d'accident ».*

Yverdon-les-Bains, le 22 mai 2017.

Le rapporteur :
(Signé) Rémy Jaquier

(Séance du mardi 20 juin 2017) **POS**
17_POS_249

Postulat Véronique Hurni et consorts – Dès trente ans dépistage précoce du cancer du sein et reconstruction mammaire pour toutes

Texte déposé

La stratégie nationale contre le cancer 2014-2017 vient d'être reconduite pour trois ans.

Il est temps d'admettre que le cancer du sein touche de plus en plus les femmes jeunes — dès vingt-cinq ans — entrainant des problématiques terrifiantes, tant physiquement que psychologiquement.

Le cancer du sein est la première cause de mortalité chez les femmes et il faut bien constater que ces femmes sont touchées de plus en plus jeunes.

Cela pose des problèmes de coûts de santé importants à cause d'une prise en charge tardive due à un dépistage inexistant à ces âges.

Ce postulat demande que le Conseil d'Etat étudie et propose une prévention efficace et optimum pour les femmes concernant le cancer du sein, notamment en les faisant bénéficier de contrôles radiologiques annuels remboursés comme cela se pratique pour les femmes de cinquante ans.

De plus, ce postulat demande que soient étudiées la prise en charge de la reconstruction du sein par prothèse mammaire, la reconstruction mammaire par lambeau de grand droit de l'abdomen, la reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal, la reconstruction de l'aréole et du mamelon après cancer, la lipostructure de seins reconstruits après mastectomie, pour toutes les femmes atteintes.

Je remercie le Conseil d'Etat d'étudier et de proposer un projet de dépistage et de prise en charge globale concernant cette problématique qui a évolué et pour laquelle le canton doit adapter sa prise en charge.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Véronique Hurni
et 20 cosignataires

Développement

Mme Véronique Hurni (PLR) : — La stratégie nationale contre le cancer insiste sur la nécessité de promouvoir le dépistage précoce. Ses objectifs mentionnent que toute personne résidant en Suisse a droit à un faible risque de cancer grâce à la prévention et au dépistage précoce. Depuis quelques années, des femmes de plus en plus jeunes — parfois dès l'âge de 25 ans ! — sont frappées par le cancer du sein. Ces femmes ne sont pas forcément issues d'une famille génétiquement reconnue à risque et, à un âge où l'insouciance est reine, l'on n'imagine pas être touchée par un cancer. Pour ces jeunes femmes, en plus de devoir gérer cette maladie avec sa cohorte de soins, de chirurgie et de rayons, elles doivent faire face à des problèmes liés à d'éventuelles grossesses ou à l'allaitement. Je ne parlerai pas ici des coûts médicaux, physiques et psychiques collatéraux et financièrement importants suite à ce genre de maladie.

Le dépistage permet d'éviter des cancers avancés. Chez les femmes, les affections telles que le cancer du sein et de l'ovaire représentent 25,4 % des cancers. Un tiers des décès dans la tranche d'âge de 25 à 44 ans est imputable au cancer. C'est énorme ! Les cancers dits *in situ* ne forment généralement pas de masse palpable. Ils sont découverts lors d'un dépistage systématique, comme la mammographie, ou se révèlent par un écoulement de sang ou une rougeur du mamelon. Ils sont traités au moyen de traitements locaux, par la chirurgie complétée le plus souvent par la radiothérapie. Leur pronostic est excellent, mais encore faut-il qu'ils ne soient pas détectés trop tardivement. Les cancers invasifs ont la capacité de se propager vers les ganglions ou vers d'autres parties du corps par les vaisseaux

lymphatiques et sanguins. Les ganglions le plus souvent atteints sont les ganglions axillaires, soit ceux situés sous l'aisselle du côté du sein concerné. Les cancers invasifs se classent en différentes catégories selon leur taille et le nombre de ganglions envahis. Le traitement de ces cancers repose sur un traitement local de chirurgie et parfois sur la radiothérapie, généralement associée à un traitement général d'hormonothérapie et/ou chimiothérapie et/ou thérapie ciblée. Le traitement général est choisi en fonction des anomalies des gènes et des protéines détectées dans les cellules de la tumeur.

Il est temps d'abaisser l'âge de l'accès au programme de dépistage afin de s'adapter à cette évolution. En effet, le programme qui est destiné aux femmes à partir de 50 ans doit être accessible aux femmes à partir de 30 ans !

La deuxième partie de mon postulat porte sur la reconstruction mammaire, pour laquelle il existe déjà une bonne prise en charge. Mais je crois savoir que certains actes comme la reconstruction de l'aréole et du mamelon, notamment, par le tatouage médical ne sont toujours pas pris en charge. Ces techniques qui achèvent la reconstruction du sein permettent de redonner aux femmes l'assurance et la dignité d'être une femme. En comparaison internationale, la Suisse fait partie du groupe des pays à risque en se plaçant dans le *top ten* des nations ayant la plus forte incidence du cancer du sein et de la prostate. C'est pourquoi je souhaiterais que le Conseil d'Etat puisse étudier et proposer un projet de dépistage et de prise en charge globale concernant cette problématique qui a évolué et à laquelle le canton doit adapter sa prise en charge.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

AVRIL 2018 **RC-POS**
(17_POS_249)

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Véronique Hurni et consorts - Dès 30 ans dépistage précoce du cancer du sein et reconstruction mammaire pour toutes

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 23 octobre 2017 et le 26 janvier 2018.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper (le 26.01.2018), Sonya Butera, Brigitte Crottaz (le 23.10.2017), Carole Dubois, Florence Gross, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Graziella Schaller (le 26.01.2018), Pauline Tafelmacher. MM. Alain Bovay, Jean-Luc Chollet, Guy Gaudard (en remplacement de Philippe Vuillemin le 26.01.2018), Werner Riesen (en remplacement de Thierry Dubois le 23.10.2017), Christian Van Singer (en remplacement de Rebecca Joly le 23.10.2017), Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin (le 23.10.2017), Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mme Rebecca Joly (le 23.10.2017). MM. Thierry Dubois (le 23.10.2017 et le 26.01.2018), Laurent Miéville (le 23.10.2017), Philippe Vuillemin (le 26.01.2018).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéfanie Monod, Cheffe du service de la santé publique (SSP). M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

Pour rappel, le texte déposé par la postulante demande que le Conseil d'Etat étudie et propose une prévention efficace pour les femmes concernant le cancer du sein, notamment en les faisant bénéficier de contrôles radiologiques annuels remboursés comme cela se pratique pour les femmes de 50 ans. De plus, la postulante demande qu'il soit étudié la prise en charge de la reconstruction mammaire pour toutes les femmes atteintes.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS relève que le dépistage systématique du cancer du sein reste controversé d'un point de vue scientifique. Il est précisé les éléments suivants :

- il importe de bien expliquer tant les risques que les bénéfices du dépistage systématique du cancer du sein, d'ailleurs étendu au-delà de 70 ans compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé des femmes ;
- il s'avère nécessaire de rappeler, dans le cadre de cet exercice, l'absence d'évidence scientifique que, en dessous de 50 ans, le dépistage systématique du cancer du sein présente un quelconque bénéfice ;
- si les cancers du sein décelés chez les femmes jeunes présentent certes une agressivité supérieure, l'incidence du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans se montre stable, voire baisse légèrement, dans le canton depuis 2010 ;
- l'absence de dépistage systématique en dessous de 50 ans ne signifie pas que rien n'est fait ou ne doit être fait pour les femmes de moins de 50 ans (identification des personnes à risques…) ;

- il convient enfin de rappeler les conditions LAMal, relativement étendues, de prise en charge de la reconstruction mammaire lorsque celle-ci est prescrite.

Lors de la séance du 26 janvier 2018, le service de la santé publique (SSP) a présenté un rapport faisant un **point de situation sur l'ampleur de la problématique et les différentes mesures mises en place pour y faire face. Cette analyse est annexée au présent rapport.**

Dans les grandes lignes, on rappellera que le cancer du sein représente le premier cancer de la femme en Suisse et dans le canton de Vaud (615 nouveaux cas/an dans le canton, dont 6 masculins). La mortalité par cancer du sein diminue en Suisse sous les effets conjugués des traitements, de plus en plus efficaces, et de la détection précoce. Dans le canton de Vaud, le cancer du sein tue 115 femmes par année dont 10 femmes de moins de 50 ans et 2 de moins de 40 ans.

Des dépistages sont organisés pour les femmes âgées de 50 à 74 ans. Le taux de participation dans le cadre de ce programme s'élève à 51%. Les coûts directs s'élèvent à CHF 197.15 par personne, dont 10% sont à la charge des femmes hors-franchise. Le SSP a décidé d'étendre ce programme aux femmes jusqu'à 74 ans depuis janvier 2017 mais ne prévoit pas de l'étendre aux femmes de moins de 50 ans.

En dehors du dépistage « organisé » par le canton, des détections cliniques sont effectuées par les médecins traitants ou les gynécologues pour repérer les jeunes femmes exposées à des risques accrus. Afin de déterminer une possible « prédisposition au cancer », des questionnaires ont été élaborés par des sociétés de discipline médicale.

Tous les coûts de traitement initial (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) sont pris en charge par l'assurance de base. La patiente n'y participe que dans le cadre de la franchise et de la quote-part mise à sa charge. La reconstruction mammaire après une ablation du sein totale ou partielle médicalement indiquée est prise en charge par l'assurance obligatoire lorsqu'il est garanti qu'elle contribue à rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente. Le remboursement de la « lipostructure » est lui en attente de prise en charge par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Il s'agit de compétences fédérales et non cantonales.

Pour répondre aux préoccupations de la postulante, le département propose de renforcer les mesures suivantes :

- sensibiliser les médecins de premier recours et les gynécologues pour que la détection précoce soit renforcée ;
- communiquer plus largement auprès des femmes concernées sur les prestations délivrées par le CHUV (dermopigmentation) et remboursées par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Ces éléments sont précisés dans le dossier annexé au présent rapport.

4. DISCUSSION GENERALE

Plusieurs commissaires émettent des doutes quant au bien-fondé du postulat. Ils évoquent à ce propos les points suivants :

- si la question de la reconstruction mammaire et de son remboursement peut mériter éclaircissement, il convient d'admettre que les femmes, jeunes y comprises, ne sont pas délaissées dans le canton pour ce qui concerne le dépistage du cancer du sein ;
- le cancer du sein chez l'homme ne devrait pas être oublié ;
- le coût d'un programme de dépistage systématique élargi aux femmes entre 30 et 50 ans devrait être évalué, en particulier en regard du bénéfice attendu en termes sanitaires.

Compte tenu de la qualité des informations communiquées par le département et des renforcements envisagés (sensibilisation auprès des médecins et meilleure communication des prestations existantes), la commission estime qu'il n'est pas nécessaire de renvoyer ce postulat au Conseil d'Etat.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de ne pas prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents.

Yverdon-les-Bains, le 9 avril 2018.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

Annexe :

- Rapport du SSP relatif au Postulat Véronique Hurni, 16 janvier 2018

POSTULAT VERONIQUE HURNI

Commission thématique de la santé publique
26.1.2018

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Service de la santé publique
BAP – Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne
021 316 42 00
info.santepublique@vd.ch

A. RAPPEL DU POSTULAT ET QUESTIONS

Titre du postulat : **« Dès 30 ans dépistage précoce du cancer du sein et reconstruction mammaire pour toutes. »**

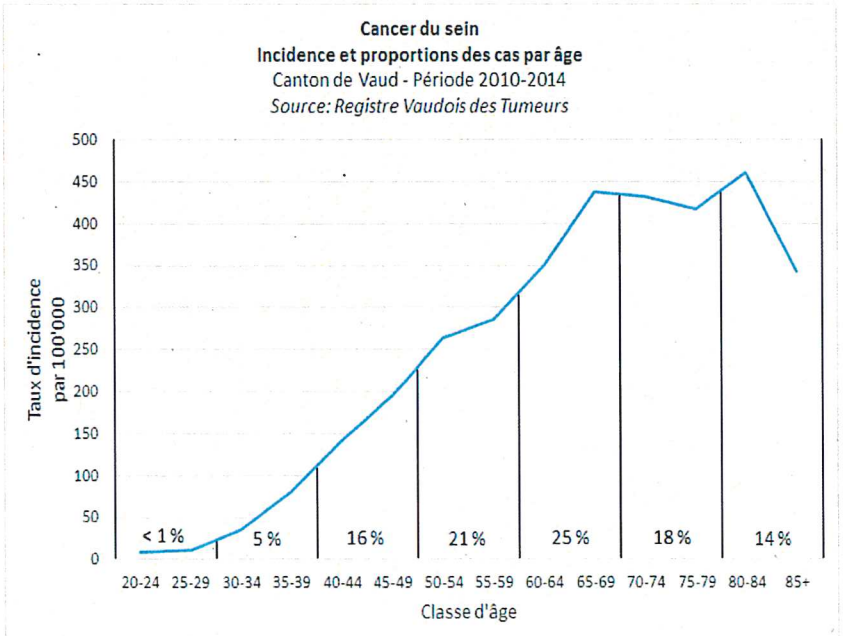
Texte déposé :
La stratégie nationale contre le cancer 2014-2017 vient d'être reconduite pour trois ans.
Il est temps d'admettre que le cancer du sein touche de plus en plus les femmes jeunes (dès 25 ans) entrainant des problématiques terrifiantes tant physiquement que psychologiquement.
Le cancer du sein est la première cause de mortalité chez les femmes et il fut bien constater que ces femmes sont touchées de plus en plus jeunes.
Cela pose des problèmes de coûts de santé importants à cause d'une prise en charge tardive due à un dépistage inexistant à ces âges.
Ce postulat demande que le CE étudie et propose une prévention efficace et optimum pour les femmes concernant le cancer du sein, notamment en les faisant bénéficier de contrôles radiologiques annuels remboursés comme cela se pratique pour les femmes de 50 ans.
De plus, ce postulat demande qu'il soit étudié la prise en charge de la reconstruction du sein par prothèse mammaire, la reconstruction mammaire par lambeau de grand droit de l'abdomen, la reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal, la reconstruction de l'aréole et du mamelon après cancer, la lipostructure de seins reconstruits après mastectomie, pour toutes les femmes atteintes.
Je remercie le CE d'étudier et de proposer un projet de dépistage et de prise en charge globale concernant cette problématique qui a évolué et à laquelle le canton doit adapter sa prise en charge.

B. GENERALITES SUR LE CANCER DU SEIN

Le cancer du sein représente le **premier cancer de la femme** en Suisse et dans le canton de Vaud (615 nouveaux cas/an dans le canton).

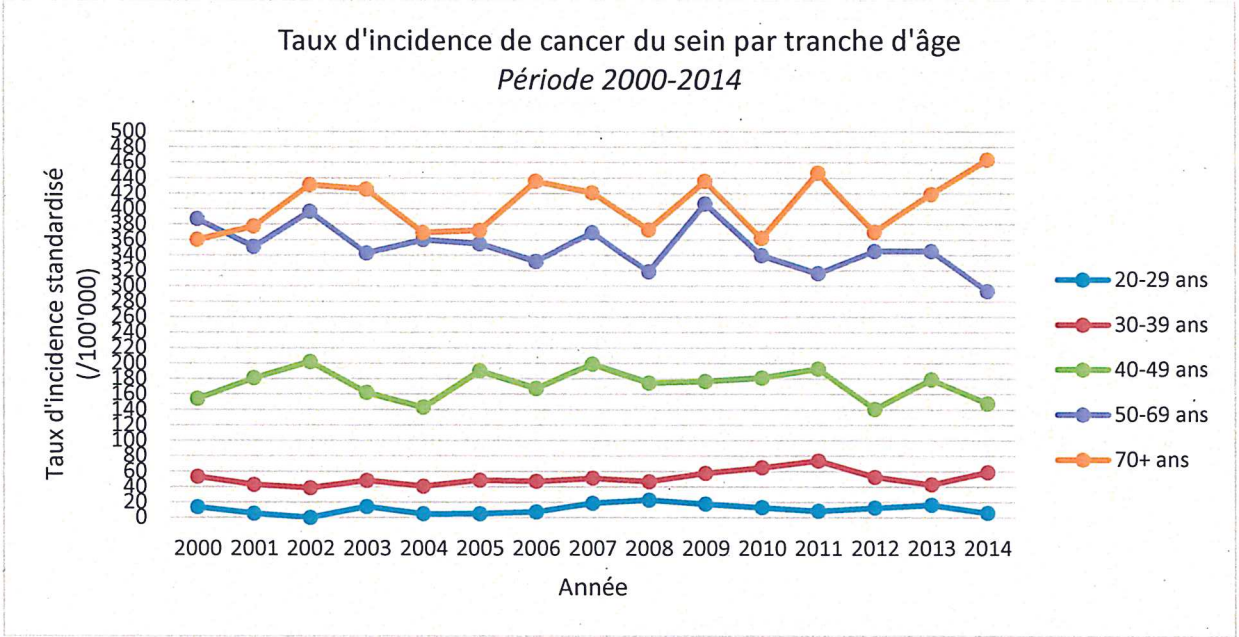
Les **facteurs de risque** sont : l'âge, une densité élevée de la glande mammaire, des antécédents personnels de pathologies mammaires (cancer du sein, hyperplasie atypique), des antécédents familiaux de cancer du sein dont les prédispositions génétiques (principalement mutation des gènes BRCA1 ou 2), des antécédents de radiothérapie thoracique à haute dose, un surpoids et une obésité chez la femme ménopausée, une durée de l'exposition de l'organisme aux hormones, le tabagisme et la consommation d'alcool.

- **Age**: une Vaudoise sur 5 à7 **moins de 50 ans** au moment du diagnostic du cancer du sein



- **Evolution dans le temps** :

  Aucune tendance par groupe d'âge n'est « statistiquement » significative pendant ces 15 dernières années. En d'autres termes, les variations peuvent être considérées comme des fluctuations aléatoires et l'incidence (nombre de nouveaux cas) est donc stable.



- **La mortalité** par cancer du sein diminue en Suisse sous les effets conjugués des traitements, de plus en plus efficaces, et de la détection précoce. Elle décroit avec l'âge, la survie est donc la plus basse dans les jeunes âges (20-39 ans) où le nombre de décès est cependant le plus petit. Dans le canton de Vaud, le cancer du sein tue 115 femmes par année dont 10 femmes de moins de 50 ans et 2 de moins de 40 ans.

- **Le cancer du sein chez l'homme** : 9 cas ont été diagnostiqués en 2014 dans le canton (la moyenne annuelle étant de 6 cas/an entre 2010 et 2014) et un décès lié à ce cancer a eu lieu en 2014. Le taux d'incidence est de 2 pour 100'000 Vaudois. Environ 15% des cancers du sein chez l'homme surviennent avant 50 ans (4 cas entre 2010 et 2014).

C. PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE

En préambule il faut distinguer **dépistage opportuniste** et **dépistage organisé**. Le qualificatif « opportuniste » désigne les examens de dépistage auxquels une personne se soumet de son propre chef ou sur recommandation de son médecin. Le dépistage « organisé » (ou « systématique ») vise au contraire des groupes de population donnés, dont les membres sont invités à subir un examen à intervalles réguliers. Dans un tel programme de dépistage, les examens sont standardisés et le leur qualité est contrôlée.

Le dépistage organisé vaudois s'adresse aux **Vaudoises âgées de 50-74 ans.** Tous les deux ans elles reçoivent un courrier d'invitation de la Fondation vaudoise de dépistage du cancer (FVDC) leur proposant de faire une mammographie de dépistage (radiographie « classique »). Si elles y sont favorables, elles prennent RV dans un institut agréé par la FVDC où l'examen est alors effectué. La radiographie est ensuite communiquée à la FVDC où un radiologue spécialisé fait une seconde lecture du cliché (ceci contrairement aux mammographies « opportunistes » où il n'y a qu'une seule lecture).

Le **résultat** leur parvient -ainsi qu'à leur médecin traitant- par le biais d'un courrier. Si le résultat est négatif il leur est signalé que rien n'a été décelé et qu'elles seront reconvoquées dans deux ans. Si une anomalie est décelée, un courrier leur parvient (ainsi qu'à leur médecin) les informant de l'existence d'une anomalie et que les radiologues préconisent la réalisation d'un complément de bilan. Un document explicatif est joint (« *Le bilan complémentaire suite à votre mammographie de dépistage : Pourquoi ? Comment ?* »).

Le **taux de participation** dans le cadre du programme organisé s'élève à 51 % de la population-cible. Cependant on estime que 80% des femmes de plus de 50 ans ont eu une mammographie de dépistage, ceci basé sur l'Enquête suisse sur la santé 2012 (VD : 44% des femmes de 50-64 ans rapportent avoir fait une mammographie au cours des 12 derniers mois ; sous l'hypothèse de mammographies tous les 2 ans avec une faible part d'examen à visée diagnostique (env. 10%)).

Les **coûts** directs par Vaudoise s'élèvent à 197.15 CHF par mammographie, dont 10% sont à la charge de la femme hors-franchise. Les coûts indirects par femme dépistée sont bien plus complexes à calculer et une étude est prévue au niveau national pour les évaluer.

Le Service de la santé publique a décidé d'étendre le programme aux femmes jusqu'à 74 ans depuis janvier 2017 (auparavant 50-69 ans), mais ne prévoit pas de l'étendre aux femmes des moins de 50 ans. L'argumentaire repose entre autre sur les données épidémiologiques, une irradiation cumulée conséquente au long de la vie, des mammographies moins performantes (densité mammaire chez la femme jeune) et le coût-efficacité du dépistage.

D. BONNES PRATIQUES

En-dehors de programme de dépistage organisé destiné donc aux femmes sans risque particulier dès 50 ans, une **détection clinique** doit être effectuée par les médecins traitants ou les gynécologues pour repérer les jeunes femmes à risque moyen ou élevé de développer un cancer (env. 10% des cas de cancer).

Afin de déterminer au cabinet médical une possible **prédisposition au cancer**, des questionnaires en deux parties ont été élaborés par des sociétés de discipline médicale, entre autres la Société Suisse de Génétique Médicale et la Société Suisse de Sénologie. Dans la première partie, la patiente répond seule aux questions concernant la survenue de maladies cancéreuses au sein de sa famille. Dans la seconde, le médecin détermine, à l'aide des critères d'inclusion et de recommandations si la femme présente un risque élevé de contracter un cancer du sein et doit alors être adressée à une **consultation génétique**. Dans cette consultation spécialisée le risque de contracter la maladie pourra alors être calculé à l'aide de modèles prédictifs standardisés et elles seront classifiées en haut risque ou risque modéré.

Les femmes classées à **haut risque** (>ou = 30 % de développer un cancer au cours de la vie) vont suivre une évaluation du risque et un schéma de surveillance codifiés et remboursés par la LAMAL (*selon les documents de référence relatifs à l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins et ses annexes publié par l'OFSP*). Si une IRM est préconisée par un centre du sein certifié (VD i.e. CHUV) elle est remboursée ainsi que le conseil et les analyses génétiques.

Les femmes considérées à **risque modéré** (17-29 %) seront-elles surveillées de 40 à 59 ans par une mammographie annuelle, remboursée.

Une piste d'amélioration pourrait être de sensibiliser les médecins de premier recours et les gynécologues pour détecter les femmes qui doivent être considérées comme étant exposées à un risque accru de cancer du sein.

E. TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE

- **Traitement initial**

Tous les coûts du traitement initial (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) sont pris en charge par l'assurance de base. La patiente n'y participe que dans le cadre de la franchise et de la quote-part mise à sa charge.

- **Reconstruction**

En cas de de traitement chirurgical intervient dans un second temps une reconstruction de sein atteint, voire une intervention sur le sein contro-latéral.

La *reconstruction mammaire* après une ablation du sein totale ou partielle médicalement indiquée est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) lorsqu'il est garanti qu'elle contribue à rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente.

De même la *réduction du sein intact* pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée est couverte par l'AOS.

Le *lipofilling* ou injection de la propre graisse de la patiente est lui un outil complémentaire à la reconstruction mammaire. Il offre la possibilité d'effectuer des corrections pour combler des creux, apporter du volume supplémentaire ou rendre moins adhérentes les cicatrices aux tissus sous-jacents sur le sein opéré ou intact. Si est remboursé le lipofilling effectué pour corriger des lésions congénitales, liées à la maladie ou post-traumatiques, il n'est cependant pas remboursé lors d'une reconstruction mammaire post-opératoire. Donc non reconnu par les assurances une demande de prise en charge est alors nécessaire et pas toujours acceptée, ce qui entraîne une inéquité de traitement.

Le Canton ne peut agir à son niveau s'agissant d'une ordonnance fédérale qui fixe les prises en charge (*Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS*), mais une demande pour la prise en charge de cette intervention a été déposée récemment par la Société Suisse de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique. Cette demande est encore pendante auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Si la *reconstruction du mamelon et de l'aréole* sont-elles prises en charge, reste la question du remboursement du *tatouage du mamelon.* Elle a donné lieu à une interpellation fédérale « Rembourser le tatouage de l'aréole après une reconstruction mammaire due à un cancer du sein » (Int. 17.3711, 25.09.17), interpellation à laquelle le Conseil Fédéral a répondu ainsi le 1er décembre : *« Le tatouage de l'aréole est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans le cadre d'une reconstruction mammaire pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée (annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins; RS 832.112.31). Il s'agit d'une prestation médicale, qui doit donc en principe être effectuée par le médecin. Cependant, le médecin peut dans une certaine mesure laisser effectuer certains actes à du personnel non médical dans ses locaux, sous sa responsabilité et dans certaines limites.* »

Donc une des conditions de ce remboursement est que le tatouage soit réalisé par un médecin, mais au du faible montant prévu par Tarmed (environ 45 francs par aréole), quasiment aucun médecin ne s'est spécialisé dans ce domaine. Les spécialistes en dermopigmentation (« tatoueurs ») facturent eux de 700 à 900 francs par aréole, mais n'émargent pas à l'AOS. Pour pouvoir offrir une solution acceptable aux patientes, une infirmière a été spécialement formée et effectue ces tatouages sous supervision du chirurgien au CHUV. Cette prestation est offerte à toutes les patientes qu'elles aient été opérées au CHUV ou ailleurs.

La proposition du Service de la santé publique est de communiquer plus largement sur cette prestation en informant les femmes concernées.

F. PROPOSITION DE REPONSE AUX QUESTIONS

- *étudie et propose une prévention efficace et optimum pour les femmes (dès 30 ans) :* un dépistage systématique du cancer du sein chez les jeunes femmes n'est pas envisageable (irradiation cumulée conséquente au long de la vie, mammographies moins performantes - densité mammaire chez la femme jeune-, coût-efficacité du dépistage...). Par contre une **sensibilisation des médecins** de premier recours et des gynécologues **pour détecter** les femmes à risque pourraient être renforcée.

- *prise en charge de la reconstruction du sein par prothèse mammaire, la reconstruction mammaire par lambeau de grand droit de l'abdomen, la reconstruction mammaire par lambeau de muscle grand dorsal, la reconstruction de l'aréole et du mamelon après cancer, la lipostructure de seins reconstruits après mastectomie, pour toutes les femmes atteintes :* les interventions chirurgicales de reconstruction sont prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins **(AOS)** tandis que le remboursement du lipofilling (lipostructure) est lui en attente de prise en charge par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins **(OPAS)**. Il s'agit de compétences fédérales et non cantonales.

  Pour le tatouage du mamelon le Service de la santé publique propose de communiquer plus largement auprès des femmes concernées sur cette **prestation de dermopigmentation délivrée par le CHUV** et remboursée par l'assurance obligatoire et disponible pour toutes les patientes qu'elles aient été opérées au CHUV ou ailleurs.

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2017 **17_INT_672**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Véronique Hurni - Déterminer l'agressivité du cancer de la prostate ? : Déterminons le DT !

Rappel de l'interpellation

De nombreux chercheurs en médecine, dans le monde entier, cherchent une réponse à la question suivante : des cellules cancéreuses de la prostate ayant été diagnostiquées chez un patient, qu'en est-il de leur ***agressivité*** *? On sait que ces cas sont très fréquents — notamment dès l'âge de 50 ans, mais que seule une part minoritaire d'entre eux en mourra. En effet, la vitesse de progression de ce cancer varie dans de larges mesures, de " relativement lent " — eu égard à l'espérance de vie du patient — à " très rapide ".*

*Le meilleur critère pour en juger est le "**temps de doublement** " (**DT**, de l'anglais doubling time) des cellules cancéreuses, c'est-à-dire le temps qu'il faut pour que leur nombre double. Ce **DT**— dont la valeur minimale est d'environ un mois ! — est en général constant sur une longue période — pouvant aller d'une à plusieurs décennies.*

*Alors que l'urologie classique ne peut, à ce jour, semble-t-il, déterminer ce **DT**, il convient de relever que grâce à une méthode mathématique fort simple, développée il y a une dizaine d'années et testée sur près de 2000 cas par le physicien zurichois H.-H. Glättli, il est possible de déterminer ce **DT**. Ce physicien a essayé de convaincre un grand nombre d'urologues, sans succès et sans aucune argumentation scientifique.*

L'application de sa méthode aurait comme conséquence une diminution drastique de biopsies et de prostatectomies inutiles — fortement invalidantes.

Aussi, je me permets de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. *A-t-il connaissance de la technique du physicien zurichois H.-H. Glättli ?*
2. *Sinon, est-il possible que le Conseil d'Etat se penche sur cette méthode et, le cas échéant, puisse la tester au niveau vaudois ?*

Réponses du Conseil d'Etat

1 A-T-IL CONNAISSANCE DE LA TECHNIQUE DU PHYSICIEN ZURICHOIS H-H. GLÄTTI ?

Jusqu'à ce jour, le Conseil d'Etat n'avait pas connaissance de la technique du physicien zurichois. Néanmoins, une revue de la littérature concernant cette thématique montre que les résultats transmis par Madame la députée Hurni concernant les recherches du physicien H-H. Glätti ne figurent pas dans les différentes bibliothèques électroniques permettant de suivre les travaux des chercheurs. Nous n'avons pas trouvé de référence en lien avec ces travaux ce qui pourrait signifier que la communauté scientifique médicale ou plus largement la thématique physique, ne reconnait pas ces travaux.

2 SI NON, EST-IL POSSIBLE QUE LE CONSEIL D'ETAT SE PENCHE SUR CETTE MÉTHODE ET CAS ÉCHÉANT PUISSE LE TESTER AU NIVEAU VAUDOIS ?

A ces fins, le Conseil d'Etat a demandé au Professeur Patrice Jichlinski, expert en urologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) d'évaluer les différents documents transmis par Madame la députée Hurni.

Dans son analyse, le Professeur Jichlinski retient que la capacité de nuire d'un cancer ne se limite pas exclusivement au nombre de cellules, soit à la croissance tumorale. Elle résulte d'une interaction complexe entre la croissance en nombre des cellules cancéreuses, leur potentiel migratoire, leur capacité de sécréter des toxines, la réponse du système immunitaire qui peut inhiber ou favoriser le développement de la maladie et le microenvironnement tumoral.

Par conséquent, le doubling time est une notion qui paraît réductrice, et ne s'appuie pas sur une constante fiable ou du moins identifiable à l'heure actuelle dans la plupart des cancers et dans le cancer de la prostate en particulier. Dans ce dernier cas, il fait référence à la valeur du PSA (antigène spécifique de la prostate) dont nous connaissons que trop bien les limites en termes de détection de cancer et de suivi de la progression d'une maladie latente. Ce marqueur sur lequel s'appuie le doubling time n'a de valeur que pour un patient pour lequel une sanction thérapeutique radicale (chirurgie ou radiothérapie) a été décidée. Partant du principe que la valeur du marqueur sera très basse suite au traitement, le temps de dédoublement du marqueur (doubling time) sera indicatif de l'agressivité du cancer à ce moment-là précis.

Par ailleurs, à l'inverse du grade de dédifférenciation tissulaire de la maladie, le volume tumoral au sein de la glande prostatique n'est pas considéré comme un élément pronostique de l'évolution du cancer en termes d'évolution métastatique et de survie.

Ceci peut expliquer les raisons pour lesquelles le physicien H-H. Glätti n'a pas réussi à convaincre les urologues quant à la validité de sa méthode. Ses travaux ne figurent pas sur PUBMED.

Enfin, en tant que membre du Comité de la société suisse d'urologie depuis plusieurs années, le Professeur Jichlinski n'a pas eu connaissance de ces travaux.

Quant à l'indication des biopsies de la prostate dans les maladies dites latentes, la consultation du Centre de la prostate du CHUV s'occupe activement de ce problème. Cette approche est basée sur des investigations multimodales, cliniques et radiologiques et l'indication à la biopsie est posée non seulement avec prudence mais selon la procédure dite de la décision partagée avec les patients. Ceci signifie que le patient est informé avant la biopsie de l'éventail des hypothèses de prise en charge si le résultat des biopsies lui était défavorable.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 31 mai 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

FÉVRIER 2018 **17_INT_699**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Ginette Duvoisin – Un élan du cœur pour sauver des vies

Rappel de l'interpellation

Quels sont les gestes adéquats à adopter lorsqu'une personne est victime d'un malaise cardiaque et qu'il faut compter une demi-heure pour que l'ambulance arrive sur le lieu d'intervention ? Lorsque l'on sait qu'une victime d'attaque cardiaque perd chaque minute 10 % de chance de survie, du matériel et des intervenants formés de proximité devraient être mis en place.

Le canton du Tessin a créé une fondation, suite à l'intervention de plusieurs ambulanciers, dont l'objectif est d'augmenter les chances de survie des victimes d'arrêt cardiaque et de sensibiliser les différents acteurs sociaux face à ce type d'intervention en milieu extra-urbain. Les ambulanciers sont habilités à former des bénévoles au certificat de réanimation Basic Life Support - Automated external defibrillator (BLS-AED), une formation théorique et pratique spécifique pour la réanimation des personnes victimes d'attaques cardiaques. La fondation tessinoise met à disposition des défibrillateurs sur tout le territoire cantonal et assure le maintien de ces appareils, en échange d'une contribution financière des communes. Les défibrillateurs sont référencés auprès de la centrale 144. En cas d'intervention, la centrale guide les répondants qui se trouvent à proximité et leur indique l'endroit où se trouve le défibrillateur. Une application est également disponible gratuitement sur l'AppStore pour permettre aux répondants de géolocaliser la zone d'intervention. Les cantons de Berne, Soleure et Fribourg ont ou vont mettre en place un tel réseau.

Quelques communes de notre canton se sont préoccupées de cette situation ; elles ont pris en charge la formation de bénévoles et l'achat de défibrillateurs. Des bénévoles se sont spontanément proposés pour suivre la formation et se sont même offerts pour devenir répondants à toute heure du jour et de la nuit, ce qui démontre un bel élan envers un projet enthousiasmant, qui permet de sauver des vies.

Je souhaite dès lors poser les questions suivantes au Conseil d'Etat.

1. *Quelle est la position du Conseil d'Etat par rapport à cette démarche de réseau de proximité avec des personnes formées pour intervenir en cas d'attaque cardiaque ?*
2. *Dans le cadre des urgences santé, le Conseil d'Etat envisage-t-il de mettre en place, en collaboration avec les communes, un réseau global d'intervention dans tout le canton ?*
3. *La mise à disposition de défibrillateurs, référencés auprès de la centrale 144, sur tout le territoire cantonal est-elle envisagée ?*
4. *Un projet pilote de mise à disposition de défibrillateurs dans les pharmacies du canton a été initié. Quel est le bilan de cette expérience ?*

Réponses du Conseil d'Etat

1 INTRODUCTION

1.1 Généralités

Les arrêts cardio-respiratoires font depuis de nombreuses années l'objet d'importants travaux de recherche ayant pour but de définir les meilleurs gestes à effectuer face à une personne en arrêt cardio-respiratoire ainsi que les soins et traitements optimaux à mettre en œuvre pour augmenter le taux de survie. Malgré cela, la survie des patients victimes d'un tel accident reste très faible. Si pour des patients retrouvés plusieurs minutes/heures après l'événement une augmentation des chances de survie reste faible, le potentiel d'amélioration devient important lorsque le malaise survient devant un témoin.

D'un point de vue général, la population suisse est sensibilisée de plus en plus tôt à l'importance des gestes de réanimation, notamment par des cours de réanimation dans certaines écoles ou lors du cursus pour le permis de conduire. De plus, de nombreuses entreprises organisent des formations de réanimation (cours BLS-AED). Le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) dans son commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail rappelle d'ailleurs aux entreprises l'importance de disposer de collaborateurs en nombre suffisant aptes à entreprendre, entre autres, des manœuvres de réanimation. Comme précisé dans l'interpellation, de nombreuses communes vaudoises ont également formé leur personnel communal voire acquis des défibrillateurs. Tous ces éléments augmentent ainsi la probabilité de rencontrer, dans l'entourage immédiat d'une victime d'un arrêt cardio-respiratoire, un sauveteur potentiel. C'est pourquoi, il convient de mettre en place des stratégies permettant de réunir sans délai victimes et sauveteurs.

1.2 Situation dans le canton du Tessin, de Fribourg et d'autres cantons

En 2005, la fondation cantonale " Ticino Cuore " a été créée avec pour but d'augmenter les chances de survie après un arrêt cardio-respiratoire, notamment en permettant au patient de recevoir un massage cardiaque efficace et en apportant un défibrillateur en moins de 5 minutes. Pour atteindre cet objectif, ont été mis en place :

- un réseau dense de premiers répondants volontaires (exigence minimale : cours BLS-AED à jour) et mobilisables rapidement par le biais de la même application smartphone accessible à tous (Momentum) ;
- un réseau structuré de défibrillateurs répartis sur tout le canton, répertoriés à la Centrale 144 et visibles sur la même application smartphone ;
- des cours BLS-AED largement dispensés à la population, notamment pour tous les écoliers.

Grâce à ces différentes actions, le taux de survie (patients sortis de l'hôpital) est passé de 16% en 2005 à 57% en 2016.

Depuis 2012, le Canton de Fribourg suit l'exemple du Tessin et la Fondation " Fribourg Cœur " a été créée, en étroite collaboration avec la Fondation " Ticino Cuore ". Dès le mois d'août 2012, les patrouilles de la Police cantonale fribourgeoise sont équipées de défibrillateurs et les agents sont alarmés simultanément à l'ambulance. Depuis janvier 2017, Fribourg dispose également de l'application Momentum pour l'alarme des premiers répondants.

Il est important de relever que les fondations " Ticino Cuore ", " Fribourg Cœur " et la Centrale 144 de Berne ont le souhait de créer des liens entre les différents cantons qui utilisent l'application Momentum pour permettre d'établir un réseau intercantonal (voire national). D'autres cantons limitrophes ou romands ont manifesté leur intérêt (Genève, Valais, Fribourg, Jura et Berne).

1.3 Situation dans le canton de Vaud

La Fondation Urgences Santé (FUS) assure toutes les activités de régulation du système préhospitalier vaudois (via le numéro 144) ainsi que les réponses apportées par la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG).

La prise en charge des personnes victimes d'arrêts cardio-respiratoires débute par une réanimation guidée par la Centrale 144 puis l'envoi de l'ambulance, du SMUR ou de l'hélicoptère médicalisé de la REGA.

Depuis l'automne 2016, le Service de la santé publique, en collaboration avec la FUS, prépare un projet visant la mise en place d'un réseau de premiers répondants.

A partir du 1er janvier 2018, tous les gendarmes de la Police cantonale, au total 580, sont formés aux gestes de réanimation de base BLS-AED (Basic Life Support – Automated External Defibrillation) et 41 véhicules d'intervention, répartis sur tout le canton, ont été équipés d'un défibrillateur. Engagés en urgences sur demande de la Centrale 144, les policiers interviendront potentiellement sur l'ensemble des arrêts cardio-respiratoires annoncés. Leur mobilité (voiture de police) ainsi que leur disponibilité permanente (24h/24) pourraient donner des résultats probants.

2 RÉPONSES AUX QUESTIONS

1. Quelle est la position du Conseil d'Etat par rapport à cette démarche de réseau de proximité avec des personnes formées pour intervenir en cas d'attaque cardiaque ?

Le Conseil d'Etat met en place un réseau cantonal de premiers répondants capable de répondre rapidement à une urgence cardiaque n'importe où dans le canton.

A cette fin, le département de la santé et de l'action sociale :

- prépare une convention avec la Fondation " First Responders " (anciennement Fribourg Cœur qui a changé ses statuts) afin de développer un réseau de premiers répondants dans le canton de Vaud, voire en Romandie ;
- évalue l'application Momentum afin de l'utiliser pour le futur réseau des premiers répondants vaudois ;
- prépare avec la FUS les conditions nécessaires à l'engagement des moyens lors des arrêts cardio-respiratoires, soit : les premiers répondants, les ambulances, les SMUR et la REGA.

Ces démarches seront accompagnées d'une communication en 2018 afin d'initier le recrutement des premiers répondants volontaires et de permettre au canton de Vaud de disposer d'une réponse aux arrêts cardio-respiratoires, à l'instar de ceux du Tessin et de Fribourg.

Le Conseil d'Etat précise que le Groupement romand des services de santé publique (GRSP - Berne, Genève, Vaud, Valais, Tessin, Fribourg, Neuchâtel et Jura) s'est prononcé en faveur de l'utilisation par tous de l'application Momentum. Cela devrait permettre des développements communs et surtout favoriser les synergies entre les réseaux des différents cantons concernés.

2. Dans le cadre des urgences santé, le Conseil d'Etat envisage-t-il de mettre en place, en collaboration avec les communes, un réseau global d'intervention dans tout le canton ?

Comme indiqué ci-dessus, le Conseil d'Etat soutient la mise en place d'un réseau de premiers répondants dans tout le canton de Vaud, en principe dès le printemps 2018.

En effet, en raison de la mobilité quotidienne des personnes hors des frontières des cantons, il est apparu pertinent d'envisager un projet régional. A l'instar des modèles fribourgeois et tessinois, tout secouriste formé aux gestes de réanimation pourra s'annoncer et télécharger l'application lui permettant d'être engagé. La clé de l'efficacité étant la reconnaissance de l'arrêt cardio-respiratoire et l'engagement rapide d'un premier répondant, la Centrale 144 reste au centre du projet, qui doit être un

projet cantonal.

Chaque commune qui le souhaite pourra collaborer au projet au travers de la fondation qui la sollicitera pour transmettre l'information à ses habitants. Les communes pourraient également acquérir des défibrillateurs qu'elles rendraient accessibles aux secouristes.

3. La mise à disposition de défibrillateurs, référencés auprès de la centrale 144, sur tout le territoire cantonal est-elle envisagée ?

Depuis plusieurs années, la Centrale 144 vaudoise alimente une base de données sur l'emplacement des défibrillateurs qui lui sont annoncés. Ces appareils seront référencés dans l'application Momentum, permettant ainsi au régulateur d'orienter un sauveteur vers un défibrillateur.

Si le fait de répertorier l'emplacement des défibrillateurs puis d'en amener un sur le lieu de l'événement est important, le Conseil d'Etat rappelle néanmoins que la priorité absolue doit être donnée à un démarrage rapide des gestes de réanimation, ce qui est déjà mis en œuvre par la Centrale 144.

4. Un projet pilote de mise à disposition de défibrillateurs dans les pharmacies du canton a été initié. Quel est le bilan de cette expérience ?

Le projet " Pharmacies et défibrillateurs " a été mis en place en février 2014. L'objectif était d'évaluer si la mise à disposition d'un défibrillateur dans des pharmacies de régions représentatives du canton permettrait de prendre en charge plus précocement les arrêts cardio-respiratoires.

31 pharmacies du canton ont été équipées, à savoir l'ensemble des pharmacies d'Yverdon (ville), des pharmacies du district Oron-Lavaux (district) ainsi que la pharmacie de la gare de Lausanne (lieu statistiquement à risque en fonction de sa fréquentation importante).

Le choix des emplacements en pharmacie était décidé en partant de l'hypothèse que des patients en difficulté - problèmes/douleurs thoraciques - pourraient se présenter dans ces officines et que la répartition géographique des officines permettrait d'être à proximité de la majeure partie des arrêts cardio-respiratoires.

Malgré une prolongation de 8 mois du projet, soit plus de 3.5 ans, une seule utilisation d'un défibrillateur, sans administration d'un choc électrique, a eu lieu sur l'ensemble des zones testées. Afin de vérifier que ce chiffre n'était pas lié à un mauvais choix des établissements retenus, le Service de la santé publique a simulé les résultats qui auraient été obtenus si les 252 pharmacies du canton avaient été équipées.

Au final, il ressort clairement que le choix d'un tel emplacement limite fortement l'accessibilité des appareils, notamment au regard des heures d'ouverture et que les officines sont généralement trop éloignées du type de lieu principal de survenue des arrêts cardio-respiratoires (80% à domicile). Pour ces deux raisons, ce projet ne sera pas étendu au reste du canton.

3 CONCLUSIONS

Le Conseil d'Etat procède à la mise en place d'un réseau de premiers répondants vaudois qui devrait débuter au printemps 2018. Ce futur réseau devrait à moyen terme être " connecté " avec les réseaux des premiers répondants des cantons voisins, augmentant ainsi les probabilités d'interventions et permettant des synergies, tant au niveau des volontaires que des développements de l'application Momentum.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 février 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

(Séance du mardi 20 mars 2018) **MOT**
18_MOT_024

Motion Claire Richard et consorts au nom du groupe vert'libéral et du groupe PDC-Vaud libre – Pour un soutien ciblé et efficace aux soins bucco-dentaires

Texte déposé

Après le rejet par les Vaudoises et les Vaudois, le 4 mars 2018, de l'initiative « Pour le remboursement des soins dentaires », les groupes vert'libéral et PDC-Vaud Libre proposent la présente motion, en accord avec une large palette de partenaires.

En effet, pendant les débats au Grand Conseil pour la présentation ou non d'un contre-projet constitutionnel, auquel il a finalement été renoncé dans ce contexte, et également pendant la campagne de votation sur l'initiative, il est apparu très clairement que certaines catégories de population de notre canton devraient être davantage soutenues qu'aujourd'hui, quand bien même ces personnes n'émargent pas ou pas forcément aux services sociaux. Ce soutien, qui doit rester ciblé, concerne en particulier la prévention et le dépistage, mais également la prise en charge de certains soins.

Nous pensons aux jeunes, dont la responsabilisation et l'accompagnement peuvent s'avérer ensuite efficaces tout au long de leur vie, aux personnes en âge AVS ou en situation de handicap lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables, voire à des personnes dont la situation financière, bien que saine, ne permet aucun imprévu financier tel que des frais dentaires importants.

Pour les personnes en institution, où un simple soutien logistique peut être déterminant, l'aide à la mise en place de moyens techniques pourrait être étudiée — par exemple unité mobile ou autre solution souple.

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- De retirer le projet de loi faisant l'objet de l'exposé des motifs et projet de décret N° 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et suspendu dans l'attente de la votation du 4 mars 2018.
- De reprendre dans une loi les grandes lignes des éléments du contre-projet constitutionnel discuté au Grand Conseil lors du débat sur l'initiative populaire rejetée le 4 mars 2018.
- D'inclure dans cette loi les principes proposés par amendements dans la discussion pour le contre-projet constitutionnel — amendements acceptés en deuxième débat[1], soit :
  - Pour la promotion de la prévention et de l'hygiène bucco-dentaires, et pour la promotion et la facilitation de la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et examens dentaires réguliers : extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables.
  - Pour des aides financières couvrant les frais des traitements bucco-dentaires : extension possible de ces mesures aux mêmes personnes que ci-dessus.
- D'envisager des aides ciblées pour les personnes dont la situation financière, bien que saine, ne permet aucun imprévu financier lié à des frais dentaires importants.
- D'étudier un financement du dispositif par des mesures complémentaires à un prélèvement sur le budget cantonal.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

[1] Voir Annexe : Tableau miroir 334 après deuxième débat sur l'EMPD 334, convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire « Pour le remboursement des frais dentaires » et sur le contre-projet du Grand Conseil.

(Signé) Claire Richard
et 28 cosignataires

Développement

Mme Claire Richard (V'L) : — A la fin des débats, en novembre dernier, sur l'initiative de la Gauche de la gauche dite « Pour le remboursement des soins dentaires », nous avions clairement annoncé qu'en cas de rejet de l'initiative, nous reviendrions très rapidement avec des propositions correspondantes à celles que nous avions faites au cours des débats. L'initiative ayant été rejetée, le 4 mars dernier, les deux groupes vert'libéral et PDC-Vaud Libre ont donc déposé la présente motion mardi passé, le 13 mars 2018. Pour cela, nous avons travaillé avec des représentants des médecins-dentistes et du monde médical.

Les signataires de la motion demandent, en premier lieu, le retrait du projet de loi initialement proposé par le Conseil d'Etat en contre-projet à l'initiative. Il a été partiellement examiné en commission, puis finalement suspendu. Nous estimons nécessaire de repartir sur de nouvelles bases. Nous proposons de reprendre les éléments principaux du contre-projet constitutionnel, y compris les amendements que nous avions proposés et qui avaient été adoptés en deuxième débat. Cela concerne les jeunes, en particulier, mais aussi, dans certaines situations, les personnes en âge de l'AVS ou handicapées particulièrement vulnérables. Nous pensons principalement à la prévention et au dépistage, mais également, dans certains cas, aux soins essentiels qui pourraient s'avérer nécessaires.

Nous proposons aussi d'envisager des aides ciblées, de cas en cas, pour des personnes qui ne sont pas au bénéfice du Revenu d'insertion (RI) ou des prestations complémentaires (PC) mais qui ne peuvent envisager une importante dépense imprévue pour des frais dentaires. Des solutions simples et peu coûteuses peuvent être utiles pour débloquer des situations, comme par exemple des prêts sans intérêt. Enfin, nous demandons au Conseil d'Etat d'envisager des solutions de financement, au moins partiel, de ces mesures, qui ne soient pas un simple prélèvement sur le budget cantonal.

En résumé, ces mesures s'apparentent à l'utilisation d'une burette d'huile intelligente plutôt qu'à un arrosoir aveugle. Ou, pour reprendre une métaphore plus agraire, elles correspondent plutôt à une machine agricole économe telle que l'ecoRobotix *(robot désherbeur, N.d.l.r.)* qui distribue le produit au compte-gouttes selon les besoins réels, plutôt qu'à un pulvérisateur général. Enfin, en aucun cas nous ne préconisons d'offrir des cadeaux somptuaires et disproportionnés. Personne ne se verra refaire une bouche en or par nos propositions, mais elles permettront à des personnes qui, aujourd'hui, ne se soignent pas ou trop tard de pouvoir prendre les devants, à temps. En conclusion, il ne s'agit ni plus ni moins que de soutenir la santé bucco-dentaire de la population en mettant l'accent sur les jeunes et la prévention, pour donner les connaissances et habitudes adéquates, mais sans laisser au bord du chemin des personnes en difficultés particulières ou passagères. Nous sommes persuadés que d'autres problèmes de santé publique, notamment pulmonaires, seront ainsi évités, de même que les coûts qui les accompagnent.

La motion, cosignée par au moins 20 députés, est renvoyée à l'examen d'une commission.

Annexe : Tableau miroir 334 après deuxième débat sur l'EMPD 334, convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire « Pour le remboursement des frais dentaires » et sur le contre-projet du Grand Conseil.

EMPD 334

Texte à l'issue du premier débat au Grand Conseil	**Texte à l'issue du deuxième débat au Grand Conseil**
PROJET DE DÉCRET **ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil** du 15 février 2017 LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD vu les articles 78 à 82 et 98a de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 vu les articles 25, alinéa 3, 98, 98a, 100 et 103b de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP) vu le projet de décret présenté par le Conseil d'Etat *décrète* **Art. 1** [1] Les électeurs en matière cantonale seront convoqués par un arrêté du Conseil d'Etat afin de répondre aux trois questions suivantes : **1. Acceptez-vous l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?** ***Art. 65b (nouveau) Soins dentaires*** *[1] L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.* *[2] Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.* *[3] Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale."* **2. Acceptez-vous le contre-projet du Grand Conseil qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?** ***Art. 65b (nouveau) Santé bucco-dentaire*** *[1] L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes :*	**PROJET DE DÉCRET** **ordonnant la convocation des électeurs pour se prononcer sur l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" et sur le contre-projet du Grand Conseil** du 15 février 2017 LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD vu les articles 78 à 82 et 98a de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 vu les articles 25, alinéa 3, 98, 98a, 100 et 103b de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP) vu le projet de décret présenté par le Conseil d'Etat *décrète* **Art. 1** [1] Les électeurs en matière cantonale seront convoqués par un arrêté du Conseil d'Etat afin de répondre aux trois questions suivantes : **1. Acceptez-vous l'initiative populaire "Pour le remboursement des soins dentaires" qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?** ***Art. 65b (nouveau) Soins dentaires*** *[1] L'Etat met en place une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi qu'un dispositif de prévention en matière de santé bucco-dentaire.* *[2] Il met en place un réseau de policliniques dentaires régionales.* *[3] Le financement de l'assurance des soins dentaires de base est assuré, pour les personnes cotisant à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) par un prélèvement analogue à celui de l'AVS et, pour les autres, par la politique sanitaire cantonale."* **2. Acceptez-vous le contre-projet du Grand Conseil qui propose d'ajouter à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 l'article suivant ?** ***Art. 65b (nouveau) Santé bucco-dentaire*** *[1] L'Etat et les communes favorisent la santé bucco-dentaire et mettent en œuvre les mesures suivantes :*

Texte à l'issue du premier débat au Grand Conseil

a. *promouvoir la prévention et l'hygiène bucco-dentaires ;*
b. *promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers.*

[2] *Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des mineurs et des jeunes.*

[3] *L'Etat peut encourager la couverture assécurologique des mineurs et des jeunes.*
[4] *A titre subsidiaire, l'Etat peut prévoir des aides financières sous condition, pour les mineurs et les jeunes, couvrant les frais des traitements bucco-dentaires. Les régimes sociaux demeurent réservés.*

3. Si l'initiative populaire et le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le contre-projet qui doit entrer en vigueur ?

Art. 2
[1] Le Grand Conseil recommande au peuple de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

Art. 3
[1] En cas de retrait de l'initiative, le contre-projet sera soumis seul au vote du peuple.

Art. 4
[1] Le résultat de la votation sera communiqué au Grand Conseil.

Art. 5
[1] Le Conseil d'Etat est chargé de la publication et de l'exécution du présent décret.

Texte à l'issue du deuxième débat au Grand Conseil

a. *promouvoir la prévention et l'hygiène bucco-dentaires ;*
b. *promouvoir et faciliter la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens dentaires réguliers.*

[2] *Les mesures prévues à l'alinéa 1 visent en premier lieu la santé bucco-dentaire des mineurs et des jeunes. La loi peut étendre ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables.*
[3] *L'Etat peut encourager la couverture assécurologique des mineurs et des jeunes.*
[4] *A titre subsidiaire, l'Etat peut prévoir des aides financières sous condition~~, pour les mineurs et les jeunes~~ pour les personnes citées à l'alinéa 2, couvrant les frais des traitements bucco-dentaires. ~~Les régimes sociaux demeurent réservés.~~*
[5] *Les prestations découlant de la protection sociale au sens des art. 60 à 65 Cst-VD sont réservées.*

3. Si l'initiative populaire et le contre-projet sont acceptés par le peuple, est-ce l'initiative ou le contre-projet qui doit entrer en vigueur ?

Art. 2
[1] Le Grand Conseil recommande au peuple de rejeter l'initiative et d'accepter le contre-projet.

Art. 3
[1] En cas de retrait de l'initiative, le contre-projet sera soumis seul au vote du peuple.

Art. 4
[1] Le résultat de la votation sera communiqué au Grand Conseil.

Art. 5
[1] Le Conseil d'Etat est chargé de la publication et de l'exécution du présent décret.

GRAND CONSEIL

JUILLET 2018

RC-MOT
(18_MOT_024)
(18_MOT_027)
(maj.)

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

Motion Claire Richard et consorts au nom du groupe vert'libéral et du groupe PDC-Vaud libre - Pour un soutien ciblé et efficace aux soins bucco-dentaires

et

Motion Christelle Luisier Brodard et consorts - Soins bucco-dentaires: reprenons le projet à la base, une concertation est nécessaire

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie à deux reprises, soit le 25 mai ainsi que le 5 juin 2018 à la Salle du Bicentenaire, Place du Château 6, à Lausanne. Sous la Présidence de Monsieur le Député Gérard Mojon, elle était composée de Mesdames les Députées Sonya Butera, Circé Fuchs, Valérie Induni (pour la séance du 5 juin), Nathalie Jaccard, Jessica Jaccoud, Catherine Labouchère (pour la séance du 5 juin), Christelle Luisier Brodard, Roxanne Meyer Keller, Aliette Rey-Marion, Anne-Lise Rime (pour la séance du 25 mai) et Claire Richard ainsi que de Messieurs les Députés Guy-Philippe Bolay, Grégory Devaud, Jean-Michel Dolivo, Philippe Jobin, Raphaël Mahaim (pour la séance du 25 mai), Stéphane Montangero (pour la séance du 25 mai), Jean-Marc Sordet et Vassilis Venizelos (pour la séance du 5 juin).

Ont participé à ces séances, Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), ainsi que Madame Christine Cunier, Médecin-dentiste conseil à l'Office du médecin cantonal (OMC).

Monsieur Florian Ducommun a rédigé les notes de séance et en est sincèrement remercié.

2. REMARQUE INTRODUCTIVE ET AUDITION

En introduction, le président rappelle le parcours de la commission, de l'étude, interrompue sous la pression des délais, du projet de loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB), à l'analyse de l'initiative constitutionnelle intitulée « Pour le remboursement des soins dentaires » (*ci-après l'initiative*), aboutissant à la votation populaire du 4 mars 2018, lors de laquelle ladite initiative a été refusée par le peuple vaudois à 57.57%.

Il rappelle également que la commission reste à ce jour en charge de l'examen de la LSB, celle-ci n'ayant formellement pas été retirée par le Conseil d'Etat.

Il est apparu, lors de la campagne précédant le scrutin populaire (*ci-après la campagne*), que même si le système actuel a permis de réaliser des progrès considérables en matière de soins bucco-dentaires, il restait perfectible, en particulier au niveau des jeunes et des personnes âgées. Ayant pris connaissance du dépôt des deux motions, la section vaudoise de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO-Vaud) a contacté plusieurs membres de la commission, tous partis confondus, afin de leur faire part de leur satisfaction globale quant au résultat du scrutin ainsi que de leur souhait d'être audités par la commission pour l'informer des améliorations résiduelles ciblées encore judicieuses à leurs yeux. Consultée par circulation, la commission a donné suite favorable à cette demande.

Les représentants de la section vaudoise de la SSO ont d'abord mentionné qu'ils sont opposés au projet de LSB, tel que présenté comme contre-projet à l'initiative susmentionnée.

Pour les jeunes, ils privilégient, en lieu et place des simples dépistages actuels, de véritables visites de contrôle permettant d'identifier au plus tôt les jeunes à risque carieux, de renforcer leurs soins prophylactiques et de les encourager de manière aussi rapide que possible à une couverture assécurologique privée. Cette intervention précoce permettra une diminution significative des coûts de traitement bucco-dentaires. Ils confirment, à la demande d'un commissaire, que tout le monde n'est pas égal face au risque carieux. Le risque de développer une deuxième carie est largement supérieur à celui d'en développer une première, d'où l'utilité de véritables contrôles aussi précoces que possible.

Les professionnels sont également favorables à une action en faveur des personnes en âge AVS. A leur avis, la problématique les concernant n'est souvent pas financière, les moins aisés étant souvent couverts par les régimes sociaux. Elle se situe essentiellement au niveau de la difficulté pratique d'accès aux soins. Des initiatives privées, comme, par exemple, celle d'un bus dentaire, sont actuellement en cours ; il faut leur donner le temps de faire leurs preuves. La formation du personnel travaillant en institution, encore partiellement lacunaire en matière de prophylaxie, est également susceptible d'améliorations.

A la question de plusieurs commissaires de savoir quelle est leur appréciation de la situation des personnes âgées hors institutions, ils rappellent que beaucoup d'entre elles restent mobiles et observent peu de renoncement aux soins dans cette catégorie de population. Il est important de redonner à celles-ci une première impulsion menant à une prise en charge bucco-dentaire adéquate, par exemple en mettant à disposition des outils mobiles, tels qu'un bus dentaire, ou de développer la sensibilisation du personnel des centres médico-sociaux (CMS) à l'importance de soins bucco-dentaires réguliers.

3. POSITION DES MOTIONNAIRES

L'auteure de la motion Claire Richard et consorts rappelle en introduction que sa motion est le résultat d'une promesse faite en cours de campagne, d'agir au plus tôt en faveur des populations mentionnées dans sa motion. Par volonté d'apaisement, elle vise à « mettre de l'huile juste où il en manque ; en évitant tout épandage ».

Elle précise que les auteurs ont travaillé leur motion avec les médecins-dentiste, les médecins actifs en établissements médico-sociaux (EMS) et divers acteurs sociaux, mais qu'ils sont prêts à légèrement adapter leur texte, sans pour autant le dénaturer, si cela peut permettre de faire avancer le dossier.

L'auteure de la motion Christelle Luisier et consorts rappelle quant à elle que nous sortons de débats et d'une campagne, particulièrement difficiles. Un vrai débat de société a eu lieu durant la campagne.

Si les auteurs sont d'accord avec des mesures ciblées identifiées par les professionnels, ils ne souhaitent pas élargir la réflexion à une portée plus générale, ouverte à tous milieux. Aux yeux de la motionnaire, les aides doivent se limiter aux prêts remboursables, sans intérêts.

Elle se déclare prête à retirer son objet parlementaire dans le cas où une motion allant dans le même sens devait être acceptée préalablement à la sienne.

4. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseiller d'Etat commence par rappeler que le Conseil d'Etat a changé sa manière de cibler les populations nécessitant un soutient de l'Etat. Ce n'est plus le revenu des personnes qui est observé mais l'écart/la relation entre la charge et le revenu. C'est donc la question des tarifs qui se pose. Il rappelle que la base tarifaire cantonale, applicable aux régimes sociaux, est actuellement en cours de révision.

Il constate que, la campagne passée, « les diplomates reprennent le pas sur les hommes d'action ». Il renonce ainsi à reprendre le débat sur le périmètre des populations à aider.

Il n'est également pas persuadé qu'il soit nécessaire de fixer une nouvelle base légale. Un décret de financement, limité dans le temps, pourrait être suffisant pour faires les expériences nécessaires et déterminer l'étendue de la voilure. Il rappelle qu'une adaptation, un déplafonnement des barèmes des dispositifs sociaux est d'ailleurs de la compétence du Conseil d'Etat. Un décret de financement serait toutefois nécessaire.

Il termine en affirmant que si une motion lui permettant de se remettre au travail sur l'objet des soins bucco-dentaires devait être acceptée et transmise au Conseil d'Etat, il serait prêt à proposer à ce même Conseil d'Etat de retirer son projet de LSB. Si aucune motion dans ce sens ne devait être transmise au Conseil d'Etat, ce dernier maintiendrait ledit projet de loi.

5. DISCUSSION GENERALE

Après une discussion animée et une suspension de séance, le texte de la motion Claire Richard a été significativement modifié/amendé par, et/ou avec l'accord de la motionnaire. L'annexe au présent rapport de commission permet, dans sa partie supérieure, d'en suivre l'évolution et fait état, dans sa partie inférieure, de la version finalement retenue par la commission.

Les principales discussions ont porté sur les éléments suivants :

Maintien ou non de l'injonction de retrait du projet de LSB

Certains commissaires souhaitent que soient clairement dissociés, le retrait du projet de loi et les réflexions quant aux modifications potentielles du texte de la motion, afin que le sort du projet de LSB ne soit pas directement lié à l'approbation ou non des motions Richard et Luisier. Ils argumentent que la LSB, indépendante de l'initiative, conserve toute son opportunité malgré le rejet de ladite initiative.

D'autres considèrent que la décision du peuple clôt le dossier, un contre-projet ne pouvant vivre en dehors de l'initiative à laquelle il répondait directement. Ils s'opposent fermement à la séparation des deux objets.

Après de longs échanges, très empreints des positions, souvent diamétralement opposées, des diverses parties, affichées lors de la campagne relative au scrutin populaire du 4 mars 2018 susmentionné, la motionnaire propose de déplacer cette injonction, initialement située en tête des demandes de la motion, à la fin de celles-ci, en la considérant comme une conséquence des réflexions mentionnées dans les points la précédant et en la modifiant dès lors comme suit : « En conséquence, (*la motion demande donc au Conseil d'Etat)* de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu ». La commission se rallie à cette proposition.

Pour le Conseiller d'Etat, il s'agit là d'une nuance considérable et si cette version du texte de la motion Richard devait être approuvée en l'état par le plénum, il se déclare prêt à retirer l'EMPL 350.

Réflexions à mener dans la perspective d'une modification de la loi sur la santé publique

Un commissaire se dit conscient qu'une catégorie de la population nécessite par moment une aide particulière. Pour lui, la problématique est ainsi davantage liée à la santé publique qu'à un aspect social, et souhaite que cela figure en tant que tel dans le texte remanié. Il considère de surcroît qu'il est impératif d'identifier les catégories de personnes nécessitant une aide ciblée, laquelle prendrait la forme de prêts sans intérêts remboursables.

Après discussion, il renonce à la mention spécifique de la loi sur la santé publique (LSP), au profit d'une orientation législative plus générale.

Dépôt d'une motion issue de la commission

Une commissaire se demande si, au lieu de se prononcer sur une prise en considération partielle de l'une au l'autre des motions proposées, il ne serait pas plus opportun que la commission dépose sa propre motion, se substituant à celles soumises à l'analyse de la commission.

La motionnaire n'y est pas favorable et ne souhaite pas retirer sa motion.

Un nouvel objet présentant toutefois le désavantage de devoir à nouveau être soumis à l'ensemble des étapes parlementaires, ce qui aurait pour effet de rallonger encore une déjà fort longue discussion, il y est finalement renoncé.

Réflexions non limitatives

Plusieurs commissaires, appuyés par le Conseiller d'Etat, souhaitent que les réflexions citées dans la motion Richard ne soient pas considérées comme une liste exhaustive, mais plus comme une énumération de pistes potentielles, ce afin d'offrir une plus large latitude d'analyse au Conseil d'Etat.

Aides financières

Certains commissaires indiquent qu'ils ne veulent pas d'aides financières couvrant les frais de traitement bucco-dentaires, comme pouvait le laisser suggérer la première version de la motion Richard.

L'idée d'une aide ciblée, sous la forme de prêts sans intérêts remboursables a, par contre, été largement débattue, de manière controversée, par la commission. D'aucuns, comme le Conseiller d'Etat craignent que certains requérants potentiels soient inquiets à l'idée de contracter une dette et renoncent ainsi malgré tout aux soins. D'autres répondent que ces financements servent à couvrir des besoins ponctuels et que les remboursements peuvent être étalés dans le temps.

Il est précisé que les personnes n'étant pas en situation de pouvoir faire face à une telle dette tombent parmi les bénéficiaires d'autres dispositifs, tel les PC Familles, ce que confirme le Conseiller d'Etat.

Profiter des acquis de la commission

Plusieurs commissaires souhaitent que les réflexions/décisions déjà menées/prises au cours des très nombreuses séances de la commission, reprises dans les notes de séances ainsi que dans un rapport intermédiaire rédigé, à destination des seuls participants aux travaux de la commission, par le Président, à l'occasion du changement de législature, ne soient pas perdues et que le Conseil d'Etat s'en inspire dans le cadre de ses réflexions.

Position finale des motionnaires

A la fin des débats, la motionnaire Claire Richard déclare accepter le principe de la prise en considération partielle de sa motion, dans le sens du texte tel que figurant sous point 6 ci-après.

Mme Christelle Luisier souhaite quant à elle que sa motion soit traitée par le plénum, après celle de Madame Claire Richard, ce qui lui permettra, si cette dernière est acceptée en l'état, de retirer son objet parlementaire.

6. VOTES DE LA COMMISSION

18_MOT_024

Prise en considération partielle de la motion

La commission recommande au Grand Conseil de prendre partiellement en considération cette motion par 14 voix pour, 1 contre et 2 abstentions, et de la renvoyer au Conseil d'Etat dans la teneur suivante :

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- *D'initier et de mener, en perspective de modifications légales, une réflexion globale en matière de soutien aux soins bucco-dentaires, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés (professionnels, économiques et politiques) ;*
- *D'inclure dans cette réflexion :*
    - *La promotion de la prévention et la prophylaxie de l'hygiène bucco-dentaires par des dépistages et examens dentaires réguliers auprès des mineurs et des jeunes, avec un suivi pouvant être renforcé dans certaines situations. Extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ;*
    - *La promotion d'une couverture assécurologique privée des soins bucco-dentaires aussi précoce que possible ;*
    - *Des aides financières ciblées, sous forme de prêts sans intérêt remboursables, pour les personnes dont la situation financière ne permet aucun imprévu financier lié à des soins dentaires importants ;*
    - *Une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents dans les établissements médico-sociaux.*
- *En conséquence, de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu.*

18_MOT_027

Prise en considération de la motion

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération cette motion par 8 voix pour, 7 contre et 2 abstentions, et de la renvoyer au Conseil d'Etat.

Le Mont-sur-Lausanne, le 27 juillet 2018

Le rapporteur :
(Signé) Gérard Mojon

Annexe :

- Variante et texte définitif de la motion Claire Richard et consorts

Variante, texte pour commission du 5 juin

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- ~~De retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et suspendu dans l'attente de la votation du 4 mars 2018 ;~~
- D'initier et de mener**, en perspective de modifications légales,** une réflexion globale en ~~la~~ matière **de soutien aux soins bucco-dentaires**, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés (professionnels, économiques et politiques) ;
- D'inclure dans cette réflexion :
  - La promotion de la prévention et la prophylaxie de l'hygiène bucco-dentaires par des dépistages et examens dentaires réguliers auprès des mineurs et des jeunes, avec un suivi pouvant être renforcé dans certaines situations. Extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ;
  - La promotion d'une couverture assécurologique privée des soins bucco-dentaires aussi précoce que possible ;
  - Des aides financières ciblées, sous forme de prêts sans intérêt remboursables, pour les personnes dont la situation financière ne permet aucun imprévu financier lié à des soins dentaires importants ;
  - Une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents dans les établissements médico-sociaux.
- **En conséquence, de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu.**

Texte sous sa forme définitive

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- D'initier et de mener, en perspective de modifications légales, une réflexion globale en matière de soutien aux soins bucco-dentaires, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés (professionnels, économiques et politiques) ;
- D'inclure dans cette réflexion :
  - La promotion de la prévention et la prophylaxie de l'hygiène bucco-dentaires par des dépistages et examens dentaires réguliers auprès des mineurs et des jeunes, avec un suivi pouvant être renforcé dans certaines situations. Extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ;
  - La promotion d'une couverture assécurologique privée des soins bucco-dentaires aussi précoce que possible ;
  - Des aides financières ciblées, sous forme de prêts sans intérêt remboursables, pour les personnes dont la situation financière ne permet aucun imprévu financier lié à des soins dentaires importants ;
  - Une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents dans les établissements médico-sociaux.
- En conséquence, de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu.

canton de vaud

GRAND CONSEIL

AOUT 2018

RC-MOT
(18_MOT_024)
(18_MOT_027)
(min.)

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

Motion Claire Richard et consorts au nom du groupe vert'libéral et du groupe PDC-Vaud libre - Pour un soutien ciblé et efficace aux soins buccodentaires

et

Motion Christelle Luisier Brodard et consorts - Soins buccodentaires : reprenons le projet à la base, une concertation est nécessaire

1. PREAMBULE

La minorité de la commission est composée du Député Jean-Michel Dolivo, rapporteur de minorité.

2. POSITION DE LA MINORITE DE LA COMMISSION

Le 4 mars 2018, une majorité d'électrices et d'électeurs ont refusé en votation populaire l'initiative cantonale « Pour le remboursement des soins dentaires », 42,5% l'ont accepté. Cette initiative prévoyait la mise en place d'une assurance sociale, basée sur le principe de solidarité, financée sur le modèle de l'AVS. Durant la campagne de votation, les opposants à cette initiative ont admis qu'il était indispensable d'améliorer substantiellement la prise en charge des soins bucco-dentaires de plusieurs catégories de la population vaudoise, mais que l'initiative allait trop loin, en particulier par rapport aux coûts qu'elle risquait d'engendrer. Dans le débat parlementaire, les partisans de l'initiative, comme une partie significative des opposants, avaient soutenu le contre-projet constitutionnel du gouvernement vaudois accompagné d'un projet de loi d'application (EMPL no 350).

Ce contre-projet prévoyait que les collectivités publiques favoriseraient la santé bucco-dentaire dans le canton, d'une part, en mettant en œuvre des mesures permettant d'assurer une promotion et une prévention efficace et, d'autre part, en promouvant et en facilitant la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens réguliers et par un accès aux soins dentaires. Ces mesures devaient concerner les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables. Des aides financières sous condition étaient prévues pour couvrir les frais de traitement dentaires et le canton pouvait promouvoir également la couverture assécurologique des enfants.

Les deux motions discutées en commission font suite aux débats parlementaires, à la campagne de votation sur l'initiative et aux résultats de ladite votation. Il ressort des débats de commission un texte de motion totalement édulcoré, qui se contente de demander au gouvernement de réfléchir, dans une éventuelle perspective de modifications légales, sur de possibles améliorations de la politique publique cantonale de santé bucco-dentaire.

Le Conseil d'Etat n'a d'abord certainement pas besoin d'une motion pour réfléchir sur cette problématique… mais surtout la motion, telle qu'elle est prise en considération partiellement par une majorité de la commission, est une motion alibi. La seule mesure concrète que demande la motion est le retrait du projet de loi (EMPL no 350) ! Pour le reste, on va voir… et on réfléchit.

Des propositions concrètes visant à améliorer la santé bucco-dentaire, notamment des jeunes, des personnes âgées qui ne sont pas bénéficiaires de prestations complémentaires (PC), et/ou des personnes ayant une situation de revenu ne leur permettant tout simplement pas de soigner leurs dents, sont renvoyées aux calendes grecques. La majorité de la commission se refuse de prendre en compte ce que la campagne de votation du 4 mars 2018 a mis en évidence : la très grande difficulté pour nombre d'habitants du canton de prendre en charge financièrement les traitements nécessaires à leur santé bucco-dentaire.

Le texte de la motion, prise en considération partielle, constitue un déni de réalité par rapport aux questions soulevées par de nombreuses personnes lors de la campagne de votation, que l'on ait été favorable ou non à l'initiative. La minorité ne saurait ainsi cautionner un enterrement de première classe de toute amélioration de la politique sanitaire cantonale en matière de soins bucco-dentaires.

3. CONCLUSIONS

La minorité demande en conséquence au Grand Conseil de refuser de prendre en considération partiellement la motion Claire Richard et consorts (18_MOT_024) et également de refuser de prendre en considération la motion Christelle Luisier Brodard et consorts (18_MOT_027), et en conséquence de ne pas les renvoyer au Conseil d'Etat.

Lausanne, le 20 août 2018

Le rapporteur :
(Signé) Jean-Michel Dolivo

(Séance du mardi 20 mars 2018) **MOT**
18_MOT_027

Motion Christelle Luisier Brodard et consorts – Soins bucco-dentaires : reprenons le projet à la base, une concertation est nécessaire

Texte déposé

Le 4 mars 2018, la population vaudoise a refusé de manière claire — 57,57% de non — une initiative provenant de l'extrême gauche visant à instaurer une assurance obligatoire concernant le remboursement des soins dentaires dans le canton.

Les opposants à cette initiative, dont le PLR, estimaient en effet que l'initiative était mal ciblée, que son coût était exorbitant — 300 millions de francs par an— pour des soins uniquement de base, et que sa mise en œuvre ponctionnerait encore plus la classe moyenne et les entreprises. L'aspect « arrosoir » de l'initiative — assurance obligatoire universelle — a largement été critiqué durant la campagne de votation, y compris par les professionnels de la branche, et en particulier par les dentistes. Le groupe PLR a, de fait, toujours indiqué vouloir favoriser des mesures ciblées, visant en priorité les enfants et les jeunes et axées sur une promotion et une prévention efficientes en matière de santé et d'hygiène bucco-dentaire, ainsi que sur la promotion de la prise en charge médico-dentaire.

N'oublions pas, dans ce contexte, que l'état de santé bucco-dentaire de la population est globalement bon — 90 % de réduction de l'indice carieux depuis les années 60 — et que le taux de renoncement aux soins s'élève dans notre région à environ 5,8 % uniquement. Par ailleurs, environ 10 % de la population vaudoise bénéficie déjà d'aides, au titre des régimes complémentaires de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) et assurance-invalidité (AI), des prestations complémentaires pour les familles (PC familles) ou de l'aide sociale.

Aujourd'hui, il s'agit de prendre acte du résultat de la votation populaire du 4 mars 2018.

Dans ce cadre, les discussions en la matière doivent être reprises à la base, et il ne saurait être question de réamorcer les débats en commission sur le projet de loi faisant l'objet de l'EMPD no 350, dont l'analyse a été « gelée » dans l'attente des résultats de la votation du 4 mars 2018.

Il convient tout d'abord de mener une nouvelle réflexion en la matière, notamment en collaboration avec l'ensemble des milieux concernés — professionnels, économiques et politiques.

Ce n'est que dans une deuxième phase, tenant compte des discussions susmentionnées, qu'il s'agirait d'imaginer un éventuel dispositif, qui devrait alors être clairement ciblé (mesures et types de personnes concernées, coûts limités).

Au vu de ce qui précède, la présente motion demande au Conseil d'Etat :

- De retirer le projet de loi objet de l'exposé des motifs et projet de décret no 350, dont l'analyse a été « gelée » en commission au vu de la votation du 4 mars 2018.
- D'initier et de mener une réflexion globale en la matière, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés — professionnels, économiques et politiques.
- Au terme de cette réflexion, d'envisager un éventuel dispositif ciblé.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Christelle Luisier Brodard
et 29 cosignataires

Développement

Mme Christelle Luisier Brodard (PLR) : — La présente motion sur les soins bucco-dentaires fait suite à la votation du 4 mars dernier, tout comme la motion vert'libérale, dont elle se rapproche sur la nécessité d'avoir une action donnée suite à la votation, tout en prenant un chemin assez différent. Il

convient ici de distinguer tout d'abord les constats qui sont à la base de la motion, puis les objectifs visés, et enfin et surtout, les moyens à mettre en œuvre et les processus à suivre pour avancer sur cette question.

Notre premier constat est que l'initiative visant à instaurer une assurance obligatoire universelle concernant le remboursement des soins dentaires a été largement refusée par la population vaudoise, par plus de 57 % de non, sans clivage villes-campagnes et avec une forte participation populaire. Il s'agit de prendre acte de ce résultat, que l'on peut qualifier de clair et de net. L'initiative était mal ficelée, mal ciblée — on a parlé d'initiative arrosoir — avec des coûts exorbitants et, finalement, une ponction sur la classe moyenne totalement inadaptée par rapport aux prestations prévues. Le deuxième constat montre, comme on l'a vu au cours de la campagne, que l'état de santé bucco-dentaire global de la population vaudoise aujourd'hui est bon, avec 90 % de réduction d'indice carieux ces dernières années et un taux de renoncement aux soins de seulement 5,8 % environ. Aujourd'hui, si l'on veut aller de l'avant, il convient de cibler les mesures à prendre par rapport aux vrais besoins, tant s'agissant des personnes concernées que des mesures à mettre en œuvre.

Sur les objectifs, nous rejoignons largement les propos de notre collègue Claire Richard tout à l'heure, à savoir que nous cherchons des mesures efficaces, par rapport aux populations visées, sans être somptuaires. Concernant les moyens, en revanche, nous sommes persuadés qu'il faut avancer différemment par rapport à cet objet. La campagne fut extrêmement musclée et tendue. Les fronts étaient bloqués et cela fait personnellement longtemps que je n'avais vécu une campagne aussi difficile. Aujourd'hui, il convient de prendre du recul par rapport à la campagne et aux mesures évoquées, tant par rapport à l'initiative refusée que par rapport au contre-projet discuté dans un premier temps. Il faut éviter les solutions toutes faites, ainsi que des solutions forcément clivantes. Aujourd'hui, il convient de reprendre la discussion à la base et de trouver une nouvelle dynamique sur ce sujet.

Le premier point consiste donc à retirer le projet de loi, qui a été partiellement discuté avant d'être « mis au congélateur » pendant la campagne, car il faisait suite à l'initiative refusée et lui était intrinsèquement lié. Le deuxième point consiste à reprendre la discussion avant de proposer un dispositif légal et de prendre un temps de recul pour pouvoir discuter avec les milieux concernés. On l'a vu : les dentistes notamment ont des solutions à proposer. Ce sont les premiers professionnels en contact avec les patients, dont la santé bucco-dentaire leur tient à cœur. C'est dans ce cadre que nous devons mener une réflexion avec les milieux professionnels, économiques et politiques, pour pouvoir sortir de l'ornière et des clivages connus jusqu'ici et proposer des solutions qui trouveront une majorité au sein de notre Grand Conseil. C'est la raison du dépôt de notre motion la semaine dernière.

J'en profite pour faire un appel du pied au Bureau, qui décidera évidemment. Il serait de bon ton, selon nous, d'avoir la même commission pour traiter des deux motions vert'libérale et PLR. Il nous semblerait également logique que la commission ad hoc qui s'est occupée du projet de loi sur les soins bucco-dentaires et n'a pas été dissoute puisse être réactivée, car elle connaît tout l'historique de la question, afin d'être chargée de l'examen des deux motions développées aujourd'hui.

La motion, cosignée par au moins 20 députés, est renvoyée à l'examen d'une commission.

GRAND CONSEIL

JUILLET 2018

RC-MOT
(18_MOT_024)
(18_MOT_027)
(maj.)

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

Motion Claire Richard et consorts au nom du groupe vert'libéral et du groupe PDC-Vaud libre - Pour un soutien ciblé et efficace aux soins bucco-dentaires

et

Motion Christelle Luisier Brodard et consorts - Soins bucco-dentaires: reprenons le projet à la base, une concertation est nécessaire

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie à deux reprises, soit le 25 mai ainsi que le 5 juin 2018 à la Salle du Bicentenaire, Place du Château 6, à Lausanne. Sous la Présidence de Monsieur le Député Gérard Mojon, elle était composée de Mesdames les Députées Sonya Butera, Circé Fuchs, Valérie Induni (pour la séance du 5 juin), Nathalie Jaccard, Jessica Jaccoud, Catherine Labouchère (pour la séance du 5 juin), Christelle Luisier Brodard, Roxanne Meyer Keller, Aliette Rey-Marion, Anne-Lise Rime (pour la séance du 25 mai) et Claire Richard ainsi que de Messieurs les Députés Guy-Philippe Bolay, Grégory Devaud, Jean-Michel Dolivo, Philippe Jobin, Raphaël Mahaim (pour la séance du 25 mai), Stéphane Montangero (pour la séance du 25 mai), Jean-Marc Sordet et Vassilis Venizelos (pour la séance du 5 juin).

Ont participé à ces séances, Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), ainsi que Madame Christine Cunier, Médecin-dentiste conseil à l'Office du médecin cantonal (OMC).

Monsieur Florian Ducommun a rédigé les notes de séance et en est sincèrement remercié.

2. REMARQUE INTRODUCTIVE ET AUDITION

En introduction, le président rappelle le parcours de la commission, de l'étude, interrompue sous la pression des délais, du projet de loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB), à l'analyse de l'initiative constitutionnelle intitulée « Pour le remboursement des soins dentaires » (*ci-après l'initiative*), aboutissant à la votation populaire du 4 mars 2018, lors de laquelle ladite initiative a été refusée par le peuple vaudois à 57.57%.

Il rappelle également que la commission reste à ce jour en charge de l'examen de la LSB, celle-ci n'ayant formellement pas été retirée par le Conseil d'Etat.

Il est apparu, lors de la campagne précédant le scrutin populaire (*ci-après la campagne*), que même si le système actuel a permis de réaliser des progrès considérables en matière de soins bucco-dentaires, il restait perfectible, en particulier au niveau des jeunes et des personnes âgées. Ayant pris connaissance du dépôt des deux motions, la section vaudoise de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO-Vaud) a contacté plusieurs membres de la commission, tous partis confondus, afin de leur faire part de leur satisfaction globale quant au résultat du scrutin ainsi que de leur souhait d'être audités par la commission pour l'informer des améliorations résiduelles ciblées encore judicieuses à leurs yeux. Consultée par circulation, la commission a donné suite favorable à cette demande.

Les représentants de la section vaudoise de la SSO ont d'abord mentionné qu'ils sont opposés au projet de LSB, tel que présenté comme contre-projet à l'initiative susmentionnée.

Pour les jeunes, ils privilégient, en lieu et place des simples dépistages actuels, de véritables visites de contrôle permettant d'identifier au plus tôt les jeunes à risque carieux, de renforcer leurs soins prophylactiques et de les encourager de manière aussi rapide que possible à une couverture assécurologique privée. Cette intervention précoce permettra une diminution significative des coûts de traitement bucco-dentaires. Ils confirment, à la demande d'un commissaire, que tout le monde n'est pas égal face au risque carieux. Le risque de développer une deuxième carie est largement supérieur à celui d'en développer une première, d'où l'utilité de véritables contrôles aussi précoces que possible.

Les professionnels sont également favorables à une action en faveur des personnes en âge AVS. A leur avis, la problématique les concernant n'est souvent pas financière, les moins aisés étant souvent couverts par les régimes sociaux. Elle se situe essentiellement au niveau de la difficulté pratique d'accès aux soins. Des initiatives privées, comme, par exemple, celle d'un bus dentaire, sont actuellement en cours ; il faut leur donner le temps de faire leurs preuves. La formation du personnel travaillant en institution, encore partiellement lacunaire en matière de prophylaxie, est également susceptible d'améliorations.

A la question de plusieurs commissaires de savoir quelle est leur appréciation de la situation des personnes âgées hors institutions, ils rappellent que beaucoup d'entre elles restent mobiles et observent peu de renoncement aux soins dans cette catégorie de population. Il est important de redonner à celles-ci une première impulsion menant à une prise en charge bucco-dentaire adéquate, par exemple en mettant à disposition des outils mobiles, tels qu'un bus dentaire, ou de développer la sensibilisation du personnel des centres médico-sociaux (CMS) à l'importance de soins bucco-dentaires réguliers.

3. POSITION DES MOTIONNAIRES

L'auteure de la motion Claire Richard et consorts rappelle en introduction que sa motion est le résultat d'une promesse faite en cours de campagne, d'agir au plus tôt en faveur des populations mentionnées dans sa motion. Par volonté d'apaisement, elle vise à « mettre de l'huile juste où il en manque ; en évitant tout épandage ».

Elle précise que les auteurs ont travaillé leur motion avec les médecins-dentiste, les médecins actifs en établissements médico-sociaux (EMS) et divers acteurs sociaux, mais qu'ils sont prêts à légèrement adapter leur texte, sans pour autant le dénaturer, si cela peut permettre de faire avancer le dossier.

L'auteure de la motion Christelle Luisier et consorts rappelle quant à elle que nous sortons de débats et d'une campagne, particulièrement difficiles. Un vrai débat de société a eu lieu durant la campagne.

Si les auteurs sont d'accord avec des mesures ciblées identifiées par les professionnels, ils ne souhaitent pas élargir la réflexion à une portée plus générale, ouverte à tous milieux. Aux yeux de la motionnaire, les aides doivent se limiter aux prêts remboursables, sans intérêts.

Elle se déclare prête à retirer son objet parlementaire dans le cas où une motion allant dans le même sens devait être acceptée préalablement à la sienne.

4. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseiller d'Etat commence par rappeler que le Conseil d'Etat a changé sa manière de cibler les populations nécessitant un soutient de l'Etat. Ce n'est plus le revenu des personnes qui est observé mais l'écart/la relation entre la charge et le revenu. C'est donc la question des tarifs qui se pose. Il rappelle que la base tarifaire cantonale, applicable aux régimes sociaux, est actuellement en cours de révision.

Il constate que, la campagne passée, « les diplomates reprennent le pas sur les hommes d'action ». Il renonce ainsi à reprendre le débat sur le périmètre des populations à aider.

Il n'est également pas persuadé qu'il soit nécessaire de fixer une nouvelle base légale. Un décret de financement, limité dans le temps, pourrait être suffisant pour faires les expériences nécessaires et déterminer l'étendue de la voilure. Il rappelle qu'une adaptation, un déplafonnement des barèmes des dispositifs sociaux est d'ailleurs de la compétence du Conseil d'Etat. Un décret de financement serait toutefois nécessaire.

Il termine en affirmant que si une motion lui permettant de se remettre au travail sur l'objet des soins bucco-dentaires devait être acceptée et transmise au Conseil d'Etat, il serait prêt à proposer à ce même Conseil d'Etat de retirer son projet de LSB. Si aucune motion dans ce sens ne devait être transmise au Conseil d'Etat, ce dernier maintiendrait ledit projet de loi.

5. DISCUSSION GENERALE

Après une discussion animée et une suspension de séance, le texte de la motion Claire Richard a été significativement modifié/amendé par, et/ou avec l'accord de la motionnaire. L'annexe au présent rapport de commission permet, dans sa partie supérieure, d'en suivre l'évolution et fait état, dans sa partie inférieure, de la version finalement retenue par la commission.

Les principales discussions ont porté sur les éléments suivants :

Maintien ou non de l'injonction de retrait du projet de LSB

Certains commissaires souhaitent que soient clairement dissociés, le retrait du projet de loi et les réflexions quant aux modifications potentielles du texte de la motion, afin que le sort du projet de LSB ne soit pas directement lié à l'approbation ou non des motions Richard et Luisier. Ils argumentent que la LSB, indépendante de l'initiative, conserve toute son opportunité malgré le rejet de ladite initiative.

D'autres considèrent que la décision du peuple clôt le dossier, un contre-projet ne pouvant vivre en dehors de l'initiative à laquelle il répondait directement. Ils s'opposent fermement à la séparation des deux objets.

Après de longs échanges, très empreints des positions, souvent diamétralement opposées, des diverses parties, affichées lors de la campagne relative au scrutin populaire du 4 mars 2018 susmentionné, la motionnaire propose de déplacer cette injonction, initialement située en tête des demandes de la motion, à la fin de celles-ci, en la considérant comme une conséquence des réflexions mentionnées dans les points la précédant et en la modifiant dès lors comme suit : « En conséquence, (*la motion demande donc au Conseil d'Etat)* de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu ». La commission se rallie à cette proposition.

Pour le Conseiller d'Etat, il s'agit là d'une nuance considérable et si cette version du texte de la motion Richard devait être approuvée en l'état par le plénum, il se déclare prêt à retirer l'EMPL 350.

Réflexions à mener dans la perspective d'une modification de la loi sur la santé publique

Un commissaire se dit conscient qu'une catégorie de la population nécessite par moment une aide particulière. Pour lui, la problématique est ainsi davantage liée à la santé publique qu'à un aspect social, et souhaite que cela figure en tant que tel dans le texte remanié. Il considère de surcroît qu'il est impératif d'identifier les catégories de personnes nécessitant une aide ciblée, laquelle prendrait la forme de prêts sans intérêts remboursables.

Après discussion, il renonce à la mention spécifique de la loi sur la santé publique (LSP), au profit d'une orientation législative plus générale.

Dépôt d'une motion issue de la commission

Une commissaire se demande si, au lieu de se prononcer sur une prise en considération partielle de l'une au l'autre des motions proposées, il ne serait pas plus opportun que la commission dépose sa propre motion, se substituant à celles soumises à l'analyse de la commission.

La motionnaire n'y est pas favorable et ne souhaite pas retirer sa motion.

Un nouvel objet présentant toutefois le désavantage de devoir à nouveau être soumis à l'ensemble des étapes parlementaires, ce qui aurait pour effet de rallonger encore une déjà fort longue discussion, il y est finalement renoncé.

Réflexions non limitatives

Plusieurs commissaires, appuyés par le Conseiller d'Etat, souhaitent que les réflexions citées dans la motion Richard ne soient pas considérées comme une liste exhaustive, mais plus comme une énumération de pistes potentielles, ce afin d'offrir une plus large latitude d'analyse au Conseil d'Etat.

Aides financières

Certains commissaires indiquent qu'ils ne veulent pas d'aides financières couvrant les frais de traitement bucco-dentaires, comme pouvait le laisser suggérer la première version de la motion Richard.

L'idée d'une aide ciblée, sous la forme de prêts sans intérêts remboursables a, par contre, été largement débattue, de manière controversée, par la commission. D'aucuns, comme le Conseiller d'Etat craignent que certains requérants potentiels soient inquiets à l'idée de contracter une dette et renoncent ainsi malgré tout aux soins. D'autres répondent que ces financements servent à couvrir des besoins ponctuels et que les remboursements peuvent être étalés dans le temps.

Il est précisé que les personnes n'étant pas en situation de pouvoir faire face à une telle dette tombent parmi les bénéficiaires d'autres dispositifs, tel les PC Familles, ce que confirme le Conseiller d'Etat.

Profiter des acquis de la commission

Plusieurs commissaires souhaitent que les réflexions/décisions déjà menées/prises au cours des très nombreuses séances de la commission, reprises dans les notes de séances ainsi que dans un rapport intermédiaire rédigé, à destination des seuls participants aux travaux de la commission, par le Président, à l'occasion du changement de législature, ne soient pas perdues et que le Conseil d'Etat s'en inspire dans le cadre de ses réflexions.

Position finale des motionnaires

A la fin des débats, la motionnaire Claire Richard déclare accepter le principe de la prise en considération partielle de sa motion, dans le sens du texte tel que figurant sous point 6 ci-après.

Mme Christelle Luisier souhaite quant à elle que sa motion soit traitée par le plénum, après celle de Madame Claire Richard, ce qui lui permettra, si cette dernière est acceptée en l'état, de retirer son objet parlementaire.

6. VOTES DE LA COMMISSION

18_MOT_024

Prise en considération partielle de la motion

La commission recommande au Grand Conseil de prendre partiellement en considération cette motion par 14 voix pour, 1 contre et 2 abstentions, et de la renvoyer au Conseil d'Etat dans la teneur suivante :

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- *D'initier et de mener, en perspective de modifications légales, une réflexion globale en matière de soutien aux soins bucco-dentaires, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés (professionnels, économiques et politiques) ;*
- *D'inclure dans cette réflexion :*
    - *La promotion de la prévention et la prophylaxie de l'hygiène bucco-dentaires par des dépistages et examens dentaires réguliers auprès des mineurs et des jeunes, avec un suivi pouvant être renforcé dans certaines situations. Extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ;*
    - *La promotion d'une couverture assécurologique privée des soins bucco-dentaires aussi précoce que possible ;*
    - *Des aides financières ciblées, sous forme de prêts sans intérêt remboursables, pour les personnes dont la situation financière ne permet aucun imprévu financier lié à des soins dentaires importants ;*
    - *Une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents dans les établissements médico-sociaux.*
- *En conséquence, de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu.*

18_MOT_027

Prise en considération de la motion

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération cette motion par 8 voix pour, 7 contre et 2 abstentions, et de la renvoyer au Conseil d'Etat.

Le Mont-sur-Lausanne, le 27 juillet 2018

Le rapporteur :
(Signé) Gérard Mojon

Annexe :

- Variante et texte définitif de la motion Claire Richard et consorts

Variante, texte pour commission du 5 juin

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- ~~De retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et suspendu dans l'attente de la votation du 4 mars 2018 ;~~
- D'initier et de mener**, en perspective de modifications légales,** une réflexion globale en ~~la~~ matière **de soutien aux soins bucco-dentaires**, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés (professionnels, économiques et politiques) ;
- D'inclure dans cette réflexion :
  - La promotion de la prévention et la prophylaxie de l'hygiène bucco-dentaires par des dépistages et examens dentaires réguliers auprès des mineurs et des jeunes, avec un suivi pouvant être renforcé dans certaines situations. Extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ;
  - La promotion d'une couverture assécurologique privée des soins bucco-dentaires aussi précoce que possible ;
  - Des aides financières ciblées, sous forme de prêts sans intérêt remboursables, pour les personnes dont la situation financière ne permet aucun imprévu financier lié à des soins dentaires importants ;
  - Une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents dans les établissements médico-sociaux.
- **En conséquence, de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu.**

Texte sous sa forme définitive

La présente motion demande donc au Conseil d'Etat :

- D'initier et de mener, en perspective de modifications légales, une réflexion globale en matière de soutien aux soins bucco-dentaires, en partenariat avec l'ensemble des milieux concernés (professionnels, économiques et politiques) ;
- D'inclure dans cette réflexion :
  - La promotion de la prévention et la prophylaxie de l'hygiène bucco-dentaires par des dépistages et examens dentaires réguliers auprès des mineurs et des jeunes, avec un suivi pouvant être renforcé dans certaines situations. Extension possible de ces mesures aux personnes ayant atteint l'âge de l'AVS ou en situation de handicap, lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables ;
  - La promotion d'une couverture assécurologique privée des soins bucco-dentaires aussi précoce que possible ;
  - Des aides financières ciblées, sous forme de prêts sans intérêt remboursables, pour les personnes dont la situation financière ne permet aucun imprévu financier lié à des soins dentaires importants ;
  - Une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents dans les établissements médico-sociaux.
- En conséquence, de retirer le projet de loi faisant l'objet de l'EMPL no 350, partiellement examiné par la commission ad hoc et actuellement suspendu.

canton de vaud

GRAND CONSEIL

AOUT 2018

RC-MOT
(18_MOT_024)
(18_MOT_027)
(min.)

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

Motion Claire Richard et consorts au nom du groupe vert'libéral et du groupe PDC-Vaud libre - Pour un soutien ciblé et efficace aux soins buccodentaires

et

Motion Christelle Luisier Brodard et consorts - Soins buccodentaires : reprenons le projet à la base, une concertation est nécessaire

1. PREAMBULE

La minorité de la commission est composée du Député Jean-Michel Dolivo, rapporteur de minorité.

2. POSITION DE LA MINORITE DE LA COMMISSION

Le 4 mars 2018, une majorité d'électrices et d'électeurs ont refusé en votation populaire l'initiative cantonale « Pour le remboursement des soins dentaires », 42,5% l'ont accepté. Cette initiative prévoyait la mise en place d'une assurance sociale, basée sur le principe de solidarité, financée sur le modèle de l'AVS. Durant la campagne de votation, les opposants à cette initiative ont admis qu'il était indispensable d'améliorer substantiellement la prise en charge des soins bucco-dentaires de plusieurs catégories de la population vaudoise, mais que l'initiative allait trop loin, en particulier par rapport aux coûts qu'elle risquait d'engendrer. Dans le débat parlementaire, les partisans de l'initiative, comme une partie significative des opposants, avaient soutenu le contre-projet constitutionnel du gouvernement vaudois accompagné d'un projet de loi d'application (EMPL no 350).

Ce contre-projet prévoyait que les collectivités publiques favoriseraient la santé bucco-dentaire dans le canton, d'une part, en mettant en œuvre des mesures permettant d'assurer une promotion et une prévention efficace et, d'autre part, en promouvant et en facilitant la prise en charge médico-dentaire par des dépistages et des examens réguliers et par un accès aux soins dentaires. Ces mesures devaient concerner les enfants, les jeunes, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ou particulièrement vulnérables. Des aides financières sous condition étaient prévues pour couvrir les frais de traitement dentaires et le canton pouvait promouvoir également la couverture assécurologique des enfants.

Les deux motions discutées en commission font suite aux débats parlementaires, à la campagne de votation sur l'initiative et aux résultats de ladite votation. Il ressort des débats de commission un texte de motion totalement édulcoré, qui se contente de demander au gouvernement de réfléchir, dans une éventuelle perspective de modifications légales, sur de possibles améliorations de la politique publique cantonale de santé bucco-dentaire.

Le Conseil d'Etat n'a d'abord certainement pas besoin d'une motion pour réfléchir sur cette problématique… mais surtout la motion, telle qu'elle est prise en considération partiellement par une majorité de la commission, est une motion alibi. La seule mesure concrète que demande la motion est le retrait du projet de loi (EMPL no 350) ! Pour le reste, on va voir… et on réfléchit.

Des propositions concrètes visant à améliorer la santé bucco-dentaire, notamment des jeunes, des personnes âgées qui ne sont pas bénéficiaires de prestations complémentaires (PC), et/ou des personnes ayant une situation de revenu ne leur permettant tout simplement pas de soigner leurs dents, sont renvoyées aux calendes grecques. La majorité de la commission se refuse de prendre en compte ce que la campagne de votation du 4 mars 2018 a mis en évidence : la très grande difficulté pour nombre d'habitants du canton de prendre en charge financièrement les traitements nécessaires à leur santé bucco-dentaire.

Le texte de la motion, prise en considération partielle, constitue un déni de réalité par rapport aux questions soulevées par de nombreuses personnes lors de la campagne de votation, que l'on ait été favorable ou non à l'initiative. La minorité ne saurait ainsi cautionner un enterrement de première classe de toute amélioration de la politique sanitaire cantonale en matière de soins bucco-dentaires.

3. CONCLUSIONS

La minorité demande en conséquence au Grand Conseil de refuser de prendre en considération partiellement la motion Claire Richard et consorts (18_MOT_024) et également de refuser de prendre en considération la motion Christelle Luisier Brodard et consorts (18_MOT_027), et en conséquence de ne pas les renvoyer au Conseil d'Etat.

Lausanne, le 20 août 2018

Le rapporteur :
(Signé) Jean-Michel Dolivo

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

FÉVRIER 2017 **334bis**

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat de M. Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT " pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de policliniques dentaires régionales dans le canton " (10_POS_188)

Rappel

Selon l'Office fédéral de la statistique (Coût et financement du système de santé en 2004, Neuchâtel 2006), les frais dentaires totaux s'élevaient en Suisse à 3.3 milliards de francs pour l'année 2005. En 2004 les assurances sociales (assurance-maladie, invalidité, accidents et militaire) ont participé au financement à raison de 6%, les assurances privées à raisons de 5%, et la part des ménages privés s'est donc élevée à 89%. Les soins dentaires, à l'exception des soins causés par un accident, ne sont pas pris en charge au titre d'une assurance sociale. Ils ne font pas partie du catalogue des prestations régi par la LAMal, sauf dans certains cas liés à la maladie au sens de l'article 31 LAMal (L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires : a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles ou c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b.) Les frais liés aux soins dentaires sont donc en principe à la charge du patient. Pour beaucoup de personnes et de familles aux revenus modestes ou moyens, les soins dentaires sont un luxe ! Et nombreux sont celles et ceux qui repoussent un traitement avec le risque que les dégâts, et donc les frais, augmentent encore davantage. Il est certes possible de conclure une assurance complémentaire. Mais, pour être remboursé aux trois quarts de la facture, il faut compter avec une prime mensuelle d'en tout cas une cinquantaine de francs pour des remboursements plafonnés à 2000 francs. Le coût est dissuasif. A cause de cette lacune de couverture, bon nombre de personnes ne peuvent pas faire face à des factures souvent très lourdes. D'autres vont se faire soigner en France voisine, voire à Budapest. Et, phénomène nouveau, des cliniques dentaires low cost s'ouvrent ici et là. Certes, les personnes bénéficiaires d'aides sociales ont accès à des soins dentaires gratuits. Les frais sont payés par le régime des prestations complémentaires AVS et par les systèmes cantonaux lorsqu'ils existent. C'est le cas pour Vaud avec le revenu d'insertion. Mais cela ne concerne évidemment qu'une partie restreinte de la population.

En vertu de l'art. 34 de la Constitution vaudoise, "Toute personne a droit aux soins médicaux essentiels...". Selon l'art. 65 de ladite Constitution, l'Etat, pour contribuer à la sauvegarde de la santé de la population, assure notamment "à chacun un accès équitable à des soins de qualité". L'absence de toute couverture d'assurance pour les soins dentaires, pour une très grande majorité des habitants de ce canton, va à l'encontre de cet objectif constitutionnel. Les signataires de la motion demandent au gouvernement qu'il propose une loi cantonale instituant une assurance cantonale obligatoire prenant en charge les soins dentaires dont les primes sont proportionnelles au revenu. Le canton a mis, à juste titre, en place une assurance publique contre les risques en cas d'incendie et a organisé son intervention, en adoptant la loi du 17 novembre 1952 concernant l'assurance des bâtiments et du mobilier contre l'incendie et les éléments naturels ainsi que la loi du 17 novembre 1993 sur le service de défense contre l'incendie et le secours. L'ECA est une institution de droit public, ayant la personnalité morale et fonctionnant sous le contrôle de l'Etat. Le canton a tout à fait la compétence pour mettre en place aujourd'hui une assurance obligatoire, qui, tout en n'entrant pas dans le champ d'application de la LAMal, remédie à une lacune grave en matière de santé publique. En lien avec cette assurance cantonale, le canton crée également un réseau de policliniques dentaires régionales, dispensant des soins dentaires de base et offrant des prestations de qualité.

Lausanne, le 25 août 2009.

(Signé) Jean-Michel Dolivo et 21 cosignataires

Motion transformée en postulat et renvoyée au Conseil d'Etat le 11 mai 2010

Détermination de la Commission :

Parmi les commissaires opposés, certains entrent alors en matière sur l'idée d'une assurance couvrant les enfants uniquement (jusqu'à 16, 18 ou 20 ans). Face, tant à l'intérêt suscité par une étude sur l'ampleur du problème et les moyens d'y remédier, qu'aux réserves exprimées, l'auteur de la motion accepte la proposition qui lui est faite de transformer sa motion en postulat, étant entendu que le texte dudit postulat (qui reprend celui de la motion) constituera l'une des différentes pistes à explorer par le Conseil d'Etat. Par 13 voix favorables, 0 contre et 2 abstentions, la commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération le postulat et de le transmettre au Conseil d'Etat.

1 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat reconnaît l'intérêt de la problématique soulevée par le postulat de M. le Député Dolivo et consorts tout comme la nécessité de prendre des mesures s'agissant d'un accès plus équitable aux soins dentaires, en particulier sous l'angle de la réduction de l'effet de la barrière financière.

En préambule, le Conseil d'Etat se permet de renvoyer aux premiers éléments de réponse intermédiaires au postulat Dolivo, lesquels avaient d'abord été présentés dans le cadre d'un bref rapport intermédiaire soumis en octobre 2013 au Grand Conseil puis dans le cadre de la consultation d'un avant-projet de loi à l'été 2014.

En substance, en octobre 2013, il était alors provisoirement indiqué qu'en vue de répondre au dit postulat, le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) et le Service de la santé publique (SSP) avaient mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), afin de faire un état des lieux de la santé bucco-dentaire des jeunes de 0 à 18 ans dans le canton de Vaud. Ce rapport de l'IUMSP ayant été déposé, le SASH et le SSP avaient alors entrepris et poursuivi leurs travaux avec les professionnels concernés, dont des représentant-e-s de la SSO-Vaud, avec pour objectif de formuler une série de propositions concrètes au Conseil d'Etat. Une réponse au postulat était alors annoncée avant l'été 2014.

A l'été 2014, justement, et sur la base des principaux constats et recommandations du rapport de l'IUMSP, le Conseil d'Etat a autorisé le DSAS à mettre en consultation son avant-projet de loi présentant les pistes pour améliorer la santé bucco-dentaire et la prise en charge des soins dentaires des jeunes habitant-e-s du canton de Vaud.

S'agissant des mesures mises en consultation en 2014, les pistes alors retenues ne prévoyaient pas de mettre en place une assurance dentaire obligatoire, mais plutôt une mesure d'aide financière ciblée selon laquelle les enfants au bénéfice d'un subside cantonal de l'assurance maladie pourraient bénéficier d'une prise en charge des frais dentaires, avec une prise en charge financière proportionnelle aux revenus des parents (barèmes dégressifs à fixer par le Conseil d'Etat).

Tenant compte des résultats de la consultation de 2014 tout comme des différentes analyses scientifiques conduites par le DSAS ces dernières années (voir partie 1 de l'EMPL présenté conjointement) indiquant que le renoncement aux soins dentaires pour des raisons économiques est une réalité dans le canton de Vaud, le Conseil d'Etat est d'avis que les mesures d'aides financières proposées pour les enfants et les jeunes (remboursement partiel par l'Etat des soins dentaires de base pour tous jusqu'à l'âge de 18 ans), les adultes (remboursement au-delà d'une franchise fixée proportionnellement au revenu) cela tant par la proposition de compléter la base constitutionnelle en ce sens (contre-projet direct du Conseil d'Etat) que d'une nouvelle loi à ce sujet (projet de loi présenté conjointement, cf. Titre V de la loi), s'avéreront efficaces et suffisantes pour répondre aux préoccupations soulevées dans le postulat de M. Dolivo s'agissant de l'insuffisance de prise en charge financière des soins dentaires dans le canton de Vaud.

De surcroît, le contre-projet à l'initiative prévoit d'octroyer à l'Etat la compétence constitutionnelle et formelle d'encourager la couverture assécurologique des enfants visant par-là notamment les familles insuffisamment informées quant aux avantages de l'assurance, ce par le biais d'outils incitatifs tant sur le plan de l'information que d'une contribution économique aux primes d'assurance dentaire. De même, le renforcement de la prévention et de la détection précoce des situations à risque dès le plus jeune âge tout comme la révision du système d'examens bucco-dentaires en milieu scolaire et des mesures préventives constituent autant d'axes qui, à terme, devraient permettre de réduire le nombre de situations actuellement problématiques.

Par son contre-projet à l'initiative et le projet de loi présenté conjointement au présent EMPD, le Conseil d'Etat estime ainsi prendre toutes les mesures nécessaires pour aller dans le sens des préoccupations exprimées dans le postulat, sans pour autant recourir à une assurance obligatoire universelle dont les chances de succès paraissent limitées aux yeux du Conseil d'Etat.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 15 février 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud

GRAND CONSEIL

JUILLET 2018 RC-334(bis)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jean-Michel Dolivo et consorts au nom du groupe AGT, pour une assurance cantonale prenant en charge les soins dentaires de base et la mise en place de policliniques dentaires régionales dans le canton (10_POS_188)

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 5 juin 2018 à la Salle du Bicentenaire, Place du Château 6, à Lausanne. Sous la Présidence de Monsieur le Député Gérard Mojon, elle était composée de Mesdames les Députées Sonya Butera, Circé Fuchs, Valérie Induni, Nathalie Jaccard, Jessica Jaccoud, Catherine Labouchère, Christelle Luisier Brodard, Roxanne Meyer Keller, Aliette Rey-Marion et Claire Richard ainsi que de Messieurs les Députés Guy-Philippe Bolay, Grégory Devaud, Jean-Michel Dolivo, Philippe Jobin, Jean-Marc Sordet et Vassilis Venizelos.

Ont participé à cette séance, Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), ainsi que Madame Christine Cunier, Médecin-dentiste conseil à l'Office du médecin cantonal (OMC).

Monsieur Florian Ducommun a rédigé les notes de séance et en est sincèrement remercié.

2. REMARQUE INTRODUCTIVE

Il est à préciser d'emblée que le postulat en titre a été déposé en 2010 déjà, qu'il a été suivi par le dépôt d'une initiative constitutionnelle et d'un contre-projet du Conseil d'Etat, tous deux étudiés par la commission susmentionnée, et finalement d'un scrutin populaire en mars 2018. Une grande partie de la réponse apportée par le Conseil d'Etat au postulat Jean-Michel Dolivo et consorts est en conséquence devenue sans objet, au jour des présents débats.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseiller d'Etat a rappelé que le rapport du Conseil d'Etat soutenait son contre-projet à l'initiative populaire « Pour le remboursement des soins dentaires », initiative qu'il estimait trop large. Après le vote du peuple, il espère que les divers dépôts récents relatifs au même objet, actuellement en traitement au niveau parlementaire, lui permettront de poursuivre les réflexions relatives aux soins bucco-dentaires ; la problématique subsistant.

4. POSITION DU POSTULANT

L'auteur constate que son postulat a connu une vie exceptionnellement longue, voire tumultueuse. Il annonce qu'il refusera, par principe, la réponse du Conseil d'Etat, celle-ci recommandant le rejet de l'initiative populaire qu'il défendait. Le peuple s'étant prononcé, il ne déposera pas de rapport de minorité. Il précise cependant, qu'à défaut, il soutient le projet de loi sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire et sur la prise en charge des frais dentaires (LSB), et qu'il continuera à combattre son retrait.

5. DISCUSSION GENERALE

L'objet ayant été largement débattu, y compris en plénum, dans le cadre des débats et des discussions relatives à l'initiative ainsi qu'au contre-projet sur les soins dentaires, aucun membre de la commission ne demande plus la parole à ce stade.

6. VOTE DE LA COMMISSION

Acceptation du rapport

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat par 11 voix pour, 2 contre et 4 abstentions.

Le Mont-sur-Lausanne, le 25 juillet 2018

Le rapporteur :
(Signé) Gérard Mojon

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Philippe Vuillemin et consorts intitulé "Pour une meilleure protection du personnel soignant"

Rappel du postulat

Dès 2007, il avait été exposé au Grand Conseil que s'il était évidemment fondamental de s'occuper de la maltraitance des résidents d'Établissements médico-sociaux (EMS) et de ses dommages collatéraux, il fallait aussi avoir le courage de prendre en compte la souffrance des soignants en proie à l'agressivité des familles et des résidents : racisme, coups, insultes, etc...

À notre connaissance, depuis lors, point de texte réglementaire et une reconnaissance seulement du bout des lèvres que, de temps à autre, il pouvait y avoir quelques cas, forcément très rares, de maltraitance infligée aux soignants.

Et pourtant, le cas de l'EMS de Nyon où une équipe soignante a été harcelée des semaines durant n'a pas été reconnu publiquement comme une maltraitance faite aux soignants.

Dans un cas d'agression sexuelle sur mineur, stagiaire dans un EMS, il a été très difficile de faire accepter les mesures d'éloignement prisent à l'encontre de l'agresseur, membre de la famille, qui rendait visite à son parent placé.

C'est comme si le fait d'être un citoyen ou une citoyenne, travaillant dans un EMS du canton, impliquait par ce seul fait, une citoyenneté de " seconde zone " dépourvue des droits élémentaires de respect de la personnalité.

Mobbing, harcèlement, racisme envers les soignants : le haussement d'épaule serait-il la règle ?

Ce postulat demande :

a. *Un rapport mettant en avant un bilan sur la maltraitance prise dans le sens le plus général, faite aux soignants d'EMS. Il s'étendra de façon pertinente, le cas échéant, aux Centres médico-sociaux (CMS).*
b. *Les mesures règlementaires mais aussi de formation, d'information et de prévention proposées, pour diminuer drastiquement le risque de ces faits de maltraitance. En particulier, chaque employé d'EMS devrait recevoir, à l'engagement, les informations nécessaires pour faire valoir ses droits à défendre son intégrité personnelle. C'est particulièrement important pour le personnel étranger sans qui nos EMS ne fonctionneraient pas.*

Rappel des conclusions de la commission

Le rapport de la commission chargée d'examiner ce postulat, daté du 26 janvier 2016, fait état d'une première série de mesures déjà mises en œuvre dans les EMS et les CMS pour protéger le personnel ou prévenir les situations de maltraitance. Il relève en conclusion que " tout en reconnaissant qu'en général les choses se passent bien, les commissaires estiment que ces maltraitances doivent être mieux

connues, répertoriées et corrigées. Une meilleure information ou formation est indispensable, sans provoquer un amas de paperasse ".

1 INTRODUCTION

1.1 Rappel du contexte

Le sujet de la maltraitance de pensionnaires d'EMS est la cible des médias et anime les débats politiques. Dans le canton de Vaud, de nombreuses mesures ont été prises pour prévenir ce risque et pour assurer la qualité des prises en charge, la dignité et la sécurité des résidents en EMS. Pour les professionnels qui s'investissent au quotidien dans ces structures, cette attention politique et médiatique autour de la maltraitance des résidents a pu être ressentie comme une mise en défaut de leur travail et de leur engagement. Elle a également pu susciter le sentiment que la violence dans les établissements de soins de longue durée est thématisée dans une seule de ses configurations : celle des soignants envers les patients. Sont corollaires, la violence des pensionnaires et de leurs proches envers les professionnels, souffrirait ainsi selon les postulants d'un défaut d'attention politique et surtout d'un défaut d'encadrement sur le terrain.

1.2 Cadre juridique existant

Dans le cadre du présent rapport, il convient de rappeler les bases juridiques existantes fixant le devoir de l'employeur de protéger la personnalité de son travailleur.

Selon l'art. 328 CO, " l'employeur protège et respecte, dans les rapports de travail, la personnalité du travailleur ; il manifeste les égards voulus pour sa santé et veille au maintien de la moralité. (…). Il prend, pour protéger la vie, la santé et l'intégrité personnelle du travailleur, les mesures commandées par l'expérience, applicables en l'état de la technique, et adaptées aux conditions de l'exploitation ou du ménage, dans la mesure où les rapports de travail et la nature du travail permettent équitablement de l'exiger de lui (al. 2) ".

Cet article régit donc le devoir de l'employeur de protéger la personnalité de ses employés. Il intègre et concrétise, dans le contrat de travail, les principes généraux de protection de la personnalité qui sont énoncés aux articles 27 ss du Code civil suisse (CC). Il constitue une disposition à laquelle il ne peut pas être dérogé au détriment du travailleur.

D'autres dispositions existent qui visent à protéger le travailleur dans la loi sur le travail ou encore la loi sur l'égalité.

Le travailleur atteint dans ses droits de la personnalité peut se prévaloir des actions prévues dans le Code civil (cf. art. 28a CC), dans le droit du contrat de travail (art. 319 ss CO), ainsi que dans la partie générale du Code des obligations (art. 97 ss CO). Lorsque sa santé est en danger, il bénéficie aussi des protections de la loi sur le travail. Le CO fonde une responsabilité directe de l'employeur pour ses propres agissements ou omissions. L'atteinte aux droits du travailleur constitue un acte illicite qui engage la responsabilité de l'employeur.

1.3 Démarche

Si le présent rapport intervient à distance du dépôt du postulat, cela s'explique par la volonté du Conseil d'Etat de disposer de données fiables sur la situation, appuyée sur une enquête de terrain menée auprès du personnel des EMS et CMS vaudois. Le rapport qui suit présente ainsi les résultats issus d'une enquête mandatée par le SSP et réalisée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

En amont de cette présentation, le rapport situe la problématique en reprenant quelques données connues et propose ensuite un tour d'horizon (sur la base d'un rapport remis au SSP par l'AVASAD et l'AVDEMS) des mesures existantes dans les institutions du canton. En aval, le rapport fait la synthèse

de la démarche et annonce la suite des travaux.

2 ETAT DES LIEUX

2.1 Considérations générales

Les comportements agressifs des patients et/ou de leur entourage sont une réalité à laquelle tous les soignants et toutes les structures de soins sont confrontés. La littérature consacrée à ce sujet estime que 25% de toutes les agressions vécues dans le milieu professionnel ont lieu dans le domaine de la santé [*Nordin, H. (1995). Fakta om vaold och hot I arbetet, Solna, Occupational Injury Information System, Swedish Board of Occupational Safety and Health*]. Les secteurs les plus exposés sont les soins intensifs et d'urgence, les soins aigus de psychiatrie et l'hébergement gériatrique [*Gbézo, B.E. (2005). Les soignants face à la violence. France : Lamarre*]. Cette réalité est compréhensible si l'on considère que la violence est une forme de réponse humaine à la perte d'autonomie, de liberté, d'intimité et de repères qu'implique le vieillissement et la vie dans un établissement médico-social.

2.2 Référence nationale et vaudoise

Au plan national, cette problématique des agressions dans les établissements de soins de longue durée a fait l'objet d'une étude de terrain, ainsi que d'un rapport détaillé commandés par CURAVIVA, la faitière des EMS en Suisse [*Richter, D. (2013). Agression in der langzeitpflege, ein differenzierter überblick über die Problematik, CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alte. Suisse*].

Cette étude de terrain [*Richter, D. (2013). Agression in der langzeitpflege, ein differenzierter überblick über die Problematik, CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alte. Suisse*] a spécifiquement investigué les comportements agressifs dans les EMS. Il s'agit d'une enquête transversale, réalisée en 2010 et 2011 auprès de 814 soignant-e-s travaillant dans 21 EMS de Suisse alémanique. L'enquête s'est intéressée à quantifier et qualifier l'exposition des soignants à des comportements agressifs des résidents et/ou de leur proches, ceux-ci étant définis en 3 catégories : les insultes (inclus propos racistes et sexistes), les menaces ou intimidations et les agressions physiques.

L'étude a permis de confirmer une exposition régulière des soignants des EMS à diverses formes de violence. Ainsi 81.6 % des répondants ont rapporté des comportements agressifs à leur endroit dans les 12 derniers mois précédant la collecte de données, 54% de ces derniers ayant rapporté une expérience de violence physique.

Pour les EMS vaudois, aucune donnée publiée n'a permis jusqu'ici de situer la prévalence des comportements agressifs envers le personnel des EMS. Toutefois, les chiffres issus des relevés " PLAISIR " (outil d'évaluation et de planification de la prise en charge) permettent de mesurer l'exposition du personnel des EMS à ce risque. Ainsi, dans le canton de Vaud, 34% des pensionnaires des EMS présentent des comportements agressifs, dont un tiers environ peut s'exprimer physiquement. Sur la période prise en référence (2010-2016), ces données sont particulièrement stables (33%-35%).

De cette revue des données et études disponibles, il ressort qu'il est illusoire de vouloir exclure la violence des lieux d'hébergement, mais que les institutions et leurs collaborateurs devraient être équipés à différents niveaux pour faire face efficacement à cet enjeu. Plus concrètement, on peut repérer 4 champs de mesures qui permettent aux soignants et aux institutions de gérer cette violence : formalisation de la politique et des processus institutionnels, information et formation du personnel, documentation et suivi des événements agressifs, formalisation des mesures et processus accompagnement des victimes et des auteurs.

2.3 Mesures existantes

Dans la perspective de l'établissement du présent rapport, les associations faitières des EMS et des institutions de soins à domicile ont ainsi été invitées à donner leur position sur la problématique soulevée par le postulat et à indiquer les éventuelles mesures qui ont été mises en place.

2.3.1 EMS

Au plan général, le rapport de l'AVDEMS (voir annexe), qui avait reçu délégation de la FEDEREMS pour rapporter sur la situation des EMS du canton, relève que les relations entre les résidents, leurs familles et les collaborateurs en EMS sont habituellement paisibles et productives. Faisant référence aux informations issues du relevé " PLAISIR " évoquées ci-dessus, il reconnait cependant la réalité du risque auquel est exposé le personnel. La faitière relève par ailleurs que la violence générée par les résidents est, pour une large part, considérée comme acceptable par le personnel concerné du fait qu'elle est souvent explicable par la situation ou la pathologie du résident. La violence engendrée par les familles ou les proches est, quant à elle, beaucoup plus délétère et beaucoup moins bien tolérée par le personnel.

Au plan des moyens, le rapport relève la variété des mesures qui existent au sein des différents établissements du canton :

- concept de prise en charge des situations d'agressivité,
- information/sensibilisation systématique des nouveaux pensionnaires et collaborateurs,
- précision des règles de comportement dans le contrat d'hébergement et/ou charte de fonctionnement,
- formation continue et poste-graduée du personnel,
- procédure de documentation des événements critiques,
- analyses des situations problématiques dans le colloque d'équipe,
- sollicitation des équipes mobiles ou d'intervenants externes,
- mesures d'accompagnement individuelles ou collectives des victimes,
- mesures d'accompagnement des auteurs, etc.

Si ce catalogue couvre largement les 4 champs de mesures évoqués plus haut, le taux d'implémentation moyen de ces bonnes pratiques au sein des différentes institutions n'est pas connu.

L'enquête mandatée par le SSP s'est ainsi intéressée, en plus de la mesure de prévalence, à évaluer cette dimension en interrogeant les professionnels sur leur exposition ou leur accès à ces différentes mesures. Cet aspect est présenté ci-après sous le point 3 " Enquête ".

2.3.2 CMS

Le rapport de l'AVASAD (voir annexe) met en évidence la spécificité du contexte d'intervention des professionnels des CMS. Ce contexte est caractérisé par plusieurs facteurs qui augmentent la potentielle gravité des actes agressifs ; isolement des professionnels, intervention dans un territoire qui n'est pas celui de l'institution, situations limites induites par l'obligation de prise en charge, potentielle possession d'armes, etc. Dans ce contexte, les réflexions et les moyens mis en œuvre par l'AVASAD pour prévenir, analyser et gérer les comportements agressifs des patients sont particulièrement structurés et avancés.

On peut ainsi relever qu'il existe, en sus des mesures de formation du personnel, un monitoring centralisé des faits de violence, une stratégie institutionnelle permettant la documentation et l'exploitation informatique des évènements critiques, une formalisation claire de la position institutionnelle. Cela est complété par des directives et procédures dédiées aux agressions et menaces

contre l'intégrité des collaborateurs-trices, la mise à disposition d'un système d'alarme pour les collaboteur-trices isolé-e-s et une formalisation des mesures d'accompagnement des victimes et des auteurs.

3 ENQUETE

3.1 Cadre

Comme indiqué plus haut, le Conseil d'Etat a souhaité connaître la réalité des terrains. Une enquête auprès des CMS et EMS vaudois a ainsi été réalisée par l'IUMSP [*Rapport IUMSP*]. Un groupe intégrant le SSP, l'IUMSP, l'AVASAD et les faitières des EMS a accompagné les travaux. L'enquête s'est déroulée du 28.02.2017 au 30.03.2017 auprès d'un échantillon représentatif de 36 EMS et de 14 CMS vaudois. Le questionnaire d'enquête a été construit sur une base scientifique reconnue [*Zeller, A. et al. (2012), Factors Associated With Resident Aggression Toward Caregivers in Nursing Homes, Journal of Nursing Scholarship, 2012 ; 44 :3, 249–257*], afin de permettre une comparaison des données.

3.2 Objectifs

Les objectifs de l'enquête ont été organisés autour de deux axes. Le premier s'est intéressé à déterminer la prévalence de la problématique (nombres et type d'agression, profils des répondant-e-s, impacts sur le personnel) et le second à documenter, sur la base des déclarations des répondant-e-s, le spectre des mesures misent en place au sein des institutions pour prévenir et accompagner les faits de violence des résidents à l'encontre du personnel.

3.3 Résultats

Les résultats de l'enquête peuvent être résumés comme suit :

Bon déroulement et validité de l'enquête

Tous les EMS et CMS sélectionnés ont accepté de participer à la démarche. Les taux de participation (47% en EMS et 66% pour les CMS) sont très satisfaisants. Avec 1592 répondants, l'enquête devient vraisemblablement la plus large réalisée sur ce thème en Suisse et produit des résultats représentatifs.

Une prévalence conforme aux prévisions

Comme déjà relevé sous ch. 2.1 ci-dessus, la littérature spécialisée rapporte que les personnels de soins sont particulièrement exposés à la violence au sens large. Il ressort donc assez logiquement de l'enquête que des insultes, des menaces ou agressions sont régulièrement vécues par le personnel des institutions sondées (57,6 % des répondants en EMS et 28,6 % en CMS ont une telle expérience dans les 12 derniers mois, 23,8 % en EMS et 3,1 % en CMS dans les 7 derniers jours.) Ces chiffres en eux-mêmes sont peu signifiants. Comparés à la seule norme Suisse connue [*Zeller, A. et al. (2012), Factors Associated With Resident Aggression Toward Caregivers in Nursing Homes, Journal of Nursing Scholarship, 2012 ; 44 :3, 249–257*] qui fait état de 81,6 % dans les 12 derniers mois et 54% dans les 7 derniers jours), ils sont plutôt rassurants.

Le personnel est soutenu et accompagné

Le postulat et les travaux de la commission ont pu laisser entendre qu'il existerait une sorte de " loi du silence " au sein des institutions concernant la violence vécue par le personnel, ainsi qu'un manque de soutien aux victimes. En réalité les résultats de l'enquête menée par l'IUMSP infirment cette idée. En effet, le personnel se sent très largement soutenu et a accès à des mesures d'accompagnement suite à une agression en cas de besoin. Aucun indicateur ne vient confirmer statistiquement la situation de gravité et/ou de tabou que semble suggérer le postulat.

Des mesures à mieux structurer et promouvoir

Si l'enquête est globalement rassurante en ce qui concerne le soutien de principe et de fait accordé au personnel lorsqu'il est victime d'agression, elle révèle que les mesures semblent peu structurées, et ce surtout dans les EMS. Ainsi seulement 31% des répondants en EMS estiment qu'il existe, dans leur établissement, une procédure qui définit comment gérer une agression (contre 56% dans les CMS). On note également un souhait, chez tous les répondants, d'avoir accès à une formation spécifique. Dans le même temps, les rapports remis par les faîtières évoquent un large catalogue des mesures à disposition. Une marge de progression existe ainsi dans la promotion et la structuration des moyens existants.

EMS versus CMS

Menée dans des EMS et CMS du canton, l'enquête permet d'établir quelques comparaisons. Ce qui ressort au premier plan, c'est que les collaborateurs des CMS sont moins exposés à la violence, particulièrement à la violence physique. Dans le même temps, et malgré une prévalence plus faible, ce risque de violence est plus thématisé et encadré de moyens structurés (procédure de gestion, signalement et suivi statistique, dispositif d'alarme, etc.). Cette différence entre EMS et CMS semble s'expliquer autant par la structure de management de ces derniers (association pouvant promulguer des règles) que par la spécificité du contexte de leur intervention (isolement des soignants à domicile, obligation de prise en charge, possession d'armes, etc.)

4 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

A) Un rapport mettant en avant un bilan sur la maltraitance prise dans le sens le plus général, faite aux soignants d'EMS. Il s'étendra de façon pertinente, le cas échéant, aux Centres médico-sociaux (CMS).

Le rapport produit présente un bilan de la maltraitance faite au personnel des EMS et CMS du Canton. Il s'est appuyé sur une enquête de terrain réalisée par l'IUMSP et accompagnée par les institutions concernées. Le rapport de l'IUMSP (voir annexe) sera également disponible sur le site du Service de la santé publique.

B) *Les mesures règlementaires mais aussi de formation, d'information et de prévention proposées, pour diminuer drastiquement le risque de ces faits de maltraitance. En particulier, chaque employé d'EMS devrait recevoir, à l'engagement, les informations nécessaires pour faire valoir ses droits à défendre son intégrité personnelle. C'est particulièrement important pour le personnel étranger sans qui nos EMS ne fonctionneraient pas.*

La revue des données scientifiques concernant le sujet démontre que les faits de violence dans les soins de longue durée sont une réalité avec laquelle les soignants doivent composer. La réduction drastique de cette prévalence ne semble ainsi pas constituer un objectif maitrisable. Par contre, les collaborateurs et collaboratrices des CMS et des EMS devraient être mieux équipés et mieux soutenus pour faire face efficacement à cette violence.

L'enquête réalisée par l'IUMSP atteste que les professionnels se sentent déjà aujourd'hui soutenus et accompagnés par les institutions qui les emploient dans les situations d'exposition aux faits de violence. Un potentiel d'amélioration existe au travers d'une formalisation des politiques institutionnelles et d'une généralisation des mesures d'information et de formation.

La directive concernant les exigences minimales d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé, prévoit d'arriver d'ici 2018 à un niveau de personnel ayant une formation qualifiante (HES/CFC) de 40% et 60% d'auxiliaires. Aujourd'hui le personnel des soins est composé de 75% de personnel auxiliaire et de 25% de personnel au bénéfice d'une formation HES /CFC.

La formation des collaborateurs et l'amélioration de leurs compétences sont encouragées par l'Etat. L'ancienne directive fixant les exigences minimales de dotation en EMS posait la règle de 25% de

personnes certifiées (avec CFC) et diplômées (niveau HES). La nouvelle directive en vigueur a modifié ces taux à respectivement 40% et 60%. Le relèvement du personnel formé (CFC ou HES) concourt à une amélioration des compétences et à une meilleure prévention du risque de maltraitance.

5 CONCLUSION

En conclusion, le Conseil d'Etat tient à relever la bonne collaboration des institutions et de leurs collaboratrices et collaborateurs dans le cadre de l'établissement de ce rapport et la richesse des informations que ce processus a permis de collecter. L'analyse démontre que, si les collaboratrices et collaborateurs des EMS et CMS vaudois sont régulièrement exposés à des faits de violence, ils se sentent soutenus et accompagnés par leurs institutions. Ces dernières sont par ailleurs conscientes de l'enjeu de la problématique et offrent déjà plusieurs mesures d'accompagnement. Pour le Conseil d'Etat, une formalisation et une systématisation de ces mesures pourraient toutefois assurer un meilleur équipement des professionnels qui interviennent au quotidien en soutien aux personnes dépendantes. Elles permettraient ainsi de prévenir les impacts délétères de la violence auxquels ces professionnels sont exposés.

Le Conseil d'Etat souhaite que les données collectées ainsi que les recommandations du rapport de l'IUMSP soient reprises par un groupe de travail conduit par le Service de la santé publique et qui associera des représentants de tous les acteurs concernés. Il aura pour tâche de construire un plan de mesures qui soit le plus largement accepté et qui ait les meilleures chances d'être traduit dans la pratique. La présentation de ces travaux est attendue pour la fin du premier semestre de l'année 2018.

Cela étant, la publication du rapport d'enquête de l'IUMSP permet d'ores et déjà d'informer et de sensibiliser les directions des EMS et des CMS du canton de Vaud, ainsi que de manière plus large tout le public potentiellement intéressé par la problématique.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 août 2017.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

Violence à l'encontre du personnel en EMS et CMS

Rapport succinct de l'AVDEMS

Le présent rapport est rédigé en complément de l'étude qui sera conduite par l'IUMSP auprès des collaborateurs d'un échantillon représentatif des EMS, tirés au sort. Les informations contenues découlent de la pratique des directions telles que rapportées par une sélection de membres de l'association. En complément des rapports des autres faitières concernées, il est destiné à renseigner le rapport que le SSP produira en réponse au postulat déposé par le député, M. le Dr Vuillemin.

A/ Perception globale de la problématique

De manière générale, les relations entre les résidents, leurs familles et les collaborateurs en EMS sont tout à fait paisibles et productives. Dans certains cas, les collaborateurs peuvent toutefois être victimes d'actes de violence ou de comportement agressif de la part des résidents ou de leurs familles.

Les violences envers les collaborateurs prennent des formes diverses. Elles peuvent être le fait des résidents ou parfois aussi des familles et des proches. Pour ces derniers, ces comportements sont bien souvent explicables par des sentiments de culpabilité liés au placement en institution de leur parent, un manque de compréhension des symptômes de sa maladie ainsi que des exigences élevées relatives à la prise en charge et à l'accompagnement, voire à des moments de tensions particulières.

Les formes de violence observées sont le plus souvent les suivantes :

- violences verbales de type insultes, propos diffamatoires
- violences physiques : morsures, griffures, coup de cannes, attouchements sexuels
- comportements à caractères racistes
- comportements à caractères sexistes

Les extrants PLAISIR renseignent sur la prévalence de la violence en lien avec la maladie des résidents. En absence d'une mesure objective répétée dans le temps, il n'est pas possible de se prononcer sur une quelconque évolution qualitative ou quantitative de la violence dans les EMS. On ne peut en l'état que se référer à des perceptions. Or une certaine cautèle doit être exercée en la matière puisqu'un même auteur (résident ou membre de la famille) peut être à l'origine de multiples actes de violence à l'encontre de différents collaborateurs donnant ainsi une image tronquée de la réalité.

Enfin, s'il est vrai qu'une part des actes de violence subis peut être considérée comme acceptable par le personnel en EMS, principalement en lien avec la pathologie des résidents, il n'en va le plus souvent pas de même avec celle qui est le fait des familles ou des proches.

B/ Mesures existantes, moyens mis en œuvre

A son entrée en EMS, le résident ou l'un de ses proches signe un contrat d'hébergement. A cette occasion, tant le résident que sa famille sont sensibilisés aux règles de convivialité qui s'appliquent à tous dans l'établissement.

Les collaborateurs, nouvellement arrivés, sont informés dans le cadre de leur intégration des risques de violence auxquels ils sont susceptibles d'être confrontés dans l'exercice de leur activité et de la conduite à tenir s'ils y sont confrontés. Certains établissements ont édité des procédures permettant au collaborateur de savoir à qui s'adresser en cas de violence. Outre l'information à leur supérieur, ils peuvent faire appel directement à une personne de confiance externe dont le rôle est d'offrir un espace d'écoute confidentiel, de conseiller et de soutenir. Les équipes mobiles de psychiatrie ou de psychiatrie de l'âge avancé peuvent également être sollicitées à cette fin.

En outre, les situations de violence font l'objet d'observations et de commentaires dans le dossier des résidents concernés et les situations à risque sont abordées lors des colloques d'équipe.

Suite à la survenance d'un épisode de violence, différentes mesures peuvent être prises selon la gravité de celle-ci :

- des rencontres de type réseaux avec les équipes mobiles spécialisées en présence de la famille et des proches,
- la définition d'un cadre de visite pour les proches,
- la rencontre avec le médiateur santé cantonal pour les proches,
- un projet comportemental pour le résident,
- la résiliation du contrat d'hébergement.

Afin de prévenir et faire face à des comportements agressifs ou violents des bénéficiaires et de leur entourage, certaines compétences nécessitent d'être développées chez les professionnels. Le niveau de base exigé pour exercer dans les équipes de soins des EMS (Auxiliaire de santé) reste encore à ce jour insuffisant pour faire face à ces problématiques complexes. Raison pour laquelle, depuis de nombreuses années, des formations continues ont été développées pour permettre aux professionnels des soins mais aussi des autres secteurs d'activités, de pouvoir appréhender ces situations dans le respect des bénéficiaires, de leur entourage et d'eux-mêmes. Elles sont traitées de manière transversale dans le cadre des formations en lien avec l'accompagnement de la personne âgée.

Les thématiques les plus souvent abordées sont les suivantes :

- la compréhension des pathologies aussi bien en psychiatrie, qu'en psychiatrie de l'âge avancé
- la capacité à adapter la communication, aussi bien avec les bénéficiaires qu'avec les proches
- la gestion des conflits
- la gestion des émotions

Basées sur un recueil des besoins du terrain, elles sont traitées dans le cadre de formations dispensées par le Centre de formation de l'AVDEMS, elles se déroulent pour la plupart au sein même des établissements. Parmi celles-ci-ci on peut citer :

- formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé : FAP
- formation d'accompagnateur en psychiatrie : FAPSY
- sensibilisation à l'accueil de bénéficiaires sous mesures pénales

- situations de crise, troubles du comportement et agressivité
- connaître les émotions pour se sentir plus à l'aise et mieux collaborer
- communication avec les familles et les proches
- la gestion et prévention de la violence
- maltraitance envers les ainés : Sensibilisation et Devenir référent Prémalpa
- gestion de conflit (dans le cadre de formations en management : Principaux Outils de la Gestion d'Equipe, Brevet Fédéral de Responsable d'Equipe)

Ces formations sont, pour la plupart, destinées aux publics d'aide, d'auxiliaire voire de niveau CFC, tout secteur confondu. D'autres sont plus spécifiquement réservées à un public de certifiés, diplômés. Les outils pédagogiques sont adaptés tant au public qu'au contexte.

Les formations proposées répondent à des besoins des établissements, comme l'atteste le taux de fréquentation. Ainsi Pr exemple, dans le canton de Vaud, pour FAP, qui existe depuis 2010, c'est près de 360 personnes qui sont formées en moyenne chaque année. Une étude d'impact a été menée en 2014 et démontre sa pertinence. La formation est d'ailleurs proposée également dans les autres cantons romands. Pour FAPSY, qui a été créé en 2015, c'est déjà plus de 70 personnes qui ont été formées.

Ces formations prennent tout leur sens car elles s'appuient sur l'expérience et le vécu des participants, elles permettent de questionner les pratiques, d'actualiser les connaissances et de trouver de nouvelles stratégies. Ce sont des moments de formation mais aussi de partage.

C/ Besoins et développements

Cette partie est volontairement laissée en blanc, en attente des résultats de l'enquête de l'IUMSP.

*****

AIDE ET 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

Contact
claire.anne.kunzler@avasad.ch

Direction Générale AVASAD

Service du développement
des pratiques professionnelles

Violence à l'encontre du personnel des CMS
mars 2017

Note pour SSP

A la demande de Matthieu Reymond

A/ Perception globale de la problématique

1. **Contexte des Soins à domicile**
   Une des spécificités de l'activité de soins à domicile, c'est d'exercer une activité professionnelle dans l'espace privé et personnel des personnes clientes : en majorité féminin[1], le personnel des CMS intervient le plus souvent seul, sans possibilité d'appeler à l'aide un collègue en cas de difficulté imprévue à surmonter. Comparé à des établissements de soins hospitaliers ou EMS, le cadre institutionnel du CMS est « virtuel » tant pour le collaborateur que pour le client.
   En tant qu'employeur, et pour respecter la LTr, la direction des CMS doit veiller à assurer des conditions de travail adaptées à la sécurité et à la santé de ses collaborateurs. Simultanément, le CMS doit prendre en considération l'autonomie et les décisions de la personne cliente et de ses proches quant à leurs choix et aux conditions concrètes de leur vie à domicile. Parfois, l'environnement matériel ou relationnel du client n'est pas adapté au respect de la santé physique et psychique des intervenants qui viennent lui apporter de l'aide et des soins. S'ouvre ici un champ potentiel de conflits entre les deux parties. En cas de conflit avéré, les responsables des CMS doivent ouvrir un espace de négociation pour préserver les intérêts des deux parties, client et ses proches d'un côté et intervenants du CMS de l'autre, tout en respectant l'obligation de prise en charge que lui confère sa mission de service publique.

2. **Faits de violence physique**
   Malgré le contexte de travail isolé risqué pour les collaborateurs des CMS, les faits de violence physique avec mise en danger sont exceptionnels. Lors de telles situations (menaces physiques sérieuses, chien dangereux, présence d'armes, agressions) les directions des Associations et Fondations (A/F) membres de l'AVASAD prennent des mesures immédiates envers le client, (par exemples limitation ou suspension des interventions du CMS, ou sollicitation d'un placement à des fins d'assistance auprès de la Justice de paix) et assurent un soutien au collaborateur qui a été menacé.

3. **Faits de violence verbale ou psychologique**
   Il arrive que le client (ou un de ses proches) dénigre de façon répétée le collaborateur, ou prononce des menaces verbales, ou exerce des agressions psychologiques, ou tienne des propos ou adopte des attitudes racistes ou xénophobes à l'encontre des collaborateurs du CMS. L'effet de stress sur les intervenants de ce type de violence est insidieux.

4. **Comportements d'opposition ou d'agressivité liés à des troubles cognitifs**
   Le suivi par les CMS des personnes atteintes de démence retarde l'entrée en EMS ; simultanément ce suivi confronte nos équipes à des clients dont les troubles du comportement sont préoccupants. Ainsi, les personnes atteintes dans leur santé mentale peuvent devenir – malgré elles - auteurs de faits de violence physique ou verbale qui déstabilisent les intervenants.

[1] Notre personnel est en majorité féminin. Cependant, par souci de lisibilité, la forme masculine est utilisée dans l'ensemble de ce document pour désigner les fonctions et métiers féminins et masculins.

5. Prévalence des faits de violence sur les collaborateurs

Un décompte a été réalisé par les directions des A/F pour les 9 premiers mois de l'année 2016.

	Violence physique (y.c. violence sexuelle)	Présence d'armes	Violence verbale ou psychologique
ASPMAD	**2**	**0**	**8**
ABSMAD	**-**	**1**	**1**
APROMAD	**-**	**-**	**-**
ASANTE SANA	**4 (2)**	**1**	**18**
APREMADOL	**-**	**-**	**1**
FLC	**3**	**-**	**2**
FSL	**-**	**-**	**2**
total Canton	**7**	**2**	**32**

Ces données sont approximatives ; l'AVASAD n'a pas encore déployé d'exigence de relevé systématique auprès de tous les cadres des CMS. Néanmoins, en regard des 29775 clients qui ont été rencontrés par des collaborateurs de CMS durant la même période, nous pouvons affirmer que le nombre de situations de faits de violence identifiées au sein des CMS est peu élevé. De plus, compte tenu, de l'absence de données antérieures à 2016, nous ne pouvons pas mesurer si ce type de situations est en augmentation ou en diminution.

6. Prévalence des difficultés d'agressivité chez les clients des CMS

Lors de 7301 évaluations RAI HC conduites par les CMS auprès de notre clientèle entre mai 2016 et janvier 2017, pour 1.18 % des personnes évaluées (86 personnes), il a été noté de l'agressivité manifestée par le client et difficilement maîtrisée durant les 3 derniers jours qui précédaient l'évaluation : il s'agissait soit d'agressivité verbale soit d'agressivité physique. 83 % de ces mêmes personnes (71 personnes) présentaient simultanément des troubles cognitifs.

B/ Mesures existantes, moyens mis en œuvre

1. Formalisation de la position et des moyens institutionnels

La Charte des CMS en tant que document officiel mentionné dans la Loi sur l'AVASAD et ratifié par le Conseil d'Etat, est un document de référence important pour les collaborateurs des CMS. Elle permet d'informer et d'orienter le client et sa famille dès le début de l'intervention notamment sur les aspects de partenariat et **de respect mutuel attendu entre les deux parties**. La dynamique relationnelle entre le client en situation de dépendance ou atteint dans sa santé et les collaborateurs du CMS peut se trouver momentanément ou durablement altérée et prendre une tournure conflictuelle, épisodique ou généralisée. En toutes circonstances, les collaborateurs ont à adopter une attitude professionnelle de respect envers les clients et leurs proches et peuvent exiger la réciprocité de respect en référence à la charte et aux conditions générales d'intervention, chap. 3 Droits et devoirs des clients lettre I respect des collaborateurs. *« Le client s'engage à faciliter l'intervention des collaborateurs à son domicile en leur assurant accueil, respect et sécurité »*.

La Charte précise quelles pourraient être les limites de l'intervention des CMS et indique comment doivent être traités les conflits qui pourraient survenir entre client et CMS. Notamment, *« le CMS propose au client une orientation vers une autre institution de soins partenaire lorsque » (…) « l'intégrité physique ou psychique des collaborateurs de l'aide et des soins à domicile n'est plus assurée »*.

2. Amélioration du suivi des situations dites « critiques »

L'AVASAD a comme objectif stratégique d'améliorer le suivi par les Directions des CMS, de toutes les plaintes des clients ou de leurs proches, ainsi que le suivi des plaintes des collaborateurs à propos d'une situation qui leur est difficile. Dans ce dernier cas, on utilise le terme « situation critique ».

Depuis fin 2013, un projet a été initié pour concevoir, tester et déployer différents processus et documents : ceux-ci ont été validés par la Plateforme prestations et par le CODIR de l'AVASAD en

[2] 2 cas de violence sexuelle sur des collaborateurs

2014, et complétés en 2015, par des directives d'application du chapitre 4 de la Charte sur les différentes limites d'intervention qui y sont évoquées.

Parmi les directives, figurent des documents qui précisent les responsabilités notamment lorsque soit la sécurité du client soit celle des collaborateurs est compromise :

- Responsabilités des CMS envers client et obligations selon situations à risques
- Maltraitance du client: comment intervenir?
- Procédure RH Signalement maltraitance et soins dangereux
- Procédure RH Violence au travail (annexe 1)
- Menaces contre l'intégrité psychique ou physique des collaborateurs (annexe 3)
- Procédure RH Accusation de vol

Dans tous les cas, lorsque surgit un conflit ou un évènement qui compromet le respect mutuel, ou qui altère pour eux ou pour les intervenants du CMS la qualité ou la sécurité des interventions, il est attendu notamment qu'un responsable du CMS rencontre le client ou ses proches.
La mise en œuvre des directives cantonales a stimulé les Directions des CMS à s'impliquer dans la gestion des conflits entre les parties et à documenter leurs analyses et les accords conclus à l'issue de leurs entretiens.

3. Accompagnement des victimes et suivi des auteurs : mesures préconisées

3.1 Responsabilités du responsable hiérarchique

Le suivi de conflits avec un potentiel de comportements violents représente de gros investissements de la part des collaborateurs et des responsables de CMS. Inquiets face à un client potentiellement violent, ou désécurisés par la présence de conflits antérieurs dans la situation, l'idée d'intervenir dans la situation peut être source d'anxiété pour les collaborateurs et peut entrainer d'autres difficultés en chaîne :

- le stress ressenti par les collaborateurs peut provoquer une augmentation de l'absentéisme dans le CMS ;
- les responsables peuvent se trouver en difficulté pour motiver leurs collaborateurs à accepter d'intervenir dans la situation ;
- la rotation du personnel dans la situation sera intensifiée;
- par suite de cette rotation, la qualité et la continuité des prestations peuvent être précarisées ;
- le client aura de nouvelles raisons d'être mécontent ou angoissé par des intervenants qu'il ne connait pas et de se fâcher contre eux.

Eviter une telle spirale négative demande le renforcement de l'encadrement des équipes concernées. Selon les directives en vigueur, les responsables doivent être attentifs à la souffrance des intervenants concernés. Puis ils doivent s'impliquer auprès du client et de ses proches pour aplanir les difficultés relationnelles relatées.

3.2 Responsabilité des collaborateurs

Pour réagir au contexte immédiat d'une agression, les collaborateurs doivent adopter les comportements et recommandations prévus dans la procédure RH intitulée « Violence au travail » (annexe 1) et dans la directive « Suivi clinique en cas de plaintes ou d'évènement alarmant avec un client » (annexe 2). Dans tous les cas, le collaborateur avertira immédiatement son responsable hiérarchique des évènements dont il a été le témoin et relatera l'acte violent dont il a été la victime. En cas de nécessité, le responsable hiérarchique appellera la police pour protéger la collaboratrice et/ou le client.

3.3 Mesures auprès des auteurs

Lorsqu'il est établi que le client a son discernement, et que le CMS peut interagir avec lui à propos des actes de violence constatés, le responsable du CMS négociera avec le client et son entourage les conditions de la poursuite des interventions du CMS. Le client sera alors averti oralement puis par écrit des potentielles conséquences en cas de récidive des actes ou des propos violents observés. Les dispositions prises par le responsable face à un client qui a des troubles cognitifs seront différentes : une rencontre avec le médecin traitant et les proches du client cherchera à définir quelles nouvelles stratégies de suivi ou de traitement pourraient s'adapter à l'évaluation clinique du client.

En cas d'acte de violence avéré chez un client, le responsable du CMS peut décider de mesures exceptionnelles, sans toutefois restreindre son obligation de soins et d'aide envers la personne cliente qui a été violente et potentiellement pourrait répéter d'autres actes de violence sur d'autres collaborateurs.

Notamment le CMS peut envisager de :

- accompagner et encourager le collaborateur agressé à déposer une plainte pénale
- restreindre les prestations au seul appui minimal répondant à la sécurité et au confort du client, et que le CMS est seul à pouvoir prendre en charge conformément à la Charte (p. 12 lettre C).
- confier la prestation à deux intervenants simultanés, et le coût du deuxième intervenant sera à la charge du client sauf si l'état de santé mentale du client permet d'obtenir de l'assurance le financement de celui-ci
- s'assurer de la présence d'un tiers pendant l'intervention du CMS, avec frais de cette présence à charge du client

La définition de l'une ou l'autre de ces mesures relève d'un positionnement institutionnel porté par le directeur de l'A/F concernée. Aucune des mesures ne peut être prise sans l'avoir formellement annoncée au client et à ses proches, oralement puis par écrit, en précisant l'obligation en tant qu'employeur de veiller à la santé et à la sécurité de son personnel et en indiquant, le cas échéant, les coûts de ces mesures mis à la charge du client.

3.4 Dispositif d'Aide au Travailleur Isolé (DATI)

En lien avec la santé et la sécurité au travail, l'AVASAD a fait l'acquisition pour les 53 CMS du canton, de 300 appareils techniques pour contribuer à la sécurité des intervenants terrain. Ces appareils sont mis à disposition des collaborateurs appelés à intervenir dans des contextes d'insécurité identifiés au préalable par leurs responsables hiérarchiques. Ces appareils permettent, sur la simple pression d'une touche, d'entrer en relation avec une centrale d'alarme et d'engagement professionnel 24 h/24. Lors d'un déclenchement du signal, les collaborateurs peuvent communiquer, via l'émetteur-récepteur intégré, avec un agent de sécurité de la centrale formé spécifiquement à des protocoles définis pour les soins à domicile. La centrale reçoit automatiquement les coordonnées GPS de la balise, et en fonction de l'appréciation du risque, elle fait intervenir un Securitas et/ou la police.

Ce dispositif a été introduit il y a moins d'un an : à ce jour, le dispositif a été très peu utilisé ; la difficulté est d'attribuer le dispositif au personnel le plus exposé sans l'alarmer exagérément, ni induire pour lui du stress supplémentaire dans l'anticipation de ses interactions avec le client potentiellement agressif.

4. Information et formation du personnel

4.1 Formation des cadres

a. Formation Suivi des plaintes et des situations critiques

Une formation de deux demi-journées est prévue pour tous les cadres des CMS d'ici fin juin 2017. Elle porte sur le suivi de l'ensemble des conflits entre le CMS et les clients ou leurs proches. La finalité est de renforcer les ressources et l'engagement du management auprès des équipes dans le suivi des situations critiques.

b. Sensibilisation à la prévention du racisme

Prenant appui sur une étude réalisée entre 2012 et 2013 à la Fondation Soins Lausanne et soutenue par le Service de lutte contre le racisme, l'Institut la Source a réalisé une formation de Sensibilisation à la prévention du racisme intitulée « Racisme et discrimination raciale : une situation critique comme une autre ? » à laquelle près de la moitié des cadres des CMS ont pu participer.

4.2 Encadrement et formation des collaborateurs des CMS

a. L'approche clinique en santé mentale

L'approche clinique en santé mentale instaurée avec le programme Santé Mentale sur tous les CMS du Canton d'ici la fin du premier trimestre 2018 permet aux collaborateurs de renforcer la connaissance et le dépistage des symptômes, notamment quand il y a des troubles cognitifs et des troubles de comportements associés observés chez le client ou chez un de ses proches. Les formations d'Accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé (FAP) déployées auprès de nos collaborateurs auxiliaires et aide au ménage permettent une meilleure appréhension des

attitudes à adopter[3] en fonction des symptômes observés. Les auxiliaires apprennent à s'exprimer sur les difficultés rencontrées et peuvent solliciter les Personnes ressources en santé mentale pour les accompagner sur le terrain.

Outre la formation des collaborateurs, le programme propose :

- des documents de référence de pratique clinique
- des documents de délégation dans lesquels les professionnels décrivent aux auxiliaires de soin ou d'aide au ménage les actes à réaliser et les attitudes à adopter en fonction des comportements du client. (exemple annexe 4)
- des ateliers d'analyse clinique qui ciblent les situations les plus complexes avec des troubles du comportement et des conduites d'opposition.
- des modèles de contrat écrit à négocier avec les proches et le médecin traitant, pour préciser les objectifs suivis lors des interventions du CMS, les limites et les risques assumés par chaque protagoniste dans la situation, et les contextes de retrait ou de suspension momentanée de l'intervention durant lesquels il faut renoncer à agir pour ne pas entrer vainement en symétrie avec le client angoissé ou agressif.

b. Diffusion de la directive cantonale pour les collaborateurs

Cette directive Directive « Suivi clinique en cas de plaintes ou d'évènement alarmant avec un client » (annexe 2) émise fin 2016, décrit les différents risques de situations critiques auxquels sont exposés les collaborateurs des CMS et invite notamment ceux-ci à ne pas rester seuls dans une situation où ils ressentent de la violence à leur égard. Sa diffusion doit être portée par les cadres des A/F et des CMS en proximité avec des exemples cliniques concrets rencontrés par les équipes. Les responsables des CMS ont mission de diffuser et d'accompagner cette directive – au plus tard d'ici fin 2017 - une fois qu'eux-mêmes auront été formés au champ de leurs responsabilités, tant auprès des collaborateurs concernés qu'auprès du client ou de ses proches.

c. Renforcement de l'encadrement

Toutes les Directions des A/F sont sensibles aux défis de l'encadrement de leurs collaborateurs : à cet effet, elles ont renforcé leurs équipes de management pour introduire des responsables d'équipe en proximité des collaborateurs, ainsi que des cliniciens et des consultants en soins pour renforcer l'analyse clinique des situations complexes ou critiques en soutien auprès des collaborateurs impliqués. L'attention portée par les responsables des CMS aux échanges interdisciplinaires au sein du CMS est un facteur clef pour prévenir les situations critiques. En effet, les contacts réguliers entre responsables et les équipes permettent au collaborateur qui se sent agressé verbalement ou psychologiquement de solliciter aisément son responsable et ses collègues dès le premier évènement qui l'alarme dans sa relation avec le client.

d. Soutien aux proche-aidant

Dans le cadre du programme Proche-aidant déployé au sein des A/F depuis 2015 d'ici 2019, les mesures de soutien proposées aux proches des clients des CMS peuvent s'avérer utiles en termes de prévention de l'épuisement des proches concernés, améliorer la coordination et la communication entre les différentes personnes impliquées dans le projet de vie à domicile du client, et par conséquent aplanir aussi les possibles sources de conflits entre proches et professionnels.

e. Cours gestion de conflits et cours d'auto-défense.

Certaines A/F proposent à l'interne des cours à l'intention de leurs collaborateurs, par exemples cours pour gérer les entretiens difficiles et conflictuels ou des cours d'auto-défense.

5. Monitoring des situations

Dans le but d'améliorer encore la traçabilité des plaintes et des situations critiques, le Service Informatique de l'AVASAD a développé à l'interne un nouvel outil qui permettra de prendre la mesure de ce que les cadres des CMS enregistrent comme plaintes des collaborateurs sur des difficultés rencontrées chez des clients. L'objectif de l'outil est de permettre aux directeurs des A/F et aux responsables des CMS de tracer toutes les situations critiques ou plaintes, avec les négociations réalisées avec le client ou ses proches. Suite au succès du pilote effectué à l'ASPMAD Nord Vaudois en juin 2016, le déploiement de l'outil au plan cantonal sera terminé d'ici fin juin 2017. Son introduction intervient dans la continuité des formations des cadres des CMS

[3] Certaines A/F comptent déjà 60 % de leurs équipes d'auxiliaires de soins déjà formées.

déployées dans chacune des AF et qui portent sur leurs responsabilités dans le suivi des situations critiques.

Les alarmes de violence sur intervenants dont les collaborateurs auront avisé leurs responsables seront identifiées et classées selon les paramètres suivants :

- verbal
- psychologique
- physique
- armes

C/ Besoins et développements

1. Introduction

Après une rapide réflexion sur les développements potentiels, la Direction Générale de l'AVASAD s'interroge ci-dessous sur différentes mesures possibles qui apporteraient davantage de soutien concret auprès de ses collaborateurs.

2. Mesures de renforcement du cadre réglementaire et/ou législatif

2.1 Loi Santé Publique

Nous nous interrogeons s'il ne faudrait pas en amont des activités des institutions de santé du canton renforcer le cadre législatif de la Loi Santé Publique en y introduisant un article général qui évoquerait les devoirs des patients et qui mentionnerait les devoirs conférés par la Loi sur le Travail (LTr) aux employeurs que sont les institutions de santé. On a comme exemple la LSP Genevoise qui spécifie le respect attendu du respect des intervenants des institutions de santé.[4]

2.2 Charte des CMS

La Charte des CMS devrait contenir des articles plus explicites sur les devoirs des clients en termes de respect des conditions de travail des collaborateurs. Nous pensons qu'il serait utile de spécifier différents éléments qui aujourd'hui ont été identifiés comme manquants par les directions des CMS, en lien avec le droit des collaborateurs au respect et à la sécurité dans l'exercice de leur activité. Il pourrait être indiqué en clair que :

- l'institution a comme obligation de protéger l'intégrité physique et psychique de ses collaborateurs,
- l'institution s'engage fermement contre la discrimination et le racisme
- l'institution assume le devoir de protection des travailleurs que lui assigne la loi.
- l'institution ne tolérera pas des actes de discrimination raciale ou de violence qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique des collaborateurs.
- l'agression verbale ou physique à l'endroit des collaborateurs constitue une limite de l'intervention des CMS que l'institution ne pourra pas franchir et peut conduire à une dérogation à l'obligation de prise en charge des CMS.
- toute personne auteur d'agressions verbales ou physiques à l'encontre du personnel fera l'objet de poursuites judiciaires.

3. Mesures de Prévention

Le renforcement de l'encadrement et de la formation des collaborateurs sont au cœur des mesures de prévention à concevoir.

3.1 Poser un cadre d'intervention initial

Porter une grande attention à l'explicitation auprès du client des contenus, des objectifs et des modalités des prestations du CMS est essentiel pour que tout se déroule au mieux dans la relation entre le client et le CMS ; cette étape, bien réalisée, permet de prévenir malentendus ultérieurs ou attentes inadaptées entre les parties et atténue l'éventualité de conflits entre le client (ou ses proches) et le CMS.

---

4 Art. 40 Devoirs des patients

1 Les patients s'efforcent de contribuer au bon déroulement des soins, notamment en donnant aux professionnels de la santé les renseignements les plus complets sur leur santé et en suivant les prescriptions qu'ils ont acceptées.

2 En institution de santé, les patients ainsi que leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients.

3.2 Aisance relationnelle et gestion des conflits dans notre contexte de travail

Il y aurait lieu d'étudier si des formations internes sont à généraliser pour tous les collaborateurs des CMS et particulièrement pour le personnel auxiliaire, pour améliorer leur aisance relationnelle face aux clients et à leurs proches et développer des compétences pour :

- entendre la colère du client
- désamorcer l'agressivité
- développer leur assertivité et leur posture professionnelle en l'adaptant à la situation clinique du client

3.3 Amélioration de l'encadrement des collaborateurs

Compte tenu de l'évolution des profils cliniques de la clientèle des CMS, l'AVASAD devra renforcer l'encadrement des collaborateurs intervenants auprès de clients dont les situations sont complexes et parfois critiques.

4. Propositions de renforcement de la coopération avec les autorités

4.1 Structure de médiation cantonale

Aujourd'hui seuls les clients mécontents des interventions du CMS peuvent mobiliser le bureau cantonal de médiation. Pourrait-on élargir la mission du Bureau cantonal de médiation afin qu'il puisse être sollicité par les CMS eux-mêmes pour les aider à réguler les difficultés qu'ils rencontrent avec certains clients ? Ou faudrait-il créer un autre organe de médiation pour répondre à ces difficultés de respect par les clients de l'intégrité physique et psychique des collaborateurs des CMS ?

4.2 Collaboration avec les autorités de protection de l'Adulte

Il serait utile de développer une culture commune avec les juges de paix sur les éléments constituant des indicateurs de limites du maintien à domicile pour le client dans différents contextes de comportements violents et sur les différentes propositions à mettre en œuvre.

4.3 Collaborations avec des autorités de police ou avec des entreprises de sécurité

Des dispositions communes établies soit avec les différents services de police du canton soit avec les entreprises de Sécurité appelées en renfort pour l'intervention des collaborateurs, seraient à définir pour faciliter leur mobilisation dans de nouvelles situations. En effet, il serait utile de mutualiser l'expérience acquise ces dernières années dans différents contextes de violence extrême lorsque le management des CMS a dû prendre des mesures immédiates pour garantir les soins au client et sécuriser les collaborateurs appelés à les effectuer.

5. Développement d'applications dédiées pour appeler à l'aide en cas de danger pour tous les intervenants des CMS

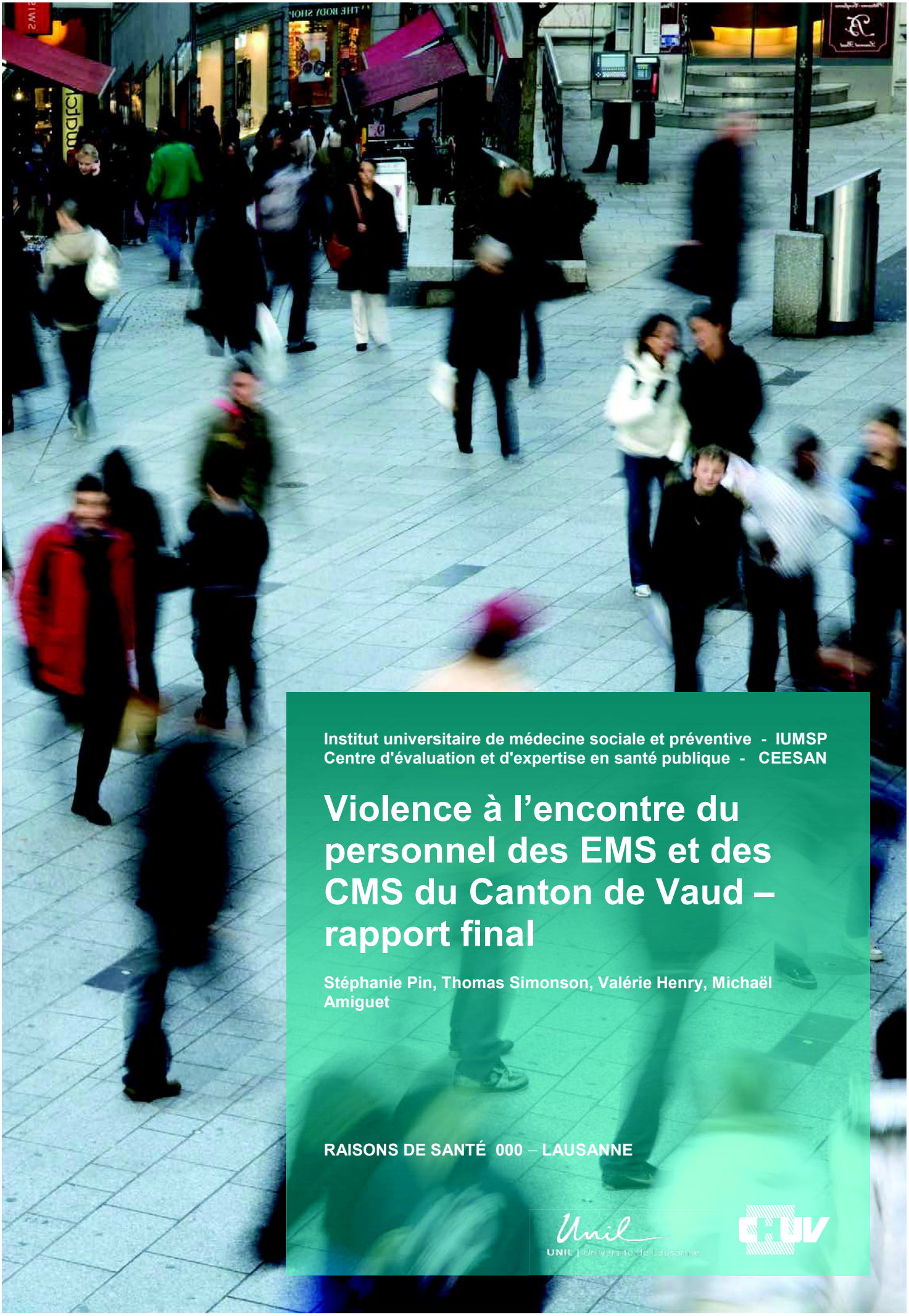
Le Dispositif DATI introduit en 2016 devra être évalué auprès des équipes de CMS.

Au cours de ce bilan, différentes questions seront à explorer, par exemple :

- ce type d'application augmente-t-il réellement le sentiment de sécurité des collaborateurs ?
- un tel dispositif est-il effectivement utile dans les cas d'extrême nécessité ?
- doit-on envisager d'autres solutions techniques valables pour tous les intervenants à domicile ? (par exemple, application dédiée à la sécurité de tous les intervenants à domicile accessible sur les smartphones des collaborateurs pour leur permettre facilement d'appeler à l'aide ?).

D/annexes

1. procédure « Violence au travail »
2. directive « Suivi clinique en cas de plaintes ou d'évènement alarmant avec un client »
3. directive « Suivi des situations critiques : menaces contre l'intégrité physique ou psychique de collaborateurs »
4. exemple « Suivi délégation santé mentale ».



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

Violence à l'encontre du personnel des EMS et des CMS du Canton de Vaud – rapport final

Stéphanie Pin, Thomas Simonson, Valérie Henry, Michaël Amiguet

RAISONS DE SANTÉ 000 – LAUSANNE

UNIL | Université de Lausanne

CHUV

Raisons de santé 000

Étude financée par : Service de la santé publique du Canton de Vaud

Citation suggérée : Pin, S., Simonson, T., Henry, V. et Amiguet, M.. Violence à l'encontre du personnel des EMS et des CMS du Canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017 (Raisons de santé 000).

Remerciements : A Sébastien Bacher, Loïc Salomé et Katarina Vujovic, pour leur aide lors de la réalisation de l'enquête.

A M. Sénéchaud (AVDEMS), M. Mottier (FEDEREMS) et M. Dupertuis (AVASAD) pour leur soutien.

Aux directeurs des établissements médico-sociaux et aux responsables des centres médico-sociaux ayant participé à l'enquête.

A toutes celles et ceux, collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, qui ont participé à l'enquête et qui ont, par leur réponse, contribué à la réussite de cette étude.

Date d'édition : Juin 2017

© CHUV - DUMSC
ISSN 1660-7104

Table des matières

1 L'essentiel 7
1.1 Le contexte 10
1.2 La méthode 10
1.3 Les principaux résultats 11
1.4 Discussion et conclusions 12
2 Introduction 14
2.1 Violence au travail 16
2.2 Situation en Suisse et dans le Canton de Vaud 18
2.2.1 Violence au travail 18
2.2.2 Violence en EMS / CMS 18
2.2.3 Le Postulat Vuillemin et consorts 19
3 Objectifs et périmètre de l'enquête 22
3.1 Objectifs 24
3.2 Périmètre 24
4 Méthodes 25
4.1 Groupe d'accompagnement 27
4.2 Population, échantillon et mode de recrutement 27
4.2.1 Structures et publics concernées 27
4.2.2 Critères d'inclusion 29
4.2.3 Echantillonnage et recrutement 29
4.3 Collecte de données 31
4.3.1 Enquête au sein des EMS 31
4.3.2 Enquête au sein des CMS 33
4.3.3 Ethique 33
4.4 Instruments de mesure 34
4.5 Analyses 34
5 Résultats 36
5.1 Profil des répondant-e-s 38
5.2 Formation à la gestion de la violence et connaissance des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles 42
5.2.1 Formation à la gestion de la violence 42
5.2.2 Connaissance, par les professionnel-le-s, des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles au sein de leur établissement ou service 46
5.2.3 Perception, par les professionnel-le-s, des mesures de soutien disponibles en cas d'agression au sein de leur établissement ou de leur service 48
5.3 Expérience d'actes agressifs 49
5.3.1 Expérience d'actes agressifs au cours du parcours professionnel 49
5.3.2 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois et suites 54
5.3.3 Expérience d'actes agressifs durant les sept derniers jours 62
5.3.4 Signalement et gêne ressentie suite au dernier acte agressif subi 65
6 Discussion 68
6.1 Forces et limites de l'enquête 70

6.2 La violence, une expérience fréquente dans les lieux de prise en charge de personnes fragiles 71
6.3 La violence, un risque inhérent aux métiers de l'aide et du soin 73
6.4 La violence, une problématique diversement prise en compte par les établissements et les services 74
7 Conclusions 77
8 Références 81

Liste des tableaux

Tableau 1 Plan d'échantillonnage pour les EMS 30

Tableau 2 Plan d'échantillonnage pour les CMS 31

Tableau 3 Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des EMS..... 40

Tableau 4 Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des CMS 41

Tableau 5 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS 43

Tableau 6 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS, en fonction du groupe professionnel 44

Tableau 7 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des CMS, en fonction du groupe professionnel 45

Tableau 8 Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien existant dans les établissements et services 47

Tableau 9 Etablissements médico-sociaux où plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices rapportent des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien 48

Tableau 10 Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des CMS et des EMS, des mesures de soutien disponibles dans leur structure en cas d'agression..... 49

Tableau 11 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel 52

Tableau 12 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel 53

Tableau 13 Fréquence et auteur des insultes subies durant les douze derniers mois 55

Tableau 14 Fréquence et auteur des agressions physiques subies durant les douze derniers mois 56

Tableau 15 Fréquence et auteur des menaces subies durant les douze derniers mois 57

Tableau 16 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel 59

Tableau 17 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel 60

Tableau 18 Fréquence et auteur des actes agressifs subis durant les sept derniers jours 64

Tableau 19 Gêne ressentie par les victimes au sein des EMS et des CMS lors de la dernière agression..... 66

Tableau 20 Signalement du dernier acte agressif survenu durant les douze derniers mois 67

Liste des figures

Figure 1 Distribution des EMS selon le taux de participation à l'enquête parmi leurs collaborateurs et collaboratrices 32

Figure 2 Taux de participation à l'enquête au sein des CMS, selon l'Association ou la Fondation 33

Figure 3 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnels 50

Figure 4 Expérience d'actes agressifs durant les douze mois ayant précédé l'enquête 54

Figure 5 Mesures de soutien sollicitées par les victimes après un acte agressif subi dans les douze derniers mois 61

Figure 6 Expérience d'actes agressifs durant les sept jours ayant précédé l'enquête 63

1

L'essentiel

1 L'essentiel

1.1 Le contexte

Présenté au Grand Conseil du Canton de Vaud lors de la séance du 30 juin 2015, le postulat « *Philippe Vuillemin et consorts – Pour une meilleure protection du personnel soignant en EMS* » part du constat que, si la maltraitance des personnes âgées est désormais reconnue et appréhendée par les différents acteurs concernés, celle à l'égard des soignant-e-s et des personnels travaillant en établissements médico-sociaux (EMS) et dans les centres médico-sociaux (CMS) est plus rarement évoquée publiquement.

Certain-e-s professionnel-le-s (par exemple : policier-ère-s, enseignant-e-s, personnels des établissements de santé) présentent des risques accrus d'être confrontées à des actes de violence à leur égard. Le travail isolé et le contact avec des clients, en particulier lorsqu'ils sont sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, quand ils sont connus pour avoir eu un passé violent ou qu'ils souffrent de maladies pouvant être associées à des comportements agressifs constituent ainsi des facteurs de risque. Le risque d'être confronté à la violence ou à des comportements agressifs concerne aussi les professionnel-le-s en contact avec des personnes atteintes dans leur santé, à domicile ou en institution. Des enquêtes menées dans les établissements médico-sociaux (EMS) ou auprès des professionnel-le-s du maintien à domicile, à l'étranger et en Suisse rapportent des taux relativement élevés d'exposition à la violence chez les soignants. On ne dispose en revanche d'aucune donnée concernant cette problématique pour la Suisse Romande ou pour le Canton de Vaud.

Le postulat Vuillemin et consorts vise à combler cette lacune et à «*faire reconnaître publiquement la réalité de ces violences verbales ou physiques, d'en connaître le nombre même si elles sont rares afin de permettre un certain nombre de mesures permettant au personnel de se défendre*». A cette fin, le Service de la santé publique (SSP) du Canton de Vaud a mandaté l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) et son Centre d'expertise et d'évaluation en santé publique (CEESAN) pour réaliser une enquête auprès des collaborateurs et collaboratrices des EMS et des centres médico-sociaux (CMS) du canton.

1.2 La méthode

Une enquête transversale descriptive a été réalisée du 27 février au 31 mars 2017 auprès des professionnel-le-s travaillant dans les EMS et les CMS du Canton de Vaud. Un échantillon de 34 EMS a été sélectionné aléatoirement, après stratification par mission (gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé), par taille d'établissement et par faîtière (AVDEMS et FEDEREMS). Un échantillon de 14 CMS a été sélectionné aléatoirement, de manière à ce que chacune des sept Associations et Fondations régionales soit représentée. Tous les collaborateurs et collaboratrices des EMS et CMS sélectionnés ont été invité-e-s à participer à l'enquête. Les modalités de collecte ont été adaptées

en fonction du contexte des structures : les EMS sélectionnés ont reçu un lot de questionnaires papier et d'enveloppe-réponse à distribuer à leurs personnels ; les collaborateurs et collaboratrices des CMS sélectionnés ont reçu un lien électronique leur permettant de répondre à l'enquête en ligne. Les taux de participation sont de 47.0% pour les EMS et 66.0% pour les CMS. Les données ont été pondérées et ajustées pour tenir compte de la structure stratifiée de l'échantillon, de la variance entre les structures et des non-réponses. Le rapport présente les analyses descriptives sous forme de fréquences pondérées et d'associations bivariées.

1.3 Les principaux résultats

Formation à la gestion de la violence et connaissance des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles

Un cinquième des répondant-e-s au sein des EMS et des CMS ont suivi une formation courte (moins de 3 jours) spécifiquement consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives. 84.9% des collaborateurs et collaboratrices des EMS et 78.6% dans les CMS estiment toutefois qu'une telle formation est nécessaire dans leur activité actuelle. 45% des collaborateurs et collaboratrices des EMS et 52.9% dans les CMS s'estiment suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs qu'ils ou elles rencontrent ou pourraient rencontrer dans leur activité professionnelle.

Moins de la moitié des répondant-e-s dans les EMS rapportent l'existence de mesures de soutien spécifiques ou de procédures de gestion et de signalement des comportements agressifs au sein de leur établissement. Chez les personnels des CMS, six répondant-e-s sur dix rapportent l'existence de telles mesures.

Expérience d'actes agressifs

Une majorité de professionnel-le-s ayant participé à l'enquête, dans les EMS (72.4%) comme dans les CMS (58.6%), a déjà été victime de comportements agressifs de la part de personnes soignées ou de leurs proches au cours de leur parcours professionnel. Les insultes sont les actes agressifs le plus souvent rencontrés (65.3% dans les EMS ; 54.1% dans les CMS), avant les agressions physiques (51.7% dans les EMS ; 19.0% dans les CMS) et les menaces (28.4% dans les EMS ; 20.2% dans les CMS).

57.6% des collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s dans les EMS et 28.6% dans les CMS déclarent avoir été victimes, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, d'insultes (53.3% dans les EMS ; 17.0% dans les CMS), de menaces (23.9% dans les EMS ; 7.2% dans les CMS) ou d'agressions physiques (36.7% dans les EMS ; 4.3% dans les CMS) de la part de personnes soignées ou de leurs proches. Ces actes de violence, quelle que soit la forme, sont le plus souvent commis par des résident-e-s ou des client-e-s ; les proches sont principalement à l'origine d'insultes, pour environ un dixième des personnes interrogées, dans les EMS comme dans les CMS.

Enfin, 23.8% des personnes interrogées dans les EMS et 3.1% des collaborateurs et collaboratrices des CMS rapportent des actes agressifs subis durant les sept derniers jours, des insultes (22.7% dans les EMS ; 2.9% dans les CMS), des agressions physiques (11.9% dans les EMS ; 0.4% dans les CMS) ou des menaces (9.5% dans les EMS ; 0.6% dans les CMS).

Suites données aux actes agressifs subis durant les douze derniers mois

Un tiers des professionnel-le-s ayant été victimes d'au moins un acte agressif durant les douze derniers mois, dans les EMS comme dans les CMS, déclarent ne pas avoir eu besoin de soutien suite à la violence subie. Les formes de soutien les plus souvent rapportées sont, quel que soit le lieu de prise en charge, la discussion ou l'entretien sur l'incident avec un collègue de travail (61.7% dans les CMS ; 54.6% dans les EMS), puis la discussion ou l'entretien avec le supérieur direct, le service RH ou la direction (44.5% dans les CMS ; 32.7% dans les EMS).

Environ 5.0% des victimes ont dû être en arrêt de travail suite à la violence subie durant les douze derniers mois.

Environ un tiers des victimes évaluent la dernière agression physique subie (37.3% dans les EMS ; 28.2% dans les CMS) ou la dernière menace subie (29.3% dans les EMS ; 28.0% dans les CMS) comme très ou extrêmement gênante ; 24.0% des victimes travaillant dans les CMS et 20.4% des victimes au sein des EMS évaluent leur dernière insulte subie comme très ou extrêmement gênante.

La grande majorité des victimes ont signalé le dernier acte agressif subi, quelle que soit la forme de l'agression.

1.4 Discussion et conclusions

Pour la première fois dans le Canton de Vaud et, à notre connaissance, en Suisse, une enquête de grande envergure offre un bilan des situations de violence à l'encontre des personnels des EMS et des CMS. Ceux-ci sont fréquemment exposés à la violence durant leur parcours professionnel et dans le cadre de leur emploi actuel. Cette fréquence d'exposition à des actes agressifs est toutefois concordante avec les données existantes au niveau international et en Suisse Allemande, même si elles ne peuvent être comparées qu'avec prudence, en raison notamment de différences méthodologiques entre les études.

Les situations de violence sont plus fréquentes en EMS que dans les CMS, sans doute en raison du profil spécifique des résident-e-s qui y sont accueilli-e-s, mais aussi en lien avec un temps passé plus long en contact avec les résident-e-s. Au sein des structures, si potentiellement toutes les catégories de professionnel-le-s sont concernées par la violence, ce sont en effet les personnels en contact direct avec les résident-e-s ou les client-e-s qui sont les premières victimes : les infirmier-ère-s, les aide-soignant-es ou auxiliaires de santé, les professionnel-le-s du travail social ou de l'animation socio-culturelle. Une large partie de ces répondant-e-s s'estiment par ailleurs insuffisamment formé-e-s pour faire face à des comportements agressifs qu'ils ou elles rencontrent ou pourraient rencontrer dans leur activité professionnelle.

L'enquête pointe le rôle essentiel joué par les directions et l'encadrement dans la gestion des situations de violence et l'accompagnement des victimes. Une majorité de professionnel-le-s estiment que les victimes peuvent recevoir un soutien et reconnaissent que des mesures existent pour signaler, gérer les situations d'agressions ou accompagner les personnes les ayant subies. La situation est toutefois plus homogène dans les CMS que dans les EMS où une démarche de sensibilisation à la thématique et de formalisation de sa gestion mériterait d'être entreprise.

2

Introduction

2 Introduction

La problématique de la maltraitance à l'encontre des professionnels a été principalement abordée, dans la littérature et les politiques publiques internationales, sous l'angle de la violence au travail [1, 2]. Certaines professions (par exemple : policiers, enseignants, personnels des établissements de santé) présentent en effet des risques accrus d'être confrontées à des actes de violence à leur égard et ont été plus spécifiquement ciblées.

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail [3], les environnements à risque sont en majeure partie concentrés dans le secteur des services et, en particulier, dans le secteur de la santé. Le travail isolé et le contact avec des clients, en particulier lorsqu'ils sont sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, quand ils sont connus pour avoir eu un passé violent ou qu'ils souffrent de maladies pouvant être associées à des comportements agressifs sont des facteurs de risque. Le risque d'être confronté à la violence ou à des comportements agressifs concerne également les professionnel-le-s en contact avec des personnes âgées, à domicile ou en institution. **Des enquêtes menées dans les établissements médico-sociaux à l'étranger et en Suisse allemande [4-6] rapportent ainsi des taux relativement élevés d'exposition à la violence chez les soignants**.

On ne dispose en revanche d'aucune donnée concernant cette problématique pour la Suisse Romande ou le Canton de Vaud. Un postulat déposé au Grand Conseil du Canton de Vaud en juin 2015 par Vuillemin et consorts demande explicitement qu'un bilan soit fait de la maltraitance subie par les personnels des établissements médico-sociaux et des centres médico-sociaux et des mesures existantes en termes de prévention, formation et accompagnement. **Ce rapport présente les résultats d'une enquête menée du 27 février au 31 mars 2017 afin d'établir un état des lieux de la violence subie par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et CMS**.

2.1 Violence au travail

Un des enjeux centraux concernant la violence au travail concerne **la terminologie et la définition du champ** à considérer. La violence au travail ne fait en effet pas l'objet d'une définition consensuelle et les différents travaux scientifiques portant sur cette question utilisent une terminologie extrêmement variée : violences, agressions sur le lieu de travail, mauvais traitements, comportements antisociaux etc. pour les articles ou travaux francophones, «*workplace violence* », « *abuse* », «*work-related physical assault*», «*work-related assault injury* » etc. dans la littérature anglophone [7]. Le terme «*maltraitance*» semble plus rarement utilisé pour les situations où la victime n'est pas le client, le patient ou le résident mais le ou la professionnel-le.

L'Organisation internationale du travail (OIT) définit la violence au travail comme étant «*toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait de son travail* » [8] :

selon l'OIT, les agressions physiques, la violence verbale, une gestuelle agressive ainsi que les différentes formes de harcèlement (moral, racial ou sexuel) doivent faire l'objet d'une évaluation des risques dans le contexte du dépistage de la violence au travail.

La violence au travail a été abordée dans plusieurs enquêtes au niveau international de trois manières principales [9, 10]. Ces approches utilisent des définitions et opérationnalisations différentes de la violence au travail.

Tout d'abord, dans les enquêtes portant sur la violence en général (par exemple : l'enquête Evénements de vie et santé) ou auprès de populations spécifiques (par exemple : les violences faites aux femmes dans l'Enquête Enveff), différentes sphères peuvent être explorées, notamment celle du travail. Ainsi, l'enquête Enveff [11] définit les violences comme des atteintes à l'intégrité de la personne et en évalue les aspects physique, sexuel, verbal et psychologique. Le travail constitue une des sphères explorées. L'enquête Enveff comporte douze questions sur les violences survenues au cours des douze derniers mois réparties en cinq catégories : « pressions et atteintes psychologiques », « insultes et menaces verbales », « destruction de l'outil de travail », « agressions physiques », « harcèlements et agressions sexuels ». Ce type d'approche permet d'analyser transversalement la question de la violence, mais permet plus difficilement d'étudier les aspects organisationnels de la violence au travail.

Ensuite, certaines enquêtes explorent spécifiquement les conditions de travail et peuvent inclure des questions portant sur la violence subie ou ressentie. Dans cette approche, la violence est appréhendée comme un risque professionnel, le plus souvent classé sous les risques psychosociaux. L'enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), interrogeant par téléphone près de 5000 travailleurs et travailleuses de 15 ans et plus, explore trois formes de violence reconnues comme risques importants pour la santé et la sécurité au niveau international et faisant l'objet de législations spécifiques au Québec : le harcèlement psychologique (harcèlement moral, bullying, mobbing), le harcèlement sexuel et la violence physique [12].

Enfin, des procédures formelles de signalement des violences faites à l'encontre des personnels peuvent être établies dans certains secteurs ou dans certaines entreprises. C'est le cas notamment en France où, depuis 2005, l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) recueille, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence commis au sein d'établissements de santé, établit ainsi un monitoring de ces situations et élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques pour les prévenir et les accompagner. Une fiche de signalement a été établie qui intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal français. Cette fiche distingue ainsi les atteintes aux biens et les atteintes aux personnes, et les décline en niveaux de gravité.

2.2 Situation en Suisse et dans le Canton de Vaud

2.2.1 Violence au travail

La législation sur le travail suisse, au travers de la loi sur le travail (LTr) et de son ordonnance 3 (OLT 3) impose **aux employeurs de prévoir des mesures pour la protection de l'intégrité personnelle des travailleurs**. La LTr, article 6, alinéa 1, indique notamment que, « *pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit en outre prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité personnelle des travailleurs* .»

Reprenant la définition proposée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2002), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) définit la «*violence de l'extérieur*» ou «*violence externe*» comme la «*violence physique ainsi que les vexations verbales et les menaces, proférées ou exercées par des personnes externes (par exemple des clients) à l'encontre de travailleurs et mettant en danger leur santé, leur sécurité ou leur bien-être. La violence peut également prendre un aspect raciste ou sexuel*». Différentes formes de violence externe sont listées : impolitesses (manque de respect vis-à-vis des autres) ; violence physique ou verbale (intention de blesser quelqu'un) ; agressions, agissements hostiles contre autrui (intention de faire du tort à autrui).

A notre connaissance, **on ne dispose toutefois pas de données nationales sur la prévalence de la violence au travail** en général, pas plus que spécifiquement dans les établissements de soins.

2.2.2 Violence en EMS / CMS

A notre connaissance et selon les résultats de deux revues de littérature sur ce sujet [5, 6], **une seule enquête sur la violence à l'encontre des personnels a été menée en Suisse dans les établissements médico-sociaux** et a donné lieu à une publication. Il s'agit d'une enquête transversale, réalisée en 2010 et 2011 auprès de 814 soignant-e-s travaillant dans 21 EMS de Suisse alémanique afin d'examiner leurs expériences et leurs stratégies de gestion des comportements agressifs des résidents et leurs conséquences sur leur santé et sur la relation avec le ou la résident-e [4]. Cette enquête met l'accent sur le comportement agressif qui inclut, selon la définition proposée par les auteurs, les insultes verbales, les menaces et intimidations avec ou sans arme, et les attaques physiques avec ou sans armes. 38.0% des professionnel-le-s ayant répondu ont rapporté avoir vécu des incidents agressifs de la part des résidents dans les sept jours précédant la collecte de données. Dans la plupart des cas, ces comportements étaient le fait de résident-e-s souffrant de démence et/ou de dépression et étaient survenues durant des interventions impliquant un contact physique.

En revanche, à l'exception d'un travail de mémoire portant sur un petit échantillon d'EMS du Canton de Vaud [13], **nous n'avons pas identifié de publications ou de données publiques concernant la violence subie par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS de Suisse Romande ou du Canton de Vaud**. Toutefois, selon les représentants de l'Association

vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) et de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), cette problématique concerne également les structures du canton.

Dans les EMS, les situations de maltraitance subies par le personnel peuvent ainsi être le fait tant des résidents que des familles ou de l'entourage des personnes âgées. Cette violence peut être verbale, notamment sous la forme d'insultes ou de paroles racistes à l'encontre des collaborateurs et collaboratrices d'origine étrangère, mais aussi physique et psychologique. Les actes de violence physique peuvent être liés aux caractéristiques des résident-e-s qui relèvent de la psychiatrie de l'âge avancé. L'outil PLAISIR[a] permet d'évaluer les comportements agressifs des résidents en EMS, qui concernaient, en 2016, environ un tiers des résident-e-s en EMS dans le Canton de Vaud. Ces situations de violence sont gérées au sein de chaque EMS, selon les outils et les moyens à disposition : formation proposée à l'ensemble du personnel, échanges au sein des équipes, supervision avec l'appui d'un psychiatre de liaison, intervention d'une équipe mobile en psychiatrie pour les situations de crise ou de façon préventive, intervention de la direction, dépôt de plaintes.

Dans les CMS, la problématique de la maltraitance à l'égard du personnel a été abordée sous l'angle de l'identification et de la gestion des situations critiques et des plaintes qui peuvent venir tant des clients, des familles que des professionnel-le-s. La direction de l'AVASAD a en particulier pris en compte une des spécificités du travail à domicile, qui se déroule dans l'espace privé et personnel des client-e-s. « *En majorité féminin, le personnel des CMS intervient le plus souvent seul, sans possibilité d'appeler à l'aide un collègue en cas de difficulté imprévue à surmonter*» [14]. Pour veiller à la sécurité et à la santé de ses collaborateurs et collaboratrices, l'AVASAD a ainsi développé un concept de prévention et de suivi des situations dites « critiques », ainsi que pour améliorer l'accompagnement des victimes et le suivi des auteurs [14].

2.2.3 Le Postulat Vuillemin et consorts

Présenté au Grand Conseil du Canton de Vaud lors de la séance du 30 juin 2015, le postulat «*Philippe Vuillemin et consorts – Pour une meilleure protection du personnel soignant en EMS* » part du constat que, si la maltraitance des personnes âgées est désormais reconnue et appréhendée par les différents acteurs concernés, celle à l'égard des soignant-e-s et des personnels travaillant en établissements médico-sociaux (EMS) est plus rarement évoquée publiquement. Ce postulat fait suite à des débats antérieurs du Grand Conseil sur la maltraitance, au moment des débats sur la loi de 2006 sur les EMS et en lien avec plusieurs situations de harcèlements, menaces ou d'agressions à l'égard du personnel soignant rapportées par les médias.

Ce postulat vise à « ***faire reconnaître publiquement la réalité de ces violences verbales ou physiques, d'en connaître le nombre*** *même si elles sont rares afin de permettre un certain nombre de mesures permettant au personnel de se défendre* » (Rapport de la commission, 2016). M. Vuillemin et les cosignataires du postulat demandent ainsi au Conseil d'Etat :

[a] La PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR) est un système d'information clinico-administratif, développé au Canada, qui fournit un profil bio-psycho-social du résident, incluant les maladies et les incapacités fonctionnelles. Depuis les années 1990, il est utilisé dans les EMS du Canton de Vaud pour évaluer la situation des résidents ainsi que pour servir de support à l'allocation des ressources et à la dotation en personnel.

- ***« Un rapport mettant en avant un bilan sur la maltraitance*** *prise dans le sens le plus général, faite aux soignants d'EMS. Il s'étendra de façon pertinente, le cas échéant, aux Centres médico-sociaux (CMS)» ;*

- ***« Les mesures règlementaires mais aussi de formation, d'information et de prévention proposées****, pour diminuer drastiquement le risque de ces faits de maltraitance*. »

Le rapport de la commission chargée d'examiner ce postulat, daté du 26 janvier 2016, fait état d'une première série de mesures déjà mises en œuvre dans les EMS et les CMS pour protéger le personnel ou prévenir les situations de maltraitance. Il relève également l'intérêt à ce que le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) organise une enquête sur le sujet auprès du personnel des EMS et des CMS, en impliquant les institutions faîtières. C'est à cette fin que, en octobre 2016, le Service de la santé publique (SSP) du Canton de Vaud a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), et son Centre d'expertise et d'évaluation en santé publique (CEESAN).

3

Objectifs et périmètre de l'enquête

3 Objectifs et périmètre de l'enquête

3.1 Objectifs

L'enquête poursuivait les objectifs suivants :

- **Estimer la prévalence de professionnel-le-s** travaillant dans les EMS et dans les CMS du Canton de Vaud **ayant été victimes, durant les douze derniers mois, de violence externe**, dans le cadre de leur activité professionnelle.
- **Distinguer les différentes formes de violence** exercées à l'égard des professionnel-le-s (verbale, physique, psychologique, sexuelle, etc.) et de déterminer leurs prévalences respectives.
- **Comparer les prévalences des violences subies en fonction de différents contextes**, et en particulier comparer la situation dans les EMS et dans les CMS.
- **Evaluer si les mesures de formation, d'accompagnement et de prévention disponibles au niveau des établissements et des services sont connues et utilisées** par les professionnel-le-s.

3.2 Périmètre

S'appuyant sur les travaux menés au niveau international et en Suisse alémanique, l'enquête reprend et adapte le questionnaire développé par Zeller et collègues (2012). Dans ce cadre, « *on est en présence d'un comportement agressif lorsqu'une personne se sent menacée, attaquée ou blessée (verbalement ou physiquement)* » [4]. Sont distinguées :

- Les insultes verbales, par exemple : insultes, propos vexatoires, attaques personnelles, grossièretés ou propos obscènes ;
- Les menaces : formulation de l'intention de blesser, comportement perturbateur ou harcèlement, intimidation physique, menace avec une arme ;
- Les agressions physiques : donner des coups, pincer, secouer, cracher, piétiner, utiliser une arme.

L'enquête concerne **tous les professionnel-le-s, soignant-e-s ou non, travaillant dans un EMS autorisé ou un CMS du Canton de Vaud.** Les EMS de psychiatrie adulte, les hôpitaux ou cliniques disposant de lits C ou D, les organisations privées de soins à domicile (OSAD) et les CMS où les personnels ne sont pas en contact direct avec des client-e-s ou leurs proches sont exclus de l'enquête.

4

Méthodes

4 Méthodes

Une **enquête transversale descriptive** a été réalisée du **27 février au 31 mars 2017** auprès des professionnel-le-s travaillant dans un échantillon représentatif d'EMS et de CMS du Canton de Vaud.

4.1 Groupe d'accompagnement

Une étroite collaboration et une implication des institutions faîtières des établissements médico-sociaux et des centres médico-sociaux du Canton de Vaud ont été nécessaires tant pour le bon déroulement de cette enquête que pour l'analyse et l'interprétation des résultats. Conformément aux standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL), un groupe d'accompagnement, composé de représentants du SSP (M. Raoul Christe, M. Mathieu Reymond, M. Hugues Balthasar), mandant de l'enquête, de l'IUMSP (Mme Stéphanie Pin, M. Thomas Simonson, Mme Valérie Henry), mandataire, et de représentants de l'AVASAD (M. Marc Dupertuis), de la FEDEREMS (M. Olivier Mottier) et de l'AVDEMS (M. Sénéchaud).

Ce groupe d'accompagnement avait pour missions de :

- Amender et valider le questionnaire élaboré par l'IUMSP ;
- Faciliter la mise en œuvre et le déroulement de l'enquête par la mobilisation active des acteurs concernés ;
- Contribuer à l'interprétation et à la diffusion des résultats de l'enquête.

Il s'est réuni à trois reprises entre le mois d'octobre 2016 et d'avril 2017.

4.2 Population, échantillon et mode de recrutement

4.2.1 Structures et publics concernées

Les EMS ont pour mission l'hébergement de personnes atteintes d'affection chronique nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte de leur autonomie. Les EMS répondent à des missions spécifiques qui sont, telles que décrites sur le site de l'Etat de Vaud :

- La gériatrie pour des personnes âgées ayant principalement des troubles d'ordre physiques mais également quelques difficultés psychiques dites compatibles ;

- La psychiatrie de l'âge avancé pour des personnes âgées souffrant de troubles psychiques dus à une maladie neurodégénérative (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) ;

- La psychiatrie pour des personnes plus jeunes atteintes de pathologies psychiatriques de troubles psychiques dus à une maladie psychiatrique. Les EMS assurant cette mission sont exclus du périmètre de cette enquête.

Selon les données de décembre 2013, disponibles sur le site Internet de l'Etat de Vaud, le canton comptait 159 établissements d'hébergement disposant d'une autorisation d'exploiter délivrée par le SSP, ce qui représentait 6'594 lits C et D. Les EMS sont regroupés au sein de plusieurs associations faîtières, dont les deux principales sont l'AVDEMS et la FEDEREMS. L'AVDEMS compte 69 membres actifs ; la FEDEREMS fédère quant à elle une cinquantaine d'établissements.

En 2014, l'ensemble des EMS du Canton de Vaud employait plus de 12'272 personnes, dont 9'650 femmes, avec un nombre moyen de collaborateurs et collaboratrices par EMS estimé à 77.

Concernant l'aide et les soins à domicile, le Canton de Vaud compte 54 centres médico-sociaux gérés par sept Associations et Fondations régionales de l'AVASAD et une quarantaine d'organisations privées de soins à domicile (OSAD) autorisées à pratiquer. Les Associations régionales et Fondations régionales de l'AVASAD sont :

- l'Association broyarde pour la promotion de la santé et le maintien à domicile (ABSMAD) composés de trois CMS ;

- l'Association pour la prévention et le maintien à domicile dans l'ouest lausannois (APREMADOL), composés de quatre CMS ;

- l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile de la couronne lausannoise (APROMAD), composée de neuf CMS ;

- L'Association pour l'aide, les soins à domicile et la prévention de l'est vaudois (ASANTE SANA), composé de neuf CMS ;

- L'Association pour la santé, la prévention et la maintien à domicile du nord vaudois (ASPMAD), composé de neuf CMS et de plusieurs services ;

- La Fondation de La Côte (FLC) gérant neuf CMS, un centre de moyens auxiliaires, un bureau de coordination des transports pour les personnes à mobilité réduite et un Espace Prévention ;

- La Fondation Soins Lausanne (FSL), composée de dix CMS, d'un bureau de transport pour les personnes à mobilité réduite, d'un « salon-lavoir » et d'un Espace Prévention.

Selon les données de l'AVASAD, 4'380 personnes étaient employées par les associations d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud en 2015, ce qui représentait 2'633 ETP, avec un nombre moyen de collaborateurs et collaboratrices par CMS estimé à 81.

4.2.2 Critères d'inclusion

L'enquête concerne tous les collaborateurs et collaboratrices d'un EMS ou CMS du Canton de Vaud. Par contre, les collaborateurs et collaboratrices des OSAD, des EMS de psychiatrie adulte, des hôpitaux ou cliniques disposant de lits C, des homes non médicalisés et des CMS, bureaux ou services des Associations ou Fondations régionales sans lien direct avec les client-e-s ou leurs proches, ne font pas partie des publics cible de l'enquête.

Aucun critère d'exclusion (profession, ancienneté, taux d'activité, type de contrat, etc.) n'a été fixé pour les collaborateurs et collaboratrices qui devaient toutefois être capables de lire et de répondre à un questionnaire écrit en français.

4.2.3 Echantillonnage et recrutement

L'échantillon a été constitué au moyen d'un **échantillonnage en grappes stratifié**. Les CMS et les EMS ont été considérés comme deux populations distinctes. Au sein de ces deux populations, un échantillon d'établissements médico-sociaux et un échantillon de centres médico-sociaux ont été sélectionnés aléatoirement par strates de manière à obtenir un échantillon représentatif d'EMS en termes de taille d'établissement (définie en fonction du nombre de lits C), de mission et de faîtière, et un échantillon de CMS représentant les sept Associations et Fondations régionales, compte tenu de leur taille respective (défini en fonction du nombre de CMS et du nombre de collaborateurs et collaboratrices).

Au sein des structures sélectionnées, l'enquête a ensuite été proposée de façon systématique à l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices.

Pour estimer la taille de l'échantillon nécessaire pour atteindre le niveau de précision souhaité, nous nous sommes appuyés sur l'étude de Zeller et collaborateurs (2012), menée dans des EMS en Suisse allemande : dans cette étude, 76.5% des soignant-e-s interrogé-e-s ont été verbalement agressé-e-s par des résidents dans les douze derniers mois, 27.6% ont été menacé-e-s et 54.0% ont été victimes d'une agression physique. Ainsi, avec un niveau de confiance fixé à 95.0% et une marge d'erreur fixée à 5.0%, et pour une prévalence attendue de professionnel-le-s travaillant en EMS ou en CMS ayant subi une violence physique dans les douze derniers mois de 50.0%, nous obtenons un échantillon total d'au moins 768 professionnel-le-s à interroger (384 professionnel-le-s travaillant dans les EMS et 384 professionnel-le-s travaillant en CMS).

Le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire a également pris en compte les taux de participation attendus des établissements à l'enquête et les taux de réponse des collaborateurs et collaboratrices attendus à l'enquête. Ceux-ci dépendent partiellement de l'intérêt que les établissements et les participant-e-s ont pour la thématique de l'enquête, mais ils sont surtout dépendants des conditions de passation de l'enquête (délais pour répondre, relances effectuées, communication autour de l'enquête, implication de la hiérarchie, incitatifs etc.). Selon notre expérience [15, 16] et les données de l'étude menée en Suisse allemande [4], les taux de réponse pour les collaborateurs et collaboratrices en EMS pouvaient varier entre 33% et 69%.

En nous basant sur un taux de réponse attendu de 40.0% au sein des EMS et des CMS, il était donc nécessaire de présenter l'enquête à 1920 professionnel-le-s des EMS et des CMS. Considérant le nombre moyen d'ETP au sein des EMS et des CMS, et un taux de participation des EMS de 60.0% et de 100.0% pour les CMS, un échantillon d'une trentaine d'EMS et d'une quinzaine de CMS, sélectionnés aléatoirement, était ainsi nécessaire.

Le plan d'échantillonnage pour les EMS et pour les CMS est présenté respectivement dans les Tableau 1 et Tableau 2.

Tableau 1 Plan d'échantillonnage pour les EMS

Mission	Taille de l'EMS	Faîtière	Population		Echantillon	
			N	%	N	%
Psychiatrie de l'âge avancé	Grands EMS	AVDEMS	23	19.8	6	17.7
		FEDEREMS	5	4.3	2	5.9
	Petits EMS	AVDEMS	14	12.0	4	11.7
		FEDEREMS	3	2.6	2	5.9
Gériatrie	Grands EMS	AVDEMS	29	24.9	8	23.6
		FEDEREMS	2	1.7	1	2.9
	Petits EMS	AVDEMS	26	22.3	7	20.6
		FEDEREMS	14	12.0	4	11.7
TOUS			**117**	**100.0**	**34**	**100.0**

Note : La taille de l'EMS est définie en fonction de la médiane du nombre total de lits C, calculée par mission. Le nombre médian de lits C pour les EMS de psychiatrie de l'âge avancé est de 50 ; il est de 40 pour les EMS de gériatrie. Les grands EMS désignent ainsi des établissements où le nombre de lits supérieur ou égal au nombre médian de lits des établissements poursuivant la même mission, les petits EMS des établissements où le nombre de lits est inférieur au nombre médian de lits.

Tableau 2 Plan d'échantillonnage pour les CMS

Taille de l'Association ou de la Fondation	Association ou Fondation	Population		Echantillon	
		N	%	N	%
Grandes Associations ou Fondations		**60**	**85.7**	**12**	**85.7**
	APROMAD - Couronne lausannoise	12	17.1	4	28.6
	ASANTE SANA – Est vaudois	11	15.7	2	14.3
	ASPMAD – Nord vaudois	14	20.0	2	14.3
	Fondation de la Côte (FLC)	12	17.1	2	14.3
	Fondation Soins Lausanne (FSL)	11	15.7	2	14.3
Petites Associations		**10**	**14.3**	**2**	**14.3**
	ABSMAD – Broye Vully	4	5.7	1	7.1
	APREMADOL – Ouest lausannois	6	8.6	1	7.1
TOUS		**70**	**100.0**	**14**	**100.0**

Note. La taille de l'Association est définie en fonction du nombre de CMS (supérieur ou inférieur à 10) et du nombre total de collaborateurs et collaboratrices (supérieur ou inférieur à 100).

4.3 Collecte de données

4.3.1 Enquête au sein des EMS

Lors de l'enquête menée en 2010/2011 par Zeller et collaborateurs sur la violence dans les EMS en Suisse allemande [4] tout comme lors des précédentes enquêtes menées par l'IUMSP auprès des EMS [15, 16], des questionnaires papier, assortis d'une enveloppe-réponse, ont été distribués dans les établissements concernés. L'accès à un poste informatique durant les heures de travail est en effet extrêmement limité pour les professionnel-le-s des EMS du Canton de Vaud. Les EMS ne disposent en outre pas des coordonnées de messagerie personnelle de leurs employé-e-s et peuvent difficilement mettre à disposition des postes informatiques pour la réalisation de l'enquête.

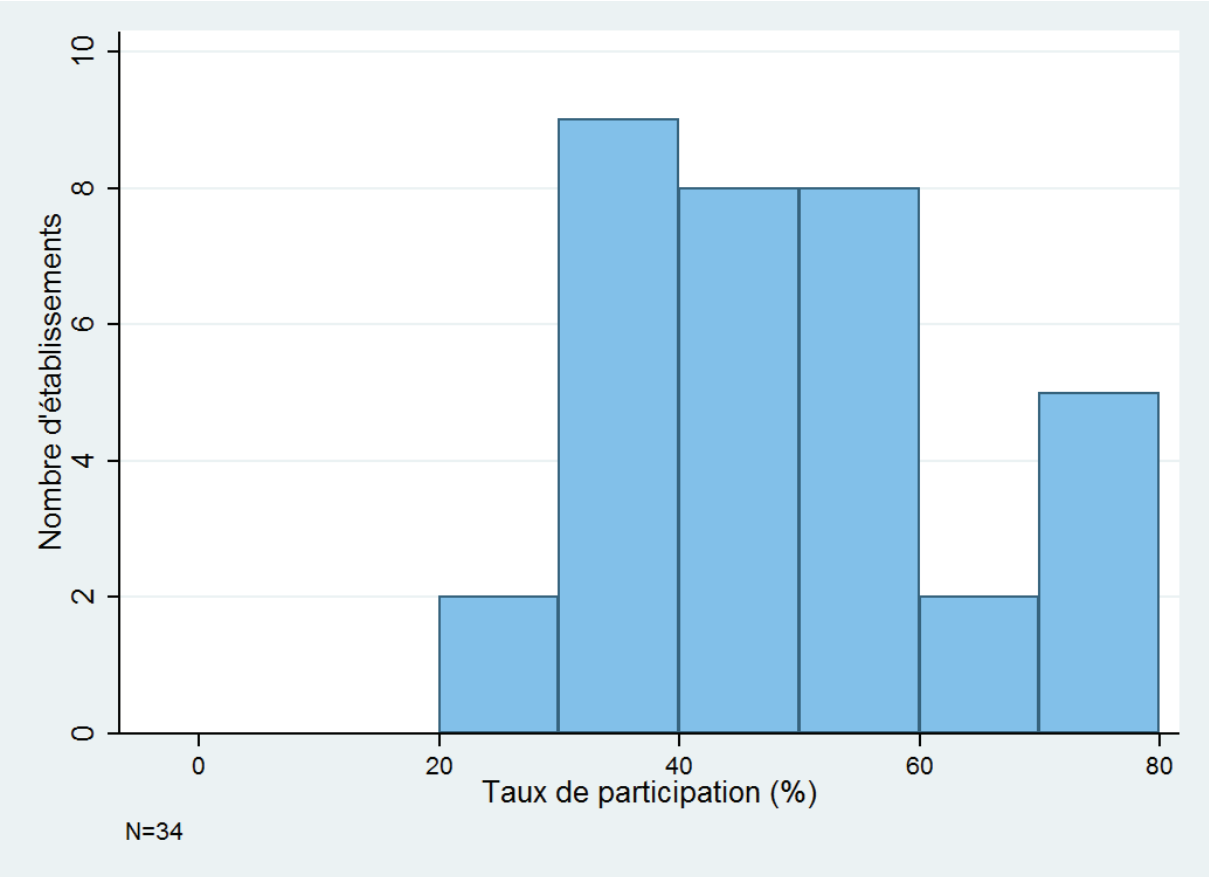
Pour les EMS, et afin de faciliter la participation à l'enquête de l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices, **l'enquête a donc été réalisée au moyen de questionnaires papiers**. Ceux-ci, assortis d'une enveloppe-réponse préaffranchie, mis sous plis et préaffranchis, ont été adressés par lots aux directions des EMS qui se sont chargés ensuite de les diffuser à leurs collaborateurs et collaboratrices.

Une lettre-annonce signée par Mme Stéfanie Monod, responsable du SSP, a été adressée à tous les directeurs et directrices des EMS sélectionnés afin de leur présenter les objectifs de l'enquête et les inviter à participer de façon active à sa diffusion au sein de leurs établissements. L'équipe de recherche au sein de l'IUMSP a également envoyé un message électronique à chaque directeur et directrice d'EMS avant l'envoi des colis afin d'expliciter la méthode adoptée ; une présentation

PowerPoint de l'enquête était jointe au message, qui pouvait servir de support de présentation au sein de l'établissement. Quelques jours après l'envoi des colis, l'équipe de recherche a par ailleurs contacté par téléphone chaque établissement afin de s'assurer de la bonne réception du matériel de l'enquête, de répondre aux éventuelles questions que pouvait se poser la direction des établissements ou leur personnel et d'encourager à la diffusion rapide des questionnaires.

Sur les 35 EMS sélectionnés, un EMS a été retiré de l'enquête car il ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Les 34 EMS effectivement retenus ont tous participé à l'enquête. Au sein de ces établissements, les professionnel-le-s ont diversement répondu, les taux de participation variant de 25% à 78% (Figure 1). **Au total 1'040 questionnaires (sur les 2'200 adressés) ont pu être exploités. En moyenne, 47% des professionnel-le-s des EMS sélectionnés ont ainsi répondu à l'enquête**.

Figure 1 Distribution des EMS selon le taux de participation à l'enquête parmi leurs collaborateurs et collaboratrices



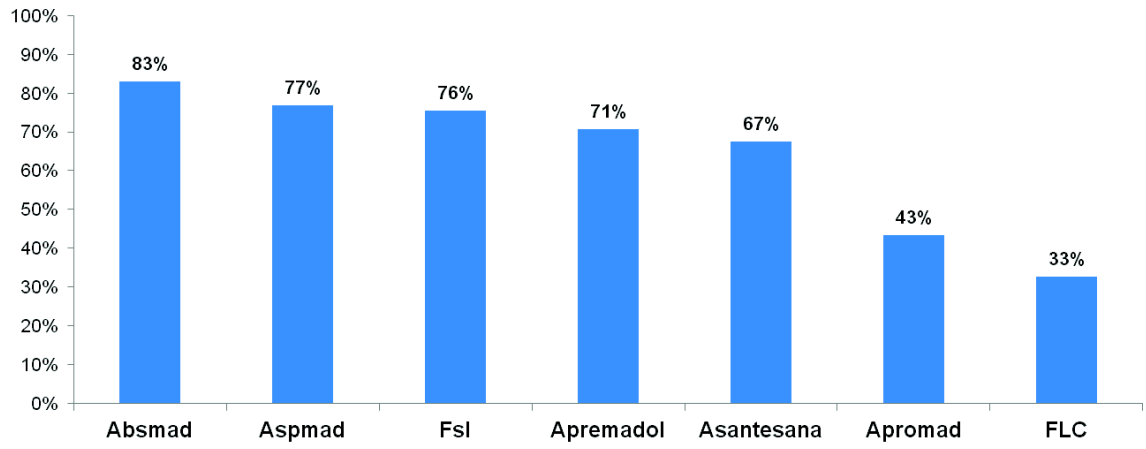
4.3.2 Enquête au sein des CMS

Selon les informations fournies par l'AVASAD, les professionnels des CMS disposent tous d'outils de télécommunication (tablettes numériques et/ou smartphone). Les enquêtes menées auprès de leur personnel par l'AVASAD s'appuient d'ailleurs sur ces technologies.

Pour les CMS, **l'enquête a donc été développée en ligne** en utilisant l'interface LimeSurvey. Le questionnaire a été développé de manière à être compatible sur différents supports numériques. Il était hébergé sur un serveur sécurisé. Un lien vers le questionnaire a été créé pour chacune des sept Associations et Fondation régionales ; les liens (permettant des réponses multiples) ont été transmis à un représentant de l'AVASAD qui s'est chargé de leur transmission et de la relance auprès des sept Associations et Fondations régionales.

594 collaborateurs et collaboratrices sur 903 se sont connecté-e-s au site de l'enquête et ont ouvert le questionnaire. En prenant comme référence le nombre de collaborateurs ou collaboratrices ayant rempli tout ou partiellement le questionnaire, le taux de participation global est de 66%, variant de 33% à 83% selon les Associations et Fondations régionales (Figure 2).

Figure 2 **Taux de participation à l'enquête au sein des CMS, selon l'Association ou la Fondation**



4.3.3 Ethique

Il s'agit d'une étude observationnelle ne comportant pas de risque pour les participants et pouvant favoriser des mesures de prévention dont bénéficieront les participants et la population dont ils sont issus.

Les participant-e-s à l'enquête ont été informés par écrit, dans l'introduction du questionnaire, du contexte et des objectifs de l'enquête, des personnes concernées et de l'utilisation des résultats et, par l'envoi de leur questionnaire, ont donné leur consentement à participer à l'enquête.

La participation à l'enquête était entièrement anonyme. En effet, l'équipe de l'enquête ne disposait ni des listes de collaborateurs ni de leurs adresses e-mail, la diffusion reposant sur la redistribution des lots de questionnaires (pour les EMS). Pour les CMS, un lien unique était attribué à chaque employeur autorisant des réponses multiples (7 liens). Ces liens étaient ensuite mis à disposition des employé-e-s sans qu'il soit possible pour les enquêteurs d'identifier le répondant ou le CMS de rattachement.

Les données sont stockées sur le serveur du CHUV et protégées par un mot de passe afin d'en protéger la confidentialité.

En raison de l'anonymat complet qui prévalait lors de la récolte des données, cette étude n'entre pas dans le champ d'application de la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH, art. 2 alinéa 2c) et ne nécessitait pas d'être approuvée par un comité d'éthique.

4.4 Instruments de mesure

Le questionnaire a été élaboré à partir des instruments développés par Zeller et collègues (2012). Le questionnaire a été traduit et adapté par l'IUMSP afin de couvrir également les situations de violence en CMS et les objectifs spécifiques poursuivis par cette enquête.

Le questionnaire comporte des questions visant à caractériser le ou la professionnel-le interrogé-e (catégorie professionnelle, niveau hiérarchique, nombre d'années de pratique) et son lieu d'exercice (par exemple : missions de l'EMS), une identification des formes de violence subie durant une période déterminée (12 derniers mois ou 7 derniers jours) et des suites données à ces situations (possibilité d'en parler à un-e supérieur-e, actions concrètes entreprises).

Le questionnaire a été soumis au groupe d'accompagnement pour ajustements et validation. Le questionnaire a ensuite été imprimé pour l'enquête au sein des EMS et configuré en version électronique sur une plateforme offrant un « *responsive design* » (capacité d'adapter la mise en page automatiquement en fonction du terminal utilisé pour visualiser le questionnaire).

4.5 Analyses

Afin d'obtenir des prévalences plus fidèles à la structure de la population des collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, différentes strates d'EMS et de CMS ont été considérées. Dans chaque classe, des prévalences redressées pour la non-réponse ont été calculées, en pondérant la prévalence de chaque établissement par son nombre total d'employé-e-s. Ensuite, pour obtenir la prévalence globale, les prévalences redressées de chaque classe ont été pondérées par le nombre d'employé-e-s dans la classe correspondante, au niveau du canton.

Pour les EMS, huit classes ont été formées à partir des combinaisons des variables suivantes :

- Taille de l'établissement : calculée à partir du nombre de lits, supérieure ou inférieure à la taille médiane des établissements du canton ;
- Faitière : AVDEMS ou FEDEREMS ;
- Mission : gériatrie ou psychiatrie de l'âge avancé.

Pour les CMS, sept strates ont été considérées, correspondant aux sept Associations et Fondations régionales.

Etant donné le caractère particulier de l'échantillonnage, et afin de tenir compte au maximum des informations disponibles, une méthode de *bootstrap* a été utilisée pour calculer des intervalles de confiance sur ces prévalences. Cette méthode a été appliquée aux prévalences non croisées pour les données EMS. Les résultats de cette méthode ont ensuite été comparés à ceux que l'on obtient avec une méthode plus simple. Etant donné la grande similarité des résultats, il a été décidé d'utiliser la méthode « simple », plus aisée à mettre en œuvre, pour les autres résultats, pour les EMS et pour les CMS.

La méthode « simple » consiste en une analyse en régression logistique, avec ajustement pour la variable « établissement ». Cet ajustement permet de rétablir l'indépendance conditionnelle entre les observations. Les prévalences indiquées et les intervalles de confiance correspondants sont calculés à partir des coefficients de régression et de leurs variances et covariances.

Dans certains cas, généralement lorsque le nombre de répondants était trop faible, le modèle de régression logistique n'était pas calculable et les prévalences non redressées, sans indication d'intervalle de confiance, sont alors rapportées. C'est en particulier le cas quand les variables d'intérêt ont été croisées avec les groupes professionnels.

Les différentes analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Stata IC14® et R version 3.0.2 R Core Team (2013).

5

Résultats

5 Résultats

5.1 Profil des répondant-e-s

Au sein des EMS participant à l'enquête (Tableau 3), six répondant-e-s sur dix (61.2%) sont des soignant-e-s, des aides-soignant-e-s, auxiliaires de santé ou assistant-e-s en soins communautaires le plus souvent ou des infirmier-ère-s. Les travailleurs/-euses sociaux et animateurs/-trices socio-culturels représentent 9.4% de l'échantillon interrogé ; un dixième des répondants sont des employé-e-s de service de maison, un dixième de l'échantillon est composé de personnel administratif, technique ou de transport. Environ un cinquième des répondant-e-s exercent une fonction de cadre au sein de leur établissement.

L'échantillon est majoritairement composé de femmes. Près de la moitié des répondant-e-s ont plus de 45 ans, un tiers environ est âgé de 30 à 45 ans. 53.0% travaillent à leur poste actuel depuis au moins cinq ans, dont un tiers depuis plus de dix ans ; les collaborateurs et collaboratrices des EMS à mission gériatriques sont plus nombreux que dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé à occuper leur poste de travail depuis plus de dix ans (35.1% vs 23.1%). La majorité des collaborateurs et collaboratrices des EMS ayant participé à l'enquête travaillent à un taux d'activité équivalent à 80% ou plus (69.7% dans les EMS à mission gériatrique et 75.6% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé).

Notre échantillon conserve la répartition relevée dans les données de l'Office fédéral de la statistique[b] entre le personnel soignant et d'animation, qui représente les deux tiers des personnels des EMS vaudois, et le personnel administratif, technique et hôtelier. Notre échantillon surreprésente toutefois donc les infirmier-ère-s au détriment des aide-soignant-e-s, auxiliaires de santé ou assistant-e-s en soins communautaires. En revanche, notre échantillon respecte la proportion d'hommes et de femmes au sein des personnels des EMS vaudois.

Dans notre échantillon, six répondant-e-s sur dix passent plus de 60% de leur temps de travail directement en contact avec les résident-e-s. Certains groupes professionnels paraissent plus spécifiquement concernés. Ainsi, l'unique médecin de notre échantillon, 83.7% des aides-soignant-e-s, auxiliaires de vie, assistant-e-s en soins communautaires, 83.3% des travailleurs et travailleuses sociaux, 80.5% des animateurs et animatrices socio-culturels, 53.3% des infimier-ère-s et 33.6% des employé-e-s de service de maison déclarent passer plus de 60% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s. En revanche, plus des trois quarts des cuisinier-ères (79.5%), les deux tiers des personnels administratifs (63.3%) et 50% des personnels techniques et de transport passent moins de 30% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s ; c'est également le cas d'un-e infirmier-ère sur dix (10.7%).

[b] Source : Office fédéral de la statistique. Statistiques des institutions médico-sociales 2015 : tableaux standards définitifs. Disponible à l'adresse suivante : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.2160261.html.

Dans les CMS participant à l'enquête (Tableau 4), les trois quarts des répondant-e-s (75.2%) sont des soignant-e-s : des aides-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins de santé communautaire, auxiliaires polyvalent-e-s, aides infirmier-ère-s ou infirmier-ère-s assistant-e-s principalement (45.3%), infirmier-ère-s (27.3%) ou d'autres professionnel-le-s soignant-e-s ou paramédicaux. Un dixième de l'échantillon (10.7%) est constitué par des auxiliaires de ménage, un dixième par du personnel administratif et 7.3% des répondant-e-s sont des travailleurs ou travailleuses sociaux ou assistant-e-s sociaux de proximité. Un peu moins d'un-e répondant-e sur dix (8.3%) exerce une fonction de cadre.

Les femmes sont très largement majoritaires (91.1%). La moitié de l'échantillon (51.8%) a plus de 45 ans. Seul un tiers (32.2%) des répondant-e-s travaillent à un taux d'activité de 80% ou plus : c'est le cas de 49.1% des infirmier-ère-s et de 45.6% des travailleurs et travailleuses sociaux. Les autres professionnel-le-s travaillent majoritairement à un taux d'activité de 50 à 80% : cette situation concerne ainsi 64.6% des auxiliaires de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e, 66.8% des auxiliaires de ménages et 62.6% des personnels administratifs. Plus de la moitié (53.8%) travaillent dans leur poste actuel depuis moins de cinq ans, dont 16.0% depuis moins d'un an.

La structure de notre échantillon en termes de catégories professionnelles et de sexe est similaire à celle rapportée par l'AVASAD dans son rapport d'activité 2016 ; notre échantillon comporte toutefois une proportion plus importante de collaborateurs et collaboratrices âgé-e-s de plus de 45 ans.

Tableau 3 Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des EMS

% pondérés *Différence significative au seuil de 0.05	Tous EMS N = 1'040		EMS gériatriques N = 669		EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 371	
	N	%	N	%	N	%
Groupes professionnels						
Médecin	1	0.2	0	0.0	1	0.4
Infirmier-ère	169	18.0	110	17.4	61	18.9
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	427	42.9	277	42.6	157	43.2
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	0.1	0	0.0	1	0.3
Travailleur/-euse social-e	6	0.7	3	0.5	3	1.0
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	83	8.7	54	8.8	29	8.6
Cuisinier-ère	44	4.4	28	4.8	16	3.7
Employé-e de service de maison	120	11.6	80	12.1	43	10.9
Personnel administratif	60	6.1	38	6.0	22	6.2
Personnel technique ou de transport	22	2.1	15	2.4	7	1.5
Autre	50	5.3	34	5.4	17	5.2
Collaborateur / -trice en cours de formation	**142**	**14.8**	**79**	**12.8**	**63**	**17.4**
Collaborateur/ -trice exerçant une fonction de cadre	**166**	**17.8**	**99**	**16.2**	**67**	**20.0**
Taux d'activité						
100%	444	43.9	286	44.0	162	43.9
Temps partiel supérieur ou égal à 80%	265	28.3	161	25.7	108	31.8
Temps partiel entre 50 et 80%	212	21.3	147	22.8	69	19.4
Temps partiel de moins de 50%	65	6.4	46	7.5	20	5.0
Proportion du temps de travail passé directement en contact avec les résident-e-s						
Plus de 60%	601	60.1	387	59.8	214	60.6
De 30 à 60%	229	23.7	140	22.5	89	25.4
Moins de 30%	158	16.2	105	17.8	53	14.1
Ancienneté dans le poste de travail actuel						
Moins d'un an	134	13.4	77	11.7	57	15.6
De 1 à 4 ans	336	33.7	211	33.3	125	34.3
De 5 à 10 ans	228	23.0	131	19.9	97	27.1*
Plus de 10 ans	301	30.0	221	35.1	80	23.1*
Sexe						
Femmes	809	80.9	524	81.7	285	79.9
Hommes	186	19.1	114	18.3	72	20.1
Âge						
Moins de 18 ans	8	0.7	6	0.9	2	0.5
18-29 ans	201	20.6	124	19.6	77	22.0
30-45 ans	306	30.6	189	29.6	117	32.0
Plus de 45 ans	485	48.0	322	49.9	163	45.5

Tableau 4 Caractéristiques de l'échantillon des répondant-e-s au sein des CMS

% pondérés	Tous CMS N = 495	
	N	%
Groupes professionnels		
Infirmier-ère	141	27.3
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	214	45.3
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	13	2.5
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	17	3.4
Auxiliaire de ménage	49	10.7
Personnel administratif	45	7.3
Autre	17	3.4
Collaborateur / -trice en cours de formation	49	9.7
Collaborateur/-trice exerçant une fonction de cadre	42	8.3
Taux d'activité		
100%	37	8.1
Temps partiel supérieur ou égal à 80%	137	24.1
Temps partiel entre 50 et 80%	272	58.3
Temps partiel de moins de 50%	49	9.5
Ancienneté		
Moins d'un an	88	16.0
De 1 à 4 ans	183	37.7
De 5 à 10 ans	103	21.0
Plus de 10 ans	121	25.3
Sexe		
Femmes	449	91.1
Hommes	46	0.9
Age		
Moins de 18 ans	0	0.0
18-29 ans	54	10.5
30-45 ans	184	37.7
Plus de 45 ans	258	51.8

5.2 Formation à la gestion de la violence et connaissance des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles

5.2.1 Formation à la gestion de la violence

Un cinquième (20.2%) des collaborateurs et collaboratrices des EMS, quelle que soit la mission de l'établissement (19.9% dans les EMS de gériatrie et 20.6% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé), et **17.8% des répondant-e-s travaillant dans des CMS déclarent avoir déjà suivi une formation courte (3 jours)** spécifiquement consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives (Tableau 5).

Au sein des EMS, les soignant-e-s sont un peu plus nombreux que les non-soignant-e-s à avoir suivi une telle formation (21.3% vs 18.7%), mais sans que cette différence ne soit significative. On trouve le taux le plus élevé de personnel formé au sein des infirmier/ères (30.7%) ; le pourcentage de collaborateurs et collaboratrices déclarant avoir suivi une formation courte à la gestion des comportements agressifs varie entre 11.8% parmi les personnels administratifs à 27.6% pour les autres catégories professionnelles (Tableau 6). Le pourcentage de personnes formées augmente en fonction de l'ancienneté : 15.1% chez les répondant-e-s occupant leur poste actuel depuis moins d'un an, 17.8% pour celles et ceux employé-e-s entre 1 à 4 ans, 20.0% pour celles et ceux employés entre 5 à 10 ans et 25.8% quand les répondant-e-s sont depuis plus de 10 ans à leur poste ($p < 0.05$).

Au sein des CMS, les soignant-e-s sont significativement plus nombreux que les non-soignant-e-s à déclarer avoir suivi une formation courte consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives (20.4% vs 9.8%) (Tableau 7). Les aides-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins de santé communautaire, auxiliaires polyvalent-e-s, aides infirmier-ère-s, infirmier-ère-s assistant-e-s sont deux fois plus nombreux que les infirmier-ère-s à avoir suivi une telle formation (26.2% vs 12.9%).

Tableau 5 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS

% pondérés	EMS gériatriques N = 638			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 358			CMS N = 499		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Collaborateurs/-trices ayant suivi une formation courte (3 jours) spécifiquement consacrée aux comportements à adopter avec les personnes potentiellement agressives	127	19.9	[14.7-25.1]	73	20.6	[15.6-25.6]	92	17.8	[14.2-21.4]
Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte sur le thème de la gestion des comportements agressifs des résident-e-s ou de leurs proches est nécessaire dans leur activité	541	84.2	[76.8-91.6]	305	85.9	[77.4-94.3]	387	78.6	[72.1-85.2]
Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs qu'ils/elles rencontrent (ou pourraient rencontrer) dans leur activité professionnelle	275	43.0	[37.8-48.3]	164	48.6	[41.4-55.9]	257	52.9	[47.6-58.1]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Tableau 6 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés	Collaborateurs/-trices ayant suivi une formation courte (3 jours) N = 979		Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte est nécessaire dans leur activité N = 976		Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs N = 979	
	N	%	N	%	N	%
Médecin	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Infirmier-ère	51	30.7	153	89.6	113	67.4
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	74	17.4	388	90.9	171	41.3
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	100.0	1	100.0	1	100.0
ST soignant-e-s	*126*	*21.3*	*543*	*90.6**	*286*	*49.2**
Travailleur/-euse social-e	0	0.0	6	99.4	2	32.9
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	17	20.4	71	87.9	42	52.0
Cuisinier-ère	7	15.8	26	59.5	10	24.1
Employé-e de service de maison	22	19.3	94	79.3	42	37.3
Personnel administratif	7	11.8	39	66.0	21	36.4
Personnel technique ou de transport	4	17.4	12	54.9	9	40.9
Autre	14	27.6	41	82.2	21	43.0
ST non-soignant-e-s	*71*	*18.7*	*289*	*76.2*	*147*	*40.0*
TOTAL répondant-e-s	***200***	***20.2***	***846***	***84.9***	***439***	***45.5***

Notes : ST = sous-total ; *= différence entre soignant-e-s et non soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Environ quatre professionnel-le des EMS sur dix (45.5%) s'estiment suffisamment formés pour faire face aux comportements agressifs qu'ils ou elles rencontrent ou pourraient rencontrer dans leur activité professionnelle. Les professionnel-le-s des EMS de psychiatrie de l'âge avancé sont un peu plus nombreux, en proportion, à se sentir suffisamment formés que celles et ceux travaillant dans un EMS de gériatrie (48.6% vs 43.0%) (Tableau 5).

Au sein des EMS, les soignant-e-s sont également plus nombreux que les autres groupes professionnels à éprouver ce sentiment (49.2% vs 40.0%) ; au sein des soignant-e-s, les aide-soignant-e-s, les auxiliaires de santé ou assistant-e-s en soins de santé communautaires sont proportionnellement moins nombreux à s'estimer suffisamment formés que les infirmier-ères (41.3% vs 67.4%) (Tableau 6). On ne constate pas de différence significative selon le taux d'activité, l'ancienneté ou en fonction du temps passé avec les résident-e-s.

Au sein des CMS, 52.9% des collaborateurs et collaboratrices s'estiment suffisamment formé-e-s à la gestion des comportements agressifs (Tableau 5). Les soignant-e-s sont significativement plus nombreux que les non-soignant-e-s à éprouver ce sentiment (56.2% vs 44.7%) (Tableau 7). Ce sentiment est également plus élevé parmi les répondant-e-s qui travaillent depuis plus de dix ans

à leur poste actuel que parmi les employé-e-s à leur poste depuis moins d'un an (53.1% quand les répondant-e-s sont en poste depuis plus de 10 ans vs 48.2% quand ils ou elles occupent leur poste actuel depuis moins d'un an ; $p < 0.05$).

Tableau 7 Formations sur la gestion des comportements agressifs suivies par les collaborateurs et collaboratrices des CMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés	Collaborateurs/-trices ayant suivi une formation courte (3 jours) N = 494		Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte est nécessaire dans leur activité N = 494		Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs N = 494	
	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	20	12.9	111	80.3	79	57.7
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	57	26.2	166	77.9	115	55.2
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	0	0.0	8	61.9	8	60.1
ST soignant-e-s	*77*	*20.4**	*285*	*78.4**	*202*	*56.2**
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	1	5.3	14	83.0	10	59.2
Auxiliaire de ménage	5	10.5	40	83.0	16	36.6
Personnel administratif	5	9.5	29	66.5	17	37.4
Autre	2	10.7	14	82.8	12	70.1
ST non-soignant-e-s	*13*	*9.8*	*97*	*77.5*	*55*	*44.7*
TOTAL répondant-e-s	***92***	***17.8***	***387***	***78.6***	***257***	***52.9***

Notes : ST = sous-total ; * = différence entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Une large majorité de répondants, dans les EMS comme dans les CMS, sont d'accord pour dire qu'une formation courte sur le thème de la gestion des comportements agressifs des résidents ou de leurs proches est nécessaire à leur activité (Tableau 5). C'est ainsi le cas de plus de huit répondant-e-s sur dix au sein des EMS et de plus des trois quarts des collaborateurs et collaboratrices des CMS interrogés.

Au sein des EMS, les soignant-e-s sont plus nombreux que les autres groupes professionnels à estimer qu'une telle formation est nécessaire à leur activité (90.6% vs 76.2%) (Tableau 6) ; ce sentiment est davantage présent quand les collaborateurs et collaboratrices passent plus de 60% de leur temps de travail en présence de résident-e-s que lorsque les contacts sont limités (90.5% vs 65.8% ; $p < 0.05$).

On peut faire le même constat pour les CMS où 78.4% des soignant-e-s estiment qu'une formation courte sur le thème de la gestion des comportements agressifs des client-e-s ou de leurs proches est ou serait nécessaire à leur activité (vs 77.5% des non-soignant-e-s)(Tableau 7).

5.2.2 Connaissance, par les professionnel-le-s, des mesures de signalement, de gestion et d'accompagnement disponibles au sein de leur établissement ou service

Moins de la moitié des répondants dans les EMS rapportent l'existence de mesures de soutien spécifiques ou de procédures de gestion ou de signalement des comportements agressifs de résidents ou de proches dans leur établissement (Tableau 8).

Plus précisément, 41.5% des collaborateurs et collaboratrices des EMS (39.8% dans les EMS de gériatrie et 43.9% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé) sont d'accord pour déclarer qu'il existe, dans leur établissement, une procédure de signalement des agressions. La mesure la moins rapportées par les professionnel-le-s des EMS concerne l'existence d'une procédure définissant comment gérer une agression (physique ou verbale) d'une personne soignée ou de l'un de ses proches, mentionnée par 31.1% des répondant-e-s dans les EMS gériatriques et par 39.6% des répondant-e-s dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé (34.8% pour l'ensemble des EMS). Enfin, environ quatre répondant-e-s sur dix (39.6%) rapportent l'existence de mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des collaborateurs et collaboratrices ayant subi une agression (35.6% dans les EMS de gériatrie et 44.8% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé).

On ne constate pas de différence significative, au sein des EMS, en termes de connaissances de mesures de signalement, de gestion ou de soutien en cas d'agression en fonction de la mission de l'établissement, du groupe professionnel, de l'ancienneté ou du taux d'activité.

Dans les CMS, la connaissance de procédures de signalement ou de gestion des agressions, ainsi que la connaissance de mesures de soutien est plus élevée que dans les EMS. Six répondant-e-s sur dix environ rapportent l'existence de telles procédures ou de telles mesures (Tableau 8) : 56.8% des répondant-e-s estiment qu'il y a dans leur structure une procédure de signalement des agressions, 56.7% une procédure de gestion des agressions et 62.2% sont d'accord pour dire qu'il existe des mesures de soutien pour l'accompagnement des victimes. On ne constate pas de différence en fonction du groupe professionnel, de l'ancienneté ou du taux d'activité.

Tableau 8 **Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des EMS et des CMS, des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien existant dans les établissements et services**

% pondérés	EMS gériatriques N = 650			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 358			CMS N = 502		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Il existe dans l'établissement une procédure de signalement des agressions	257	39.8	[32.9-46.6]	148	43.9	[38.2-49.7]	280	56.8	[52.4-61.2]
Il existe dans l'établissement une procédure définissant comment gérer une agression (physique ou verbale) d'une personne soignée ou de l'un de ses proches.	204	31.1	[25.0-37.2]	130	39.6	[32.7-46.6]	281	56.7	[52.1-61.2]
Il existe dans l'établissement des mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des collaborateurs ayant subi une agression.	231	35.6	[30.0-41.3]	155	44.8	[34.7-55.0]	307	62.2	[57.6-66.7]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Ces réponses individuelles ne nous informent pas sur l'existence effective ou non des mesures identifiées au sein des établissements. Pour les EMS, compte tenu du nombre d'établissements participant à l'enquête, nous pouvons en revanche identifier les structures où une majorité de répondant-e-s ont rapporté l'existence de telles mesures, ce qui donne une indication quant aux EMS où les mesures sont connues des collaborateurs et collaboratrices (Tableau 9). Ainsi, dans neuf établissements sur 34 (26.5% des EMS), plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices interrogés rapportent l'existence d'une procédure de signalement des agressions ou l'existence de mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des personnes ayant subi une agression ; dans six EMS sur 34 (17.6% des EMS), une majorité de répondant-e-s signalent l'existence d'une procédure de gestion d'une agression (physique ou verbale) de la part d'un-e résident-e ou de l'un de ses proches.

Tableau 9 Etablissements médico-sociaux où plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices rapportent des procédures de signalement et de gestion des agressions et des mesures de soutien

%, non pondéré, d'EMS où plus de la moitié des répondant-e-s sont d'accord avec l'affirmation proposée	Tous EMS N=34		EMS gériatriques N=21		EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 13	
	N	%	N	%	N	%
Il existe dans l'établissement une procédure de signalement des agressions	6	17.6	3	14.3	3	23.1
Il existe dans l'établissement une procédure définissant comment gérer une agression (physique ou verbale) d'une personne soignée ou de l'un de ses proches.	9	26.5	6	28.6	9	69.2
Il existe dans l'établissement des mesures de soutien disponibles pour l'accompagnement des collaborateurs ayant subi une agression.	9	26.5	5	23.8	4	30.8

5.2.3 Perception, par les professionnel-le-s, des mesures de soutien disponibles en cas d'agression au sein de leur établissement ou de leur service

L'ensemble des participant-e-s à l'enquête, qu'ils ou elles aient ou non été confronté-e-s à des situations de violence au sein de leur activité professionnelle, devaient enfin donner leur avis quant à l'existence, au sein de leur établissement, de mesures pour soutenir les collaborateurs et collaboratrices victimes d'actes agressifs de la part d'une personne soignée ou de l'un de ses proches. Plusieurs mesures étaient proposées (Tableau 10).

Une grande majorité de répondant-e-s estime qu'ils ou elles peuvent bénéficier d'un soutien si nécessaire, que leurs supérieurs soutiennent les collaborateurs en cas d'agression, et que les incidents sont discutés en équipe. Les répondant-e-s des CMS semblent plus nombreux qu'au sein des EMS à estimer bénéficier d'un soutien si besoin (85.8% vs 75.6%) et à penser que leurs supérieurs directs soutiennent les collaborateurs en cas d'agression (87.2% vs 78.9%). Ils et elles semblent en revanche moins nombreux au sein des CMS que dans les EMS à estimer que les cas d'agression sont discutés au sein de l'équipe (77.6% vs 86.4%). Ces différences n'ont toutefois pas été testées statistiquement.

Environ six répondant-e-s sur dix, dans les EMS (57.6%) comme dans les CMS (59.4%) rapportent l'organisation d'entretiens avec les personnes ayant présenté des comportements agressifs ou leur famille.

Au sein des EMS, on ne constate pas de différence en fonction de la mission ou de la taille de l'établissement. On n'observe pas non plus de différence significative entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s, ces derniers étant toutefois un peu plus nombreux à estimer que leurs supérieurs directs soutiennent les collaborateurs et collaboratrices victimes d'agressions (83.7% vs 76.1% ; non significatif).

Dans les CMS, les soignant-e-s sont en revanche significativement moins nombreux que les non-soignants à estimer qu'ils peuvent bénéficier d'un soutien en cas d'agression (85.0% vs 88.5%),

que leurs supérieurs directs soutiennent les victimes d'agression (85.2% vs 93.9%), que les cas d'agression sont discutés au sein de l'équipe (77.3% vs 80.5%) et qu'un entretien peut être organisé avec la personne concernée ou sa famille (59.1% vs 63.3%).

Tableau 10 Connaissance, par les collaborateurs et collaboratrices des CMS et des EMS, des mesures de soutien disponibles dans leur structure en cas d'agression

% pondérés	EMS gériatriques N = 642			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 350			CMS N = 501		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
En cas d'agression, je bénéficie d'un soutien, si besoin.	482	75.6	[68.0-83.1]	258	75.6	[64.4-85.8]	424	85.8	[79.3-92.3]
Mes supérieurs directs soutiennent les collaborateurs après des cas d'agression-	508	79.9	[72.6-87.2]	268	77.6	[68.5-86.8]	433	87.2	[80.8-93.7]
Les cas d'agressions sont discutés au sein de l'équipe.	545	84.5	[77.6-91.4]	307	88.9	[78.1-99.7]	387	77.6	[71.1-84.2]
Un entretien est organisé avec la personne concernée ou sa famille.	381	58.6	[52.1-65.2]	189	56.3	[47.3-65.2]	283	59.4	[53.2-65.6]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

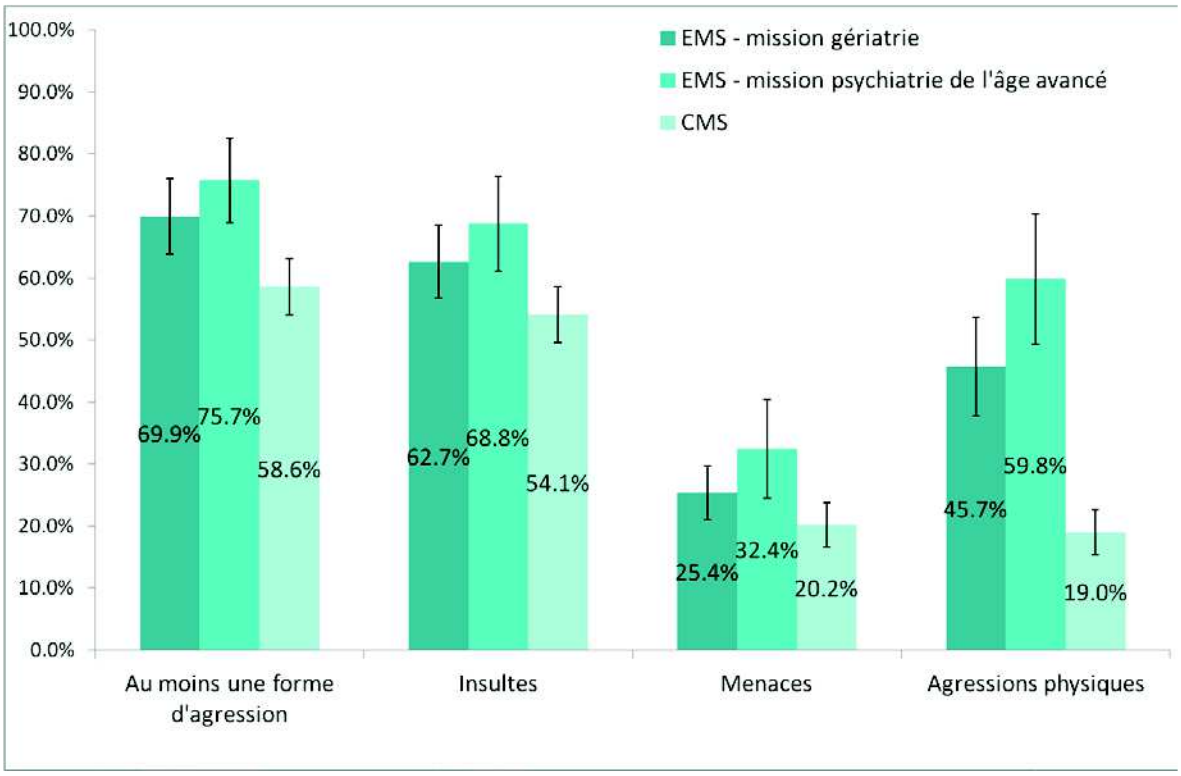
5.3 Expérience d'actes agressifs

5.3.1 Expérience d'actes agressifs au cours du parcours professionnel

Une majorité de professionnel-le-s travaillant dans les EMS et CMS du Canton de Vaud a déjà été victime de comportements agressifs de la part de personnes soignées ou de leurs proches au cours de leur parcours professionnel. **Ainsi, 72.4% des collaborateurs et collaboratrices interrogés dans les EMS et 58.6% dans les CMS rapportent avoir déjà été victimes, durant leur parcours professionnel, d'insultes, de menaces ou d'agressions physiques** (Figure 3). La prévalence de violence subie, toute forme de violence confondue, est plus importante dans les EMS que dans les CMS.

Au sein des EMS, elle est un peu plus élevée dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé que dans les EMS gériatriques (75.7% vs 69.9%), sans que cette différence soit toutefois statistiquement significative. On ne constate pas non plus de différence selon la taille de l'établissement ou la faîtière.

Figure 3 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnels



Les insultes sont les actes agressifs les plus fréquemment rapportés, par plus de six répondant-e-s sur dix (65.3%) au sein des EMS et 54.1% des répondant-e-s dans les CMS. Pour ces formes d'agressions comme pour les autres, les proportions de victimes sont plus élevées dans les EMS que dans les CMS. Ainsi, 51.7% des professionnel-le-s travaillant dans des EMS déclarent avoir déjà subi des agressions physiques, alors qu'ils ne sont que 19.0% dans les CMS à rapporter la même expérience. Le pourcentage d'agressions physiques est significativement plus élevé dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé que dans les EMS gériatriques (59.8% vs 45.7%). Enfin, 32.4% des répondant-e-s des EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 25.4% des EMS gériatriques (contre 20.2% dans les CMS) déclarent avoir été victimes de menaces.

Au sein des EMS, les soignant-e-s et les professionnel-le-s du travail social et de l'animation socio-culturelle sont les collaborateurs et collaboratrices les plus exposé-e-s aux agressions durant leur parcours professionnel (Tableau 11). L'exposition aux agressions durant le parcours professionnel varie fortement en fonction du temps passé en contact avec les résidents, dans leur poste actuel : ainsi, 43.5% des répondant-e-s passant moins de 30% de leur temps de travail en contact avec les résidents rapportent avoir subi, durant leur parcours professionnel, au moins une forme d'agression, alors qu'ils sont 82.4% parmi celles et ceux en contact avec les résidents plus de 60% de leur temps de travail ($p < 0.05$). De façon similaire, les collaborateurs et collaboratrices travaillant à moins de 50% rapportent moins d'agressions au cours de leur parcours professionnel que celles et ceux employés à un taux d'activité plus important (61.9% vs 71.6% pour celles et ceux travaillant à 100%, 75.6% pour un taux d'activité compris entre 80% et 99%, 71.8% pour un taux d'activité entre 50 et 79% ; $p < 0.05$).

Au sein des CMS, les soignant-e-s ont été, durant leur parcours professionnel, davantage exposé-e-s que les non-soignant-e-s aux menaces et aux agressions physiques, sans que ces différences soient statistiquement significatives (Tableau 12). Les insultes concernent toutes les catégories professionnelles, mais dans une moindre mesure les auxiliaires de ménages (38.2%) que les infirmier-ère-s (62.4%) ou les travailleurs et travailleuses sociaux (66.3%). Les menaces ont en premier lieu touché les infirmier-ère-s (32.4%) et les agressions physiques les aide-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins de santé communautaire, auxiliaires polyvalent-e-s, aides infirmier-ère-s et infirmier-ère-s assistant-e-s (30.7%). On n'observe pas de différence statistiquement significative en fonction du taux d'activité ou, de l'ancienneté des professionnel-le-s concerné-e-s.

Tableau 11 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés N = 1022	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecin	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
Infirmier-ère	138	82.5	82	49.3	115	69.5	146	86.9
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	331	78.3	138	32.7	294	69.4	366	86.0
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
ST soignant-e-s	*471*	*79.8**	*222*	*37.9**	*411*	*69.7**	*514*	*86.5**
Travailleur/-euse social-e	6	100.0	1	17.5	2	36.3	6	100.0
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	49	73.8	24	29.4	34	42.7	61	73.8
Cuisinier-ère	12	34.7	2	4.7	6	14.0	15	37.4
Employé-e de service de maison	38	36.8	10	8.6	21	18.0	43	36.8
Personnel administratif	24	42.7	5	8.6	5	9.1	25	42.7
Personnel technique ou de transport	5	23.0	2	8.9	1	4.7	5	23.0
Autres	25	68.6	9	18.6	17	35.5	34	68.6
ST non-soignant-e-s	*159*	*42.9*	*53*	*14.3*	*86*	*23.6*	*189*	*50.3*
TOTAL répondant-e-s	***630***	***65.3***	***275***	***28.4***	***497***	***51.7***	***703***	***72.4***

Notes : ST = sous-total ; * = différence entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Tableau 12 Expérience d'actes agressifs durant le parcours professionnel au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés N = 552	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	85	62.4	45	32.4	21	17.7	94	68.8
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	123	58.7	41	18.3	58	30.7	134	64.0
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	6	47.5	2	15.4	0	0.0	7	55.6
ST soignant-e-s	*214*	*59.5*	*88*	*23.4*	*79*	*25.0*	*235*	*65.3*
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	11	66.3	2	11.7	0	0.0	11	66.5
Auxiliaire de ménage	18	38.2	2	3.9	3	7.9	18	38.3
Personnel administratif	21	48.9	5	12.1	0	0.0	22	51.3
Autre	12	71.3	7	40.8	2	12.4	13	77.4
ST non-soignant-e-s	*62*	*50.1*	*16*	*12.5*	*5*	*4.8*	*64*	*51.8*
TOTAL répondant-e-s	***276***	***54.1***	***104***	***20.2***	***84***	***19.0***	***299***	***58.6***

Notes : ST = sous-total.

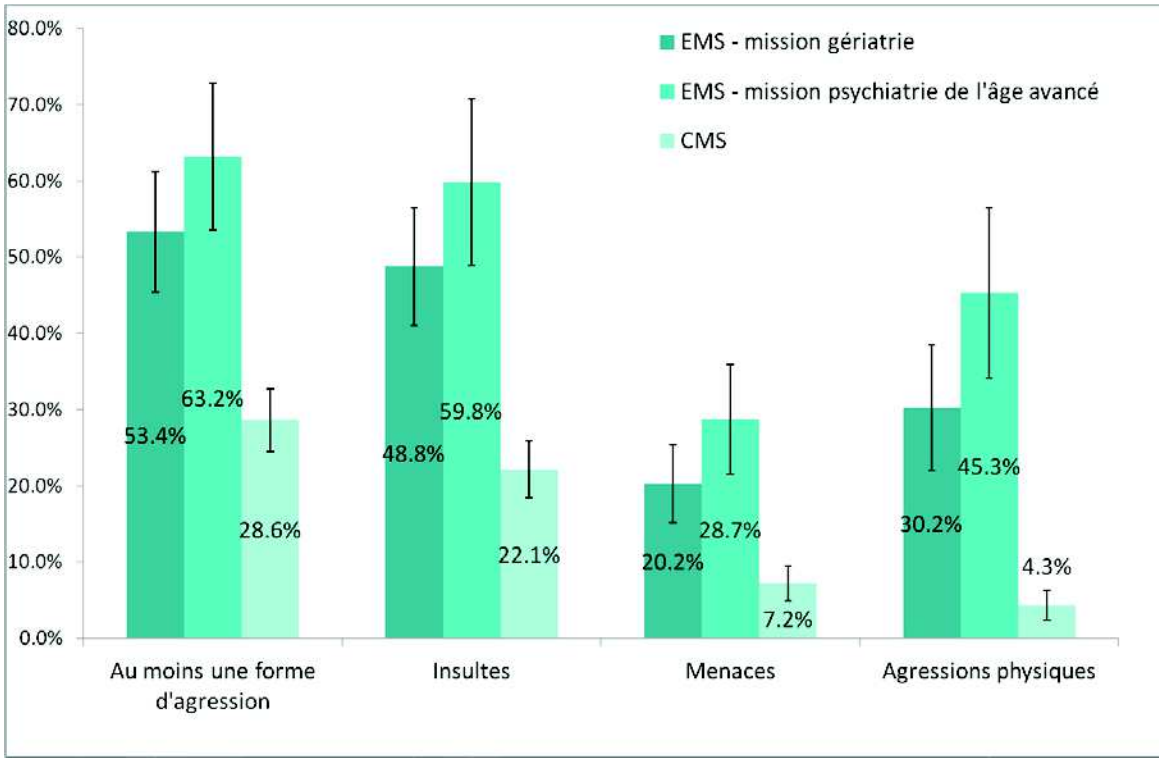
5.3.2 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois et suites

Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois

57.6% des collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s dans les EMS et 28.6% dans les CMS déclarent avoir été victimes, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, d'insultes, de menaces ou d'agressions physiques de la part de personnes soignées ou de leurs proches (Figure 4).

Au sein des EMS, si la prévalence d'agressions est la plus élevée dans les établissements de psychiatrie de l'âge avancé (63.2% vs 53.4%) et dans les établissements de petite taille (74.6% vs 71.5%), ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives. On n'observe pas non plus de différence entre les grandes et les petites Associations ou Fondations de l'AVASAD.

Figure 4 Expérience d'actes agressifs durant les douze mois ayant précédé l'enquête



Les insultes sont les actes agressifs le plus souvent subis par les professionnel-le-s des EMS et des CMS dans le Canton de Vaud. Au total, et quel que soit l'auteur des insultes, ce sont 53.5% des répondant-e-s dans les EMS et 22.1% des répondant-e-s dans les CMS qui ont rapporté avoir subi cette forme de violence durant les douze derniers mois.

Les insultes sont le plus souvent commises par les résident-e-s ou client-e-s (Tableau 13): environ la moitié des collaborateurs et collaboratrices des EMS victimes d'insultes (47.4% dans les EMS gériatriques et 58.3% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé) et 17.0% de celles et ceux travaillant dans les CMS rapportent avoir été insulté-e-s par des résident-e-s ou des client-e-s au moins une fois durant les douze derniers mois, et le plus souvent plusieurs fois par mois. Les insultes provenant de proches des résidents ou des clients sont moins fréquentes, mais ont tout de même été rapportées, de façon homogène selon les lieux de soins, par un dixième de celles et ceux travaillant dans les EMS (12.2%) et dans les CMS (11.4%).

Tableau 13 Fréquence et auteur des insultes subies durant les douze derniers mois

% pondérés	EMS gériatriques N = 652			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 363			CMS N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Insultes subies par des résident-e-s ou de client-e-s, dont :	**269**	**47.4**	**[40.2-54.7]**	**203**	**58.3**	**[46.9-69.7]**	**100**	**17.0**	**[13.6-20.4]**
Une fois	41	6.4	[4.3-8.5]	14	4.0	[1.6-6.4]	39	6.3	[4.2-8.3]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	171	29.3	[23.1-35.4]	119	34.6	[26.5-42.7]	57	10.2	[7.4-12.9]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	81	11.8	[7.9-15.6]	70	19.7	[11.7-27.7]	4	0.6	[0.0-1.2]
Insultes subies par des proches, dont :	**62**	**10.0**	**[8.1-11.8]**	**49**	**15.1**	**[11.1-19.1]**	**62**	**11.4**	**[8.6-14.3]**
Une fois	36	6.0	[3.6-8.3]	25	8.1	[4.0-12.2]	27	5.4	[3.3-7.5]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	26	4.0	[2.2-5.8]	22	6.5	[2.6-10.5]	31	5.4	[3.3-7.1]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	0	0.0	[0.0-0.0]	2	0.5	[0.0-1.3]	4	0.8	[0.0-1.7]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Les agressions physiques sont la deuxième violence la plus fréquemment rapportée par les répondant-e-s de notre enquête, avec une différence significative entre les lieux de prise en charge (Figure 4).

Les résident-e-s ou client-e-s sont mentionné-e-s comme auteurs de ces agressions physiques par 36.7% des répondant-e-s dans les EMS, et plus fréquemment en EMS de psychiatrie de l'âge avancé que dans les EMS gériatriques (45.3% vs 30.2%), et par 4.1% des répondant-e-s des CMS (Tableau 14). Dans les EMS, quand ces actes sont commis par des résident-e-s, ils surviennent plusieurs fois dans l'année, sans qu'il soit possible de savoir s'il s'agit du même auteur. Une proportion nettement plus faible de victimes d'agressions physiques déclare avoir subi ces

agressions physiques de la part de proches : 0.7% des victimes dans les CMS, 1% dans les EMS gériatriques et 1.4% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé.

Tableau 14 Fréquence et auteur des agressions physiques subies durant les douze derniers mois

% pondérés	EMS gériatriques N = 652			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 363			CMS N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Agressions physiques subies par des résident-e-s / client-e-s, dont :	**203**	**30.2**	**[24.1-36.4]**	**157**	**45.3***	**[37.0-53.5]**	**19**	**4.1**	**[2.5-5.8]**
Une fois	71	10.5	[7.2-13.8]	38	11.5	[7.4-15.6]	9	1.7	[0.5-2.8]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	96	14.7	[9.4-20.1]	90	25.2*	[19.9-30.4]	7	1.4	[0.3-2.6]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	36	5.0	[1.9-8.0]	29	8.6	[2.3-15.0]	3	1.1	[0.0-2.3]
Agressions physiques subies par des proches, dont :	**7**	**1.0**	**[0.2-1.8]**	**5**	**1.4**	**[0.1-2.6]**	**5**	**0.7**	**[0.0-1.5]**
Une fois	6	0.9	[0.1-1.6]	4	1.1	[0.0-2.3]	4	0.6	[0.0-1.2]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	1	0.2	[0.0-0.6]	1	0.3	[0.0-1.0]	1	0.1	[0.0-0.2]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	0	0.0	[0.0-0.0]	0	0.0	[0.0-0.0]	0	0.0	[0.0-0.0]

Notes : IC = intervalle de confiance à 95% ; *= différence selon la mission de l'EMS significative au seuil de 0.05.

Enfin, les menaces ont été rapportées par 7.2% des répondant-e-s des CMS et par respectivement 28.7% et 20.2% des professionnel-le-s travaillant en EMS de psychiatrie de l'âge avancé et de gériatrie, tous types d'auteurs confondus (Figure 4).

Les résident-e-s ou client-e-s sont les auteurs les plus fréquemment rapportés par les professionnel-le-s interrogé-e-s : 27.6% des répondant-e-s dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé, 19.2% dans les EMS gériatriques et 6.7% dans les CMS déclarent avoir été menacé-e-s par des résident-e-s ou des client-e-s au cours des douze derniers mois (Tableau 15). Dans les EMS, ces menaces sont le plus souvent récurrentes.

Tableau 15 Fréquence et auteur des menaces subies durant les douze derniers mois

% pondérés	EMS gériatriques N = 652			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 363			CMS N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Menaces subies par des résident-e-s ou de client-e-s, dont :	**131**	**19.2**	**[15.5-22.9]**	**97**	**27.6**	**[21.0-34.2]**	**35**	**6.7**	**[3.8-9.6]**
Une fois	39	6.1	[4.3-8.0]	22	6.8	[3.8-9.9]	2	3.8	[2.0-5.6]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	64	9.0	[6.1-12.0]	51	13.5	[9.2-17.8]	16	2.9	[1.4-4.4]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	28	4.0	[1.8-6.3]	24	7.2	[2.2-12.2]	0	0.0	[0.0-0.0]
Menaces subies par des proches, dont :	**26**	**3.8**	**[2.4-5.2]**	**24**	**6.8**	**[4.9-8.6]**	**14**	**2.7**	**[0.8-4.6]**
Une fois	12	1.7	[0.7-2.6]	14	4.0	[1.6-6.4]	7	1.5	[0.3-2.7]
Quelques fois (env. 2 à 8 fois)	14	2.2	[0.8-3.6]	9	2.4	[0.7-4.2]	7	1.2	[0.3-2.0]
Au moins une fois par mois (env. 12 fois et plus)	0	0.0	[0.0-0.0]	1	0.3	[0.0-0.9]	0	0.0	[0.0-0.0]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Une exposition plus fréquente pour les soignant-e-s et les personnels en contact avec les résident-e-s au sein des EMS

Quelle que soit la forme des agressions, les soignant-e-s et, au sein des EMS, les collaborateurs et collaboratrices passant plus de 60% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s sont les plus exposés aux actes agressifs commis par des résident-e-s, des client-e-s ou leurs proches au cours des douze derniers mois.

Au sein des EMS, les prévalences d'agressions subies au cours des douze derniers mois varient ainsi en fonction des groupes professionnels, et sont plus élevées chez les soignant-e-s (74.2% vs 31.8%), quelle que soit la profession considérée, ainsi que chez les travailleurs et travailleuses sociaux et chez les animateurs et animatrices socio-culturel (Tableau 16). Les autres catégories de professionnels ne sont toutefois pas à l'abri d'être victime d'une agression : ainsi, un cinquième environ des cuisinier-ère-s, des employé-e-s de maison, des personnels administratifs et des personnels technique ou de transport déclarent avoir été victimes d'insultes durant l'année écoulée et près d'un-e employé-e de maison sur dix rapportent avoir été agressé-e-s physiquement.

De façon similaire, on observe que plus le temps passé en contact avec les résident-e-s des EMS est important plus la fréquence d'actes agressifs augmente. Les deux tiers (68.7%) des collaborateurs et collaboratrices passant plus de 60% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s rapportent au moins une forme d'agression durant les douze derniers mois, alors qu'ils ne sont qu'un quart (24.6%) parmi les répondant-e-s en contact peu fréquent avec des résident-e-s. Cette exposition plus importante chez les personnels en contact régulier avec les résident-e-s se retrouve pour les insultes (64.5% vs 22.0%), les agressions physiques (46.3% vs 8.3%) et les menaces (30.6% vs 9.3%).

Dans les CMS, on n'observe pas de différence significative entre les professions soignantes et les autres (Tableau 17). Toutes les catégories professionnelles sont ainsi concernées par les insultes, dont ont été victimes, au cours des douze derniers mois, 31.7% des personnels administratifs, 29.8% des infirmier-ère-s et 28.8% des travailleurs et travailleuses sociaux ou assistant-e-s sociaux de proximité. Seules les agressions physiques semblent plus souvent être expérimentées par les professionnel-le-s de l'aide et du soin (6.2% vs 0.0%). Le taux d'activité ou l'ancienneté n'influence pas non plus l'exposition à une forme de violence au cours des douze derniers mois.

Tableau 16 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des EMS, en fonction du groupe professionnel

% pondérés N = 979	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecin	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Infirmier-ère	114	68.9	59	35.9	77	47.1	122	73.0
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire	291	69.3	139	32.6	229	54.7	314	74.3
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
ST soignant-e-s	*407*	*69.4**	*199*	*33.8**	*306*	*52.4**	*438*	*74.2**
Travailleur/-euse social-e	3	51.9	1	18.6	2	37.4	4	67.9
Animateur/-trice socio-culturel/-le, accompagnateur/-trice	38	47.2	17	21.1	16	20.6	42	51.4
Cuisinier-ère	7	16.6	0	0.0	2	4.9	8	18.9
Employé-e de service de maison	23	21.0	5	4.3	9	8.1	24	21.6
Personnel administratif	12	20.7	3	5.0	1	1.9	12	20.6
Personnel technique ou de transport	4	18.7	2	9.1	1	4.7	4	18.5
Autres	18	36.7	8	15.8	11	23.5	23	46.5
ST non-soignant-e-s	*105*	*28.8*	*36*	*9.6*	*42*	*11.8*	*117*	*31.8*
TOTAL répondant-e-s	***512***	***53.5***	***235***	***23.9***	***345***	***36.7***	***555***	***57.6***

Notes : ST = sous-total ; * = différence entre les soignant-e-s et les non-soignant-e-s significative au seuil de 0.05.

Tableau 17 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois au sein des CMS, en fonction du groupe professionnel

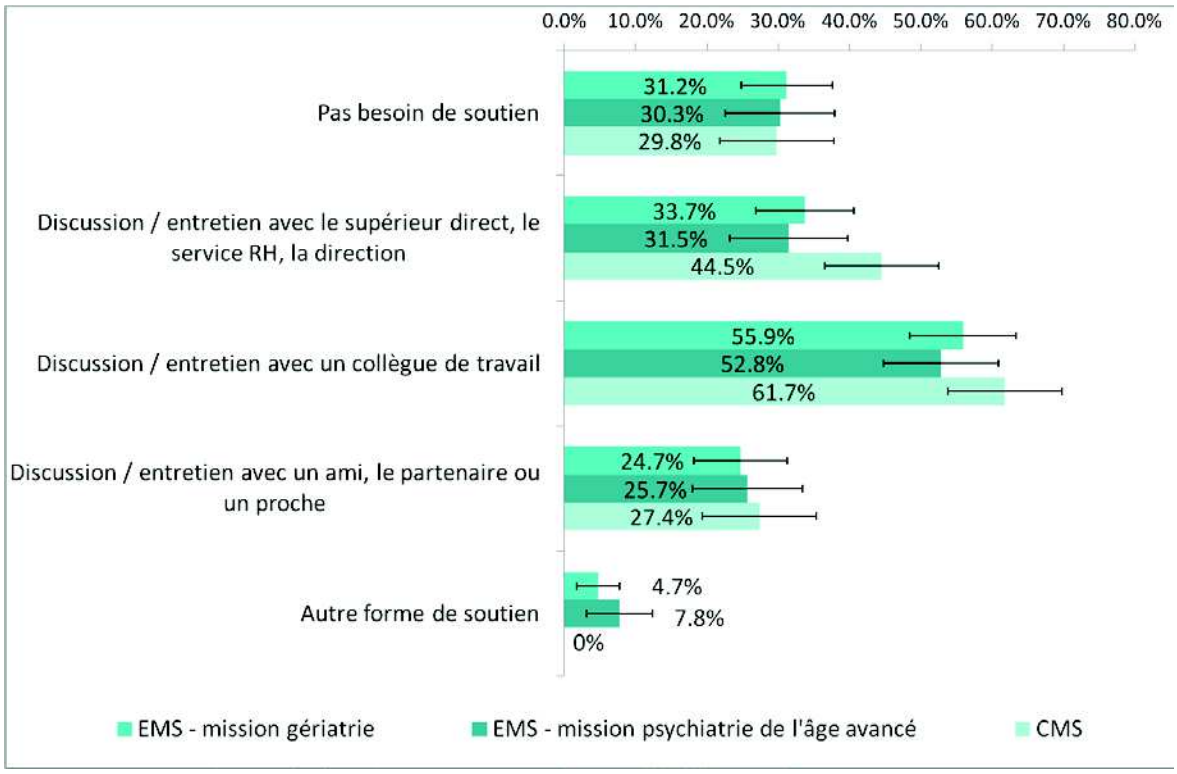
% pondérés N =	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	43	29.8	16	12.8	7	5.8	54	39.4
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e- en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	48	21.8	11	5.3	12	6.8	63	30.1
Autre personnel soignant ou paramédical (p.ex. ergothérapeutes, diététicien-ne-s)	2	15.3	1	7.7	0	0.0	2	15.4
ST soignant-e-s	*93*	*24.4*	*28*	*8.0*	*19*	*6.2*	*119*	*32.8*
Travailleur/-euse social-e, assistant-e social-e de proximité	5	28.8	2	12.6	0	0.0	6	35.8
Auxiliaire de ménage	6	11.8	0	0.0	0	0.0	6	13.0
Personnel administratif	14	31.7	4	10.1	0	0.0	15	34.0
Autre	6	35.0	2	11.9	0	0.0	7	40.9
ST non-soignant-e-s	*31*	*23.6*	*8*	*6.8*	*0*	*0.0*	*34*	*27.0*
TOTAL répondant-e-s	***124***	***22.1***	***36***	***7.2***	***29***	***4.3***	***153***	***28.6***

Note : ST = sous-total.

Mesures de soutien utilisées par les victimes

Un tiers des professionnel-le-s ayant été victimes d'au moins un acte agressif au cours des douze derniers mois (30.8% dans les EMS et 29.8% dans les CMS) n'ont pas eu besoin de soutien suite à la violence subie (Figure 5). Les formes de soutien les plus souvent rapportées sont, parmi les répondant-e-s des CMS comme des EMS, la discussion ou l'entretien sur l'incident avec un collègue de travail (61.7% des collaborateurs et collaboratrices de CMS, 54.6% dans les EMS), puis la discussion ou l'entretien avec le supérieur direct, le service RH ou la direction. Environ un quart des victimes a discuté de l'incident avec un-e ami-e, leur partenaire ou un proche. D'autres mesures de soutien ont été utilisées par moins d'un dixième des répondant-e-s.

Figure 5 **Mesures de soutien sollicitées par les victimes après un acte agressif subi dans les douze derniers mois**



On ne constate pas de différence selon la mission de l'EMS, sa taille ou la faîtière. Au sein des EMS, les non-soignant-e-s sont un peu plus nombreux, en proportion, que les soignant-e-s à déclarer ne pas avoir eu besoin de soutien suite à l'acte agressif (40.9% vs 27.7%) ; ils et elles rapportent également moins souvent avoir discuté de l'incident avec un collègue (42.4% vs 58.1%) ou avec leur supérieur hiérarchique, le service RH ou la direction (29.0% vs 33.9%).

Tout comme dans les EMS, les non-soignant-e-s travaillant dans les CMS et victimes d'actes agressifs déclarent plus souvent ne pas avoir eu besoin de soutien que les soignant-e-s (36.8% vs

29.2%) ou avoir discuté de l'agression avec des collègues (64.2% vs 60.4%). Le taux d'activité influence significativement les mesures de soutien sollicitées par les collaborateurs et collaboratrices victimes d'actes agressifs durant les douze derniers mois : ainsi, 10.6% des victimes travaillant à temps complet déclarent ne pas avoir eu besoin de soutien, alors que c'est le cas de 32.9% de celles et ceux travaillant entre 50 et 80% et de 52.1% parmi celles et ceux qui occupent leur poste à un taux inférieur à 50%. La discussion des cas d'agression au sein de l'équipe est, de la même manière, citée par six répondant-e-s sur dix travaillant à temps plein (65.2%) ou à 80% ou plus (66.4%) alors que seuls 16.8% des collaborateurs et collaboratrices employé-e-s à moins de 50% rapportent avoir utilisé cette modalité de soutien.

Arrêts de travail suite à des actes agressifs subis durant les 12 derniers mois

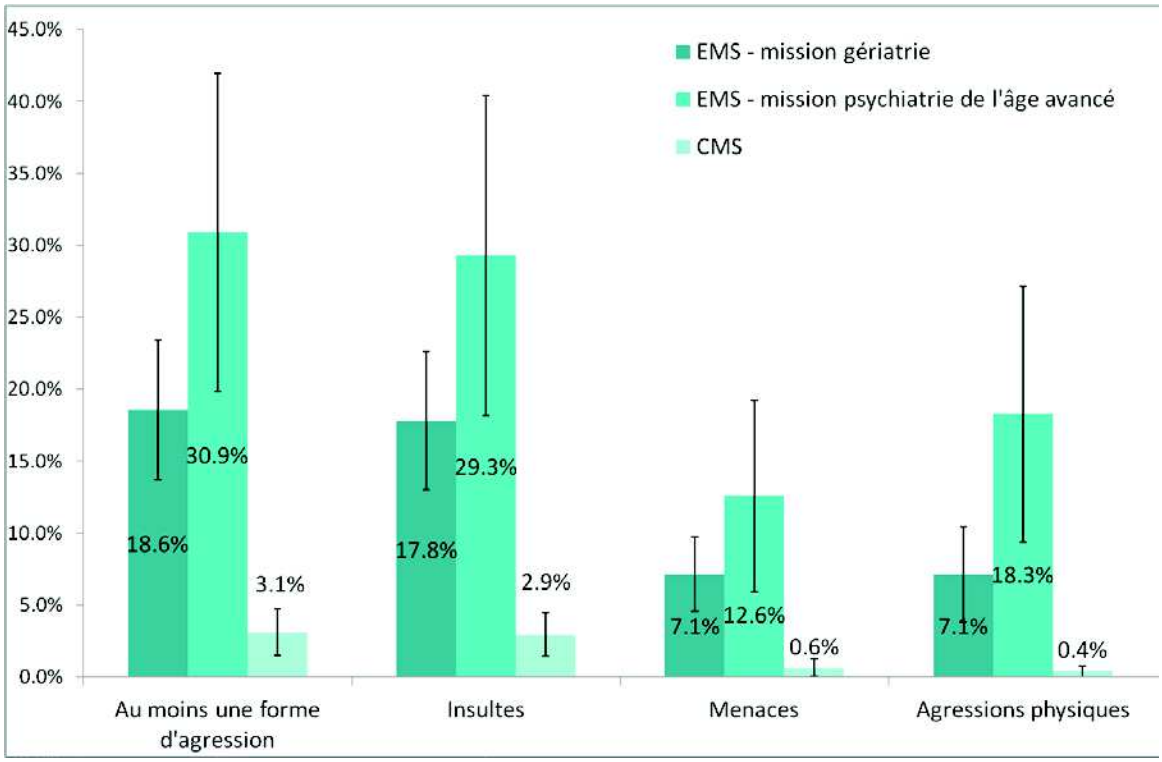
Suite aux violences subies durant les douze derniers mois, seul un petit nombre de répondant-e-s a dû être arrêté : 14 collaborateurs ou collaboratrices dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé (6.5% des victimes), 5 dans les CMS (2.8%) et 14 dans les EMS gériatriques (4.0%).

Dans les EMS, les arrêts ont duré moins de trois jours dans plus de la moitié des cas et dans 23.6% des cas, ces arrêts se sont prolongés au-delà de 31 jours. Dans les CMS, pour deux collaborateurs ou collaboratrices, ces arrêts se sont prolongés au-delà de 31 jours.

5.3.3 Expérience d'actes agressifs durant les sept derniers jours

Un quart (23.8%) des collaborateurs et collaboratrices interrogés dans les EMS et 3.1% dans les CMS déclarent avoir été victimes, au cours des sept jours ayant précédé l'enquête, d'insultes, de menaces ou d'agressions physiques de la part de personnes soignées ou de leurs proches (Figure 6). Comme durant le parcours professionnel ou au cours des douze derniers mois, les insultes sont les actes agressifs le plus souvent subis par les professionnel-le-s des EMS et des CMS dans le Canton de Vaud.

Figure 6 Expérience d'actes agressifs durant les sept jours ayant précédé l'enquête



Ce sont dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé que les actes agressifs subis durant la dernière semaine sont le plus fréquemment rapportés (30.9% vs 18.6%, p <0.05), en particulier pour les agressions physiques (18.3% vs 7.1%, p < 0.05)). Les prévalences d'actes agressifs sont également plus élevées dans les établissements de petite taille que dans les grands établissements, pour toutes les formes d'agressions (28.7% vs 18.9%, p < 0.05) et pour les insultes (27.2% vs 17.9%, p < 0.05).

Dans les CMS, les actes de violence subis durant les sept derniers sont rares et concernent 2.9% des répondant-e-s pour les insultes, et moins de 1% des professionnel-le-s interrogé-e-s pour les autres formes de violence.

Les résident-e-s ou les client-e-s sont plus fréquemment cités comme auteurs de ces actes agressifs (Tableau 18). Dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé, 28.9% des professionnel-le-s déclarent ainsi avoir subi au cours des sept derniers jours un ou des épisodes d'insultes de la part de résident-e-s ; et ils sont 18.3% à déclarer une ou plusieurs agressions physiques de la part de résident-e-s durant les sept jours. En revanche, seule une petite proportion de collaborateurs et collaboratrices rapportent avoir été victimes d'insultes (2.2% dans les EMS de gériatrie, 3.6% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 0.9% dans les CMS), ou de menaces (1.5% et 2.3% respectivement dans les EMS de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé et 0.2% dans les CMS) de la part de proches, les agressions physiques émanant de proches étant encore plus rares.

Tableau 18 Fréquence et auteur des actes agressifs subis durant les sept derniers jours

% pondérés	EMS gériatriques N = 650			EMS de psychiatrie de l'âge avancé N = 362			CMS N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Insultes subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s	**118**	**17.5**	**[13.2-21.8]**	**102**	**28.9**	**[18.1-39.7]**	**14**	**2.7**	**[0.8-4.6]**
Une fois	44	6.3	[4.0-8.7]	27	8.2	[5.1-11.3]	9	1.6	[0.5-2.7]
Plusieurs fois	74	11.2	[7.6-14.8]	75	20.7	[10.4-31.0]	5	1.1	[0.0-2.1]
Insultes subies de la part de proches	**15**	**2.2**	**[1.1-3.3]**	**12**	**3.6**	**[1.5-5.7]**	**5**	**0.9**	**[0.0-1.9]**
Une fois	13	1.9	[0.9-2.9]	10	3.0	[1.0-5.0]	3	0.5	[0.0-1.2]
Plusieurs fois	2	0.3	[0.0-0.8]	2	0.6	[0.0-1.5]	2	0.4	[0.0-0.9]
Menaces subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s	**46**	**6.9**	**[4.2-9.5]**	**46**	**12.2**	**[6.4-17.9**	**4**	**0.6**	**[0.0-1.2]**
Une fois	25	3.7	[1.5-5.8]	16	3.8	[1.6-6.1]	4	0.6	[0.0-1.2]
Plusieurs fois	21	3.2	[1.6-4.8]	30	8.4	[3.1-13.6]	0	0.0	[0.0-0.0]
Menaces subies de la part de proches	**10**	**1.5**	**[0.5-2.4]**	**8**	**2.3**	**[0.7-4.0]**	**1**	**0.2**	**[0.0-0.5]**
Une fois	9	1.3	[0.4-2.1]	5	1.4	[0.1-2.6]	0	0.0	[0.0-0.0]
Plusieurs fois	1	0.2	[0.0-0.6]	3	0.9	[0.0-2.1]	1	0.2	[0.0-0.4]
Agressions physiques subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s	**51**	**7.1**	**[4.2-10.1]**	**66**	**18.3**	**[10.7-25.9]**	**2**	**0.2**	**[0.0-0.6]**
Une fois	21	2.7	[0.7-4.7]	25	7.4*	[3.3-11.4]	2	0.2	[0.0-0.6]
Plusieurs fois	30	4.4	[2.2-6.6]	41	10.9	[4.5-17.3]	0	0.0	[0.0-0.0]
Agressions physiques subies de la part de proches	**2**	**0.3**	**[0.0-0.7]**	**7**	**2.0**	**[0.5-3.6]**	**1**	**0.2**	**[0.0-0.05]**
Une fois	2	0.3	[0.0-0.7]	4	1.1	[0.0-2.4]	0	0.0	[0.0-0.0]
Plusieurs fois	0	0.0	[0.0-0.0]	3	0.9	[0.0-2.0]	1	0.2	[0.0-0.5]

Notes : IC = intervalle de confiance à 95% ; *= différence selon la mission de l'EMS significative au seuil de 0.05.

Comme pour les actes agressifs subis durant le parcours professionnel ou durant les douze derniers mois, ce sont, dans les EMS, les soignant-e-s qui ont été les principales victimes d'agressions durant les sept derniers jours : 34.3% des soignant-e-s (vs 7.7% des non-soignant-e-s) rapportent ainsi au moins un type d'agression, 32.7% des insultes (vs 7.2%), 18.8% des agressions physiques (vs 1.0%) et 14.2% des menaces (vs 2.3%). Les prévalences d'agressions, toutes formes d'agression confondue, sont les plus importantes pour les aide-soignant-e-s, auxiliaires de santé, assistant-e-s en soins communautaires (37.4%), les infimier-ère-s (27.2%), les travailleurs et

travailleuses sociaux (18.9%) et les animateurs et animatrices socio-culturels (15.2%). Elles sont inférieures à 10% pour les autres catégories professionnelles. Le temps passé en contact direct avec les résident-e-s est également associé à une exposition plus fréquente à des agressions durant les sept derniers jours : un tiers (31.3%) des collaborateurs et collaboratrices passant plus de 60% de leur temps de travail en contact avec des résident-e-s rapportent au moins une forme d'agression (vs 4.6% parmi celles et ceux qui passent moins de 30% de leur temps de travail en contact avec les résident-e-s).

5.3.4 Signalement et gêne ressentie suite au dernier acte agressif subi

Gêne ressentie suite au dernier acte agressif subi

Les personnes ayant été victimes d'au moins un acte agressif au cours des douze derniers mois ont dû répondre à quelques questions concernant plus spécifiquement la dernière insulte, la dernière menace ou la dernière agression physique subie.

Elles devaient tout d'abord évaluer dans quelle mesure ce dernier acte agressif avait été gênant pour elles. La gêne ressentie par les professionnel-le-s varie en fonction du type d'acte agressif subi, et les perceptions diffèrent également selon les lieux de travail (Tableau 19). Les collaborateurs et collaboratrices travaillant au sein des EMS sont ainsi proportionnellement plus nombreux que les professionnel-le-s des CMS à évaluer très ou extrêmement gênante leur dernière agression physique (37.3% vs 28.2%). La dernière menace subie est perçue comme très ou extrêmement gênantes par 28.0% des professionnel-le-s dans les CMS (contre 22.7% des répondant-e-s dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 34.2% dans les EMS gériatriques) ; et la dernière insulte subie est très ou extrêmement gênante pour 24.0% des collaborateurs et collaboratrices des CMS (21.8% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé, et 19.3% dans les EMS gériatriques).

Au sein des EMS, on ne constate pas de différence significative selon le groupe professionnel, l'ancienneté ou le temps passé en contact avec le ou la résident-e.

Dans les CMS, la perception de la dernière agression subie varie en revanche significativement entre les soignant-e-s et les non-soignants : les soignant-e-s sont ainsi plus nombreux que les non-soignants à trouver très ou extrêmement gênante la dernière insulte (23.6% vs 19.5%) et la dernière agression physique subie (29.0% vs 0.0%). En revanche, 41.7% des non-soignant-es estiment très ou extrêmement gênante la dernière menace subie alors qu'un quart des soignant-e-s (25.3%) ressent la même gêne. Le taux d'activité ou l'ancienneté ne semble pas influencer la perception de la dernière agression.

Tableau 19 Gêne ressentie par les victimes au sein des EMS et des CMS lors de la dernière agression

% pondérés de répondants ayant été victimes de l'agression correspondante au cours des douze derniers mois	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Dernière insulte très ou extrêmement gênante	58	19.3	[13.7-24.8]	45	21.8	[13.0-30.6]	74	24.0	[18.7-29.3]
Dernière menace très ou extrêmement gênante	36	34.2	[21.2-47.1]	20	22.7	[9.9-35.6]	36	28.0	[19.4-36.6]
Dernière agression physique très ou extrêmement gênante	67	37.8	[26.3-49.4]	55	36.7	[26.2-47.2]	22	28.2	[17.7-38.6]

Note : IC = intervalle de confiance à 95%.

Signalement du dernier acte agressif subi

Ainsi que l'illustre le Tableau 20, les comportements agressifs de résident-e-s ou client-e-s ou de leurs proches à l'encontre des professionnel-le-s sont le plus souvent signalés. On observe, en comparant les différents lieux de travail, que le signalement est plus fréquent dans les EMS que dans les CMS.

Dans les CMS, plus de six collaborateurs ou collaboratrices sur dix déclarent avoir rapporté le dernier acte agressif subi, 64.0% la dernière insulte, 65.2% la dernière agression physique et 63.7% la dernière menace.

Dans les EMS, la dernière agression physique a été rapportée par plus de huit collaborateurs ou collaboratrices sur dix (80.1% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 84.7% dans les EMS gériatriques), et la dernière menace par près des trois quart des victimes (69.5% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé et 77.8% dans les EMS gériatriques).

Les insultes sont plus fréquemment rapportées par les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans des EMS de gériatrie (77.6% vs 62.1% dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé), par les soignant-e-s (73.7% vs 57.6%) et par les collaborateurs et collaboratrices ayant plus de dix ans d'ancienneté (77.5% vs 59.4% pour les répondant-e-s depuis moins d'un an dans leur poste actuel). On ne constate en revanche aucune différence significative concernant le signalement des autres formes d'agressions.

Au sein des CMS, on ne constate pas de différence significative dans le signalement des agressions en fonction du groupe professionnel, de l'ancienneté ou du taux d'activité.

Tableau 20 Signalement du dernier acte agressif survenu durant les douze derniers mois

% pondérés de répondants ayant été victimes de l'agression correspondante au cours des douze derniers mois	EMS gériatriques			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
Dernière insulte	240	77.6	[71.7-83.6]	122	62.1*	[53.7-70.5]	185	64.0	[58.1-69.9]
Dernière menace	125	77.8	[69.2-86.3]	80	69.5	[58.6-80.3]	73	65.2	[54.9-75.6]
Dernière agression physique	176	84.7	[78.2-71.2]	125	80.1	[71.5-88.7]	56	63.7	[53.7-73.7]

Notes : IC = intervalle de confiance ; *= différence selon la mission de l'EMS significative au seuil de 0.05.

6

Discussion

6 Discussion

6.1 Forces et limites de l'enquête

Cette enquête présente plusieurs originalités. Elle s'appuie en effet sur la définition conceptuelle de la violence et les instruments développés par Zeller et collègues dans le cadre d'une enquête réalisée en Suisse Allemande en 2010 et en 2011, mais s'en éloigne fortement quant à la méthode utilisée.

Tout d'abord, contrairement à l'enquête de Zeller et collègues qui s'intéressait à l'expérience de la violence auprès des soignant-e-s des EMS, **cette enquête élargit le périmètre à l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices, soignant-e-s ou non, des EMS et des soins à domicile**. Cet élargissement offre l'opportunité d'une part d'explorer si les situations de violence sont similaires dans différents lieux de prise en charge, en termes d'ampleur ou de types de violences, et d'autre part de vérifier si d'autres groupes de professionnels, moins fréquemment en contact avec les résident-e-s ou les client-e-s, sont également concernés par des comportements agressifs durant leur activité professionnelle.

L'enquête de Zeller et collègues reposait ensuite sur un échantillon d'EMS volontaires, et au sein de ces EMS, sur un échantillon de soignant-e-s volontaires. Les articles publiés ne fournissent pas d'éléments permettant d'apprécier les caractéristiques des EMS participants à l'enquête et leur représentativité par rapport à l'ensemble des EMS de Suisse Allemande. **Nous nous sommes efforcés, dans notre enquête, d'obtenir des résultats représentatifs de la situation vécue par les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans les EMS et CMS du Canton de Vaud.** L'échantillonnage aléatoire par grappes stratifié permet de garantir une représentativité des établissements et services participants en termes de taille et, pour les EMS, de missions et de faîtière. La méthode de calcul utilisée permet également de prendre en compte les effets de structure.

Enfin, nous pouvons également relever **un taux de participation optimal pour les établissements et services** puisque la totalité des structures sélectionnées ont pris part à l'enquête et ont relayé le questionnaire à leurs collaborateurs et collaboratrices, et **un taux relativement élevé, pour ce type d'enquête, pour les professionnel-le-s sollicité-e-s**. 66% des collaborateurs et collaboratrices des CMS et 47 % dans les EMS ont ainsi répondu au questionnaire.

Nous devons toutefois pointer quelques limites. Afin de faciliter la participation du plus grand nombre de collaborateurs et collaboratrices, le questionnaire devait être court et centré sur l'établissement de données de prévalence de la violence. Plusieurs dimensions, présentes dans l'enquête de Zeller et collègues ou dans d'autres études sur la violence dans les lieux de soins, n'ont pu être explorées, à l'instar des conditions de survenue des actes agressifs ou des mesures immédiates prises après l'agression pour la victime et pour l'auteur. **L'enquête est par conséquent strictement descriptive** et ne permet pas d'analyser de façon approfondie des pistes explicatives quant aux facteurs associés à la survenue de ces comportements agressifs. Les tests

d'associations que nous avons effectués, par exemple entre la violence subie et le groupe professionnel des victimes ou leur taux d'activité, sont également exploratoires et sont uniquement bivariés, ne prenant pas en compte de possibles effets confondants. D'autres analyses, multivariées, seraient nécessaires pour permettre de prendre en compte l'aspect multifactoriel de la violence et identifier des profils de victimes.

Une deuxième limite importante concerne la sélection de l'échantillon et ses caractéristiques. Nous ne disposons en effet d'aucune indication concernant les collaborateurs et collaboratrices n'ayant pas répondu à l'enquête et ne pouvons, malgré un taux de participation relativement élevé, éliminer **un possible biais de sélection**. Nous ne pouvons savoir si les personnes n'ayant pas répondu à l'enquête l'ont fait parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par la thématique ou parce qu'au contraire elles sont trop marquées par des épisodes de violence pour en témoigner dans une enquête.

Les différences dans les critères d'échantillonnage et dans les modalités de recueil des informations entre l'enquête menée dans les CMS et dans les EMS amènent également à **quelques précautions dans la comparaison des résultats et leur interprétation**. Les résultats issus de cette enquête sont enfin difficilement comparables à ceux obtenus dans l'enquête de Zeller et collègues, en raison des différences méthodologiques relevées ci-dessus.

6.2 La violence, une expérience fréquente dans les lieux de prise en charge de personnes fragiles

Durant les douze derniers mois, plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices des EMS et 28.6% des personnes employées dans les CMS du Canton de Vaud ont été victimes d'au moins un acte agressif de la part de résident-e-s, de client-e-s ou de leurs proches. Près d'un tiers des professionnel-le-s des EMS de psychiatrie de l'âge avancé, un cinquième de celles et ceux travaillant dans un EMS de gériatrie et 3.1% dans les CMS ont fait l'expérience de cette violence durant les sept jours ayant précédé l'enquête.

Ces taux sont importants et pointent la réalité et l'ampleur de la violence régulièrement rencontrée dans les lieux de soins. Ces prévalences sont toutefois **cohérentes avec les données disponibles à l'étranger et en Suisse**.

Les situations de violence sont ainsi fréquemment vécues par les professionnel-le-s travaillant au sein des EMS, ainsi que nous pouvions le supposer à la lecture de la littérature internationale et nationale. Dans leur revue de littérature, Zeller et collègues [6] relevaient des taux d'actes agressifs auprès de soignants travaillant en EMS variant entre 1.2 incidents par jour à 1 à 4 incidents par année selon les instruments de mesure et les méthodes utilisées. Dans leur enquête menée en Suisse allemande auprès d'un échantillon de soignant-e-s, Zeller et al. [4] montraient que 82% des soignant-e-s déclaraient avoir été victimes d'au moins une forme de violence au cours des douze derniers mois : 77% des répondant-e-s rapportaient avoir été victimes d'insultes, 38% de menaces

et 54% d'agressions physiques. 38% des soignant-e-s ayant répondu à l'enquête avaient été par ailleurs victimes d'au moins une forme d'agression durant les sept derniers jour, 19% d'insultes, 3% de menaces et 16% d'agressions physiques. Avec le même instrument de mesure, mais une méthode d'échantillonnage différente, les prévalences et la hiérarchie des formes d'agressions les plus couramment rencontrées sont similaires dans les deux enquêtes révélant une situation pour les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans les EMS du Canton de Vaud proche de celle vécue en Suisse Allemande.

Cette fréquence de la violence peut en partie **s'expliquer par les caractéristiques des personnes prises en charge dans les établissements médico-sociaux**. La présence de résident-e-s présentant des troubles cognitifs et/ou des troubles du comportement est en effet un facteur augmentant le risque d'exposition à la violence dans les lieux de soins [5, 6, 17]. Les données provenant de PLAISIR montrent ainsi qu'environ un tiers des résident-e-s vaudois-e-s présentent des signes d'agressivité verbale[c] et/ou physique[d], cette proportion étant stable durant les cinq dernières années. Parmi les résidents présentant des comportements agressifs, une large majorité a également un problème de communication modéré[e] ou sévère[f]. La prévalence plus élevée d'actes agressifs dans les EMS ayant pour mission la psychiatrie de l'âge avancé tend à confirmer cette corrélation entre l'exposition à la violence et le profil des résident-e-s hébergé-e-s.

Nous ne disposons pas de données de comparaison, en Suisse, pour la violence vécue par les professionnel-le-s de l'aide et du soin à domicile. Les quelques études étrangères identifiées font état de prévalences moins élevées que dans les lieux de soins de longue durée, ce que nous retrouvons également dans notre enquête. Ainsi, dans une enquête menée aux Etats-Unis auprès d'un échantillon de 1'214 femmes professionnelles du maintien à domicile [18], le taux d'agression verbale durant l'année écoulée s'élevait à 50.3% ; un quart d'entre elles rapportaient durant la même période un acte de violence sur le lieu d'intervention et un dixième une agression sexuelle. Une autre enquête américaine menée auprès d'un échantillon de 677 infirmier-ère-s et d'aides à domicile faisait état d'une prévalence annuelle d'agressions, tous types d'agressions confondus, de 4.6%, survenant principalement lorsque le ou la client-e était atteint de troubles cognitifs ou percevait comme une menace l'activité d'aide ou de soins prodiguée par le ou la professionnelle [19].

Dans leur rapport transmis au Service de la santé publique [14], l'AVASAD rapportait par ailleurs, sur les neuf premiers mois de l'année 2016, 41 faits de violence subis par leurs collaborateurs ou collaboratrices sur l'ensemble du canton, principalement des faits de violence verbale ou psychologique (n = 32), de violence physique (n = 7) ou de présence d'armes (n = 2). Durant la même période, les collaborateurs et collaboratrices ont rencontré 29'775 client-e-s. Même si, en

[c] Injures, insultes, cris, jurons, gros mots, obscénités dirigés contre autrui (personnel, visiteur, autre résident)

[d] Usage des mains, des pieds, de la tête ou du corps pour attaquer quelqu'un (pousser, faire tomber, griffer) , lancement ou bris d'objet, crachats, etc. L'agressivité physique peut être dirigée contre un membre du personnel, un visiteur ou un autre résident.

[e] En cas de problème de communication modéré, les capacités de l'individu à se faire comprendre sont limitées. Il s'exprime facilement en ce qui a trait à ses besoins de base tels : la faim, la soif, le sommeil, l'élimination. Il n'exprime pas ou peu ses opinions et n'a pas ou peu de conversation sociale.

[f] En cas de problème de communication sévère, l'individu a beaucoup de difficultés à se faire comprendre. Seul le personnel ou les gens qui le connaissent très bien réussissent à interpréter ses messages, les sons qu'il émet ou son langage corporel (geste, mimique, autres).

l'absence d'un relevé systématique, ces chiffres sont approximatifs, ils corroborent les prévalences peu élevées d'actes agressifs identifiés dans la présente enquête.

Le temps de contact avec les client-e-s est sans doute un facteur expliquant cette exposition moins importante : les collaborateurs et collaboratrices des CMS travaillent, pour une large partie d'entre eux, à un faible taux d'activité et ont des contacts relativement limités dans le temps avec les résident-e-s. Le profil de la clientèle fournit également une autre piste d'explication. Parmi les 7'301 personnes évaluées au moyen de l'outil RAI HC[g] entre mai 2016 et janvier 2017, 1.2% présentaient de l'agressivité, verbale ou physique, manifeste et difficilement maîtrisée durant les trois derniers jours précédant l'évaluation ; une majorité de ces personnes présentaient simultanément des troubles cognitifs[14].

6.3 La violence, un risque inhérent aux métiers de l'aide et du soin

Les actes agressifs semblent concerner **tous les professionnel-le-s des EMS ou des CMS, soignant-e-s comme non-soignant-e-s**. C'est un résultat à notre connaissance inédit, la plupart des enquêtes sur la violence dans les lieux de soins s'étant principalement intéressés aux seuls soignant-e-s [5, 6, 17, 21].

Notre enquête montre toutefois que **le risque d'être confronté, durant le parcours professionnel et à son poste actuel, à un acte agressif de la part de résident-e-s ou de proches, dépend du temps passé en contact avec les résident-e-s et du taux d'activité**. **Les soignant-e-s sont ainsi les premières victimes de la violence au sein des EMS comme dans les CMS, tout comme les professionnel-le-s du travail social et de l'animation socio-culturelle**. Le contact direct avec les résident-e-s ou les client-e-s les exposent en effet plus fréquemment à ces situations, ce qui est confirmé par l'association significative dans les EMS entre le temps de travail passé en contact avec les résident-e-s et l'expérience d'agressions durant les douze derniers mois et durant les sept derniers jours.

Dans les CMS, le taux d'activité est également corrélé avec l'expérience d'actes agressifs, les collaborateurs et collaboratrices employés à temps plein ou à plus de 80% rapportant plus fréquemment être victimes d'actes agressifs que celles et ceux travaillant à des taux d'activité moins élevé.

Nous n'approfondissons pas, dans cette étude, les circonstances des actes agressifs, mais d'autres recherches avaient mis en évidence une survenue plus fréquente d'actes agressifs durant les soins ou les actes nécessitant un contact corporel avec le ou la résident-e ou le ou la client-e (par exemple lors de la toilette ou de l'habillage) [5, 6, 21]. Ces situations d'interaction, où la sphère personnelle du résident ou de la résidente est touchée, semblent particulièrement à risque.

[g] Le *Resident Assessment Instrument* (RAI) est un outil clinique visant à promouvoir l'identification systématique et standardisée des problèmes de santé des personnes âgées afin d'améliorer leur prise en charge. La version *Home Care* (HC) a été développée pour la prise en charge des bénéficiaires des soins à domicile et adoptée en 2003 par l'Association suisse des soins à domicile (ASSASD) [20].

Ces actes de violence sont le plus souvent commis par des résident-e-s ou des client-e-s. Les actes de violence commis par les proches sont moins nombreux et se traduisent le plus souvent par des agressions verbales ou des menaces. Ils se retrouvent, dans des proportions équivalentes, tant dans les établissements médico-sociaux que lors d'une prise en charge à domicile. Les données sur cette forme de violence, perpétrée par des proches à l'encontre de collaborateurs et collaboratrices, sont très peu nombreuses [5] et ne permettent pas de comparaisons.

Dans leur rapport, l'AVDEMS pointait que « *s'il est vrai qu'une part des actes de violence subis peut être considérée comme acceptable par le personnel des EMS, principalement en lien avec la pathologie des résidents, il n'en va le plus souvent pas de même avec celle qui est le fait des familles ou des proches* ». Notre enquête ne permet pas d'étayer cette hypothèse, mais révèle en effet, chez les collaborateurs et collaboratrices des EMS, d'une **certaine acceptation des actes agressifs subis**, sans qu'il soit possible d'évaluer le degré d'acceptation de ces actes en fonction de leur auteur. Si une large majorité des victimes d'au moins un acte agressif durant les douze mois signalent le dernier incident subi, ces incidents sont dans le même temps majoritairement évalués par leurs victimes comme peu ou pas gênants. Un tiers des victimes estiment par ailleurs ne pas avoir eu besoin de soutien suite à ces incidents.

Si cette évaluation de la gêne ressentie lors du dernier incident permet d'apprécier, de façon globale, les répercussions des actes de violence pour les collaborateurs et collaboratrices, **notre enquête ne permet pas d'analyser les conséquences que ces violences peuvent avoir sur la santé, le bien-être des victimes ainsi que sur la relation de soins**. Celles-ci, si l'on en croit les rapports et les recherches sur le sujet, sont loin d'être négligeables. Les violences subies par les collaborateurs et collaboratrices dans les lieux de soins, surtout si elles sont répétées, peuvent engendrer des arrêts de travail – limités dans notre enquête - , un stress accru durant les jours suivant l'agression, y compris chez celles et ceux qui n'en ont pas été directement victimes, une altération de la relation et peuvent conduire à une démotivation et à un arrêt d'activité professionnelle [5, 22, 23].

6.4 La violence, une problématique diversement prise en compte par les établissements et les services

Notre enquête permet tout d'abord de constater que, si les violences ne sont pas rares dans les EMS et les CMS, **leurs victimes estiment déjà bénéficier de mesures de soutien sur le lieu de travail** : un tiers des répondant-e-s ayant été victimes d'actes agressifs durant les douze derniers mois dans les EMS et quatre victimes sur dix dans les CMS déclarent qu'ils ou elles ont discutés de ces incidents avec leur supérieur hiérarchique, le service RH ou la direction, plus de la moitié signalent en avoir discuté avec un collègue de travail. Qu'ils ou elles aient ou non été victimes d'acte agressif, une large majorité des collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s dans les EMS et les CMS, estiment par ailleurs que les victimes d'actes agressifs peuvent bénéficier d'un soutien

au sein de leur structure, en particulier de la part de leur supérieur hiérarchique ou sous la forme d'une discussion en équipe.

Ce constat met en évidence **le rôle important joué par la direction et par le management intermédiaire** pour prévenir et gérer les situations de violence au sein de leur établissement et témoigne, à ce titre, d'un bon niveau de confiance des personnels par rapport à leur direction actuelle. Le consensus est toutefois plus élevé au sein des répondant-e-s des structures à domicile, reflet sans doute d'une plus grande homogénéité dans le traitement de cette thématique au sein de l'AVASAD [14].

Ainsi que le précisait le rapport transmis au SSP par l'AVDEMS, les procédures de gestion et d'accompagnement des violences à l'encontre des personnels ne sont en revanche pas uniformes dans tous les EMS du canton. Cela se traduit par des niveaux de connaissance moins élevés, chez les répondant-e-s à l'enquête, des mesures à disposition des personnels pour signaler, gérer et soutenir les collaborateurs et collaboratrices.

7

Conclusions

7 Conclusions

Pour la première fois dans le Canton de Vaud, une enquête de grande envergure offre un bilan des situations de violence à l'encontre des personnels des CMS et des EMS. Fréquemment exposés à la violence durant leur parcours professionnel et à leur poste actuel, les collaborateurs et collaboratrices interrogé-e-s relèvent toutefois l'existence de mesures de signalement, de gestion et de soutien au sein de leur structure. Même si elles n'aboutissent que rarement à des arrêts de travail, les violences vécues par les personnels ne doivent pas être banalisées, car elles peuvent, surtout quand elles sont répétées, avoir des conséquences à court ou à long terme sur la santé physique et psychique des collaborateurs et collaboratrices. Elles peuvent également, au sein d'une équipe ou d'un établissement, avoir des répercussions au-delà des victimes elles-mêmes et impacter durablement la satisfaction et la motivation au travail.

Les origines des actes de violence commis par les résident-e-s, les client-e-s ou des membres de leur entourage étant multifactorielles [5, 6], les mesures à mettre en œuvre pour prévenir les situations de violence ou accompagner les collaborateurs et collaboratrices atteintes de violence combinent des actions visant l'environnement de travail, les collaborateurs et collaboratrices et les résident-e-s ou client-e-s. **La prise en compte des actes agressifs par l'employeur constitue la première étape, indispensable, d'un plan de prévention et de gestion des violences au sein d'un établissement**.

Suite à une revue documentaire portant sur la violence dans les lieux de soins de longue durée, Richter (2013) formule plusieurs recommandations qui nous semblent s'appliquer au contexte vaudois :

- Développer un concept ou des recommandations spécifiques adaptées à l'établissement, où tous les types d'agression survenant dans l'institution sont décrits en détail et abordés de manière préventive.
- Elaborer des normes de soin pour la gestion des comportements agressifs chez les résidents.
- Identifier les compétences actuelles des collaborateurs et collaboratrices en matière de gestion des actes agressifs, de désescalade, d'attitudes face aux résidents agressifs
- Former les collaborateurs et collaboratrices à la gestion de comportements agressifs
- Mettre en place de la supervision et de l'intervision pour gérer les situations où les collaborateurs et collaboratrices sont victimes d'actes agressifs.

La démarche adoptée par l'AVASAD nous semble entrer dans ce cadrage général et devrait permettre à la fois de documenter, de faire reconnaître et de gérer les agressions à l'encontre des personnels dans les CMS. Elle est facilitée par la structuration générale de l'AVASAD qui permet d'adopter des pratiques homogènes pour l'ensemble des CMS du canton.

La situation effective au sein des EMS quant à l'existence de démarches formalisées de traitement des violences à l'encontre des personnels, est, à ce jour, méconnue. Certains établissements possèdent déjà un concept définissant les modalités de signalement, de gestion et de soutien des situations de violence au sein de leur établissement, d'autres en revanche en sont dépourvues. Il nous semblerait utile que les faîtières puissent initier une réflexion commune sur les violences subies par les collaborateurs et collaboratrices des EMS. Les résultats de cette enquête pourraient servir de socle à cette démarche.

La prévention des actes agressifs devrait également passer par une sensibilisation des bénéficiaires, résident-e-s et client-e-s, et de leurs proches. La Charte des CMS s'inscrit déjà dans un objectif de promotion du respect mutuel attendu entre les deux parties, collaborateurs et collaboratrices d'une part qui ont à adopter une attitude professionnelle et adaptée en toutes circonstances, et bénéficiaires de l'aide et des soins d'autre part. Le Chapitre 3 lettre I mentionne ainsi que « *le client s'engage à faciliter l'intervention des collaborateurs à son domicile en leur assurant accueil, respect et sécurité*» [14]. Au moment de l'entrée en EMS, le ou la résident-e ou l'un de ses proches signe également un contrat d'hébergement et est sensibilisé aux règles de convivialité s'appliquant pour tous et toutes dans l'établissement.

Enfin, la formation des personnels apparaît à renforcer, mais sans doute de façon ciblée pour permettre aux professionnel-le-s les plus exposé-e-s de disposer de connaissances sur les situations à risque, les comportements à adopter pour prévenir ou gérer des actes de violence et les mesures disponibles au sein des établissements. A ce titre, les cadres et les collaborateurs et collaboratrices en contact direct avec les résident-e-s, les client-e-s ou des membres de leur entourage, quelle que soit leur profession, apparaissent comme des cibles prioritaires de mesures de sensibilisation ou de formation.

8

Références

8 Références

1 Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Third edition ed. Genève: Bureau international du travail; 2006.

2 Debout M. Travail, violences et environnement. . Paris: Conseil économique et social, 1999 Available from: http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/1999/99112420.pdf

3 Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. La violence au travail. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2002. (FACTS 24). Available from: https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/24

4 Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I, Halfens RJG. Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. Journal of nursing scholarship. 2012;44(3):249-57.

5 Richter D. Agressions dans les établissements de soins de longue durée. Tableau nuancé du problème. Berne: CURAVIVA Suisse, 2013 Available from: https://www.curaviva.ch/files/58TOIIS/Agressions-dans-les-EMS.pdf

6 Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. Geriatric Nursing. 2009;30(3):174-87.

7 Tragno M, Duveau A, Tarquinio C. Les violences et agressions physiques au travail: analyse de la littérature. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology. 2007;57(4):237-55.

8 Organisation internationale du travail. Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. Genève: Bureau international du travail, 2003 Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112577.pdf

9 Cavalin C. Violences au travail: Que mesure-t-on dans les enquêtes? Connaissance de l'Emploi. 2012(96):1-4. Available from: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01024594/

10 Bué J, Sandret N. Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail. Premières synthèses. 2008(22.2):1-4. Available from: http://www.alephworlds.com/spip_cfdt/IMG/pdf/harcelement_au_travail.pdf

11 Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Compter les violences envers les femmes. Contexte institutionnel et théorique de l'enquête ENVEFF. Cahiers du genre. 2003;2(35):45-70.

12 Lippel K, Vézina M, Stock S, Funès A. Violence au travail : harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique. In: Vézina M, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin E, Delisle A, et al., editors. Enquête québecoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST); 2011. p. 325-99.

13 Perroud S. Violence, maltraitance des soignants par les résidents en EMS : regards, étude et responsabilités du directeur [Mémoire de fin d'étude]. Genève: Haute école de travail social (Hets); 2008.

14 Service du développement des pratiques professionnelles (AVASAD). Violence à l'encontre du personnel des CMS. Note pour le Service de la santé publique du Canton de Vaud. 2017.

15 Gonseth Nusslé S, Chaouch A, Cominetti F, Camain J-Y, Paccaud F, Rousson V, et al. Evaluation de l'impact des nouvelles Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS) sur la satisfaction des usagers. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016. (Raisons de Santé 260).

16 Simonson T, Bize R. Evaluation du dispositif de réinsertion et de réorientation des infirmières. Lausannne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Non publié. (Raisons de Santé 000).

17 Needham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. Violence in the Health Sector. Third International Conference on Violence in the Health Sector Linking local initiatives with global learning; 2012; Vancouver. Amsterdam2012.

18 Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2015;15(1):11.

19 Galinsky T, Feng HA, Streit J, Brightwell W, Pierson K, Parsons K, et al. Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers. Rehabilitation nursing. 2010;35(5):206-15.

20 Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C, et al. Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2010. (Raisons de Santé 191).

21 Zeh A, Schablon A, Wohlert C, Richter D, Nienhaus A. Gewalt und Aggression in Pflege-und Betreuungsberufen–Ein Literaturüberblick. Das Gesundheitswesen. 2009;71(08/09):449-59.

22 Hogh A, Hoel H, Carneiro IG. Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. Journal of nursing management. 2011;19(6):742-51.

23 Miranda H, Punnett L, Gore R, Boyer J. Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers. Occupational and environmental medicine. 2011;68(1):52-7.

canton de vaud

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MARS 2018 RC-7

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Philippe Vuillemin et consorts - Pour une meilleure protection du personnel soignant en EMS

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 23 octobre 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Carole Dubois, Florence Gross, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Pauline Tafelmacher. MM. Alain Bovay, Jean-Luc Chollet, Werner Riesen (en remplacement de Thierry Dubois), Christian Van Singer (en remplacement de Rebecca Joly), Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mme Rebecca Joly. MM. Thierry Dubois, Laurent Miéville.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéfanie Monod, Cheffe du service de la santé publique (SSP). MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Raoul Christe, Responsable Qualité et professionnels, Institutions de santé, SSP.

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS souligne la complexité de la problématique. Considérer que le patient n'est pas le seul à pouvoir être l'objet de maltraitance constitue un véritable changement de paradigme. Les investigations menées démontrent pourtant que la maltraitance envers le personnel est une réalité, bien qu'elle soit partiellement masquée par des professionnels qui considèrent parfois que ladite maltraitance fait partie intégrante de leur travail.

Dans ce contexte délicat, le chef du DSAS insiste sur les bénéfices qu'il peut y avoir à libérer la parole, et pour les institutions concernées, à bien objectiver les cas qui se présentent et à documenter les réponses apportées.

Bien que différentes mesures soient déjà mises en œuvre dans les différentes institutions, l'enquête menée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) démontre qu'il existe un potentiel d'amélioration. Ainsi, le Conseil d'Etat souhaite que les données collectées ainsi que les recommandations formulées soient reprises par un groupe de travail qui sera chargé d'établir un plan d'action qui soit partagé et qui puisse être traduit dans la pratique.

3. POSITION DU POSTULANT

L'auteur du postulat remercie le Conseil d'Etat pour son rapport dont il apprécie le sérieux et la qualité. La réponse fournie est à la hauteur des préoccupations soulevées, et l'auteur du postulat se félicite que le Conseil d'Etat ait pris à cœur la problématique et se donne les moyens d'apporter quelques solutions aux problèmes identifiés. L'auteur du postulat relève néanmoins les deux éléments suivants :

1. le harceleur n'est pas uniquement le patient/résident, le collègue ou la hiérarchie, mais, bien souvent, un membre de la famille ou un proche du patient/résident ;

2. l'employeur a certes l'obligation légale de protéger son employé. Toutefois, lorsqu'un employeur, démuni face à une situation particulière pour laquelle il a tout tenté sans succès, se tourne vers l'Etat et que ce dernier ne peut ou ne veut pas agir, il est navrant de constater que le harceleur s'en sort alors toujours, si ce dernier sait prendre son temps et manœuvrer habilement. Dans ce type de situations extrêmes, des interdictions de périmètre doivent pouvoir être prononcées.

4. DISCUSSION GENERALE

Les commissaires relèvent la qualité de la réponse du Conseil d'Etat. Le rapport et les développements à venir pourront ainsi être repris par les associations professionnelles faîtières pour sensibiliser et responsabiliser leurs membres. En septembre 2018, de nouvelles normes en matière de gestion des risques devront être appliquées dans toutes les institutions labellisées ou engagées dans une démarche qualité. La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions sera l'occasion d'intégrer les actions préconisées par l'IUMSP.

Plusieurs commissaires soulignent tour à tour :

- l'importance – à travers une démarche qualité et un management approprié des entités concernées – de favoriser la collecte/remontée des informations relatives aux violences subies par le personnel et de définir des réponses institutionnelles adéquates aux problèmes rencontrés ;
- les bénéfices d'une bonne traçabilité des faits reportés ;
- la complexification des situations en raison de l'aggravation des pathologies présentées par les patients/résidents et de l'accroissement des exigences des proches de ces derniers ;
- l'accent d'ores et déjà porté sur la formation du personnel pour prévenir et faire face aux situations difficiles ;
- l'intérêt de favoriser le maintien à domicile afin de retarder autant que possible le placement en institution, ce dernier constituant une forme de prise en charge plus génératrice que d'autres de frustrations et donc d'agressivité de la part des patients/résidents et de leurs proches ;
- la nécessité de tenir compte, au-delà des EMS et des CMS, des violences qui apparaissent dans le monde de la santé en général.

Responsabilité de l'employeur

Une commissaire déplore les difficultés de l'Etat à remplir correctement son rôle d'employeur consistant à assurer un environnement de travail sain et sécurisé aux professionnels considérés. Sur ce point, le chef du DSAS rappelle que l'Etat n'est en général pas l'employeur du personnel des entités concernées. Dans l'attente d'une jurisprudence ou de l'établissement des bases légales idoines, il reste donc difficile de définir à quel point l'Etat peut intervenir dans les conditions de travail de personnels dont il n'est pas l'employeur direct.

Formation et dotation en personnel

Pour un commissaire, l'agressivité des patients/résidents trouve toujours une explication : histoire personnelle du patient/résident, pathologie(s) de ce dernier, mauvaise décision de placement, etc. Dès lors, afin d'éviter autant que possible les situations conflictuelles, il convient d'améliorer la prise en charge et, dans cette perspective, de mieux former les professionnels de terrain (compétences linguistiques, connaissances médicales, psychologie, etc.) et de garantir des dotations suffisantes en personnel (qui doit pouvoir disposer d'assez de temps pour le dialogue).

L'auteur du postulat rappelle en conclusion les éléments suivants :

- le devoir de poursuivre les actions de formation du personnel, notamment en matière de réponse non violente à l'agression ;

- l’importance de réaliser que les EMS, loin de constituer de simples pensions, gèrent désormais des cas médicaux et sociaux de nature complexe ;
- la nécessité, au-delà des EMS, de ne pas oublier les CMS eux aussi confrontés à la problématique de la violence ;
- l’utilité des lieux de parole ouverts à tous et du partage d’expériences dans un contexte intergénérationnel et souvent multiculturel ;
- l’intérêt d’améliorer la compréhension réciproque, tout particulièrement avec les familles des patients/résidents.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d’accepter le rapport du Conseil d’Etat à l’unanimité des membres présents.

Yverdon-les-Bains, le 21 mars 2018.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2017 **16_INT_606**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Julien Sansonnens et consorts - Evénements indésirables à l'hôpital : comment garantir la protection des collaborateurs ?

Rappel

CIRS est l'acronyme de Critical Incident Reporting System. On désigne ainsi un système permettant, au sein d'un établissement de soins, de signaler les événements indésirables et de les analyser, en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Ces systèmes de déclaration et d'apprentissage sont aujourd'hui indissociables du paysage hospitalier ; plusieurs pays les ont déjà intégrés dans leur législation comme des instruments essentiels de la gestion des risques cliniques.

Au sein d'un établissement de soins, une culture de la sécurité ne peut exister que si les incidents critiques et les accidents sont déclarés puis analysés, et que des mesures d'amélioration sont prises pour éviter qu'ils ne se reproduisent. L'analyse de l'événement décrit les facteurs contributifs qui ont pu faciliter sa survenance et permet d'identifier les actions possibles en termes d'amélioration de la sécurité.

Idéalement, chaque collaborateur d'un établissement devrait pouvoir signaler tout incident clinique dont il a connaissance, sans risquer de sanction — sauf pour les cas d'actes délibérés ou de négligence grave. Il apparaît en effet évident que seul un système fondé sur une logique non punitive permet de créer la confiance nécessaire à la notification des événements indésirables. Peu de collaborateurs seront enclins à déclarer des incidents, a fortiorilorsqu'ils en sont responsables, s'ils risquent une sanction ; cela a comme conséquence, du point de vue de l'institution, qu'il ne sera pas possible d'apprendre de cette erreur, respectivement qu'il ne sera pas possible de prévenir la répétition de celle-ci.

Aujourd'hui, plusieurs autorités médicales et spécialistes de la qualité des soins, en particulier la Fédération des médecins suisses (FMH), demandent qu'une base juridique claire soit établie afin que les systèmes de signalisation des événements critiques ne puissent pas être détournés de leur utilisation par le juge ou l'assureur.

Partant de ce qui précède, je me permets d'adresser, sous la forme d'une interpellation, les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. *Lorsqu'une procédure judiciaire est ouverte contre un collaborateur ou contre un établissement de soins vaudois, suite à un incident ou un accident clinique, le contenu du CIRS relatif à cet événement — au CHUV, également le rapport RECI — peut-il être saisi ? Le cas échéant, l'est-il systématiquement ?*
2. *Le Conseil d'Etat a-t-il connaissance de cas, dans le canton de Vaud ou ailleurs en Suisse, où le contenu d'un CIRS a été saisi par décision judiciaire ? Le cas échéant, quelles ont été les conséquences, pour l'institution comme pour le-s collaborateur-s concerné-s, d'une telle saisie ?*
3. *Afin d'éviter l'effet délétère sur la notification qu'une telle saisie ne manquerait pas de provoquer, le Conseil d'Etat a-t-il la compétence et la volonté d'agir afin de " sanctuariser " le contenu des CIRS ? En particulier, est-il disposé à garantir une protection légale aux déclarants tant vis-à-vis de la justice civile que pénale, comme cela se fait par exemple aux Etats-Unis ou au Danemark ? Le cas échéant, par quelle voie cette protection pourrait-elle être instaurée, et dans quel délai ?*

Je remercie par avance le Conseil d'Etat pour ses réponses.

Réponse du Conseil d'Etat

L'objet de l'interpellation porte sur la gestion des risques et des incidents par les établissements sanitaires vaudois, dont la mise en place est reconnue comme indispensable dans le cadre d'un dispositif Qualité comprenant un système de gestion des risques destiné notamment à prévenir les évènements indésirables.

En effet, soigner est une activité potentiellement à risque d'être à l'origine d'incidents plus ou moins graves parce qu'elle

est exercée au sein de systèmes faillibles, eux-mêmes risqués et en perpétuelle mutation. Pour être en mesure d'identifier les failles du système mis en place, les institutions sanitaires ont adopté une approche systémique (par opposition à une approche individuelle) qui considère que l'événement indésirable est la conséquence d'une chaîne d'événements avec, à l'origine, plusieurs facteurs contributifs.

L'analyse systémique permet de comprendre les causes d'un incident, d'attribuer la part de causalité de chacun des facteurs tout au long de la chaîne d'activités impliquées et ainsi de ne pas conclure systématiquement au fruit d'erreurs individuelles, mais d'identifier les causes racines permettant l'amélioration des processus de soins (cf. analyse systémique selon le London Protocol, C. Vincent & S. Taylor-Adams, Systems analysis of clinical incidents The London protocol, 2001).

Le but d'une telle analyse interne est l'amélioration continue des prestations de soins et de réduire autant que faire se peut les risques qui y sont liés. Une gestion des risques efficiente implique, dans un premier temps, leur identification et, dans un deuxième temps, la mise en œuvre de mesures de prévention (barrières) à différents stades de la prise en charge afin d'éviter les incidents. L'expérience montre souvent l'absence non pas de lien de cause à effet direct entre un seul facteur contributif et l'incident, mais plutôt que celui-ci survient suite à un enchaînement d'évènements (modèle du Swiss cheese). L'analyse de l'incident permet d'identifier ces failles, qui existent soit parce que les procédures sont lacunaires soit parce que les mesures préventives, les barrières, se sont révélées inefficaces. A l'issue de l'analyse, des mesures sont prises dans le cadre d'un processus qualité usuel, une boucle de qualité ("to plan", "to do", "to check", "to act"), dans un souci d'améliorer continuellement les prestations. Ce n'est ainsi pas parce que l'institution prend des mesures suite à un incident que la pratique antérieure n'était pas conforme, mais les bonnes idées d'amélioration doivent être mises à profit sans trop tarder.

Cette approche favorise l'identification des lacunes du système et la mise en place de mesures préventives et correctrices visant l'ensemble des causes d'un incident. Rapporter un événement, c'est dans tous les cas offrir une chance, aux professionnels et à l'institution, d'améliorer la qualité des soins. Pour être en mesure d'analyser les incidents, il est nécessaire que, d'une part, les collaborateurs annoncent les incidents et, d'autre part, qu'ils participent en toute transparence à leur analyse et aux mesures d'amélioration. Cette politique de gestion des risques et des incidents doit reposer sur une culture non punitive de l'annonce de l'erreur qui se fonde sur le principe du "no blame no shame", à savoir de ne pas sanctionner personnellement les professionnels qui occasionnent un incident, pour autant que ce dernier ne soit pas le résultat d'un acte délibéré ou d'une négligence grave (volonté de nuire intentionnellement ou manquement à des devoirs essentiels). Dans ces limites, l'institution assume les risques liés aux soins et au système défaillant vis-à-vis de la victime de l'incident et soutient par diverses mesures les professionnels impliqués dans la survenance des incidents et leurs suites. Ceux-ci sont considérés comme " secondes victimes " et l'institution leur offre un soutien juridique (notamment par la prise en charge des frais de défense) et psychologique, sauf en cas de négligences avérées ou de dysfonctionnement intentionnel ou malveillant.

La transparence requise dans un tel système de gestion des risques et des incidents appliqué par un établissement sanitaire doit pouvoir reposer sur la confiance des collaborateurs envers le système lui-même. Le contenu de l'analyse systémique et son rapport final ont ainsi un caractère éminemment interne à l'institution qui a la responsabilité de prendre toutes mesures d'amélioration qui s'imposent en fonction des lacunes identifiées afin d'éviter qu'un incident de même nature ne se reproduise. Le contrat de confiance passé avec les collaborateurs implique que l'institution ne les sanctionne pas, sous réserve des cas intentionnels ou de négligence grave.

La protection des collaborateurs n'est donc pas absolue. En effet, en cas de suspicion avérée d'intention ou de négligence grave, une investigation ad hoc est effectuée en dehors de l'analyse RECI/CIRS et une procédure disciplinaire peut être ouverte par l'autorité d'engagement à l'encontre du collaborateur concerné. De plus, les collaborateurs sont informés que l'institution ne peut pas empêcher qu'un patient ou ses proches déposent plainte ou engagent des poursuites aux plans civil ou pénal, voire qu'une procédure pénale soit engagée d'office. Alors qu'au niveau civil, la procédure est dirigée contre l'institution (responsabilité civile institutionnelle), une procédure pénale est dirigée contre un collaborateur en particulier (responsabilité pénale individuelle). Même dans ces situations, les collaborateurs restent tenus de signaler à travers le système RECI/CIRS les événements indésirables et situations de soins dangereux, qu'ils y soient impliqués ou seulement témoins, et un non-respect de cette obligation n'est en aucun cas acceptable par son employeur.

En outre, le Département de la santé et de l'action sociale a édicté en date du 1er janvier 2017 la Directive sur la déclaration des incidents critiques (http://www.vd.ch/themes/sante/professionnels/incidents-critiques/).

Cette Directive précise les démarches que le responsable d'exploitation d'un établissement de soins doit entreprendre vis-à-vis de l'Etat lors de la survenue d'un incident critique.

La première annexe de la Directive précitée liste les incidents critiques nécessitant une déclaration par catégorie :

a. Incidents découlant d'actes malveillants ou délictuels ;
b. Incidents qui ne devraient jamais se produire car jugés inacceptables, graves ou évitables ;
c. Incidents graves, soit tout événement évitable, action, comportement ou dysfonctionnement qui a provoqué la mort

ou qui a causé une atteinte grave et permanente à la santé d'une personne, et qui ne découle pas d'une complication inhérente aux soins (liste exemplative).

Tout incident critique doit être déclaré oralement au plus tard dans les 48 heures au Médecin cantonal. Cette déclaration orale est complétée par une annonce écrite dans les 10 jours ouvrables suivant l'événement au moyen du formulaire ad hoc. Les identités des intervenants et du patient ne sont communiquées que dans les cas relevant de la lettre a). Enfin, lorsque l'événement fait l'objet d'une analyse d'incident interne à l'institution (RECI ou CIRS), la direction de l'établissement transmet ultérieurement à l'Office du Médecin cantonal sa détermination sur les circonstances et les causes de l'incident ainsi que sur les mesures décidées sur cette base.

1. Lorsqu'une procédure judiciaire est ouverte contre un collaborateur ou contre un établissement de soins vaudois, suite à un incident ou un accident clinique, le contenu du CIRS relatif à cet événement — au CHUV, également le rapport RECI — peut-il être saisi ? Le cas échéant, l'est-il systématiquement ? ?

Actuellement, la possibilité existe que le contenu du CIRS et le rapport d'analyse lui-même soient saisis en cas de procédure judiciaire, notamment pénale. Ces documents sont considérés comme protégés par le secret médical et le secret de fonction en raison de l'existence d'intérêts publics et privés prépondérants au sens de la Loi vaudoise sur l'information (LInfo ; RSV 170.21). Le Ministère public, pour autant qu'il en ait connaissance, est néanmoins en droit d'en demander le séquestre. Le Conseil de santé refuserait vraisemblablement la levée du secret médical, sauf dans les cas d'infractions pénales sérieuses, et l'établissement aurait la possibilité de demander la mise sous scellés des documents visés. S'en suivrait une décision judiciaire sur le maintien ou la levée des scellés en fonction de la pesée des intérêts, procédure dont le résultat est incertain. A ce jour, on constate que les documents d'analyse et le rapport ne sont donc pas saisis, au contraire du dossier médical du patient qui l'est systématiquement. Mais, comme on l'a vu, la possibilité de saisie des documents issus du CIRS/RECI par la justice existe néanmoins. Le collaborateur qui participe à l'analyse systémique doit être informé de cette possibilité.

2. Le Conseil d'Etat a-t-il connaissance de cas, dans le canton de Vaud ou ailleurs en Suisse, où le contenu d'un CIRS a été saisi par décision judiciaire ? Le cas échéant, quelles ont été les conséquences, pour l'institution comme pour le-s collaborateur-s concerné-s, d'une telle saisie ?

A ce stade, le Conseil d'Etat n'a pas connaissance d'une saisie récente par la justice de rapports CIRS.

De par le réseau hospitalier suisse, le CHUV a eu connaissance d'une situation récente dans le canton du Tessin où le rapport CIRS de l'Hôpital de Bellinzona et Valli [Ospedale regionale Bellinzona e Valli, (ORBV)] a été saisi par décision judiciaire. L'institution sanitaire a obtempéré, mais en demandant la mise du document sous scellés.

Dès la saisie de la justice et le séquestre du rapport, il a été constaté une perte de confiance de la part des collaborateurs dans les hôpitaux de soins aigus du canton du Tessin, ainsi qu'une baisse des signalements d'incidents. La fondation Sécurité des patients suisse a émis une annonce à l'intention de tous les hôpitaux suisses sur les dangers d'une telle pratique des tribunaux pour la gestion des incidents, la culture d'apprentissage et de l'annonce et la sécurité des patients.

3. Afin d'éviter l'effet délétère sur la notification qu'une telle saisie ne manquerait pas de provoquer, le Conseil d'Etat a-t-il la compétence et la volonté d'agir afin de " sanctuariser " le contenu des CIRS ? En particulier, est-il disposé à garantir une protection légale aux déclarants tant vis-à-vis de la justice civile que pénale, comme cela se fait par exemple aux Etats-Unis ou au Danemark ? Le cas échéant, par quelle voie cette protection pourrait-elle être instaurée, et dans quel délai ?

En ce qui concerne la sécurité des patients dans les établissements de soins, la littérature dénonce la manière dont les médias et les autorités gèrent en général les situations de crise pour calmer la population en se contentant de désigner des coupables et de prendre des mesures spectaculaires. Une telle attitude correspond à la vision classique de la sécurité. Afin de progresser en tirant les leçons des incidents et en apportant l'attention nécessaire aux professionnels de la santé, il faut admettre qu'il s'agit d'une activité à haut risque et que des erreurs seront toujours présentes, le risque zéro n'existant pas. La Directive DSAS du 1er janvier 2017 sur la déclaration des incidents critiques vient en outre compléter le cadre réglementaire du signalement des incidents aux autorités de surveillance.

Dans ce contexte, le caractère interne à l'établissement et confidentiel des analyses CIRS/RECI est aujourd'hui largement reconnu et le Conseil d'Etat le soutient. Les déclarants d'incidents bénéficient dès lors déjà d'une large protection, même si celle-ci n'est pas absolue. En effet, comme évoqué plus haut, seuls les cas intentionnels ou de négligence grave feront l'objet de sanctions disciplinaires par l'institution concernée et la possibilité existe que les analyses RECI soient saisies par la justice, mais, en principe, seulement dans certaines situations.

De l'avis du Conseil d'Etat, la protection des déclarants d'incidents ainsi garantie aujourd'hui est suffisante et il n'apparaît pas nécessaire de légiférer. Au demeurant, le Conseil d'Etat estime que, si tel devait être le cas, une telle législation ne relèverait pas de la compétence du canton, mais devrait être élaborée au niveau fédéral.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 17 mai 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le postulat Jean-Marc Sordet en vue d'harmoniser la pratique sociale vaudoise avec celle recommandée en Suisse

1 RAPPEL

Texte déposé le 10 mai 2016 :

Le 21 septembre 2015, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) a décidé d'augmenter à 30% la possibilité pour le service compétent de réduire les indemnités d'un bénéficiaire du RI si ce dernier montre peu ou pas d'intérêt à se réintégrer socialement. Actuellement, l'art. 45 du RLASV ne prévoit qu'un maximum de 25%, limité dans le temps.

Par le présent postulat, le Conseil d'Etat est chargé d'informer le Gand Conseil sur le nombre de cas qui ont fait l'objet d'une mesure prévue à l'art. 45 de la RLASV depuis le 01.01.2005 en précisant la ou les raisons qui ont motivé la sanction, la durée de la mesure et la nature de la mesure (selon les lettre a, b, c de l'article précité).

Parallèlement, le Conseil d'Etat est chargé d'informer s'il entend modifier l'art. 45 en augmentant à 30% la sanction maximum au lieu de 25% comme prévu actuellement. En cas de réponse négative, le Conseil d'Etat est prié de justifier sa décision.

Rapport de la commission et décision :

La commission s'est réunie le 10 octobre 2016. Un certain nombre de réponses aux questions du postulat ont été apportées. Le Conseiller d'Etat, M. Pierre-Yves Maillard, a notamment renseigné la commission sur le nombre de sanctions et les montants y référant concernant la période 2011-2015. Il a, par ailleurs, expliqué que la révision de la loi sur l'action sociale vaudoise (LASV) allait introduire la possibilité de sanctionner un bénéficiaire à hauteur de 30%. La révision de la LASV est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

Le présent rapport complète les réponses apportées par la commission. Il aborde, dans un premier temps, des notions de principes d'application des sanctions dans le canton de Vaud. Il présente, par la suite, des éléments sur l'application de la sanction à 30%. Puis, enfin, les données sur le nombre, le type, les montants et les raisons des sanctions sont évoquées.

2 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

2.1 Sanctions dans la LASV

Principes

La LASV prévoit qu'en cas de manque de collaboration, un(e) bénéficiaire de l'aide sociale puisse voir cette dernière réduite, voire supprimée lorsqu'il y a refus d'une activité lucrative proposée (cf. jurisprudence du Tribunal fédéral).

Les comportements susceptibles de provoquer des sanctions sont mentionnés dans l'article 45 qui stipule :

[1]La violation par le bénéficiaire des obligations liées à l'octroi des prestations financières, intentionnelle ou par négligence, peut donner lieu à une réduction, voire à la suppression de l'aide.

[2]Un manque de collaboration du bénéficiaire, l'insuffisance de ses efforts pour retrouver une autonomie ou pour limiter sa prise en charge peuvent donner lieu à une réduction des prestations financières.

[3]Les injures, les menaces et les voies de fait, au sens du droit pénal, envers les collaborateurs des autorités d'application peuvent donner lieu à une réduction des prestations financières lorsqu'aucune plainte pénale n'est déposée pour les mêmes faits.

[4]Le refus par le bénéficiaire de se soumettre à l'examen par le médecin-conseil peut donner lieu à une réduction des prestations financières.

Les types de sanctions, à savoir le montant de la réduction et sa durée, sont répertoriés dans l'art. 45 du RLASV. Les réductions prévues sont de 15%, 25% et 30% sur le forfait d'entretien et peuvent être prononcées pour un minimum d'un mois. En accord avec les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), la durée maximale de ces sanctions varie de douze mois pour la réduction de 15% à six mois pour les réductions de 25% et 30%.

Les assistants sociaux (AS) des centres sociaux régionaux (CSR) ainsi que les conseillers en placement des ORP ont la compétence de rendre des décisions de sanctions à l'encontre des bénéficiaires RI qui ne respectent pas leurs obligations.

La fixation de la sanction en termes de taux et de durée doit être le résultat de l'analyse des circonstances de chaque cas d'espèce et elle doit être adaptée à la faute commise.

La sanction à 30% dans la LASV

Le Canton de Vaud a adopté en juin 2016, par une révision de la LASV, la possibilité qu'une sanction puisse être portée à 30% comme l'incite les normes de la CSIAS.

Cette sanction est applicable à tous les bénéficiaires. Dans la grande majorité des cas (plus de 90%), elle s'applique de manière graduée suite aux éventuelles accumulations de fautes du bénéficiaire. Le seul cas où la sanction à 30% s'applique directement concerne les jeunes adultes (18-25 ans) sans formation achevée qui font échec à la procédure mise en place par l'art. 31a LASV dont l'objectif est de les soutenir dans l'acquisition d'une formation (ceci concerne 9% des sanctions à 30%). Dans ce cas précis, la sanction est prononcée pour une durée de 6 mois.

2.2 Sanctions prononcées entre 2006 et 2017

Données disponibles

Les postulants chargent le Conseil d'Etat d'informer le Grand Conseil sur le nombre de cas qui ont fait l'objet d'une mesure prévue à l'art. 45 de la RLASV depuis le 1er janvier 2005. Les chiffres contenus dans le présent rapport couvrent la période 2006-2017 (août). La loi actuelle (LASV) étant entrée en vigueur le 1er janvier 2006, les données avant cette période relèvent d'un autre régime et ne sont pas comparables. Depuis la commission, la base de données a été mise à jour et les chiffres actualisés. Les doublons (sanctions à cheval sur 2 ans) ont notamment été supprimés, raison pour laquelle le montant total des sanctions mentionné ci-dessous est inférieur à celui présenté en commission qui était issu d'une première analyse sommaire de la situation.

Les données disponibles nous permettent de renseigner sur le nombre de sanctions, leurs causes et leurs natures. Des statistiques sur les durées des sanctions nécessiteraient des développements informatiques. Elles ne sont pas disponibles pour le moment.

Nombre de sanctions prononcées dans la période 2006-2017

Plus de 75'000 sanctions ont été prononcées entre 2006 et 2017, soit en moyenne plus de 6’000 par année. Ces sanctions représentent un montant total de 33 millions de francs, soit une moyenne de 3.6 millions de francs par année entre 2012 et 2017.

Causes des sanctions

Les trois quarts des sanctions concernent des rendez-vous manqués (32%), une absence de recherche d’emploi (26%), un refus des démarches requises (11%) et une dissimulation de ressources (7%). Une recherche de travail insuffisante (3%), une mauvaise exécution du contrat d’insertion (3%) ou un refus d’une mesure (3%) constituent une deuxième série de causes. Les 15% restant se répartissent entre 21 autres causes.

Nature des sanctions

La majorité des sanctions sur la période 2006 à 2017 sont de 15% (43'705 / CHF 11'048'000.-). Les sanctions à 25% sont au nombre de 31'309 (CHF 21'940'000.-). Applicables depuis le 1er janvier 2017, les sanctions à 30% sont au nombre de 344 pour un montant total de CHF 179'790.-.

3 CONCLUSION

A travers le présent rapport, le Conseil d’Etat répond aux interrogations soulevées par le Postulat Sordet et consort concernant d’une part l’introduction de la possibilité de sanctionner un bénéficiaire de l’aide sociale à hauteur de 30% et, d’autre part, le nombre, les raisons et les natures de sanction depuis 2006.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 février 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

GRAND CONSEIL

JUIN 2018 RC-59

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jean-Marc Sordet et consorts - Harmoniser la pratique sociale vaudoise avec celle recommandée en Suisse

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 24 mai 2018, à la salle de conférence Cité, Château cantonal à Lausanne.

Elle était composée de Mesdames Anne Baehler Bech, Amélie Cherbuin, Florence Gross, confirmée dans son rôle de présidente-rapportrice, Catherine Labouchère, Valérie Induni, Claire Richard, ainsi que de Messieurs Axel Marion et Jean-Marc Sordet. M. Van Singer était excusé.

Participaient également à la séance Monsieur le conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard (chef du DSAS).

Madame Sophie Métraux (SGC) a tenu les notes de séance.

2. RAPPEL DU POSTULAT

Le 21 septembre 2015, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) a décidé d'augmenter à 30% la possibilité pour le service compétent de réduire les indemnités d'un bénéficiaire du Revenu d'insertion (RI) si ce dernier montre peu ou pas d'intérêt à se réintégrer socialement. Actuellement, l'article 45 du règlement d'application de la loi sur l'action sociale vaudoise (RLASV) ne prévoit qu'un maximum de 25%, limité dans le temps.

Dans ce contexte, le postulant souhaitait connaître le nombre de cas qui ont fait l'objet d'une mesure prévue à l'article 45 de la RLASV depuis le 1er janvier 2005, en précisant la ou les raisons qui ont motivé la sanction, la durée de la mesure et la nature de la mesure — selon les lettres a, b et c de l'article précité.

La récente révision de la LASV en juin 2016 répond à la deuxième question du postulant. Celle-ci a en effet porté à 30% la possibilité de diminuer par sanction l'aide sociale, rejoignant ainsi les normes CIAS :

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Plus de 75'000 sanctions ont été prononcées entre 2006 et 2017, soit en moyenne plus de 6000 par année pour un montant total de CHF 33 millions, soit une moyenne de CHF 3,6 millions par an entre 2012 et 2017. A ces sanctions s'ajoutent les remboursements d'indus pour des sommes à peu près équivalentes. Il faut également tenir compte des arrêts d'aides ; chaque année, environ une centaine de mesures d'aides sociales sont interrompues. Dès lors, en cumulant les remboursements, les rétrocessions, et les arrêts d'aides, l'efficacité du dispositif de sanctions peut être estimée à environ CHF 10 millions.

Si cela apparaît peu en regard des presque CHF 400 millions que coûte le régime d'aides sociales, ces CHF 10 millions compensent toutefois largement le coût du dispositif. A noter qu'un inspecteur ramène environ 2 fois ce qu'il coûte. On dénombre aujourd'hui 12 EPT pour effectuer ce travail d'inspectorat.

De plus, les Centres sociaux régionaux (CSR) ont maintenant accès aux données du fisc pour les personnes imposées à la source. Ils ont également accès aux données AVS. Des contrôles croisés sont effectués et fournissent des indications sur le niveau des revenus dissimulés. Le nombre de personnes ne déclarant pas de revenu est estimé entre 15 à 20%, mais il s'agit souvent de petits montants. L'aide qui n'aurait pas dû être octroyée, ce qui est considéré comme des cas de fraude, est estimée à environ 5%. L'effet dissuasif du système est souligné par le Conseiller d'Etat. Le travail des CSR semble donc être efficace, mais si nous faisons face parfois à des retards importants, ils sont dus majoritairement à un manque de priorisation des cas à étudier.

Enfin, le Canton ne possède pas de base légale cantonale spécifique pour les dispositifs d'enquête, mais le système repose sur la loi sur l'action sociale vaudoise (LASV). Le Canton considère que les enquêtes font partie des missions des autorités d'application. Jusqu'alors il n'y a pas eu de contestation. Toutefois, les exigences fédérales, notamment issues de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) sont pour l'heure suspendues pour cause de référendum. A terme, une base légale cantonale sur les dispositifs d'enquête deviendra peut-être obligatoire.

4. POSITION DU POSTULANT

Le postulant remercie le Conseil d'Etat pour son rapport, qui mentionne entre autres, les chiffres souhaités. Il se voit rassuré d'apprendre que les inspecteurs rapportent plus qu'ils ne coûtent mais regrette néanmoins que l'application directe de la sanction de 30%, ne concerne que les jeunes adultes (18-25 ans) sans formation achevée.

5. DISCUSSION GENERALE

Le Conseiller d'Etat apporte quelques précisions concernant les bases légales fédérales relatives aux enquêtes. Le Conseil d'Etat estimant que les enquêtes sur le terrain font partie des tâches des CSR, les enquêteurs sont alors des employés de ceux-ci. Leur statut, notamment suite à leur demande, a été conforté. Ainsi, des dispositions ont été insérées dans la LASV lors de sa dernière révision. Les enquêteurs sont désormais assermentés, engagés et débauchés avec avis conforme du département. Les moyens d'investigations utilisés dans le canton de Vaud sont par exemple des enquêtes de voisinage, des filatures. Les enquêteurs ont également accès aux données du Service de la population (SPOP) et du Service des automobiles et de la navigation (SAN).

Au niveau fédéral, la Confédération délègue ses enquêtes à des privés, mais leur statut étant légalement peu fondé, le Parlement a voté une base légale pour la surveillance des assurés dans la LPGA. Le texte donne des moyens d'enquête importants très détaillés (insertion dans la base légale de dispositifs techniques tels que le recours aux drones, GPS, etc.). Cela a généré un référendum qui devrait aboutir. L'impact sur le dispositif vaudois reste encore incertain si la loi devait ne pas être votée.

Une commissaire rappelle que le travail des enquêteurs cantonaux est décrit dans un chapitre du rapport COGES 2017.

Le Conseiller d'Etat estime que depuis la révision de la LASV, le Canton a les moyens suffisants pour effectuer ce travail d'enquête. De plus, l'effet dissuasif semble être prouvé. A noter que ce ne sont pas les assistants sociaux qui signent les dénonciations, mais que ceux-ci peuvent être amenés à témoigner lors de procès. Les rôles de chacun sont donc bien définis.

Pour répondre à quelques commissaires, le Conseiller d'Etat rappelle que la volonté de dénoncer existe. Malheureusement, les cas de fraude font souvent la une des journaux, induisant au final des réactions négatives à l'encontre des autorités. Il est important de rappeler que sans système d'enquêtes, aucune fraude ne serait révélée. Dès lors, un cas unique ne doit pas être généralisé afin d'éviter d'affaiblir la motivation des CSR à dénoncer et celle des enquêteurs à travailler.

Une commissaire s'interroge sur le bas niveau exigeant une dénonciation pénale, soit de CHF 4000, ce qui génère un grand nombre de procès. Une réflexion sur la révision de la limite de CHF 4000 est en cours, car

se pose la question de la pertinence d'un procès pénal pour quelques milliers de francs en regard d'une part de la lourdeur de la procédure et d'autre part du casier judiciaire généré.

Examen du texte point par point

2.2 Sanctions prononcées entre 2006 et 2017

Pour répondre précisément à la demande du postulant, quelques chiffres sont annoncés. Environ 6000 sanctions par année n'équivalent pas à 6000 personnes sanctionnées. Il y a parfois cumul de sanctions pour la même personne. Actuellement, il y a environ 20'000 personnes à l'aide sociale. Néanmoins, sur une année environ, 30'000 à 40'000 personnes vont passer à l'aide sociale. La moitié des bénéficiaires y reste moins d'une année. Il convient alors de rapporter ces 6000 sanctions aux 30 à 40'000 personnes qui passent par l'aide sociale sur une année.

En conclusion, le Conseil d'Etat est allé dans le sens du postulant, soit une sanction de 30% pour les jeunes adultes. Ces sanctions sont appliquées sur le forfait d'entretien. Ce dernier équivaut à environ 50% de l'aide versée, car il faut y ajouter l'aide pour le logement ainsi que pour l'assurance-maladie. Dès lors, sur la réalité de l'aide financière par ménage, le passage de la sanction de 25 à 30% pèse peu (moins de 1%). Augmenter encore la sanction n'aurait qu'un impact minime sur le budget du ménage.

A noter que le Conseil d'Etat souhaite éliminer les frais complémentaires au profit d'un système forfaitaire qui permettrait d'alléger le fonctionnement administratif actuel. En effet, chaque mois, le budget et les aides du ménage sont précisément recalculés afin que le minimum vital soit atteint, mais pas dépassé. Un système forfaitaire permettrait de donner une contribution pour que le minimum vital soit atteint, mais sans être tenu de le garantir précisément chaque mois, à la hausse ou à la baisse. La logique s'apparenterait à celle des PC Famille qui fonctionnent bien ; les dossiers sont révisés 3 fois par année, ce qui reste moindre par rapport aux révisions mensuelles pour l'aide sociale. Ces questions sont en réflexion dans le cadre de la nouvelle Direction de la cohésion sociale ; le regroupement met en lumière le besoin d'harmonisation des pratiques afin d'en garantir la cohérence.

6. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité des membres présents.

Epesses, le 19 juillet 2018.

La rapportrice :
(Signé) Florence Gross

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MAI 2017 **16_INT_637**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Alexandre Berthoud - Aide sociale : des précisions sur la prise en charge des loyers des bénéficiaires

Rappel de l'interpellation

Outre les prestations directes, l'aide sociale vaudoise prévoit également la prise en charge des loyers des bénéficiaires, ceci dans certaines limites.

Dans ce cadre, je sollicite le Conseil d'Etat dans le but de connaître les détails des montants engagés dans ce domaine en posant les questions suivantes :

- *Quelle est la somme totale consacrée par le canton de Vaud aux paiements de ces loyers ?*
- *Quel est le nombre de foyers bénéficiaires, par nombre de personnes par foyer ?*
- *Comment se compose la distribution des appartements (nombre de pièces) et par personne ?*
- *Le détail des loyers par Centres sociaux régionaux (montant, m^2, et nombre de bénéficiaires) ?*

Je remercie le gouvernement pour ces prochaines réponses.

Ne souhaite pas développer.

Réponses du Conseil d'Etat

1 QUELLE EST LA SOMME TOTALE CONSACRÉE PAR LE CANTON DE VAUD AUX PAIEMENTS DE CES LOYERS ?

La prise en charge des loyers des bénéficiaires du Revenu d'insertion (RI) est cadrée par un barème restrictif basé sur un prix de logement modeste tenant compte de la région habitée et de la composition du ménage. Ce barème est fixé par le Conseil d'Etat dans le Règlement d'application de la loi sur l'action sociale vaudoise (RLASV).

Les loyers effectifs sont payés dans la limite des montants indiqués dans ce barème, mais peuvent être inférieurs à ce dernier. Quant aux revenus des bénéficiaires, ils sont déduits du montant de l'aide qui comprend le forfait d'entretien et d'intégration sociale ainsi que le loyer.

Le barème loyer se compose d'une grille tarifaire indiquant les montants régionaux maximum pouvant être pris en charge par le RI et définis selon la composition des ménages. Ces tarifs n'augmentent pas systématiquement à l'arrivée de chaque nouveau-né (augmentation à l'arrivée du 1er enfant et entre le 2ème et 3ème enfant uniquement) et sont plafonnés à un maximum de 5 personnes :

- Personne vivant seule (1 personne),
- Couple (2 personnes),
- Couples et familles monoparentales avec 1 à 2 enfants (3 à 4 personnes),
- Couples et familles monoparentales avec 3 enfants et plus (5 personnes ou +).

Région	1 pers.	2 pers.	3 pers.	4 pers.	5 pers. ou +
CSR Morges CSR Nyon	936.-	1'106.-	1'607.-	1'607.-	2'019.-
CSR Est lausannois CSR Jura - Nord vaudois CSR Lausanne CSR Ouest lausannois CSR Prilly-Echallens CSR Riviera	842.-	1007.-	1485.-	1485.-	1870.-
CSR Bex CSR Broye-Vully	787.-	930.-	1'348.-	1'348.-	1'678.-

En cas de pénurie de logement, un taux de majoration des frais de loyer d'au maximum 20% est exceptionnellement autorisé lorsque le taux de vacance cantonal est inférieur à 1% (art. 22a alinéa 1er RLASV).

A l'ouverture d'un droit au RI, lorsque les frais de loyer dépassent le barème, taux de majoration compris, le dépassement peut être pris en charge dès l'octroi du RI jusqu'à concurrence de CHF 800.-/mois pour une personne seule ou CHF 1'200.-/mois pour un couple ou une famille. Ce principe s'applique jusqu'à la prochaine échéance du bail et au maximum pendant une année (art. 22a alinéa 2 RLASV). Les bénéficiaires concernés sont ainsi encouragés à trouver dans les meilleurs délais un nouveau logement moins onéreux ou des solutions pour diminuer leur frais de loyer (ex. colocation).

D'autre part, un forfait spécifique et inférieur au barème précité est prévu pour les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans vivant seul ou en colocation, sans activité lucrative et sans charge de famille. Ce forfait varie selon les régions, entre CHF 570.- et CHF 680.- (charges comprises) et équivaut au montant octroyé par l'Office cantonal des bourses d'études (OCBE).

Pour l'année 2016, le montant total des loyers pris en charge par le RI se situe en moyenne à 14.5 millions de CHF par mois. La prise en charge des loyers représente un coût annuel d'environ CHF 175 millions, soit près de la moitié des coûts du RI.

2 QUEL EST LE NOMBRE DE FOYERS BÉNÉFICIAIRES, PAR NOMBRE DE PERSONNES PAR FOYER ?

Vous trouverez ci-dessous, pour le mois de juin 2016, le nombre de ménage et de personnes concernés en fonction de la composition du ménage.

Composition du ménage	Nombre de ménage concernés	Proportion	Nombre de personnes concernées	Proportion
Personne seule	9745	66%	9'745	40.7%
Couple sans enfant	801	5,4%	1'602	6.7%
Couple avec 1 enfant	585	3.9%	1'755	7.3%
Couple avec 2 enfants	504	3.4%	2'016	8.4%
Couple avec 3 enfants et +	367	2.5%	1'980	8.3%
Famille monoparentale avec 1 enfant	1627	11.1%	3254	13.6%
Famille monoparentale avec 2 enfants	792	5.4%	2376	10%
Famille monoparentale avec 3 enfants et +	284	1.9%	1225	5%
Total	**14'705**	**100%**	**23'953**	**100%**

3 COMMENT SE COMPOSE LA DISTRIBUTION DES APPARTEMENTS (NOMBRE DE PIÈCES) ET PAR PERSONNE ?

Comme évoqué précédemment, le barème loyer est fondé sur le nombre de personnes vivant dans le ménage et la région habitée, indépendamment du nombre de pièces du logement. L'aide sociale ne garantit pas une pièce par personne et est plafonnée aux normes en vigueur pour 5 personnes.

Lors de l'ouverture du dossier RI, le bail à loyer est systématiquement demandé.

Les données sur le nombre de pièces dans le logement sont alors renseignées dans le logiciel PROGRES afin d'alimenter les statistiques pour l'Office fédéral de la statistique (OFS).

En fonction de la situation de la personne, le barème loyer ne permet pas de couvrir la totalité du coût du loyer de certains bénéficiaires qui sont alors amenés à changer de logement. Les données liées au logement n'étant pas utiles pour déterminer le droit au RI, ces changements sont rarement introduits dans PROGRES.

Partiellement fiables, ces données doivent donc être traitées avec prudence.

Tout en tenant compte de ses limites, nous avons extrait de la dernière édition de la statistique de l'aide sociale publiée en décembre 2016 par l'OFS (chiffres 2015) les renseignements clés suivants pour le canton de Vaud :

- La grande majorité des bénéficiaires du RI vivent seuls. A l'ouverture du dossier RI, la taille médiane de leur logement est de 2 pièces.
- A l'ouverture du dossier RI, la taille médiane du logement des familles monoparentales avec 2 enfants est similaire à celle des couples avec 2 enfants, soit de 3.5 pièces.
- La taille médiane du logement des couples sans enfant est, à l'ouverture du dossier RI, de 3 pièces. Ces derniers représentent une faible minorité des bénéficiaires du RI (env. 5%).

4 LE DÉTAIL DES LOYERS PAR CENTRES SOCIAUX RÉGIONAUX (MONTANT, M2, ET NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES) ?

Vous trouverez ci-dessous le détail des loyers par Autorité d'application pour le mois de juin 2016. Comme indiqué plus haut, les informations concernant les m^2 ne sont pas connues car cette donnée n'est pas prise en compte lors du calcul du droit au RI.

AA	Montant loyer total	Proportion
CSR Bex	796'021	5.4%
CSR Broye-Vully	755'844	5.1%
CSR Est Lausanne, Oron, Lavaux	569'412	3.9%
CSR Jura-Nord vaudois	1'684'569	11.4%
CSR Lausanne	4'141'572	28.2%
CSR Morges-Aubonne-Cossonay	809'760	5.5%
CSR Nyon	803'952	5.6%
CSR Ouest Lausannois	1'065'015	7.2%
CSR Prilly-Echallens	801'542	5.4%
CSR Riviera - Montreux	865'048	5.9%
CSR Riviera - Vevey	1'265'578	8.6%
CSIR	790'869	5.4%
FVP	90'903	0.6%
OCTP	268'907	1.8%
Total	**14'708'991**	**100%**

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 17 mai 2017.

Le président : Le chancelier :

P.-Y. Maillard *V. Grandjean*

(Séance du mardi 31 janvier 2017) **POS**
17_POS_229

Postulat Yvan Pahud et consorts – Reconnaissance et conditions cadres pour les infirmières et infirmiers

Texte déposé

Ce postulat fait suite à divers témoignages d'infirmières de la région du Jura – Nord vaudois.

Près de 46 % des infirmières et infirmiers ont quitté leur profession, en 2013, selon l'émission de la Radio et Télévision Suisse (RTS) diffusée le 30.11.2016. Ce chiffre ne devrait guère s'améliorer vu le profond malaise qui est ressenti auprès du personnel infirmier.

Un réel désespoir touche les infirmiers et infirmières de notre canton qui, après quelques années de dur labeur, ne trouvent d'autres solutions que de quitter la profession.

Ce profond ressenti est dû à plusieurs facteurs.

En plus des services de piquet, des horaires irréguliers et de nuit, et de salaires relativement bas, il semble que le malaise vient du manque de reconnaissance de la profession et de réelles conditions-cadres garantissant la pérennité de celle-ci.

La charge administrative en augmentation laisse de moins en moins de temps pour les soins infirmiers, ceci au détriment de la qualité des soins et bien entendu des patients.

Les médecins, également sous pression, sont de moins en moins disponibles pour le personnel infirmier. De plus en plus, ils délèguent une partie de leur charge de travail relevant de leur compétence aux infirmières qui, dans certains cas, se retrouvent seules à gérer des patients qui requièrent des soins pointus.

Le manque de cahier des charges fixant les domaines de compétence des divers intervenants de la chaîne des soins amène à des situations où chacun se rejette la responsabilité en cas d'erreur ou de souci avec un patient.

Les méthodes de travail des infirmiers et infirmières disposant d'un diplôme suisse sont différentes de celles disposant d'un diplôme européen et extra-européen. Ces différences sont dues aux systèmes de santé, spécifiques à chaque pays. Ceci peut entraîner des confusions et incompréhensions au sein du personnel médical.

De plus, dans certaines régions frontalières de notre canton comme le Nord vaudois, le personnel frontalier et étranger semble être favorisé au détriment des infirmières suisses formées dans nos écoles. Selon certains témoignages, certaines personnes chargées du recrutement favoriseraient, à qualité égale, des frontaliers car elles sont elles-mêmes frontalières. Ceci pour l'engagement des infirmières, mais également dans les propositions d'avancement ou concernant des responsabilités.

Ce climat encourage bon nombre d'infirmiers et infirmières indigènes à jeter l'éponge.

De plus, le manque de postes à pourvoir à temps partiel incite certaines d'entre-elles à renoncer à leur carrière car elles n'arrivent plus à conjuguer vie professionnelle et vie familiale.

Certaines infirmiers et infirmières fraîchement diplômées ne trouvent pas de poste, à la sortie de leur formation, malgré l'envoi de multiples *curriculum vitae* (CV) auprès d'hôpitaux vaudois. Soit elles trouvent un emploi dans un canton limitrophe, soit elles réorientent leur carrière.

Par ce postulat, je demande au Conseil d'Etat d'étudier l'opportunité de prendre des mesures pour pérenniser la profession d'infirmière dans notre canton, comme par exemple :

– Mettre en place un cahier des charges pour les infirmiers et infirmières, mais également aux autres professionnels de la santé, afin d'établir le domaine de compétences des divers intervenants et ainsi éviter certaine confusion des tâches.

– Une charge administrative mesurée afin de conserver la priorité aux soins du patient.
– Sensibiliser les médecins et autres intervenants médicaux à l'important rôle que jouent les infirmières dans le processus des soins.
– Sensibiliser les responsables des ressources humaines et les directions d'établissements à l'engagement, à qualité égale, de personnel suisse ou établi dans notre pays.
– Offrir d'avantage de postes à temps partiel afin d'offrir aux infirmières la possibilité de conjuguer vie professionnelle et familiale.
– Garantir dans la mesure du possible un emploi aux infirmières à la fin de leur période de formation effectuée dans le canton de Vaud.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Yvan Pahud
et 24 cosignataires

Développement

M. Yvan Pahud (UDC) : — Près de 46 % des infirmières et infirmiers ont quitté leur profession en 2013, selon l'émission de la Radio et télévision suisse diffusée le 30 novembre 2016. Ce chiffre ne devrait guère diminuer, vu le profond malaise ressenti par le personnel infirmier. Un réel désespoir touche les infirmières de notre canton, qui après quelques années de dur labeur, ne trouvent pas d'autre solution que de quitter leur profession.

Le but de ce postulat est de protéger le travailleur en proposant une série de mesures :

– Mettre en place un cahier des charges pour les infirmières, infirmiers et autres professionnels de la santé, qui établisse le domaine de compétence des divers intervenants, permettant d'éviter des confusions dans les tâches.
– Une charge administrative mesurée afin de conserver la priorité au soin des patients.
– Sensibiliser les médecins et autres intervenants médicaux au rôle important que jouent les infirmières dans le processus des soins.
– Sensibiliser les responsables des ressources humaines et des directions d'établissement à l'engagement, à qualités égales, de personnel suisse ou établi dans notre pays.
– Offrir davantage de postes de travail à temps partiel afin d'offrir aux infirmières la possibilité de conjuguer vie professionnelle et vie familiale.
– Offrir dans la mesure du possible un emploi aux infirmières dès la fin de leur période de formation effectuée dans le canton de Vaud.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

OCTOBRE 2017 **RC-POS**
(17_POS_229)

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Yvan Pahud et consorts - Reconnaissance et conditions cadres pour les infirmières et infirmiers

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 5 mai 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Véronique Hurni, Roxanne Meyer Keller, Graziella Schaller. MM. Alain Bovay, Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin. Excusé : Serge Melly (en remplacement d'Axel Marion).

Participe de même : M. Yvan Pahud.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Isabelle Lehn, Directrice des soins du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Marc Weber, Adjoint santé, Coordination surveillance sanitaire et sociale.

2. POSITION DU POSTULANT

Le postulat vise à trouver des pistes pour améliorer les conditions-cadres du travail des infirmières et des infirmiers. Le postulant estime que la charge de travail importante, les horaires irréguliers mais aussi le manque de reconnaissance amènent beaucoup d'infirmiers-ères à abandonner cette profession.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS rappelle que la problématique relevée par le postulat est connue, puisqu'on sait que la durée de carrière au CHUV pour cette profession est de 7-8 ans.

La question des horaires irréguliers demeure au centre de la problématique, principalement chez les femmes avec charge de famille — la profession demeurant essentiellement féminine —, qui cherchent à éviter au maximum les horaires de nuit, de soirée ou de week-end. Dans un établissement tel que le CHUV, les horaires irréguliers sont incontournables, puisque la structure a besoin de personnel infirmier en tout temps. Beaucoup d'infirmiers-ères demandent des horaires continus, « bloc », qui impliquent d'enchaîner 12 heures d'affilée sur 4 jours ; ce rythme conjugué à la gestion d'une vie de famille occasionne une fatigue évidente.

Le partage d'un poste par la création de temps partiels est à l'essai, mais ne donne pas de résultats probants. Davantage de places en garderie règleraient sans doute une partie de cette autre facette du problème.

Les filières portugaises ou québécoises qui représentaient une partie du recrutement il y a quelques années, ont aujourd'hui été largement démantelées, les écoles suisses de soins infirmiers ayant doublé leur potentiel de formation. Entre 2003 et 2007, à peu près 80 infirmières québécoises étaient alors engagées. Avec l'introduction du bachelor et de l'augmentation des effectifs des écoles en soins infirmiers, ce ne sont plus que 8 à 10 québécoises qui sont engagées, et l'équivalent depuis le Portugal.

Les écoles de soins infirmiers délivrant toutes leur diplôme simultanément, cela pose temporairement quelques soucis de recrutement. Mais la grande majorité des infirmier-ères formées trouvent un emploi dans les 6 à 10 mois à la sortie des études. Depuis 2015, le CHUV se rend dans les écoles de soins infirmiers pour mener une campagne de recrutement. Toutes les recrues volontaires sont entendues, en 2016, 205 infirmières postulantes ont été entendues. 80 ont été engagées, 44 ont trouvé un emploi à l'extérieur, 42 ont été mises en attente. On fait appel à ces dernières pour des remplacements, et cette année 15 ont déjà bénéficié d'un contrat.

Les écoles ne délivrent les diplômes qu'une fois par année, il serait plus approprié pour le CHUV que cela intervienne 2 fois l'an ; le « turn-over » s'en trouverait fluidifié.

Enfin, il est rappelé que tous les secteurs (logistique, cuisine, médecins, etc.) du CHUV sont concernés par la problématique des horaires irréguliers, puisque l'établissement fonctionne 24 heures sur 24, 365 jours sur 365.

Quant au rapport médecin-infirmières, il a bien changé ; l'heure n'est plus à l'aveugle servilité et, aujourd'hui, la vision patriarcale relève du mythe.

4. DISCUSSION GENERALE

Un commissaire, par ailleurs membre du Comité directeur d'un établissement hospitalier, précise que l'idée selon laquelle les frontaliers seraient favorisés au moment de l'engagement est une idée erronée. Dans les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois (EHNV) le taux d'infirmiers-ères frontaliers-ères est de 17 % (6 à 7% au CHUV). A compétences égales, les employés-es d'origine suisse sont clairement privilégiés. Quant à la formation, elle est équivalente en France ou en Suisse. Enfin, sur la question des temps partiels, il relève qu'à Yverdon tout le personnel infirmier est engagé à temps partiel.

Au sujet des tâches administratives, un commissaire relève qu'il est vrai qu'il y en a passablement pour les médecins et pour les infirmiers-ères. Toutefois pour maintenir un bon niveau de sécurité, il est important de recueillir stocker des informations. Cette tâche fait partie intégrante du métier. Les exigences en termes de sécurité augmentant, il est essentiel de consacrer du temps à documenter les choses. Les systèmes informatisés de documentation demandent un temps pour s'y familiariser. En outre, le partage des informations est essentiel pour assurer le suivi et passer le relais de façon optimale. Une commissaire, par ailleurs membre de la Commission d'examen des plaintes des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs du canton de Vaud (COP), relève que de nombreux problèmes graves constatés sont liés à une mauvaise communication ou une mauvaise transmission des informations. Les tâches administratives sont essentielles et font partie intégrante de la profession, d'ailleurs cela revêt une importance qui dépasse de loin l'administratif.

Une commissaire ayant fait partie de la Commission du service du personnel d'un autre établissement hospitalier de la région confirme n'avoir jamais été confrontée à un cas de demande de temps partiel refusé.

Plusieurs commissaires considèrent que la question de la postformation ou formation postgrade lorsque les infirmières arrivent au CHUV est pertinente. Il est important de tout mettre en œuvre pour amener les infirmiers-ères à devenir pleinement opérationnels-les. Le chef de département rappelle qu'un effort colossal a été consenti dans le domaine de la formation des infirmiers-ères dans le canton de Vaud. L'introduction de la maturité comme titre préalable à l'entrée en HES aurait pu diminuer le nombre de vocations, or, c'est le contraire qui est arrivé. Il ajoute que DECFO-SYSREM a aussi nettement amélioré les conditions salariales. Un commissaire estime qu'au sein des écoles, théorie et pratique sont trop souvent dissociées. La plupart des enseignants ne pratiquent plus du tout. Il lui paraît que la pratique devrait revêtir une plus grande importance.

Le département rappelle que les infirmiers-ères bénéficient aujourd'hui de compétences pointues et incontournables dans le domaine oncologique ou chirurgical. Par ailleurs, des discussions sont en cours avec les directeurs des HES pour que les enseignants retrouvent un temps de pratique.

La majorité des commissaires estiment que certains points exprimés dans le postulat, comme le cahier des charges ou la supposée concurrence « déloyale » entre frontaliers et Suisses sont caducs. Il existe toutefois une volonté partagée pour favoriser les temps partiels et pour que la question de la formation et de sa coordination avec le recrutement soit davantage développée. Il est donc proposé de prendre partiellement le postulat en considération en maintenant les deux derniers points. Le postulant se rallie à cette proposition.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre partiellement en considération ce postulat par 12 voix pour, 0 contre et 2 abstentions, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Yverdon-les-Bains, le 17 octobre 2017.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

(Séance du mardi 7 février 2017) **POS**
17_POS_236

Postulat Philippe Vuillemin – CHUV – EMS : relever le défi de la vieillesse passe aussi par l'égalité salariale des infirmières

Texte déposé

Il y a plus de dix ans, le Politique a considéré que l'Etablissement médico-social (EMS) étant un lieu de vie et subsidiairement seulement un lieu de soins, il convenait par le biais d'une Convention collective de travail (CCT) ad hoc, d'introduire une différence salariale entre les infirmières du CHUV et celles des EMS.

En 2017, les infirmières engagées au CHUV, à la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et EMS sortent des mêmes écoles, avec les mêmes diplômes ou reconnaissance internationale de leur diplôme.

Par ailleurs, le maintien à domicile entraine des placements en EMS à un stade de pathologies avancées, nécessitant des soins pour le moins « pointus » fournis par les infirmières et Assistantes en soins et santé communautaires (ASSC) travaillant en EMS.

A l'avenir, et pour soulager les hôpitaux, les EMS fourniront encore plus de soins gériatriques spécialisés et l'introduction d'équipes mobiles en tout genre ne réglera pas le problème.

Dans ce contexte, on est étonné de constater que depuis quelques mois, à notre connaissance, le CHUV mène une active campagne de séduction auprès des infirmières d'EMS pour qu'elles rejoignent le CHUV, faisant miroiter, entre autres, un salaire plus élevé, alors même que c'est l'intérêt premier des structures hospitalières de ce canton que de pouvoir compter sur des EMS performants en termes de soins gériatriques.

Le présent postulat demande au Conseil d'Etat, d'entente avec les partenaires, de revoir rapidement les prestations salariales fournies aux infirmières d'EMS en alignant, à diplômes, expérience et ancienneté égaux, les salaires des infirmières d'EMS sur ceux du CHUV.

Il demande également au Conseil d'Etat de préciser enfin sa vision de la répartition des tâches de soins gériatriques dans le canton.

Renvoi à une commission sans 20 signatures.

(Signé) Philippe Vuillemin

Développement

M. Philippe Vuillemin (PLR) : — Je vous propose un postulat que je vous remercie de bien vouloir renvoyer à l'examen d'une commission. Voici quelques considérations sur l'idée qui m'a inspiré la proposition de ce postulat.

Il y a une douzaine d'années, on avait souhaité, politiquement parlant, marquer une différence entre les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS). On voulait montrer que l'EMS est avant tout un lieu de vie — ce qui est juste — et que, même si on y donnait des soins, le contexte n'était pas hospitalier. Douze ans plus tard, je vous propose de revoir la question. En effet, en 2017, les infirmiers et infirmières pratiquant au CHUV et en EMS sont sortis des mêmes écoles, avec les mêmes diplômes, et celles et ceux qui viennent de l'étranger ont les mêmes reconnaissances internationales. Par ailleurs, la tâche a beaucoup changé dans les EMS de ce canton : grâce au maintien à domicile, les gens viennent en EMS beaucoup plus tardivement, et c'est tant mieux ! Mais à ce moment-là, ils présentent souvent une polypathologie qui nécessite un personnel infirmier et soignant de grande compétence, justement pour ne pas surcharger l'hôpital par toutes sortes de cas. Finalement, les infirmiers et infirmières pratiquent, en EMS, un métier fort pointu, qui ne permet plus d'expliquer l'existence d'une différence salariale.

Infirmier-ère	AVDEMS		CHUV		Delta	
	Mensuel	Annuel	Mensuel	Annuel	Mensuel	Annuel
Sans expérience	5'052.00 fr.	65'676.00 fr.	5'282.08 fr.	68'667.00 fr.	-230.08 fr.	-2'991.00 fr.
Après 3 ans d'expérience	5'394.00 fr.	70'122.00 fr.	5'797.54 fr.	75'368.00 fr.	-403.54 fr.	-5'246.00 fr.
Après 10 ans	6'189.00 fr.	80'457.00 fr.	6'594.00 fr.	85'722.00 fr.	-405.00 fr.	-5'265.00 fr.

Voici les chiffres tels qu'ils m'ont été donnés. Sous AVDEMS, il faut comprendre qu'il s'agit des salaires prévus par la Convention collective de travail (CCT) de l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux. A côté, ce sont les salaires pratiqués par le CHUV. On se rend donc compte que, dès la sortie de l'école d'infirmiers, il y a une différence de 230 francs par mois. Au bout de trois ans d'expérience, l'écart se creuse : le salaire de l'infirmière ou infirmier d'EMS diffère de plus de 400 francs des salaires du CHUV.

Comprenez que, même si l'infirmière ou l'infirmier d'EMS est passionné par son travail, quand il s'agit de 400 francs de différence, cela pèse lourd. Peut-on vraiment se permettre, dans le cadre des soins que l'on donne dans les EMS, d'avoir de pareilles différences ? Nous ne le pensons pas. Bien sûr, nous savons qu'il est difficile de modifier une CCT : il faut réunir les partenaires et il faut s'entendre. Mais je crois qu'il faut commencer. Si l'on prétend que les EMS ne sont pas régis de la même façon parce qu'il s'agit du domaine parapublic, je rappellerai que l'Etat les surveille de près, au point que c'est le Département de la santé et de l'action sociale qui définit les salaires des directeurs d'EMS.

Dans ce contexte, j'aimerais que le Conseil d'Etat nous expose sa vision de l'avenir des infirmières et infirmiers d'EMS — et pourquoi pas dans le nouveau plan qu'il vient de nous proposer ? A partir de maintenant, il ne s'agit plus du postulat Vuillemin : le Grand Conseil va décider si, oui ou non, il vaut la peine d'aller en commission pour que les salaires des infirmiers et des infirmières d'EMS soient progressivement — mais assez rapidement tout de même — alignés, ou peu s'en faut, sur ceux du CHUV.

La discussion est ouverte.

M. Philippe Jobin (UDC) : — J'ai lu attentivement le postulat. Il me semble en effet que certaines questions méritent qu'on y réponde. Par conséquent, ce postulat doit aller en commission.

J'aimerais rappeler l'existence d'un autre postulat, qui concerne aussi les infirmières, déposé par M. Pahud. Il serait bien que l'on puisse traiter les deux objets en même temps. Je vous remercie donc de soutenir le renvoi de ce postulat en commission.

Mme Christiane Jaquet-Berger (LGa) : — La proposition de M. Vuillemin vient à temps. En effet, la situation s'est modifiée, au fil des années, en ce qui concerne l'accueil dans les EMS. Si l'on veut effectivement assurer des soins de qualité aux personnes qui souffrent de plusieurs maladies et qui ne peuvent plus rester chez elles, il faut un personnel qui soit lui-même de bonne qualité. Pour cela, il faut le reconnaître par un salaire correct, convenable et mieux que cela : un salaire qui permette de susciter des vocations pour ce type de travail. Je propose donc que ce postulat soit pris en considération.

M. Vassilis Venizelos (VER) : — A mon tour, je prends la parole puisque le débat est ouvert. En tant que président de la Commission thématique de la santé publique, c'est bien entendu avec grand plaisir que j'accueillerai le postulat de notre collègue Vuillemin, qui met le doigt sur un problème épineux, sur une question sensible à l'heure où le vieillissement de la population représente un défi important pour notre système de santé. Alors que le Conseil d'Etat annonce des réformes en profondeur, il me semble effectivement important de traiter la question de l'égalité salariale des infirmières et infirmiers. Je vous invite à renvoyer ce postulat en commission et à le soutenir par la suite.

Mme Véronique Hurni (PLR) : — Personnellement, je vais également dans le sens de la proposition de M. Vuillemin. Je fais aussi partie de la Commission thématique de la santé publique et je pense qu'il est important, pour le moins, que l'on parle de cette problématique en commission et que l'on puisse y apporter des modifications, si nécessaire. Je vous invite donc, à mon tour, à renvoyer le postulat en commission.

M. Jean-Luc Bezençon (PLR) : — Je vis dans une commune qui héberge un EMS. Je déclare mes intérêts : je fais partie du conseil d'administration de cet établissement. Je puis donc me rendre compte du travail qui est fait dans les EMS. Au-delà du métier, il y a la vocation qui, à mon avis, n'est pas

suffisamment reconnue. Je ne voudrais pas développer plus, mais j'appuie à 100 % le renvoi de ce postulat au Conseil d'Etat.

Mme Sonya Butera (SOC) : — Cher collègue Vuillemin, je vous remercie pour le dépôt de ce postulat. Je vous invite à le renvoyer au Conseil d'Etat. Au nom des députés socialistes et notamment de ceux qui font partie de la Commission thématique de la santé publique, nous nous réjouissons de traiter cet objet.

La discussion est close.

Le postulat est renvoyé à l'examen d'une commission avec quelques abstentions.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

OCTOBRE 2017 **RC-POS**
(17_POS_236)

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Philippe Vuillemin - CHUV - EMS : relever le défi de la vieillesse passe aussi par l'égalité salariale des infirmières

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 5 mai 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Véronique Hurni, Roxanne Meyer Keller, Graziella Schaller. MM. Alain Bovay, Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin. Excusé : Serge Melly (en remplacement d'Axel Marion).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Isabelle Lehn, Directrice des soins du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Marc Weber, Adjoint santé, Coordination surveillance sanitaire et sociale.

2. POSITION DU POSTULANT

La durée de séjour moyenne en EMS se situe entre 28 et 30 mois. Les personnes qui vont en EMS souffrent souvent de pathologies multiples qui nécessitent des prises en charge compliquées. Il explique que toutes les pathologies qui doivent être traitées en EMS nécessitent des infirmières avec un haut niveau de formation et qu'il ne s'agit plus des garde-malades d'autrefois. Le postulant estime que le salaire payé aux infirmières travaillant en EMS mérite d'être aligné sur ceux des hôpitaux vaudois en général et sur ceux du CHUV en particulier. Il explique qu'une personne sortant d'une école gagnera un certain salaire au CHUV, mais CHF 200.- de moins, durant les premières années, si elle travaille dans un EMS.

Ce postulat doit aussi permettre à l'Etat de préciser le rôle des EMS. Si c'est un endroit où l'on s'occupe des gens avant de devoir les admettre au CHUV, cela ne peut pas se faire sans infirmière qualifiée. Il ne s'agit pas seulement de leur octroyer un salaire plus élevé, mais de préciser que, sans infirmière qualifiée, les missions des EMS ne pourront pas être remplies. Il mentionne que c'est précisément le but de son postulat et que ce combat remonte aux années 1990 déjà, époque à laquelle il avait demandé CHF 300.- supplémentaires pour les infirmières dans le cadre du budget.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du département rappelle que la question des différences de conditions de travail entre le CHUV et le parapublic alimente les débats depuis de nombreuses années. Lorsque le chef du DSAS a pris ses fonctions, le Conseil d'Etat était au cœur d'une divergence. Les syndicats voulaient que les infirmières bénéficient du statut de l'Etat, alors que les organisations patronales souhaitaient conserver leur autonomie. Entre les deux, l'Etat était un peu indécis. A l'époque de DECFO-SYSREM, ce dernier a tranché en essayant de garantir une forme d'équivalence en termes de financement.

L'Etat espérait une convergence des salaires pour éviter les problèmes de concurrence mentionnés, mais ce n'était pas un objectif absolu. Il en est ressorti des différences qui ne sont pas que salariales et qui ne sont pas toujours à l'avantage de l'Etat.

Il reconnaît que les infirmières de l'Etat jouissent d'un avantage en travaillant au CHUV, mais que la CCT du parapublic propose six semaines de vacances dès 50 ans (contre cinq à l'Etat). Dans le parapublic, les employés bénéficient d'une protection pour perte de gain, par exemple en cas de maladie, qui dure deux ans, une période plus longue qu'à l'Etat. Ces deux exemples montrent des améliorations du côté du parapublic qui ne se retrouvent pas dans le domaine public. En revanche, il reconnaît que, ces dernières années, l'Etat a augmenté les indemnités pour le travail de nuit et le travail du samedi pour les infirmières, ce qui a encore un peu creusé l'écart. Le conseiller d'Etat précise que, pour 2018, il a signalé aux partenaires sociaux qu'il voyait une certaine logique à ce que des équivalences financières soient proposées au monde du parapublic pour compenser ces petites améliorations. Cela a été fait dans les EMS pour les Assistantes en soins et santé communautaires (ASSC), mais pas à la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) : une double annuité a été accordée dans les EMS par une décision spontanée de l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS) et de la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS).

Le chef du département précise que cette demande de convergence est à l'étude avec la commission paritaire (FHV, AVDEMS, FEDEREMS et les syndicats). Les pratiques salariales ont été examinées pour calculer l'écart de salaire réel entre 500 infirmières représentatives du parapublic et 500 infirmières du CHUV. Les résultats devraient arriver pour le deuxième semestre de l'année. Cela devrait donner la différence de salaire réelle à formation et ancienneté égales.

La CCT du futur hôpital Riviera-Chablais obligera à une certaine harmonisation avec les salaires des valaisans, un peu plus élevés que ceux des Vaudois. Il espère que cela sera réglé cette année. Des réflexions devraient aussi être engagées avec les autres cantons voisins (Fribourg et Neuchâtel notamment) pour que les conventions soient harmonisées.

Dans la mesure où le postulat ne préconise pas une équivalence absolue, mais vise une convergence entre le publie et le parapublic, le Conseil d'Etat pourrait répondre favorablement à son postulat. La CCT Riviera-Chablais, qui devrait être la matrice de cette extension, améliore déjà les conditions de travail des infirmières et les rapproche de celles du CHUV. La question du financement devra toutefois être réglée compte tenu du coût d'une telle mesure.

4. DISCUSSION GENERALE

La majorité de la commission reconnait que la question mérite d'être approfondie, d'entente avec les différents partenaires. Les explications du chef du département indiquent que des démarches sont en cours et la réponse au postulat Vuillemin pourrait être l'occasion pour le Conseil d'Etat d'exposer sa vision, dans un délai raisonnable. Les commissaires conviennent qu'il s'agit plutôt de « rapprocher les conditions de travail » plutôt que « d'aligner les salaires », dans la mesure où le problème ne se résume pas aux salaires, mais aussi aux astreintes aux horaires atypiques ou aux vacances.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Yverdon-les-Bains, le 17 octobre 2017.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

MARS 2018 **17_INT_677**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation François Clément et consorts – Pour faciliter le stationnement des personnes en situation de handicap

Rappel de l'interpellation

La mobilité est une question particulièrement importante pour les personnes en situation de handicap. En effet, dans une société plus mobile que jamais, il en va de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société. Que ce soit dans un but professionnel, de loisir, médical ou autre, les personnes en situation de handicap ont un besoin en mobilité tout aussi important qu'une personne valide.

Les déplacements en transports publics ne sont pas aisés pour une personne en situation de handicap. Même si les transports publics sont de plus en plus adaptés et accessibles — notamment grâce à la Loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand) [RS 151.3 Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (Loi sur l'égalité pour les handicapés)]qui engage les transports publics à s'adapter aux personnes handicapées d'ici 2023 — cela reste difficile d'entrer dans un bus ou un train notamment avec un fauteuil roulant. Il y a aussi les nombreux obstacles architecturaux qui rendent hasardeux le trajet pour un arrêt, une gare et pour un quai. Sans compter qu'il faut téléphoner au moins une bonne heure à l'avance pour pouvoir bénéficier d'une assistance dans les gares CFF. Tout cela fait qu'un voyage en transports publics peut prendre le double, voire le triple, du temps d'un voyage en véhicule individuel. Compte tenu du fait qu'une personne en situation de handicap met déjà généralement plus de temps pour faire des choses, celle-ci préférera prendre la voiture si cela est possible.

Mais, le gros problème de la voiture, c'est le stationnement. Quand bien même, il y a des places de parc "handicap", celles-ci sont, hélas, encore trop peu nombreuses, et souvent prises par des personnes valides. Dans les parkings souterrains, il y a, certes, plus de places "handicap" mais celles-ci sont généralement payantes et souvent chères.

*Concernant leur nombre, pour les parkings et places de stationnement publics**,**la règle voudrait qu'il y ait une place "handicap" pour cent places de parc. Il semble clair que ce nombre n'est pas suffisant pour couvrir les besoins de la population à mobilité réduite.*

Pour les constructions privées, les directives techniques vaudoises, liées à l'aide cantonale à la construction et à la rénovation de logements (Loi sur le logement (LL) du 9 septembre 1975) disent que :

<u>Garages collectifs et places de parc extérieures</u>

- Les places de parc pour "handicapés" doivent avoir une largeur de 350 cm. Leur nombre doit être égal au 1/10 des logements de l'immeuble.

Ce qui est positif, mais ne garantit des places de parc qu'à proximité de grands bâtiments locatifs, et n'apporte en aucun cas une offre suffisante de places de parc pour les personnes à mobilité réduite.

L'indépendance dans les déplacements et l'accès aux lieux d'activités sont des enjeux majeurs pour les personnes en situation de handicap. Il convient de lever ces chicanes harassantes du quotidien pour permettre, au mieux, leur intégration dans notre société.

Sur la base de ces constats, les signataires de la présente interpellation demandent donc au Conseil d'Etat :

1. *si celui-ci a à sa disposition des statistiques sur les difficultés rencontrées par les personnes à mobilité réduite pour trouver une place de parc pour leurs véhicules lors des déplacements ;*

   et, sur la base de ces informations, de répondre aux questions suivantes :
2. *l'augmentation du quota de nombre de places de parc "handicap" par place "standard" est-elle envisageable ?*
3. *est-il possible de rendre gratuit l'émolument pour l'obtention d'une autorisation de parcage pour personne en situation de handicap (art. 35 RE-SAN [Règlement du 7 juillet 2004 sur les émoluments perçus par le Service des automobiles et de la navigation (741.15.1)]),c'est-à-dire la carte de stationnement pour personnes handicapées, actuellement à 25 francs, comme cela se fait dans d'autres cantons, par exemple Genève ?*
4. *est-il envisageable d'établir un flyerpour expliquer d'une manière simple et imagée les facilités de parcage pour les personnes à mobilité réduite (notamment celles décrites à l'article 20a de l'OCR [RS 741.11 Ordonnance du 13 novembre 1962 sur les règles de la circulation routière]) ? Celui-ci serait distribué, entre autres, aux détenteurs de la carte de stationnement pour personnes handicapées ?*

Réponse du Conseil d'Etat

Introduction

Au préalable le Conseil d'Etat rappelle que les facilités de stationnement en faveur des personnes à mobilité réduite en mesure de conduire une voiture adaptée, représentent un enjeu important. Il s'agit aussi d'un exemple significatif du caractère transversal de la problématique de l'accessibilité au sens de la LHand [*Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (Loi sur l'égalité pour les handicapés) (RS 151.3)]*,qui exige une gestion coordonnée de nombreux aspects. En effet, les questions posées par l'interpellateur s'avèrent complexes à traiter, car elles concernent plusieurs services de l'Etat, les communes et le réseau associatif du domaine.

Il existe bien une norme pour l'établissement de l'offre en cases de stationnement pour handicapés dans les constructions et équipements (la norme VSS SN 640 281 demande de prévoir, pour les infrastructures importantes, une case de stationnement pour personne handicapée sur 50 cases normales, mais au moins une case par étage). En revanche, il n'existe aucune base légale ou norme pour déterminer le nombre de cases de stationnement pour personnes handicapées à aménager sur le domaine public.

Les communes sont responsables de l'aménagement des places de stationnement pour personnes handicapées sur le domaine public. Il leur incombe d'examiner, au cas par cas, l'opportunité et la faisabilité de cases pour personnes handicapées, en considérant les besoins et les contraintes locales. Cette pratique pragmatique permet d'adapter les interventions à la variabilité des contextes locaux. Ainsi, selon les contraintes locales (densité du trafic, stationnement longitudinal, largeur de voirie, etc.), l'aménagement de cases pour handicapés sur domaine public peut être complexe, voire non applicable.

L'inventaire des facilités de stationnement pour personnes handicapées ne saurait toutefois être limité

aux seules cases situées sur domaine public.

En effet, les offres en cases de stationnement pour les personnes handicapées sur les domaines public et privé (parkings privésaccessibles au public) sont complémentaires. Dans les centres denses, où l'offre en stationnement sur domaine public est rare, les parkings publics jouent un rôle clé pour l'accessibilité en voiture, y compris pour les personnes handicapées.

De plus, depuis 2005, l'article 20a de l'Ordonnance sur la circulation routière (OCR) attribue d'importantes facilités de parcage aux titulaires d'une carte de stationnement pour personnes handicapées. Sur la base de cet article, ceux-ci ont notamment l'autorisation de stationner :

- pendant une durée illimitée sur les places de parc (aires de stationnement exploitées à titre privé non comprises) ;
- au maximum trois heures sur des places signalées ou marquées par une interdiction de parquer ;
- au maximum deux heures en dehors des places indiquées par les signaux ou le marquage correspondant, dans les zones de rencontre, d'une part, et dans les zones piétonnes avec accès exceptionnellement autorisé aux véhicules, d'autre part.

Au niveau des bénéficiaires, les facilités pour les détenteurs à mobilité réduite d'un véhicule spécialement adapté se concrétisent par un certain nombre de prestations proposées par le Service des automobiles et de la navigation (SAN ci-après) :

- la délivrance d'une autorisation pour pouvoir parquer le véhicule sur une place de stationnement adaptée et spécifiquement destinée à ce titre, ceci après validation des critères d'octroi. Le bénéficiaire peut être la personne à mobilité réduite au bénéfice d'un véhicule spécial ou le proche qui l'accompagne et assure le transport. Le macaron (carte de stationnement pour personnes handicapées), lié à la personne, est valable pour une durée de 6 mois ou de 12 mois (macaron provisoire, selon certificat médical) ou de 5 ans (en cas de handicap irréversible). Le macaron donne droit aux facilités de parcage selon l'art 20a de l'OCR.
- l'exonération des frais de taxe des véhicules pour les personnes à mobilité réduite au bénéfice des prestations complémentaires (personnes infirmes et indigentes), mais aussi pour la personne (enfant ou conjoint) ayant à sa charge une personne infirme et pour lequel un véhicule est indispensable, si elle est reconnue comme indigente.
- toutes les informations utiles à ces titres, en version papier et électronique, sous forme notamment de :
  - un flyer d'information avec les explications utiles, généralement distribué avec la carte de stationnement pour personnes handicapées ;
  - les informations utiles sur les pages internet du SAN relatives à l'exonération de la taxe, avec en lien, les formulaires pour présenter les demandes.

A côté des prestations susmentionnées, les services de conseil social de Pro Infirmis Vaud et des associations du domaine du handicap, ainsi que les CMS, contribuent à diffuser l'information auprès des personnes à mobilité réduite.

Par ailleurs, Forum Handicap Vaud et les associations du domaine du handicap, dont Pro Infirmis Vaud (partenaire des services de l'Etat comme le SAN et le Service des Assurances sociales et de l'hébergement) contribuent de manière significative à la sensibilisation des pouvoirs publics, du secteur commercial et du grand public, ainsi qu'à la recherche de solutions permettant de pallier les difficultés d'accessibilité rencontrées par les personnes handicapées.

Le Conseil d'Etat rappelle que les communes sont responsables du développement des places de stationnement pour personnes handicapées dans le domaine public et de l'information et la promotion à ce titre. Certaines ont développé des outils comme, par exemple, la ville de Nyon qui apporte, avec la

collaboration de Police Nyon Région (Géoportail SIT Nyon) les informations utiles sur le stationnement réservé aux personnes à mobilité réduite (personne à mobilité réduite ; places de stationnement ; comment obtenir une autorisation de stationnement ; bases légales relatives au stationnement pour TMR ; contacts utiles) tout en proposant les places PMR (personne à mobilité réduite) à Nyon.

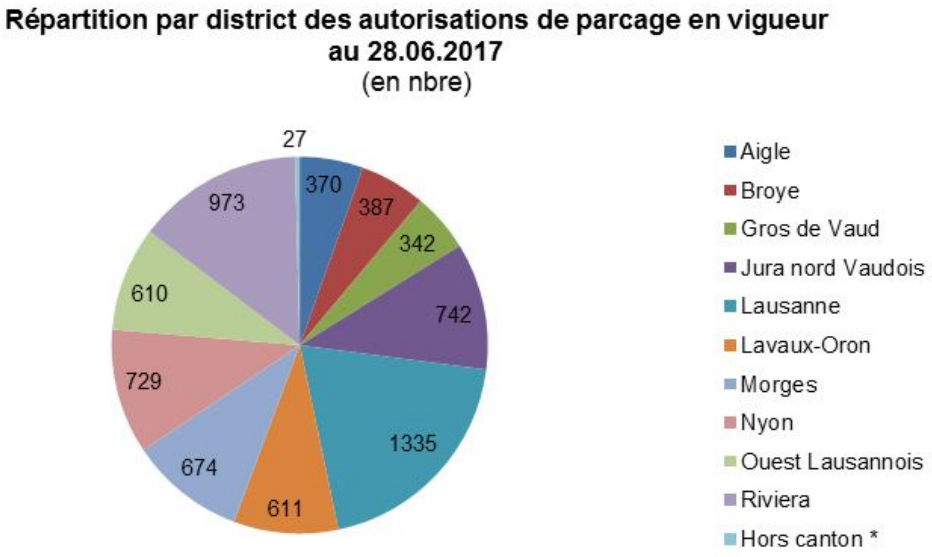
Passé ce préambule, le Conseil d'Etat peut répondre aux questions de l'interpellateur.

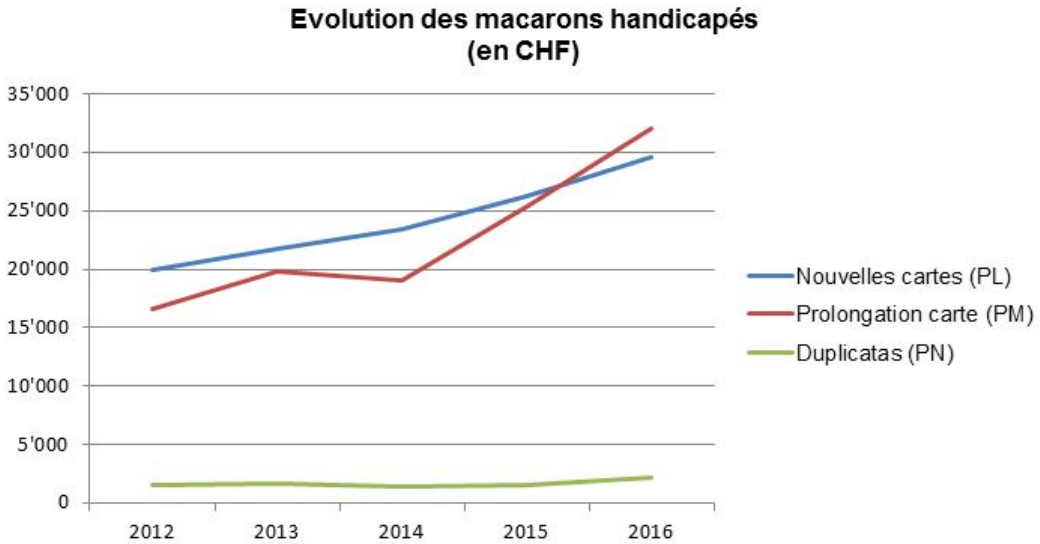
1 RÉPONSES AUX QUESTIONS

1.1 Le Conseil d'Etat a-t-il à sa disposition des statistiques sur les difficultés rencontrées par les personnes à mobilité réduite pour trouver une place de parc pour leurs véhicules lors des déplacements ?

Le Conseil d'Etat ne dispose pas de statistiques cantonales sur les difficultés rencontrées par les personnes à mobilité réduite pour trouver une place de parc dans le domaine public.

Cependant, les données disponibles auprès du SAN permettent par exemple de connaître le nombre d'autorisations délivrées (macaron) par district, les montants perçus et leur évolution.





On constate que les nouveaux macarons n'ont cessé d'augmenter depuis 2012. Il est cependant

difficile de savoir si ceci relève d'une augmentation des problèmes de mobilité réduite, d'une meilleure information sur les facilités proposées, voire d'un changement de comportement des bénéficiaires concernés.

Les services de conseil social de Pro Infirmis Vaud qui rencontrent régulièrement des personnes à mobilité réduite et leurs proches (plus de 3'000 clients par année) enregistrent régulièrement des plaintes de bénéficiaires qui constatent que les places de stationnement qui leur sont dédiées sont très souvent occupées par des non ayants-droit.

L'association relève aussi que :

- lors de manifestations communales, les places de stationnement ne sont pas remplacées. Elle a à ce titre sensibilisé la Ville de Lausanne ;
- les conducteurs à mobilité réduite n'utilisent pas toujours toutes les facilités proposées.

Par ailleurs, dans son site www.info-handicap.chl'association recommande aux détenteurs d'une carte de stationnement sans moyen auxiliaire encombrant, tel que fauteuil roulant, cannes tripodes ou tintebin, d'utiliser les places de stationnement conventionnelles.

S'il n'y pas de programme préventif proprement dit pour sensibiliser la population, la Police cantonale relève 143 amendes pour parcage abusif (art. 65 al. 5 OSR [*Ordonnance du 5 septembre 1979 sur la signalisation routière (RS 741.21)]*) en 2015, 210 en 2016 et 75 à fin juin 2017. Cette mesure (240.1, OAO [*Ordonnance du 4 mars 1996 sur les amendes d'ordre (RS 741.031)],* CHF 120.-) est essentielle et efficace.

1.2 L'augmentation du quota de nombre de places de parc " handicap " par place " standard " est-elle envisageable ?

Le Conseil d'Etat considère qu'il n'est pas opportun de prévoir des quotas de cases de stationnement pour personnes handicapées sur le domaine public pour les raisons suivantes :

- l'aménagement des places de stationnement sur domaine public est du ressort des communes ;
- outre le droit exclusif de garer sur les cases pour handicapés sur domaine public, les titulaires d'une carte de stationnement pour personnes handicapées bénéficient d'importantes alternatives et facilités de stationnement (cases pour handicapés sur domaine privé, par exemple dans les parkings accessibles au public, facilités de stationnement sur domaine public, selon article 20a OCR).

Il incombe aux communes de s'assurer de la satisfaction des besoins en cases de stationnement pour handicapés dans le cadre de l'examen des demandes de permis de construire, d'une part, et de veiller à l'aménagement de cases pour handicapés sur domaine public, après examen de leur opportunité et de leur faisabilité, d'autre part.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat relève le développement du marché des petits véhicules électriques de type tricycle ou quadricycle. Ce marché pourra peut-être élargir le choix modal des personnes à mobilité réduite et les possibilités de stationnement de véhicules individuels motorisés (stationnement autorisé sur des cases deux-roues).

1.3 Est-il possible de rendre gratuit l'émolument pour l'obtention d'une autorisation de parcage pour personne en situation de handicap (art. 35 RE-SAN), c'est-à-dire la carte de stationnement pour personnes handicapées, actuellement à 25 francs, comme cela se fait dans d'autres cantons, par exemple Genève ?

L'émolument de CHF 25.- est la contrepartie financière due pour la prestation ou l'avantage accordés par l'Etat, à savoir pour l'établissement du macaron. Cet émolument respecte le principe de couverture des coûts et de l'équivalence.

A la lumière de ceci et des possibilités d'exonération et de remises accordées d'ores et déjà par voie

règlementaire par le SAN, le Conseil d'Etat considère que la gratuité de l'émolument n'est pas nécessaire et qu'elle n'améliorera pas la résolution des problèmes évoqués.

1.4 Est-il envisageable d'établir un flyer pour expliquer d'une manière simple et imagée les facilités de parcage pour les personnes à mobilité réduite (notamment celles décrites à l'article 20a de l'OCR) ? Celui-ci serait distribué, entre autres, aux détenteurs de la carte de stationnement pour personnes handicapées ?

Comme déjà indiqué, au niveau de l'information, le SAN propose un flyer en version papier et électronique. Son contenu pourrait être le cas échéant amélioré et enrichi avec des liens supplémentaires, en coordination avec Pro Infirmis Vaud. En effet, Pro Infirmis Vaud propose une information cible dans son site www.info-handicap.chavec divers liens utiles.

De nombreuses associations actives dans le domaine de l'accessibilité et la mobilité proposent également des sites internet et des brochures de qualité qu'il s'agirait de promouvoir, comme notamment :

- www.placehandicape.ch : en décembre 2017 le site recense 9'000 places de parc pour personnes à mobilité réduite dans l'ensemble de la Suisse. Grâce au soutien du Bureau Fédéral de l'Egalité, un projet de crowdsourcing devrait garantir l'actualité des données et optimiser la mise jour ;
- www.paramap.ch : par ce site l'Association suisse des paraplégiques propose une carte répertoriant des places de parc pour personnes à mobilité réduite dans toute la Suisse (application mobile et iPhone).

En conclusion et de manière plus générale, le Conseil d'Etat rappelle que la thématique de la mobilité et de l'accessibilité aux infrastructures pour les personnes en situation de handicap constitue un enjeu important à ses yeux, raison pour laquelle le point 1.7 du programme de législature 2017-2022 prévoit de poursuivre le plan consistant à transformer et adapter progressivement les bâtiments publics aux besoins des personnes handicapées.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 28 mars 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

JANVIER 2018 **17_INT_021**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation de Marc Vuilleumier et consorts – Quand les PLAFA ne plafonnent pas

Rappel de l'interpellation

Les placements à fin d'assistance (PLAFA) ont déjà été souvent discutés dans ce Grand Conseil et dans les milieux juridiques, sociaux et médicaux concernés. Ils ont fait l'objet d'assises cantonales en juin 2015. Tout en constatant que les PLAFA sont justifiés dans bien des situations, ces assises ont relevé que leur augmentation était problématique et qu'il était nécessaire, quand faire se peut, de trouver des alternatives. Rappelons que ces mesures sont lourdes imposant des placements forcés parfois sous la contrainte. Lors des assises, diverses pistes ont été évoquées, notamment une meilleure information du public et des associations sur les droits des personnes et une sensibilisation accrue des milieux professionnels prononçant de telles mesures. Or, une récente étude montre que les PLAFA ont augmenté de 23 % ces dernières trois années. Plus de 95% d'entre eux sont édictés par les médecins. Il est certainement possible de faire mieux dans certaines situations en travaillant plus en réseau. Les équipes mobiles, spécialement en psychiatrie, pourraient être développées pour éviter certains placements. De même, le rôle des associations pourrait être renforcé autant au niveau du suivi des personnes que de l'information. Enfin, une meilleure information faciliterait des recours quand ces placements sont excessifs.

Nous posons les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. *Comment le Conseil d'Etat explique-t-il l'augmentation des PLAFA ces dernières années ?*
2. *Les mesures préconisées par les assises ont-elles été initiées et si oui lesquelles et quand ?*
3. *Les PLAFA font-ils partie de la réflexion générale du Conseil d'Etat dans sa politique de maintien à domicile et de renforcement des équipes mobiles ?*

Réponses du Conseil d'Etat

Rappel du contexte

L'article 426 du Code civil suisse (CC) définit le placement à des fins d'assistance (PLAFA) comme suit : " une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. La charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers ainsi que leur protection sont prises en considération. " Ces mesures de contrainte sont sujettes à controverse, car elles voient s'affronter la nécessité de préserver l'autonomie des personnes concernées et le devoir de les protéger ainsi que leur entourage.

1 COMMENT LE CONSEIL D'ETAT EXPLIQUE-T-IL L'AUGMENTATION DES PLAFA CES DERNIÈRES ANNÉES ?

En 2013, afin d'assurer le suivi des mesures de protection et l'information du public, le canton de Vaud a été le premier canton suisse à mettre en place un registre des mesures de protection (RMP). Les PLAFA prononcés par les médecins autorisés par le DSAS et les autorités de protection (APEA) y sont recensés (art. 46 LVPAE).

Le RMP a permis de montrer qu'entre 2013 et 2016, le nombre de nouveaux PLAFA est passé de 2'075 à 2'543 (incidence annuelle pour 100'000 habitants : de 279.2 à 326.8). Durant cette période, le nombre de mesures prononcées par les APEA est passé de 117 en 2013 à 135 en 2016, soit une augmentation totale de 5.5% [*En revanche, le nombre de mesures PLAFA en cours devant les APEA est passé de 428 au 31.12.2013 à 346 au 31.12.2016, soit une diminution de 19%*.]. Le nombre de PLAFA prononcés par des médecins est passé de 1'958 en 2013 à 2'408 en 2016, soit une augmentation de 23%. Le nombre de journées passées sous PLAFA prononcés par des médecins a augmenté dans une proportion moindre, passant de 41'109 en 2013 à 44'911 en 2016, soit une augmentation de 9% sur la période 2013-2016. Plusieurs facteurs, tant au niveau populationnel, institutionnel, que sociétal, peuvent être à l'origine du phénomène. Tous n'ont pas encore été explorés.

Sur le plan populationnel, si l'on s'intéresse aux mesures prononcées par des médecins qui sont à l'origine de l'augmentation révélée par le RMP, les données sociodémographiques extraites mettent en évidence un profil de population stable d'une année à l'autre : en moyenne 52% des personnes sous PLAFA sont des femmes, l'âge moyen est de 49 ans et 71% des mesures concernent des personnes âgées de 18 à 65 ans. Des recherches épidémiologiques portant sur la population générale vaudoise devraient être menées pour déterminer si une détérioration de l'état de santé mentale justifie une utilisation croissante des mesures de contrainte.

Sur le plan institutionnel, l'offre de soins psychiatriques peut se montrer déterminante par rapport au recours à la contrainte. En effet, des troubles psychiques sont à l'origine de 97% des PLAFA prononcés par des médecins et le premier lieu de placement est l'hôpital psychiatrique dans 9 cas sur 10. Des études internationales ont démontré qu'une réduction du nombre de lits psychiatriques pouvait engendrer une augmentation du recours à la contrainte. Cependant, cette tendance n'a pas été confirmée en Suisse. Une étude réalisée sur l'ensemble des hospitalisations psychiatriques dans le canton de Vaud en 2015 n'a pas démontré de relation entre le nombre de lits psychiatriques par habitant ou le taux d'occupation annuel de ces lits et le taux de PLAFA lorsque l'on comparait les 4 secteurs psychiatriques du canton. Enfin, même si la durée moyenne des PLAFA est passée de 21.8 jours en 2013 à 19.4 jours en 2016 et qu'en moyenne 26 à 29% des mesures ont été levées dans la semaine qui suivait l'admission, aucune augmentation significative des réadmissions sous PLAFA durant cette période n'a été observée. Moins de 25% des personnes concernées par un PLAFA ont été astreintes à ce type de mesure au moins une seconde fois entre 2013 et 2016.

2 LES MESURES PRÉCONISÉES PAR LES ASSISES ONT-ELLES ÉTÉ INITIÉES ET SI OUI LESQUELLES ET QUAND ?

En 2015, à la demande de la commission de gestion du Grand Conseil (COGES) et de la Commission de haute surveillance du Tribunal Cantonal (CHSTC), l'ensemble des instances concernées par les PLAFA ont été réunies dans le cadre d'Assises. Celles-ci avaient pour but de clarifier les processus PLAFA et de renforcer des collaborations entre autorités judiciaires et institutions sanitaires. La finalité des Assises PLAFA n'était donc de faire diminuer le nombre de mesures prononcées, mais de s'assurer que celles-ci soient appliquées conformément au cadre légal qui les régit.

Dans le cadre des Assises, de multiples recommandations ont été proposées par les différents groupes de travail. D'entente avec le Conseil d'Etat, le comité de pilotage des Assises en a retenu plusieurs.

Tout d'abord, l'optimisation du RMP permet de suivre de manière plus rigoureuse les mesures de PLAFA, de garantir aux personnes concernées le respect de leurs droits et d'intervenir en cas de situation problématique, qu'il s'agisse d'une mesure instaurée par un médecin ou une autorité de protection. Ensuite, des procédures élaborées au moment des Assises facilitent et renforcent les collaborations entre les autorités de protection, les hôpitaux psychiatriques et les experts. Enfin, depuis 2017, une commission de suivi PLAFA qui réunit des représentants de l'Ordre Judiciaire Vaudois, du Service de la santé publique et des hôpitaux psychiatriques suit les mesures instaurées dans le cadre des Assises et en propose de nouvelles le cas échéant. Cette commission travaille sous la supervision d'un comité stratégique constitué du Président du Tribunal cantonal, du Médecin cantonal et du Chef du département de psychiatrie du CHUV qui représente également la direction de la Fondation de Nant.

En 2017, plusieurs actions ont été entreprises par le Service de la santé publique auprès des médecins afin de restreindre l'utilisation du PLAFA aux situations médicales indiquées pour lesquelles il n'existe pas d'alternative à une mesure de contrainte : formations pour les médecins concernés par la question, rencontres avec les médecins prononçant beaucoup de PLAFA et avec les autres professionnels de la santé concernés par ces mesures. Les premières analyses pour l'année 2017 montrentune diminution de nombre de PLAFA prononcés par des médecins de 6.2% entre 2016 et 2017 sur la période allant de janvier à novembre et même de 12.1% sur la période allant de juillet à novembre.

Enfin, afin de toucher l'ensemble des prestataires de soins, l'Office du médecin cantonal vient d'initier un projet qui vise à améliorer les collaborations entre les autorités de protection et les établissements sanitaires (hôpitaux, établissements médicaux sociaux (EMS), établissement psycho-sociaux médicalisés (EPSM) et médecins en pratique libérale) et à garantir plus largement les droits des patients. Ce projet se déroulera entre octobre 2017 et mai 2018.

3 LES PLAFA FONT-ILS PARTIE DE LA RÉFLEXION GÉNÉRALE DU CONSEIL D'ETAT DANS SA POLITIQUE DE MAINTIEN À DOMICILE ET DE RENFORCEMENT DES ÉQUIPES MOBILES ?

Plusieurs projets sont en cours au niveau cantonal pour favoriser le maintien à domicile des personnes souffrant de pathologies chroniques ou complexes. Depuis 2001, des équipes de psychiatrie mobiles ont été créées dans le canton de Vaud. Ces dernières ont des missions variées telles que le maintien dans la communauté des hauts consommateurs de soins (suivi intensif dans le milieu, équipe mobile adolescent, équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé), le soutien à domicile après une hospitalisation en psychiatrie (case management de transition) ou l'intervention précoce dans la psychose (programme TIPP). Ces équipes représentent des alternatives valables aux hospitalisations, même sous PLAFA, dans bon nombre de situations. Cependant, de grandes disparités entre les différentes régions du canton existent pour cette offre de soins et le développement de ces équipes reste insuffisant pour représenter un véritable frein au recours à la contrainte.

Il existe des modèles de soins tels que les équipes mobiles psychiatriques d'intervention de crise qui proposent un soutien intensif à domicile dans l'urgence ou le "housing first" qui vise à offrir un logement individuel avec le seul soutien d'une équipe de psychiatrie mobile aux personnes souffrant de graves troubles psychiques et qui ne parviennent pas à vivre dans des structures d'hébergement collectif telles qu'EMS ou EPSM. Ces modèles semblent prometteurs pour réduire le recours aux hospitalisations psychiatriques et par conséquent aux PLAFA. Ces interventions ont été développées dans de nombreux pays, mais elles n'existent pas dans le canton de Vaud.

Le Conseil d'Etat entend développer ces modèles d'équipes mobiles dans sa planification de l'offre en soins psychiatriques dès 2018 avec un déploiement prévu sur plusieurs années.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 17 janvier 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

AVRIL 2018 **18_INT_094**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Philippe Vuillemin - Le secret médical devient-il la propriété de tout un chacun ?

Rappel de l'interpellation

Transport handicap (ci-après TH) est une institution qui rend des services appréciés.

TH est subventionné par différentes collectivités publiques.

TH se montre dès lors très pointilleux et veille à ce que les formulaires qui sollicitent son aide, soient impérativement et scrupuleusement remplis.

Fin 2017, des formulaires ont changé et un de ceux-ci, intitulé " Certificat médical ", outre qu'il prévoit quelques cases plus ou moins diagnostiques à cocher, réserve expressément une ligne intitulée " Diagnostic " qu'il s'agit de remplir, comme le rappel en pied de page, le formulaire.

Malheureusement il existe actuellement une tendance forte, à voir de nombreux milieux estimer légitime, de s'approprier tout ou partie du diagnostic médical des individus, sans avoir pu en prouver la nécessité et sans se formaliser du consentement éclairé du client ; sous prétexte de son bonheur évidemment.

Nous désirons poser au Conseil d'Etat les questions suivantes :

1. *Quelles bases légales permettent-elles à TH d'exiger le diagnostic des transportés à sa charge ?*
2. *Le Conseil de Santé s'est-il déterminé et comment ?*
3. *Le préposé à la protection des données personnelles a-t-il été consulté ?*
4. *Si les bases légales sont inexistantes et que la réponse aux points 2 et 3 est négative, quelles mesures immédiates le Conseil d'Etat entend-il prendre ?*
5. *Comment le Conseil d'Etat et son Administration, veillent-ils à garantir aux vaudois une protection adéquate du secret médical, conformément à la loi ?*

Réponse du Conseil d'Etat

En préambule, le Conseil d'Etat relève que le questionnaire visé dans l'interpellation a été établi par Transport handicap (ci-après TH), sans consultation préalable du Bureau de la préposée à la protection des données et à l'information, ni du Conseil de santé.

La mention du diagnostic présenté par le demandeur de prestations à TH semble avoir pour objectif la vérification du bien-fondé de la demande et pourrait tendre à l'organisation d'une prise en charge individuelle par TH. Toutefois, les questions en lien avec le secret médical n'ont probablement pas été examinées.

1 QUELLES BASES LÉGALES PERMETTENT-ELLES À TH D'EXIGER LE DIAGNOSTIC DES TRANSPORTS À SA CHARGE ?

La mention du diagnostic dans le formulaire de demande ne repose sur aucune base légale. Contrairement à certains domaines, comme celui des assurances sociales, aucune disposition légale ne permet à TH d'obtenir le diagnostic pour vérifier le bien-fondé de l'octroi de prestations.

2 LE CONSEIL DE SANTÉ S'EST-IL DÉTERMINÉ ET COMMENT ?

Le Conseil de santé n'a pas été consulté et n'a donc pas pris position sur les formulaires de TH.

Il sied de rappeler que le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'art. 321 CP ou par la Loi sur la santé publique (LSP).

Toutefois, il appartient, en premier lieu, au patient de se déterminer. Le consentement du patient est le principe de base en matière de transmission d'informations relevant du secret médical. Ainsi, le médecin doit s'adresser d'abord au patient s'il souhaite adresser à des tiers des informations tombant sous le coup du secret.

La communication d'informations médicales sur la base du consentement du patient constitue le cas normal. Pour que le consentement soit valable, le patient doit être informé de façon suffisante sur le type de données que le médecin communiquera aux tiers.

En transmettant le formulaire à son médecin pour qu'il complète les informations requises, le patient donne tacitement son accord à une levée du secret médical pour la transmission de ces informations.

Demeure ouverte la question de la pertinence ou de la nécessité de transmettre certaines informations, comme le diagnostic, alors que le médecin doit déjà indiquer le type de handicap et les limitations fonctionnelles présentés, pour permettre à TH d'établir et adapter ses prestations. Le médecin doit estimer lui-même la nécessité que TH ait connaissance du diagnostic du demandeur.

3 LE PRÉPOSÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES A-T-IL ÉTÉ CONSULTÉ ?

Le Bureau de la préposée à la protection des données et à l'information n'a pas été consulté au sujet des formulaires de TH avant que la problématique ne soit évoquée dans le cadre de l'interpellation.

Conformément à la loi du 11 septembre 2007 sur la protection des données personnelles (LPrD ; RSV 172.65), des données sensibles, telles que des données médicales, peuvent être collectées par des entités délégataires de tâches publiques que si une loi au sens formel le prévoit expressément, si l'accomplissement d'une tâche clairement définie dans une loi au sens formel l'exige absolument ou si la personne concernée y a consenti de manière libre, éclairée et explicite (principe de la légalité). De plus, seules les données objectivement nécessaires à l'accomplissement des tâches déléguées peuvent être collectées (principe de la proportionnalité).

La collecte des données relatives au diagnostic, réalisée par TH, n'est pas expressément prévue dans une loi au sens formel, de même qu'elle n'apparaît pas absolument nécessaire à la mise en place d'une solution de transport adaptée, à tout le moins de manière systématique. Par ailleurs, la liberté du consentement exprimé suscite le questionnement, puisque le formulaire doit être rempli pour que le bénéficiaire de prestation puisse bénéficier d'une solution de transport.

Pour ces motifs, le Bureau de la préposée à la protection des données et à l'information estime que les informations relatives au diagnostic ne devraient pas être systématiquement collectées par TH.

4 SI LES BASES LÉGALES SONT INEXISTANTES ET QUE LA RÉPONSE AUX POINTS 2 ET 3 EST NÉGATIVE, QUELLES MESURES IMMÉDIATES LE CONSEIL D'ETAT ENTEND-IL PRENDRE ?

Le Conseil d'Etat préconise le retrait de l'indication du diagnostic dans la mesure où les indications sur le type de handicap présenté suffisent elles-mêmes à définir les besoins du demandeur. Si pour un cas particulier, la connaissance du diagnostic est absolument indispensable à une prise en charge adéquate, il appartiendra à TH de requérir directement auprès du demandeur que son médecin indique le diagnostic en justifiant sa demande. Dans cette éventualité, le médecin est seul habilité à donner cette information après avoir obtenu le consentement de son patient. De la sorte, le secret médical est préservé et la loi sur la protection des données personnelles est respectée.

Afin de garantir la conformité des formulaires émis pas TH aux dispositions en lien avec le secret médical et la protection des données, le Conseil d'Etat a demandé au Médecin cantonal, vice-président du Conseil de santé, d'écrire aux responsables de TH.

5 COMMENT LE CONSEIL D'ETAT ET SON ADMINISTRATION, VEILLENT-ILS À GARANTIR AUX VAUDOIS UNE PROTECTION ADÉQUATE DU SECRET MÉDICAL, CONFORMÉMENT À LA LOI ?

La protection du secret médical passe en premier lieu par une formation destinée aux professionnels de la santé, formation portant sur la définition, l'étendue et les enjeux en lien avec le secret médical.

Le Conseil de santé, autorité de surveillance compétente pour délier du secret médical toute personne exerçant une profession de la santé au sens de l'art. 321 CP ou de la LSP, examine les demandes de levée de secret professionnel et analyse l'octroi d'une levée de secret au cas précis en tenant compte des motifs de la demande. La requête auprès de l'autorité supérieure est subsidiaire au consentement du patient à la révélation.Dans chaque cas, une pesée des intérêts doit être faite pour savoir s'il faut accepter ou non de lever le secret médical et s'il existe un intérêt prépondérant à celui du patient de garder ses données médicales confidentielles.

La Commission d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (COP), qui a pour mission d'assurer le respect des droits des patients, peut prendre des mesures disciplinaires en cas de violation du secret médical. Le Conseil de santé peut également instruire une enquête administrative et préaviser une sanction au sens de la LSP.

Enfin, la violation du secret médical est punissable en application de l'art. 321 CP.

Le Bureau de la préposée à la protection des données et à l'information informe quant à lui les responsables de traitement sur les exigences en matière de protection des données, de même qu'il surveille la bonne application des prescriptions en la matière. Il dispense également des formations aux collaborateurs.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 25 avril 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

AVRIL 2018 **17_INT_040**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation de Monsieur le député Thierry Dubois : Dans quelles mesures l'accroissement du secteur ambulatoire favorisé par l'Etat contribue-t-il à une augmentation constante des primes maladies ?

Rappel de l'interpellation

Depuis 2009, il semblerait que la Suisse a enregistré un accroissement de plus de 33 % des consultations dans les services ambulatoires des hôpitaux, ainsi qu'une augmentation des coûts par personne de 36 % dans ce secteur.

Contrairement à son pendant stationnaire, le secteur ambulatoire est entièrement à la charge des assurances maladie ; les cantons ne participent pas à cette prise en charge.

En 2018, un peu plus de 1,2 millions d'assurés paieront plus de 500 francs de primes maladies par mois, soit plus de 15 % des Suisses. Mais la répartition sera très différente en fonction des cantons : 32,8 % pour le canton de Vaud et 56 % dans le canton de Genève qui ont des hôpitaux universitaires, mais seulement 4,6 % pour le canton de Fribourg et 1,3 % pour le canton du Valais.

Quelle serait l'augmentation des primes 2018 si l'Etat participait aux charges liées au secteur ambulatoire selon le même calcul que pour le secteur stationnaire ?

Réponse du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat est extrêmement soucieux du poids des primes d'assurance maladie sur le budget des ménages vaudois. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les primes n'ont cessé d'augmenter pour atteindre aujourd'hui des niveaux insupportables pour nombre d'assurés. C'est dans ce contexte que la décision a été prise de subsidier, dès 2018, les ménages dont le montant des primes dépasse 12% du revenu, cette limite étant abaissée à 10% à partir de 2019.

Les différences de montant des primes relevées dans le texte de l'interpellation s'expliquent par les niveaux des dépenses de santé dans les cantons. Il est à relever que les cantons qui abritent un hôpital universitaire et les cantons citadins montrent des coûts de santé en moyenne plus élevés que les autres. La réalité est complexe et les causes sont multiples. Citons néanmoins la densité de l'offre médicale et en équipements, les conditions sociales et les habitudes des habitants, qui influencent fortement la consommation en prestations de santé et qui varient beaucoup d'une région à l'autre.

Dans la question de savoir quelle serait l'augmentation des primes si l'Etat participait aux charges liées au secteur ambulatoire selon le même calcul que pour le secteur stationnaire, l'interpellateur fait référence à des projets de modification de la LAMal qui sont en discussion dans les arcanes intercantonales et fédérales et qui visent à assurer un financement uniforme des prestations de soins stationnaires et ambulatoires. Le Conseil d'Etat relève toutefois que toutes les solutions actuellement envisagées s'attachent à garantir une neutralité de la répartition des dépenses entre les assureurs et les

cantons. C’est-à-dire qu’une participation des cantons au financement du secteur ambulatoire s’accompagnerait d’une augmentation de la participation financière des assureurs maladie dans le secteur stationnaire.

Dans ce contexte, le Conseil d’Etat considère qu’une participation de l’Etat au financement du secteur ambulatoire ne devrait avoir aucun impact immédiat sur le niveau des primes d’assurance maladie. Par contre, une telle modification de la répartition des dépenses entre les deux principaux financeurs pourrait infléchir à moyen terme la courbe d’évolution des primes. En effet, dans le système de santé, le recours à l’hospitalisation tend à diminuer au profit des prises en charges ambulatoires (" virage ambulatoire "). Une participation des cantons au financement du secteur ambulatoire permettrait d’éviter que cette évolution ne soit supportée que par les assureurs maladie et les primes, mais également par l’Etat et les impôts. Si l'Etat devait d'une manière ou d'une autre financer une partie des coûts ambulatoires, il devra avoir à sa disposition des données de pilotage, comme pour le stationnaire. Celles-ci lui permettront d’intervenir pour maîtriser la croissance des coûts, notamment via la planification, l’adaptation des tarifs et la mise en place d’un mécanisme d'enveloppe adapté.

Dans l’hypothèse d’un partage à parts égales des dépenses pour l’ambulatoire entre les assureurs et le canton, l’impact serait important, non seulement sur la baisse du montant des primes maladie, mais également sur les coûts supplémentaires pour l’Etat, même en augmentant un peu la part de l’hospitalier stationnaire pris en charge par les assureurs.

Prestations brutes	**Comptes AOS 2016***		**Projections 2017***		**Projections 2018***	
Situation actuelle (en millions Fr.)	*Assureurs*	*Canton*	*Assureurs*	*Canton*	*Assureurs*	*Canton*
Ambulatoire (cabinets, hôpital, physiothérapie, laboratoire)	1'485.6	-	1'578.5	-	1’646.7	-
Hospitalier stationnaire	575.3	703.2	596.7	729.3	616.6	753.6
Total	*2’060.9*	*703.2*	*2'175.2*	*729.3*	*2263.3*	*753.6*
Situation simulée 50/50 (en millions Fr.)	*Assureurs*	*Canton*	*Assureurs*	*Canton*	*Assureurs*	*Canton*
Ambulatoire	742.8	742.8	789.2	789.2	823.3	823.3
Hospitalier stationnaire	639.3	639.3	663.0	663.0	685.1	685.1
Total	*1'382.1*	*1382.1*	*1'452.3*	*1'452.3*	*1'508.5*	*1'508.5*
Transferts (en mio Fr.)	**- 678.9**	**678.9**	**-722.9**	**722.9**	**-754.8**	**754.8**

*Comptes et projections des assureurs LAMal, août 2017

Ainsi, si 50% des charges liées à l’ambulatoire médical en cabinet, à l’hospitalier ambulatoire, à la physiothérapie et aux laboratoires étaient transférés des assureurs vers le canton, et 5% de l’hospitalier stationnaire du canton vers les assureurs, la moyenne des primes dues aux assureurs, tout âge, franchise et modèle confondus (Fr. 312.- par mois en 2016, Fr. 329.- en 2017 (projection) et Fr. 353.- en 2018 (projection)) serait d’environ 25% inférieure à la situation actuelle, ce qui correspond à un rabais moyen de Fr. 80.- par assuré et par mois en 2016, de Fr. 85.- en 2017 et de Fr. 90.- en 2018.

Concernant les dépenses, si ce nouveau partage avait été mis en place en 2016, près de Fr. 678 millions auraient été transférés des assureurs vers le canton, tout autre élément des comptes et des prévisions des assureurs demeurant inchangé par ailleurs. En 2017, le transfert des dépenses vers le canton aurait atteint Fr. 723 millions, et en 2018 Fr. 755 millions.

Un partage des dépenses pour l’ambulatoire à parts égales entre les assureurs et le canton

occasionnerait un coût supplémentaire considérable pour le canton, même en tenant compte de la réduction consécutive des subsides à l'assurance-maladie. Par conséquent, le Conseil d'Etat ne peut pas envisager pour le moment une participation de l'Etat aux charges liées au secteur ambulatoire selon le même calcul que pour le secteur stationnaire, même si l'effet sur la baisse des primes est conséquent.

En revanche, plutôt que d'aller dans le sens d'une baisse des primes généralisée pour l'ensemble des assurés financée par les ressources de l'Etat, le Conseil d'Etat privilégie une mesure plus ciblée. Il s'agit de l'option décidée dans le cadre des mesures sociales RIE III qui vise à limiter à 10% le poids des primes par rapport aux revenus des ménages.

Le calcul du taux unique de la contribution cantonale à l'entier du secteur stationnaire et ambulatoire, et qui aurait un effet neutre pour les finances cantonales nécessite de poser toute une série d'hypothèses. En particulier, il faudrait analyser les impacts sur les régimes sociaux (subsides LAMal, prestations complémentaires AVS/AI, revenu d'insertion) en tenant compte du nouveau cadre légal applicable. Sans vouloir procéder à un calcul trop précis, il est possible d'estimer ce taux à approximativement 25%.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 25 avril 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

JUIN 2018 **18_INT_105**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Carole Schelker - Succès croissant pour les modèles alternatifs d'assurance maladie, quelle prise en compte pour la définition des subsides cantonaux ?

Rappel de l'interpellation

L'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) transmet la bonne parole suivante dans sa "Notice explicative pour la réduction des primes de l'assurance-maladie obligatoire 2018" [https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/Notice_2018.pdf].

"Vous pouvez alléger la charge de vos primes d'assurance-maladie en optant pour une franchise à option ou un modèle alternatif d'assurance (médecin de famille, réseau de soins, consultation téléphonique préalable) ainsi qu'en changeant d'assureur. Vous économisez de l'argent avec la garantie d'une qualité de soins identique. En effet, tous les assureurs vous garantissent les mêmes prestations dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire des soins".

En effet, selon le site Internet comparis.ch, les modèles d'assurance alternatifs qui comprennent, entre autres, les modèles HMO, Médecin de famille et Telmed permettent de bénéficier de rabais de prime allant jusqu'à 25 % par rapport au modèle standard de l'assurance obligatoire des soins. Pas étonnant dès lors que ce type de modèle connaisse un succès croissant dans toutes les classes sociales de la population. A relever que ces modèles tendent à limiter l'augmentation globale des coûts de la santé. Confrontons à présent le montant des primes mensuelles des modèles alternatifs aux subsides cantonaux à l'assurance-maladie par l'analyse d'un cas concret de trois pères de famille, Messieurs A, B et C de plus de 26 ans, voisins de palier à Yverdon-les-Bains (région 2), ayant des frais médicaux annuels inférieurs à 2'000 francs par an et ayant donc un avantage à avoir une franchise annuelle de 2'500 francs.

- *Monsieur A est en proie à d'importantes difficultés financières, mais ne remplit pas les critères pour toucher un subside à l'assurance-maladie, il fait donc l'effort de souscrire à une assurance-maladie selon un modèle alternatif et paie une prime mensuelle de 263,50 francs qui intègre aussi l'assurance-accident. Il trouve d'ailleurs dix-huit autres offres qui proposent des modèles d'assurance alternatifs inférieurs à 336 francs. [Selon consultation du site comparis.ch le 10.01.2018, 2'500 francs de franchise.]*
- *Monsieur B a des revenus faibles et bénéficie lui d'un subside à l'assurance-maladie correspondant à la prime cantonale de référence de 336 francs [Conseil d'Etat, Arrêté concernant les subsides aux primes de l'assurance-maladie obligatoire, 2018]. Il peut donc, sans contrainte, choisir un modèle standard de prime qui lui évite toute tracasserie, l'entier de son assurance étant pris en charge par le canton.*
- *Monsieur C, bénéficiant d'un revenu d'insertion (RI), est dans le même cas que Monsieur B et*

n'a pas non plus d'intérêt financier à choisir un modèle alternatif. La prime cantonale mensuelle dont il bénéficie est de 372 francs [DSAS, Primes de références RI en 2018. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/Primes_de_r%C3%A9f%C3%A9rence_RI_en_2018.pdf]. A noter que le canton préconise pour lui, quelle que soit sa situation de santé, la franchise la plus élevée : "Si vous êtes âgé de plus de 19 ans, la solution la plus simple pour réaliser cette économie consiste à choisir une franchise à option de 2'500 francs au lieu de la franchise de base de 300 francs. En cas de maladie, le RI prendra en charge cette franchise sur présentation de la facture originale de l'assureur."[Département de la santé et de l'action sociale, Information subsides 2018, Dépliant pour les personnes bénéficiaires du RI " comment adapter ma police d'assurance ?" https://vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/Mep2_OV_Depliant_RI-2018.pdf]

– *En fonction des primes cantonales de référence, il n'y a pas d'incitation financière pour une certaine catégorie de bénéficiaires des subsides à l'assurance-maladie à choisir un modèle d'assurance alternatif qui réduirait les montants des subsides et limiterait l'engagement financier du canton. Monsieur A se trouve prétérité dans ses choix par rapport à ses deux voisins de palier. Dans ce cadre, je pose les questions suivantes :*

  Comment la prime cantonale de référence, qui conditionne l'ensemble des subsides à l'assurance-maladie donnés dans le tableau des barèmes des subsides [Barème indicatif pour les subsides 2018 https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/2018_Bar%C3%A8me_indicatif_pour_les_subsides.pdf], tient compte de la possibilité pour les subsidiés de souscrire à un modèle alternatif d'assurance-maladie ?

  Est-ce que le canton envisage d'encourager plus vivement auprès des subsidiés, l'adhésion à un modèle alternatif jusqu'à 25 % moins coûteux.

Réponses du Conseil d'Etat

En préambule, il apparaît utile au Conseil d'Etat de rappeler certains points relatifs aux modèles alternatifs et formes particulières d'assurance. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) garantit, en cas de traitement ambulatoire, le libre choix de l'assuré entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, et en cas de traitement hospitalier, le libre choix de l'assuré entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (art. 41, al. 1 et1bis LAMal).

Les tentatives du Parlement et du Conseil fédéral pour réduire cette liberté de choix des assurés n'ont jamais abouti. La dernière proposition du Conseil fédéral de modifier la LAMal pour introduire, comme modèle de base standard, un réseau de soins intégrés impliquant une limitation des fournisseurs de prestation a été sèchement balayée par le peuple lors de la votation populaire du 17 juin 2011 (76% des Suisses et 91.2% des vaudois ont voté NON).

La LAMal permet toutefois aux assureurs de réduire les primes de l'assurance obligatoire de soins en proposant des formes particulières d'assurance, dont les modèles alternatifs (art. 62 al. 1 LAMal). En contrepartie du choix d'un modèle alternatif d'assurance avec une prime réduite, l'assuré accepte de limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art 41 al. 4 LAMal ; art. 99, al. 1 OAMal). Cette limitation peut être associée à d'autres contraintes, comme une consultation téléphonique préalable. Elle peut aussi être combinée avec une autre forme particulière d'assurance, à savoir le choix d'une franchise à option ou d'une assurance avec bonus (art. 62, al. 2 LAMal). Quelle que soit la combinaison des formes particulières d'assurance choisies, la réduction totale de primes ne peut excéder 50% de la prime du modèle standard avec risque accident de l'assureur considéré (art. 90c, al. 1 OAMal). Prises isolément, les

primes des modèles alternatifs d'assurance peuvent se situer au plus à 20% au-dessous des primes de l'assurance ordinaire de l'assureur considéré, lorsque des chiffres empiriques de la différence de coûts avec le modèle standard n'ont pas été établis durant au moins cinq exercices comptables (art. 101, al. 3 OAMal).

Pour les modèles alternatifs d'assurance, la législation précise que l'assureur n'a l'obligation de prendre en charge que les prestations *" prodiguées ou ordonnées par [les] fournisseurs [désignés par l'assureur]"*(art. 41, al.4, LAMal). A partir de là, les conditions particulières varient considérablement d'un modèle à l'autre et d'un assureur à l'autre.

En l'occurrence, la liste des fournisseurs de prestations désignés par l'assureur peut être plus ou moins restreinte et varier en cours d'année, qu'il s'agisse du médecin de premier recours ou des seconds prestataires. Certains assurés souhaitant bénéficier d'une réduction de prime devront même renoncer à leur médecin de famille si ce dernier ne figure pas sur la liste de l'assureur. Diverses autres contraintes peuvent s'ajouter, tel un choix très limité de pharmacies, de gynécologues, d'ophtalmologues et de pédiatres, ainsi qu'une restriction des moyens de délivrance de médicaments. En cas de maladie chronique, certains modèles incluent des mesures spéciales que l'assuré doit respecter. Parfois aussi la procédure à suivre en cas d'urgence, d'hospitalisation ou de recours à une autre prestation, comme des analyses ou des moyens auxiliaires, est particulièrement complexe et contraignante. De plus, des modèles peuvent imposer un centre de télémédecine comme premier recours, avec l'obligation pour l'assuré de suivre à la lettre les recommandations transmises par téléphone, comme le traitement prescrit et sa durée, ou le choix d'un médecin. Par ailleurs, si les conditions particulières d'assurance ne sont pas respectées par l'assuré, les sanctions peuvent être très sévères, allant jusqu'au refus de prise en charge de la prestation par l'assureur, l'exclusion de l'assuré du modèle alternatif choisi dans les 30 jours, avec le transfert automatique de l'assuré dans l'effectif de l'assurance de base ordinaire, assorti d'une facturation rétroactive des primes ordinaires dès le début de la période d'assurance.

Le choix d'un modèle alternatif adapté à la situation spécifique de chaque assuré n'est ainsi pas aisé, d'autant plus qu'il y a plusieurs dizaines de modèles différents avec des règles particulières qui changent d'année en année, et même en cours d'année. De plus, quand le rabais de prime est important, les contraintes sont en général multiples, avec des risques accrus que les assurés ne les respectent pas, souvent par manque d'information. Les assurés de condition économique modeste risquent de ne pas avoir suffisamment de ressources pour assumer les sanctions financières en cas de non-respect des contraintes d'un modèle. Ils viendront alors gonfler la population des assurés frappés d'un contentieux LAMal que le canton a l'obligation légale de prendre en charge.

Pour répondre à la première question, la réalité des chiffres montre qu'environ deux tiers des assurés vaudois ont opté pour un modèle alternatif, avec ou sans franchise à option (63% en 2016, selon les statistiques de l'OFSP). Le Conseil d'Etat a donc décidé de tenir compte du choix de cette majorité pour fixer le montant du subside des ménages, lors des modifications en lien avec la troisième réforme de l'imposition des entreprises. Ainsi, dès le 1er septembre 2018, les primes moyennes de référence prises en considération pour déterminer le droit à un subside spécifique, en plus d'une franchise moyenne, intégreront également la possibilité de choisir un modèle alternatif, type " médecin de famille ", avec un nombre raisonnable de contraintes. Concrètement, la possibilité d'opter pour un modèle alternatif a été prise en compte avec un impact de 5% sur les primes de référence prises en compte pour le calcul du taux d'effort et du subside spécifique des adultes et des jeunes adultes. Les enfants ne sont pas concernés par cette mesure.

En réponse à la seconde question, le Conseil d'Etat précise que les assurés sont libres de choisir un modèle alternatif avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Dans leur activité de conseil aux assurés, les agences d'assurances sociales et l'OVAM proposent certains modèles alternatifs d'assurance appropriés aux bénéficiaires de subsides en bonne santé, et pour autant que les conditions

ne soient pas trop restrictives et les sanctions pas trop sévères. Toutefois, il ne s'agit que de conseils et de propositions. Compte tenu du cadre légal actuel, l'Etat ne saurait imposer un tel choix aux assurés et bénéficiaires de subsides.

Pour terminer, le Conseil d'Etat tient à apporter quelques précisions sur les exemples présentés.

Lorsque les frais médicaux peuvent atteindre Fr. 2'000.- par année, comme dans le cas des trois Messieurs A, B et C, une franchise de Fr. 2'500.- ne représente pas un choix optimum. En effet, la législation précise que le rabais de prime ne peut pas dépasser 70% du risque encouru en prenant une franchise à option, à savoir Fr. 1'540.- par année (70% de Fr. 2'200.-). Ainsi, avec une franchise de Fr. 2'500.-, les frais de santé qui se situent entre Fr. 1'540.- et Fr. 2'200.- par année représentent pour l'assuré un coût supplémentaire qui n'est pas amorti par son rabais de prime. Monsieur A qui n'a droit à aucun subside, et Monsieur B qui a droit à un subside partiel, devront assumer pleinement ce risque et payer le coût supplémentaire de leur poche. Par conséquent, les assurés qui pourraient être concernés par des frais de santé supérieurs à Fr. 1'500.- n'ont aucun intérêt à choisir une franchise à option.

En outre, les subsides ordinaires partiels que touchent les assurés de condition économique modeste qui ne bénéficient pas du RI ou des prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI, dépendent de leur revenu déterminant unifié (RDU). Quand le revenu augmente, le montant du subside partiel ordinaire diminue automatiquement. Le subside de Fr. 336.- par mois que touche M. B correspond au subside maximum possible pour un adulte de plus de 25 ans vivant en famille. Avec deux enfants à charge, M. B ne peut toucher le subside maximum que si son RDU ne dépasse pas Fr. 13'000.- par année, ce qui est très bas. La situation de M. B est donc exceptionnelle, quand on sait que, pour avoir droit à un subside partiel, une personne vivant en famille devra justifier d'une forte mise à contribution de sa capacité de gain.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 27 juin 2018.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

JUIN 2017 **17_INT_671**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Céline Ehrwein Nihan – Les établissements médicaux vaudois sont-ils immunisés contre les virus informatiques ?

Rappel de l'interpellation

Plusieurs articles parus récemment, notamment en Suisse alémanique, font état d'une augmentation de l'utilisation de logiciels malveillants verrouillant les données — rançonlogiciels — et d'autres modes de piratage dans le domaine de la santé.

En décembre dernier, le chef de la centrale d'enregistrement et d'analyse pour la sûreté de l'information de la Confédération (MELANI), Pascal Lamia, mettait en garde le monde médical contre ces logiciels de chantage dans les colonnes du Bulletin des médecins suisses. Il y a une semaine, la NZZ am Sonntag, puis le Tages Anzeigerrevenaient sur cette problématique et relataient les déboires d'un hôpital suisse piraté par l'envoi d'un simple mail de candidature qui semblait répondre à la mise au concours d'un nouveau poste dans l'établissement : un piratage aussitôt suivi d'une demande de rançon en échange de la clé nécessaire au décryptage des données médicales bloquées.

Il ne s'agit pas là d'un cas isolé. Selon Urs Achermann, chef expert en sécurité auprès de la société Hint à Lenzburg — une société qui gère la sécurité informatique de 15 établissements médicaux — les cliniques suisses sont régulièrement la cible des hackers : chaque établissement subirait entre deux et trois attaques par mois.

Or, une seule attaque, même rapidement maîtrisée, peut coûter très cher. Plusieurs cas sont cités en exemple. Tout d'abord, celui de cet établissement de Los Angeles qui, l'année dernière, a fini par débourser quelques 17'000.- dollars pour obtenir la clé lui permettant de récupérer les données de ses patients. Plus coûteux, et plus grave aussi, le cas d'une clinique de quelques 500 lits à Neuss en Allemagne, dont les 800 ordinateurs et 100 serveurs ont été entièrement paralysés pendant plusieurs jours. Suite à cette attaque, la clinique a été contrainte de réduire les examens effectués dans ses laboratoires, de refuser de prendre en charge les blessés graves et de limiter ses interventions cardiaques, ainsi que les radiothérapies destinées à traiter les patients cancéreux. Dans ce cas, une somme d'un montant évalué à 6 ou 7 chiffres a été nécessaire pour réparer les dégâts — et c'est sans compter sur l'atteinte à l'image de l'établissement et la mise en danger des patients.

Pour ces derniers, le risque ne réside d'ailleurs pas seulement dans le vol ou le blocage de leurs données, mais aussi dans la prise de contrôle des appareils médicaux. Ainsi, on apprend dans la NZZque, depuis 2015, l'autorité américaine de contrôle Food and Drug Administration(FDA) a déjà mis en garde le corps médical contre l'usage d'une pompe à insuline, d'un défibrillateur et d'un pacemaker pouvant facilement être piratés, puis contrôlés à distance par des tiers malveillants.

Au vu de ses différents éléments, des coûts et des risques susceptibles d'être engendrés par les rançonlogiciels et autres modes de piratage, nous nous permettons de demander au Conseil d'Etat de

bien vouloir répondre aux questions suivantes :

1. *Comment le Conseil d'Etat évalue-t-il la qualité de la sécurité informatique qui prévaut aujourd'hui au sein des établissements médicaux vaudois — tout type d'établissement confondu ?*
2. *Existe-t-il à l'heure actuelle un inventaire des outils ou instruments médicaux connectés sensibles et susceptibles d'être piratés par des hackers ?*
3. *Quels outils — sensibilisation des utilisateurs, systèmes de protection, etc. — et moyens financiers le Conseil d'Etat met-il à disposition pour :*

   - prévenir le piratage des systèmes informatiques des établissements hospitaliers publics vaudois ?

   - soutenir les cliniques, hôpitaux ou cabinets privés dans leur lutte contre le piratage ?
4. *Quelles sont les procédures d'urgence existantes au sein des établissements médicaux vaudois pour répondre aux situations d'urgence médicales susceptibles d'être engendrées par une attaque informatique ?*
5. *Ces mesures, outils, moyens et procédures sont-ils jugés suffisants ? Le Conseil d'Etat entend-il en développer d'autres ? Et si oui, lesquels ?*

Souhaite développer.

(Signé) Céline Ehrwein Nihan

Réponses du Conseil d'Etat

La gestion de la sécurité informatique est encadrée au niveau international par des standards (famille ISO 27000, COBIT) définissant les normes et les bonnes pratiques et ce pour tous les secteurs confondus. Les Etats-Unis disposent d'une loi HIPAA, votée par le Congrès en 1996 qui concerne spécifiquement tous les aspects de la sécurité de la santé et de l'assurance maladie, incluant la sécurité informatique. La Suisse quant à elle ne dispose pas de loi traitant spécifiquement de la sécurité informatique dans le domaine de la santé mais de plusieurs lois et ordonnances réglant la sécurité et la confidentialité des données.

Ainsi, en Suisse, chaque établissement médical est responsable de sa sécurité informatique. Les investissements correspondant doivent s'inscrire dans la stratégie financière et de gestion de chaque établissement. Pour maintenir ou augmenter le niveau de sécurité informatique, tout en étant confronté à un nombre grandissants de menaces qui sont par nature de type imprévisible, il est nécessaire d'investir de manière continue et suffisante dans la sécurité informatique.

La mission de l'organisation de sécurité informatique est de mettre en place et de maintenir les bonnes pratiques et les bons outils qui protègent l'institution contre tout impact d'attaques, internes ou externes, tels que l'altération ou le vol de données. Toute stratégie de sécurité informatique nécessite en premier lieu de la prévention qui doit être complétée par la détection et l'intervention rapide afin d'isoler le ou les équipement(s) impacté(s).

Nous devons partir du principe que les attaques ciblées continueront de prendre de l'importance et les établissements médicaux sont - et seront - donc autant visés que toute autre industrie, tel que la plus grande cyberattaque jamais subie du 12 mai 2017 l'a démontré.

1 RÉPONSES AUX QUESTIONS

1.1 Comment le CE (Conseil d'État) évalue-t-il la qualité de la sécurité informatique qui prévaut aujourd'hui au sein des établissements médicaux vaudois (tout type d'établissement confondu) ?

Le Conseil d'Etat n'ayant pas de responsabilité propre quant à la sécurité informatique gérée dans les établissements médicaux du canton, il ne peut se prononcer que pour les hôpitaux subventionnés. Il est utile de rappeler que le contrôle cantonal des finances (CCF), qui mène différents type d'audits tels que comptabilité, finances, informatique, sécurité informatique et juridique, a audité les différents systèmes d'information des hôpitaux subventionnés (CHUV, FHV) ces dernières années.

Les directions des systèmes d'information (DSI) du CHUV et de la FHV bénéficient d'une taille suffisante pour disposer de ressources dédiées à la prise en charge de la sécurité des systèmes d'information ; cela n'est pas le cas pour de plus petites structures. Les stratégies de sécurité informatique mise en œuvre au CHUV et à la FHVi (Fédération des hôpitaux vaudois informatique) sont inspirées par les meilleures pratiques de HIPAA et des standards européens tels que la famille ISO 27000.

Le personnel des grands hôpitaux est sensibilisé par rapport aux risques de cyberattaques et un focus particulier est mis sur la détection et l'isolation rapide des équipements impactés ou infectés en cas d'intrusion.

Ce qui précède permet au Conseil d'État de confirmer que la qualité de la sécurité informatique dans les hôpitaux subventionnés du canton est actuellement plutôt bonne.

1.2 Existe-t-il à l'heure actuelle un inventaire des outils ou instruments médicaux connectés sensible et susceptible d'être piratés par des hackers ?

Au CHUV et à la FHVi toute nouvelle acquisition d'équipement technique biomédical ou de gestion de bâtiment connectable au réseau informatique est préalablement sujet à une validation d'exigences minimales définies dans le document de référence " Sécurité informatique des équipements techniques – Exigences ". Ce référentiel exprime le consensus d'exigences minimales du groupe d'experts " HIL " (Hospital Infosec Liaison), qui représente les hôpitaux de la santé subventionnés des cantons Fribourg, Genève, Tessin, Valais et Vaud.

Tous les équipements biomédicaux connectés au réseau sont identifiés dans les inventaires des équipements techniques des institutions concernées. Cette inscription est obligatoire pour l'accès au réseau informatique de l'établissement. L'inventaire des équipements biomédicaux qui ont été validés par cette procédure peut être établi sur demande par le CHUV et la FHVi.

1.3 Quels outils (sensibilisation des utilisateurs, système de protection, etc.) et moyens financier le CE met-il à disposition pour :

- *Prévenir le piratage des systèmes informatiques des établissements hospitaliers publics vaudois*
- *Soutenir les cliniques, hôpitaux ou cabinets privés dans leur lutte contre le piratage*

La formation du bon usage des outils informatiques et bureautiques des utilisateurs ainsi que l'infrastructure de protection contre les cyberattaques est sous la responsabilité de chaque institution.

Les forfaits hospitaliers DRG incluent une part relative aux investissements, dont les investissements informatiques. L'Etat ne subventionne donc pas spécifiquement des moyens informatiques ou leur sécurité, ceux-ci faisant partie intégrante des prestations fournies par les hôpitaux.

1.4 Quelles sont les procédures d'urgence existantes au sein des établissements médicaux vaudois pour répondre aux situations d'urgence médicales susceptibles d'être engendrées par une attaque informatique ?

Par nature, la prévention contre toute cyberattaque a toujours un peu de retard par rapport au rythme d'apparition de nouveaux virus (4 par seconde sur Internet). De ce fait toute organisation de sécurité consciencieuse et professionnelle doit partir de l'hypothèse que le virus peut entrer tôt ou tard dans le système informatique. Ainsi la détection rapide de l'équipement incriminé et son isolation rapide font partie des procédures d'urgence de base de la sécurité informatique. Des sauvegardes des données fréquentes permettent de rétablir le bon fonctionnement de l'équipement en question dans la majorité des cas.

En cas d'attaques et d'infections importantes, la direction des systèmes d'information peut être amenée à déclencher la procédure de crise conduisant, dans un cas extrême, à un basculement de toutes les applications critiques vers le centre de calcul de secours afin d'assurer la disponibilité de ces applications.

1.5 Ces mesures, outils, moyens et procédures sont-ils jugés suffisants ? Le CE entend-il en développer d'autres ? Et si oui, lesquels ?

Les mesures, outils, moyens et procédures implémentés actuellement dans les hôpitaux subventionnés du canton de Vaud sont considérés comme suffisants par le Conseil d'État. Il est indispensable que les directions de ces établissements continuent à porter une attention particulière et continue à la question de la sécurité informatique. Comme nous l'a rappelé dernièrement l'actualité, une attaque de grande ampleur, impliquant l'ensemble du réseau, pourrait se produire malgré les précautions prises, il est donc important que le domaine sanitaire cantonal continue à s'investir dans la gestion de catastrophe majeures, en collaboration avec les autres services de secours du canton.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 7 juin 2017.

Le président :	Le chancelier :
P.-Y. Maillard	*V. Grandjean*

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

AOÛT 2017 **16_INT_646**

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT
à l'interpellation Alain Bovay "Pas de base légale pour le financement des EMS : que fait le DSAS ?"

Rappel de l'interpellation

Dans un courrier rédigé par JBC Group le 15 décembre 2016, et envoyé notamment à l'ensemble des députés, nous apprenons que la politique vaudoise en matière de financement des EMS n'a pas de base légale. En effet, suite à un recours, le Tribunal Fédéral a constaté dans un arrêt du 18 juillet 2016 que le système appliqué aux EMS exploités en la forme commerciale et reconnus d'intérêt public ne repose sur aucune base légale. De plus le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) n'applique pas la législation cantonale qui lui impose d'adopter un règlement d'application de l'article 26 LPFES relatif au financement des infrastructures.

Questions :

1. *Pour quelles raisons le système actuel de financement des infrastructures des EMS exploités en la forme commerciale et reconnus d'intérêt public ne repose sur aucune base légale ?*
2. *Pour quelles raisons le DSAS n'applique pas la législation cantonale qui lui impose d'adopter un règlement d'application de l'article 26 LPFES relatif au financement des infrastructures ?*
3. *Quels sont précisément les impacts de cette non-application de la loi, impacts liés notamment aux inégalités de traitement des pensionnaires ?*
4. *Pour quelles raisons le DSAS n'a-t-il rien fait depuis l'arrêt du Tribunal fédéral du 18 juillet 2016 afin de se doter d'une réglementation claire ?*

Réponse du Conseil d'Etat

1 PRÉAMBULE

L'objet de l'interpellation porte sur le système de financement des infrastructures des EMS reconnus d'intérêt public et exploités en la forme commerciale. Ce financement a été réglé depuis le début des années 90 par une Convention passée entre l'Etat et les associations faîtières. (AVDEMS, FEDEREMS). D'une manière générale, ce financement est payé sous la forme d'une redevance calculée sur la base de la valeur intrinsèque des biens immobiliers subventionnés et du taux immobilier. Ce dernier est lui-même basé sur le taux hypothécaire de référence majoré de 0.5% (Compte tenu de la baisse constante des taux, le DSAS a porté cette majoration à 0.85% dès le 1.1.2009). L'évolution du taux hypothécaire ces dernières années a été telle que le financement étatique des infrastructures a baissé de plus de la moitié depuis 2000. La Convention des investissements a été attaquée devant les tribunaux par des établissements de JBC Groupe. Les arrêts, tant du Tribunal Cantonal que du Tribunal fédéral ont donné raison au DSAS sur la légalité des subventions et leur mode de calcul. Le TF a toutefois relevé que le lien entre la " Convention des investissements et la loi" était " ténu ". Le DSAS a donc entrepris de rédiger un règlement afin de répondre à cette exigence.

2 POUR QUELLES RAISONS LE SYSTÈME ACTUEL DE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES DES EMS EXPLOITÉS EN LA FORME COMMERCIALE ET RECONNUS D'INTÉRÊT PUBLIC NE REPOSE SUR AUCUNE BASE LÉGALE ?

Le système de financement des infrastructures des EMS repose sur l'art 26 de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES ; RSV 810.01) et sur la " Convention relative à la participation financière de l'Etat pour la mise à disposition des biens immobiliers des EMS reconnus d'intérêt public en la forme commerciale et/ou de ceux reconnus d'intérêt public locataires de tout ou partie de pareils biens immobiliers " . Le Tribunal cantonal, confirmé par le Tribunal fédéral, a jugé à plusieurs reprises, suite à des revendications d'EMS de forme commerciale, que le système de calcul, lié à la rémunération des investissements, était conforme à la LPFES (arrêts TC GE 2008.0109 du 29 avril 2009 ; GE.2011.0150 du 19 avril 2013 complétant un arrêt partiel du 31 janvier 2012 ; arrêt TF 2C_475/2013 du 4 novembre 2013). Le Tribunal a également considéré, eu égard notamment au but poursuivi par les EMS de forme commerciale et aux garanties de l'Etat qu'une différence de traitement selon le mode d'exploitation (EMS à but commercial ou idéal) se justifiait et n'apparaissait pas contraire au principe d'égalité de traitement. Récemment, le Tribunal cantonal a eu l'occasion de rappeler qu'un exploitant ne pouvait tirer de la LPFES, du RCEMMS et de la convention, un droit à ce que la participation financière de l'Etat englobe le montant du loyer dû au propriétaire du bâtiment (arrêts TC GE.2014.0224 ; TC GE.2014.0225 ; TC GE 2014.0226du 24 juillet 2015). Enfin, le Tribunal fédéral dans ses arrêts du 18 juillet 2016 (2C_816/2015, 2C_817/2015 et 2C_818/2015) a confirmé la décision du TC précitée. Il souligne néanmoins la nécessité de disposer d'une base réglementaire adéquate pour fixer le montant des redevances. Le DSAS a donc élaboré un " Règlement sur la participation de l'Etat aux charges d'investissement immobilières ainsi que sur l'intégration des charges d'entretien et mobilières aux tarifs des établissements médico-sociaux reconnus d'intérêt public" (RCIEMMS) qui reprend et précise les dispositions conventionnelles relatives au financement des infrastructures.

3 POUR QUELLES RAISONS LE DSAS N'APPLIQUE PAS LA LÉGISLATION CANTONALE QUI LUI IMPOSE D'ADOPTER UN RÈGLEMENT D'APPLICATION DE L'ARTICLE 26 LPFES RELATIF AU FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES ?

Le Conseil d'Etat a adopté le règlement RCIEMMS en date du 26 avril 2017. En raison d'un recours interjeté en date du 30 mai 2017 contre ledit règlement, la Cour constitutionnelle a suspendu son entrée en vigueur.

4 QUELS SONT PRÉCISÉMENT LES IMPACTS DE CETTE NON-APPLICATION DE LA LOI, IMPACTS LIÉS NOTAMMENT AUX INÉGALITÉS DE TRAITEMENT DES PENSIONNAIRES ?

Le nouveau règlement RCIEMMS a pour but de permettre de fixer le montant des redevances. Il reprend les dispositions conventionnelles qui ont été appliquées jusqu'à ce jour. Il n'y a pas d'impact en termes d'inégalités de traitement entre pensionnaires, les charges d'investissement n'étant pas répercutées sur les tarifs des résidents.

5 POUR QUELLES RAISONS LE DSAS N'A-T-IL RIEN FAIT DEPUIS L'ARRÊT DU TRIBUNAL FÉDÉRAL DU 18 JUILLET 2016 AFIN DE SE DOTER D'UNE RÉGLEMENTATION CLAIRE ?

Comme évoqué plus haut, le DSAS a entrepris de rédiger un nouveau règlement dès la fin de l'été 2016 et a présenté le nouveau règlement au CE en avril 2017.

En raison du recours interjeté contre ce règlement, le dispositif actuel restera en vigueur jusqu'à droit connu.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 30 août 2017.

La présidente :	Le chancelier :
N. Gorrite	*V. Grandjean*

(Séance du mardi 31 octobre 2017) **POS**
17_POS_012

Postulat Christelle Luisier Brodard et consorts – En savoir un peu plus sur les prestations d'intérêt général (PIG)

Texte déposé

Il y deux ans, en septembre 2015, dans la réponse à l'interpellation Claude-Alain Voiblet (15_INT_389), le Conseil d'Etat se référait à l'article 49 alinéa 3 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), selon lequel les rémunérations des hôpitaux ne couvrent pas les parts que représentent les prestations d'intérêt général. Les PIG sont en principe rémunérées par les cantons. Ces prestations comprennent en particulier :

a) le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ;

b) la recherche et la formation universitaire.

L'article 7 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) définit l'ensemble des activités liées à la recherche et la formation universitaire. L'association des Hôpitaux de Suisse H+ a aussi défini plusieurs types de PIG.

Le Conseil d'Etat expliquait, dans sa réponse de 2015, que la comparaison intercantonale est difficile à faire, car elle n'est pas basée sur des critères comparables. Mais le gouvernement indiquait aussi qu'il avait introduit un modèle de financement des hôpitaux se voulant « transparent, responsabilisant et incitant à une bonne gestion » et qu'il avait identifié notamment des PIG majeures en cours de réalisation, à savoir :

a) la formation post-graduée des médecins ;

b) l'existence de services d'urgence.

Après deux ans, ces identifications ont certainement pu être réalisées.

En outre, dans un rapport paru en août 2016, le professeur Stefan Felder de l'Université de Bâle consacrait un chapitre aux PIG dans les hôpitaux et cliniques suisses. Il ressortait de cette étude que le canton de Vaud consacrait, en 2013, 417'000'000 francs (en chiffres arrondis) aux PIG. Ce rapport a été actualisé en 2017 et donne les chiffres 2015, soit des PIG dans le canton qui s'élèvent à 460'433'000 francs (en chiffres arrondis). On peut donc constater que ces montants ont substantiellement augmenté, en deux ans.

	Total des PIG			PIG par cas	
	2015	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2015	abs. Δ 2013
AG	15'730'861	-125'624	-0.8%	177	-16
AI	2'304'818	-686'742	-23.0%	2'418	-1'028
AR	448'290	-161'386	-26.5%	31	-14
BE*	130'110'405	-12'430'139	-8.7%	726	-116
BL	19'790'701	-2'905'017	-12.8%	585	-108
BS	150'359'071	-11'512'284	-7.1%	2'359	-336
FR*	60'750'033	-17'617'358	-22.5%	2'189	-651
GE*	459'015'829	-21'405'639	-4.5%	6'692	-570
GL	5'529'790	-50'090	-0.9%	1'160	-91
GR	39'426'961	-1'689'393	-4.1%	1'184	-47
JU	20'084'994	-1'681'579	-7.7%	2'812	-154
LU	20'018'639	1'134'397	6.0%	369	-21
NE*	70'532'950	3'544'799	5.3%	3'630	-326
NW	3'751'000	-1'709'130	-31.3%	696	-536
OW	8'350'339	-686'395	-7.6%	2'296	-1'023
SG	38'637'093	15'201'156	64.9%	485	171
SH	18'213'878	-4'648'653	-20.3%	1'788	-703
SO	49'293'423	-6'706'705	-12.0%	1'579	-348
SZ*	6'283'856	-2'877'481	-31.4%	395	-243
TG	7'141'541	-1'062'601	-13.0%	232	-43
TI*	15'243'315	-6'571'869	-30.1%	251	-129
UR	4'186'678	-1'184'724	-22.1%	1'052	-397
VD	460'433'226	83'838'224	22.3%	4'147	422
VS	7'621'205	4'750'994	165.5%	215	132
ZG*	936'831	254'831	37.4%	64	11
ZH*	170'322'114	-5'000'362	-2.9%	722	-117
CH	**1'784'517'841**	**8'011'230**	**0.5%**	**1'445**	**-105**

Valeur la plus élevée; valeur la plus basse

Il est temps maintenant de procéder à une étude approfondie sur les PIG. Cette étude pourrait aborder à la fois le contexte général — à qui sont-elles destinées, pour quelles tâches, selon quels critères — et des points plus précis, notamment :

- la réalisation des prestations majeures identifiées dans la réponse à l'interpellation Voiblet ;
- les autres prestations identifiées ou en cours d'identification ;
- la part dévolue à la recherche universitaire ;
- la part CHUV non dévolue à la recherche ;
- la part dévolue aux hôpitaux non universitaires y compris les cliniques privées, avec quels critères et missions ;
- la part, si elle existe, de couverture de déficit pour des prestations courantes.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Christelle Luisier Brodard
et 37 cosignataires

Développement

Mme Christelle Luisier Brodard (PLR) : — Mon postulat traite du financement hospitalier et des prestations d'intérêt général (PIG), rémunérées en principe par les cantons. Elles comprennent en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaires. En 2015 déjà, dans sa réponse à une interpellation Claude-Alain Voiblet, le Conseil d'Etat expliquait qu'une comparaison intercantonale sur les PIG était particulièrement difficile à réaliser, ne pouvant pas se fonder sur des critères comparables. Par contre, le Conseil d'Etat indiquait avoir introduit un modèle de financement des hôpitaux « transparent, responsabilisant et incitant à une bonne gestion ». Le gouvernement précisait avoir identifié certaines PIG en cours de réalisation, à savoir la formation post-graduée des médecins et l'existence de services d'urgence.

Deux ans après cette réponse, à l'heure où le financement du système de santé est largement questionné, il paraît indispensable d'en savoir un peu plus sur les PIG. D'une part, depuis 2015, le gouvernement a sans doute pu définir de manière définitive les PIG alors en cours de description. D'autre part, en 2016 et en 2017, un rapport de l'Université de Bâle a consacré un chapitre aux PIG dans les hôpitaux et cliniques de Suisse. Il en ressort qu'en 2013, le canton de Vaud consacrait 417 millions de francs aux PIG, contre 460 millions en 2015. L'augmentation est donc substantielle. Par ailleurs, en comparaison intercantonale, si l'on considère le critère des PIG par cas, le canton de Vaud se situe dans le peloton de tête, ainsi que le montre le tableau qui figure dans le texte du postulat.

L'ensemble de ces éléments démontre qu'il est temps d'en savoir plus sur les PIG. Le postulat a pour seul objectif — mais c'est déjà beaucoup — de faire toute la lumière, afin d'obtenir une complète transparence sur le financement en question, tant d'un point de vue général que sur des points plus précis tels que la réalisation des prestations majeures identifiées dans la réponse à l'interpellation Claude-Alain Voiblet. Il s'agit des autres prestations identifiées ou encore en cours d'identification ; de la part dévolue à la recherche universitaire ; de la part CHUV non dévolue à la recherche ; de la part dévolue aux hôpitaux non universitaires, y compris les cliniques privées, avec quels critères et missions ; et enfin la part de couverture des éventuels déficits pour des prestations courantes. Avec plus de 20 signatures, je demande le renvoi de ce postulat en commission.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

AVRIL 2018 **RC-POS**
(17_POS_012)

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Christelle Luisier Brodard et consorts - En savoir un peu plus sur les PIG (prestations d'intérêt général)

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 15 décembre 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Carole Dubois, Florence Gross, Rebecca Joly, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Pauline Tafelmacher. MM. Alain Bovay, Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Laurent Miéville, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : néant.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéfanie Monod, Cheffe du service de la santé publique (SSP). MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ; Marc Weber, Adjoint santé, Affaires sanitaires, Secrétariat général du DSAS ; Olivier Linder, Institutions de santé, SSP.

2. POSITION DE LA POSTULANTE

Dans sa réponse à une interpellation de 2015[1], le Conseil d'Etat indiquait que, à l'époque, des prestations d'intérêt général (PIG) majeures étaient en cours d'identification, rendant difficile la fourniture d'informations précises. Depuis, l'identification en question a vraisemblablement été réalisée. Par ailleurs, une étude du professeur Stefan Felder de l'Université de Bâle, parue en 2016, montre que le canton de Vaud présente, en comparaison avec les autres cantons, un niveau élevé de PIG. Ces éléments plaident en faveur de l'état des lieux demandé par le postulat.

Il est précisé que **l'objectif du postulat ne consiste pas, en l'état, à ouvrir un débat sur le bien-fondé des PIG ou de leur répartition**, mais à obtenir des informations complémentaires sur la manière dont le Conseil d'Etat définit les PIG, sur la part des PIG dévolue à la recherche, sur la part dévolue au CHUV et celle dévolue aux autres hôpitaux dans le canton (cliniques privées y compris) selon quels critères/missions, sur la part – si elle existe – de couverture de déficit pour les prestations courantes, etc.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS ne voit pas d'inconvénient à la transparence sur cette thématique. Il rappelle que les PIG sont des compléments au financement hospitalier prévus par la LAMal. Pour le chef du DSAS, la planification hospitalière doit dépendre des besoins réels sur le terrain plutôt que du système de tarification mis en œuvre.

En 2016, les PIG atteignent un montant de CHF 340 millions pour le canton de Vaud, ce qui ne correspond pas à l'ordre de grandeur du chiffre présenté dans le tableau inséré dans le texte du

[1] Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Claude-Alain Voiblet - Utilisation des PIG (Prestations d'Intérêt Général) comme un outil de subventionnement "occulte" qui pourrait biaiser la concurrence et la réalité des chiffres entre les établissements hospitaliers dans notre pays (15_INT_389).

postulat. La réponse au postulat permettra de clarifier les méthodes de calcul employées. Une réduction est à signaler de la part relative des PIG dit implicites, c'est-à-dire des PIG qui servent à la garantie de l'enveloppe budgétaire historique des hôpitaux, instaurés au moment du passage en 2002 au système de tarification par forfaits APDRG (*All Patients Diagnoses Related Groups*).

Au demeurant, un lien existe entre l'ampleur des PIG et la taille des divisions d'hospitalisation en chambres privées dans les hôpitaux publics ou parapublics. En effet, plus un établissement accueille de patients en division privée, activité particulièrement rémunératrice, plus l'hôpital considéré devient rentable et nécessite moins de complément de financement. En conséquence, une contestation des PIG remettrait en cause la répartition traditionnelle dans le canton qui veut que les hôpitaux publics ou parapublics accueillent essentiellement des patients en division commune et que les cliniques privées accueillent prioritairement des patients en division privée.

Le chef du DSAS précise que, selon les cantons dotés d'un hôpital universitaire, les postes « recherche » et « formation post-gradué » peuvent relever du budget de la santé publique et/ou du budget de l'université, ce qui complexifie d'autant les choses.

4. DISCUSSION GENERALE

Une commissaire salue le dépôt du postulat qui porte sur un thème également débattu au niveau fédéral. L'approfondissement du sujet devrait avantageusement permettre de clarifier les différentes définitions et méthodes de calcul utilisées en la matière.

La postulante rappelle ne pas contester le principe des PIG et souligne la nécessité de confronter les différents chiffres à disposition et les diverses méthodes de calcul employées. Dans cet exercice, il apparaît effectivement intéressant, entre autres, de distinguer PIG « implicites » et « explicites ».

Dans la même veine, le président soutient un postulat qui vise uniquement la transparence (répartition entre PIG « implicites » et « explicites », distribution entre le CHUV et les hôpitaux régionaux notamment, etc.). Il appuie sur le fait que certains hôpitaux régionaux vivent une situation financière difficile et que l'exploitation 24 heures sur 24 d'un service des urgences performant implique par exemple obligatoirement allocation de PIG.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Yverdon-les-Bains, le 9 avril 2018.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

(Séance du mardi 7 novembre 2017) **POS**
17_POS_015

Postulat Thierry Dubois et consorts – Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !

Texte déposé

Actuellement, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière différente (système dual). Dans le domaine stationnaire, les cantons (55 %) et les assureurs-maladie (45 %) prennent en charge conjointement les frais d'hospitalisation, en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont financées dans leur intégralité par les assureurs-maladie, respectivement par les payeurs de primes. Ce système de financement « inégal » est critiqué depuis des années et contribue de manière non négligeable à l'augmentation des primes maladies… il devient obsolète et il est temps de le changer.

Le Parlement fédéral élabore une solution depuis le dépôt d'une initiative parlementaire, déposée en 2009 par madame la conseillère nationale Ruth Humbel (PDC/AG). Cette initiative avait pour but d'introduire un système de financement moniste qui permettrait de garantir la quote-part des deniers publics au financement des prestations de base assurées et d'adapter celle-ci à la croissance des coûts dans le système de santé.

Compte tenu de la hausse croissante des coûts de la santé, ce système uniforme devient toujours plus urgent. Le financement différent de l'ambulatoire et du stationnaire aboutit à des incitatifs erronés et à des transferts de coûts. Si l'on considère en plus les systèmes tarifaires également différents — décompte à la prestation individuelle selon TARMED pour l'ambulatoire et décompte par forfaits selon SwissDRG pour le stationnaire — ainsi que le remboursement sensiblement plus élevé des traitements stationnaires par rapport aux traitement ambulatoires, les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie n'ont aucun intérêt à transférer davantage de prestations vers l'ambulatoire, bien que celui-ci soit synonyme de réduction considérable des coûts d'un point de vue macroéconomique.

La Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) est un organe de coordination politique au sein duquel sont réunis les membres des gouvernements cantonaux chargés des questions de santé publique. La CDS a pour but de faciliter la collaboration des 26 cantons ainsi qu'entre ceux-ci, la Confédération et les principaux acteurs du système de santé.

La CDS n'est pas favorable au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Il argue pour cela des risques inconnus qu'impliquerait un changement de paradigme. Les conseillers d'Etat dans leur majorité redoutent également une perte de contrôle et d'influence des cantons.

Les assureurs-maladie, la chambre médicale de la Fédération des médecins suisses (FMH) et bon nombre de politiciens et de partis politiques soutiennent le financement moniste. Il est capital que les cantons restent disposés à collaborer à ce débat en restant ouverts quant à son issue et ne rejettent pas d'emblée un changement de paradigme.

Raison pour laquelle il me paraît indispensable que ce sujet soit débattu au sien de notre commission de santé publique.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Thierry Dubois
et 25 cosignataires

Développement

M. Thierry Dubois (UDC) : — Actuellement, les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière différente : on parle de système dual. Dans le domaine stationnaire, les cantons et les assureurs-maladie prennent conjointement en charge les frais d'hospitalisation en division commune, alors que dans le domaine ambulatoire, les prestations sont intégralement financées par les

assureurs-maladie et donc les payeurs de prime. Ce système inégal de financement est critiqué depuis des années et il contribue de manière non négligeable à l'augmentation des primes d'assurance-maladie. Le financement différent de l'ambulatoire et du stationnaire aboutit à des incitatifs erronés et à des transferts de coûts. Si l'on considère, en plus, que les systèmes tarifaires sont également différents — décompte à la prestation individuelle selon le système de tarification médicale (TARMED) pour l'ambulatoire et décompte par forfait selon le système des groupes homogènes de diagnostic (*diagnosis related group)* appelé SWISS DRG pour le stationnaire — et que le remboursement des traitements stationnaires est sensiblement plus élevé que celui des traitements ambulatoires, les fournisseurs de prestations et les caisses-maladies n'ont aucun intérêt à transférer davantage de prestations vers l'ambulatoire, bien qu'il soit synonyme d'une réduction des coûts.

Les assureurs-maladie, la Chambre médicale de la Fédération suisse des médecins (FMH) et bon nombre de politiciens et de partis politiques soutiennent le financement moniste. Il est capital que les cantons restent disposés à collaborer à ce débat en restant ouverts quant à son issue et qu'ils ne rejettent pas d'emblée un changement de paradigme. C'est la raison pour laquelle il me paraît indispensable que ce sujet soit débattu au sein de la Commission thématique de la santé publique.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ PATRIE

GRAND CONSEIL

JUILLET 2018 **RC-MOT**
(17_POS_015)

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Thierry Dubois et consorts – Financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires : un sujet à transmettre à notre commission de santé publique !

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 16 février 2018 et le 23 mars 2018.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper (le 23.03.2018), Sonya Butera (le 23.03.2018), Muriel Cuendet Schmidt (en remplacement de Sonya Butera le 16.02.2018), Carole Dubois, Florence Gross, Rebecca Joly, Catherine Labouchère (en remplacement d'Alain Bovay le 16.02.2018), Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Graziella Schaller, Pauline Tafelmacher. MM. Alain Bovay (le 23.03.2018), Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper (le 16.02.2018), Sonya Butera (le 16.02.2018). M. Alain Bovay (le 16.02.2018).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéfanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique (SSP) (le 23.03.2018). MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ; Karim Boubaker, Médecin cantonal (le 16.02.2018) ; Olivier Linder, Expert financier, Institutions de santé, SSP.

2. POSITION DU POSTULANT

L'augmentation régulière des coûts de la santé et, surtout, des primes de l'assurance maladie, constitue un des problèmes majeurs de notre système de santé. En dix ans (2005 à 2015) les coûts de la santé ont pratiquement doublé. La population n'arrive plus à payer les primes de l'assurance de base qui ont dépassé le seuil de CHF 500.- par mois pour un adulte. La proportion de la population qui bénéficie d'un soutien pour payer ses primes ne cesse d'augmenter.

Actuellement, le coût des primes augmente plus vite que les coûts de la santé. Un des facteurs principaux qui explique cette différence est le transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire. Les prestations stationnaires et ambulatoires sont financées de manière différente : on parle de système dual. Dans le domaine stationnaire, les cantons et les assureurs prennent conjointement en charge les frais d'hospitalisation en division commune, respectivement à raison de 55% et de 45%. Dans le domaine ambulatoire, les prestations sont intégralement financées par les assureurs et donc les payeurs de primes. Ce système inégal de financement contribue de manière non négligeable à l'augmentation des primes.

Les assureurs, la Chambre médicale de la Fédération suisse des médecins (FMH), bon nombre de politiciens et de partis politiques soutiennent le financement moniste. Il est important que les cantons se saisissent de la question, sans rejeter d'emblée un changement de paradigme.

Dans un premier temps, il convient de connaître la position du Conseil d'Etat sur ce thème et, notamment, de savoir si le Canton serait disposé à étudier la possibilité de soutenir une prise en charge d'une partie des frais liés à la médecine ambulatoire dans un futur proche.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Dans ce débat qui agite le système politique suisse depuis 10 ans au moins, le chef du DSAS met en exergue les éléments suivants :

- A l'origine de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le principe de base consistait à **garantir la liberté de l'offre**. Ce principe veut que l'Etat planifie et organise une offre hospitalière pour la demande non couverte par le marché. Dans le domaine ambulatoire, aucune lacune particulière n'était constatée. Dans le domaine stationnaire, si l'offre des cliniques privées ne suffisait pas, l'Etat devait programmer et financer une offre publique subsidiaire, répondant de manière adéquate aux besoins vitaux mais sans confort particulier. L'offre hospitalière privée étant généralement marginale, l'offre publique subsidiaire a dans les faits toujours été l'offre la plus importante.
- La **révision du système de financement des soins de 2012** a complètement perverti la logique initiale. Sous couvert d'une libéralisation du système, les cantons ont en réalité été contraints de subventionner une offre privée de luxe. La délimitation claire entre le rôle du marché et le rôle de l'Etat s'est alors estompée.
- La **frontière entre le domaine stationnaire et le domaine ambulatoire** s'avère de même floue. Cette situation crée des effets d'aubaine lorsque l'ambulatoire se montre plus rémunérateur que le stationnaire, ou inversement. Dans ce contexte, il pourrait être sain d'envisager un taux de subventionnement uniforme (système de financement dit moniste).
- La question de savoir si le taux uniforme de subventionnement respecterait le principe de la neutralité des coûts pour les cantons ou conduirait au contraire à une augmentation de la charge financière reste ouverte. Comme **les changements de mécanisme financier (nouveau financement hospitalier, financement des soins de longue durée) ont jusque-là été réalisés au détriment des cantons**, une certaine **méfiance** s'est instaurée concernant le système de financement moniste. Les craintes à ce propos s'avèrent moins fortes dans le canton de Vaud, compte tenu de sa relative bonne santé financière.
- Le financement moniste ouvre le débat de l'étendue du **pouvoir de régulation des cantons**. En l'état, comme les cantons financent le 55% du stationnaire, ils planifient le domaine (contingentement du nombre de lits à travers les listes LAMal, enveloppes budgétaires globales destinées aux hôpitaux). Contrairement à la logique de marché, cette manière de procéder permet un contrôle parlementaire par le biais du budget de l'Etat. **Avec l'instauration d'un système de financement moniste, est-on dès lors prêt à accepter une planification du domaine ambulatoire, du moins une maîtrise du volume des prestations délivrées en ambulatoire ?**
- Une **clause du besoin** stabilisée/renforcée, permettant de régler efficacement l'installation des nouveaux praticiens en cabinet et le nombre de médecins dans les hôpitaux, ainsi que l'acceptation de l'initiative parlementaire 17.402[1] proposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national constitueraient des instruments adaptés à la régulation du domaine ambulatoire. **Si de telles conditions sont réunies, le chef du DSAS serait, à titre personnel, favorable à un système de financement moniste**.
- En cas de **subventionnement du domaine ambulatoire**, plutôt qu'un système complexe où chaque prestataire de soins enverrait ses factures à l'Etat pour obtenir la part de financement étatique, il paraît préférable d'envisager que la contre-valeur de la subvention étatique soit directement versée par l'Etat aux assureurs (forfait par assuré) avec pour effet de réduire d'autant les primes d'assurance. Dans la même philosophie que les subsides accordés actuellement pour le paiement des primes, le forfait par assuré versé par l'Etat au titre de sa participation aux coûts pourrait être modulé en fonction de critères économiques et sociaux, par exemple la taille des ménages considérés.

En conclusion, dans le débat fédéral sur le financement moniste des soins, le chef du DSAS fait partie, au sein la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de la minorité prête à soutenir cette idée sous réserve de la prise en compte des garde-fous évoqués plus haut.

[1] La proposition 17.402 vise à ce que les contrats tarifaires contiennent non seulement des prix mais aussi des mécanismes de maîtrise du volume des prestations. L'Etat n'interviendrait en matière de volume qu'à titre subsidiaire, en cas de désaccord entre partenaires tarifaires, comme c'est déjà le cas en matière de tarif.

4. DISCUSSION GENERALE

Compte tenu des compétences fédérales en la matière, l'auteur du postulat est invité à préciser sa demande.

Ce dernier souligne sa satisfaction eu égard à la réponse du chef du DSAS et à l'ouverture du canton quant à la problématique. Le postulant reconnaît que les décisions en la matière relèvent du niveau fédéral plutôt que cantonal. **L'auteur du postulat ne demande pas que le Conseil d'Etat rédige un rapport mais que la thématique occupe les esprits et soit travaillée en vue de résultats concrets**.

Une députée, par ailleurs présidente de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), considère que le progrès des techniques médicales et le **virage vers l'ambulatoire ne représentent pas forcément une catastrophe** pour le patient et la sécurité des traitements. A l'inverse, l'ambulatoire ne constitue pas non plus une solution parfaite. Les choses doivent être à chaque fois envisagées avec nuance.

Une commissaire s'interroge sur la finalité du postulat : dans la mesure où l'auteur du postulat est satisfait de la discussion en commission, est-il disposé à retirer son postulat ?

Afin que la réflexion dépasse le seul cercle de la commission, l'auteur du postulat envisagerait plutôt un **retrait éventuel de son postulat, non pas en commission, mais suite au débat en plénum basé sur le rapport de la commission**.

Le chef du DSAS ne voit pas d'obstacle à traiter le postulat. Si ce dernier est renvoyé au Conseil d'Etat, la réponse sera cependant ouverte et explicitera les problèmes de fond qui se posent, en mettant les acteurs impliqués devant leurs contradictions. En effet, toute dépense de l'Etat répond aux principes suivants, bien posés par la loi sur les subventions : existence d'une base légale fondant la possibilité de la dépense considérée, subsidiarité (aide étatique uniquement lorsque les autres sources de financement ne suffisent pas), présentation et respect d'un budget correspondant, contrôle de la bonne utilisation des moyens alloués par l'Etat. Dans l'hypothèse où les coûts du secteur ambulatoire seraient partiellement pris en charge par l'Etat, on ne voit pas pourquoi les principes d'opportunité, de subsidiarité, d'économicité (et, par exemple, le contrôle du revenu des praticiens que ledit principe implique) – appliqués dans tous les champs d'action de l'Etat – ne concerneraient alors pas le domaine de l'ambulatoire également.

Un commissaire souligne le grand intérêt de la **loi sur les subventions** qui empêche dorénavant le subventionnement dans toutes les directions « par analogie », tout en permettant les adaptations nécessaires.

<u>Opportunité du postulat</u>

Le système de financement des soins relevant de la LAMal et donc de l'échelon politique fédéral, certains commissaires s'interrogent sur la pertinence d'un débat au niveau cantonal relatif au système de financement moniste.

Pour l'auteur du postulat, le Grand Conseil doit se prononcer sur le principe du financement partiel par l'Etat des coûts du domaine ambulatoire, et exercer une certaine pression en la matière au niveau national, par l'intermédiaire du Conseil d'Etat ainsi que des élus fédéraux.

D'autres commissaires relèvent l'habitude légitime du Grand Conseil, à gauche comme à droite, de se saisir de dossiers fédéraux. Pour un commissaire, un renvoi du postulat au Conseil d'Etat permettrait de plus à ce dernier de fournir des informations à jour sur un sujet très évolutif.

Pour l'auteur du postulat, le Conseil d'Etat doit indiquer **s'il est favorable ou non au principe général** (la discussion sur les modalités d'application pouvant intervenir dans un deuxième temps) **d'un système moniste partiel** (financement partiel et non pas complet par l'Etat des coûts du domaine ambulatoire).

Le président rappelle que le postulat est une intervention parlementaire demandant au Conseil d'Etat de produire un rapport sur une question. De la sorte, le président estime que **le postulat considéré demande un rapport sur la possibilité et sur les effets potentiels d'aller dans le sens d'un financement partiel par l'Etat des coûts du domaine ambulatoire**. Dès lors, que le Grand Conseil renvoie le postulat au Conseil d'Etat ne signifierait pas que l'avis du Grand Conseil soit arrêté concernant l'opportunité d'instaurer un système de type moniste plutôt que dual.

Dans la même veine, une commissaire considère qu'un soutien au postulat doit être interprété uniquement **comme la volonté de poser les enjeux et comme un signal d'ouverture à une réflexion ne présageant pas des résultats ou des solutions à adopter**.

5. VOTE DE LA COMMISSION

Prise en considération du postulat

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat par 8 voix pour, aucune contre et 5 abstentions, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Yverdon-les-Bains, le 15 juillet 2018.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

(Séance du mardi 21 novembre 2017) **POS**
17_POS_022

Postulat Thierry Dubois et consorts – La facturation dans les hôpitaux publics d'une hospitalisation par un forfait de type DRG : une affaire rentable ? !

Texte déposé

Le DRG (forfait calculé sur la base des groupes de diagnostic, soit en anglais *diagnosis related group*) facturé, basé sur une nomenclature tarifaire nationale, correspond à un forfait unique qui englobe l'ensemble des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins dispensés durant un séjour hospitalier. Il est calculé à partir d'un prix de base, soit le coût moyen par genre de cas, et évolue chaque année.

Les principaux objectifs d'une telle pratique sont : encourager la concurrence, favoriser la liberté de choix pour le patient et améliorer l'ouverture des structures de soins hospitalières cantonales. Les séjours hospitaliers hors cantons sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Ce mode de financement s'inscrit dans un contexte plus vaste de réaménagement de tout le domaine hospitalier, qui vise à accroître l'efficacité dans le domaine des prestations, afin notamment de réduire les durées moyennes de traitement et de favoriser un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, induit aussi par l'évolution des technologies.

Mais, comme toujours, il existe des différences importantes entre la théorie et la pratique. Le DRG occulte le travail infirmier lié à l'âge, à l'état général de santé du patient et aux déterminants liés à son lieu de vie. Il dépend des changements des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et de l'utilisation de règles arbitraires pour répartir les charges des différents départements, étant donné que la part des coûts de capital et d'éducation médicale est déduite arbitrairement. Il est également tributaire de la validation et de la saisie des données en fonction du diagnostic principal retenu et du nombre de diagnostics associés ou secondaires.

Entré en vigueur le 1er janvier en 2012, il forme le volet le plus ambitieux de la révision partielle de la LAMAL, adoptée en 2007. Il semblerait cependant que les DRG induisent une hausse des coûts. Il me paraît donc indispensable de faire le point après 5 ans d'utilisation et de calculer de manière précise si ce mode de fonctionnement est réellement rentable. Je prie donc le conseil d'Etat de nous transmettre un rapport sur la rentabilité des DRG durant ces cinq dernières années.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.

(Signé) Thierry Dubois
et 30 cosignataires

Développement

M. Thierry Dubois (UDC) : — SwissDRG, soit *Swiss Diagnosis related groups* est le système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon des forfaits par cas. Le DRG facturé, basé sur une nomenclature tarifaire nationale, correspond à un forfait unique qui englobe l'ensemble des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins dispensés durant un séjour hospitalier. Il est calculé à partir d'un prix de base, soit le coût moyen par genre de cas, et évolue chaque année. Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologies et associé à une pondération de coûts sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité. La hauteur de l'indemnisation est calculée en multipliant un tarif de base, en vigueur dans l'hôpital, par la pondération de taux applicables aux forfaits par cas. La hauteur de la pondération des coûts *(Kostweit)* de chaque forfait est recalculée chaque année sur la base des coûts effectifs des hôpitaux suisses. Les principaux objectifs d'une telle pratique sont : encourager la concurrence, favoriser la liberté de choix pour le patient et améliorer l'ouverture des structures de soins hospitalières cantonales.

Grande nouveauté, les séjours hospitaliers hors canton sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ce mode de financement s'inscrit dans un contexte plus vaste de réaménagement de tous les domaines hospitaliers, qui vise à accroître l'efficacité dans le domaine des prestations, afin notamment de réduire les durées moyennes de traitement et de favoriser un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, aussi induit par l'évolution des technologies. Mais comme toujours, il existe des différences importantes entre la théorie et la pratique. Le DRG occulte notamment le travail infirmier lié à l'âge, à l'état général de santé du patient, et les déterminants liés à son lieu de vie. Il dépend également des changements des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, et de l'utilisation de règles arbitraires pour répartir les charges des différents départements, étant donné que la part des coûts de capital et d'éducation médicale est déduite arbitrairement. Il est également tributaire de la validation de la saisie des données en fonction du diagnostic principal retenu et du nombre de diagnostics associés ou secondaires.

Entré en vigueur le 1er janvier 2012, il forme le volet le plus ambitieux de la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie adoptée en 2007. Il semblerait cependant que les DRG induisent une hausse des coûts. Il me paraît donc indispensable de faire le point après cinq ans d'utilisation et de calculer de manière précise si ce mode de fonctionnement est réellement rentable. Je prie donc le Conseil d'Etat de me transmettre un rapport sur la rentabilité des DRG durant les cinq dernières années.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud
LIBERTÉ PATRIE

GRAND CONSEIL

JUILLET 2018 **RC-MOT**
(17_POS_022)

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Thierry Dubois et consorts – La facturation dans les hôpitaux publics d'une hospitalisation par un forfait de type DRG : une affaire rentable ?!

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 23 mars 2018.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Sonya Butera, Carole Dubois, Florence Gross, Rebecca Joly, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Graziella Schaller, Pauline Tafelmacher. MM. Alain Bovay, Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : néant.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéfanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique (SSP). MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ; Olivier Linder, Expert financier, Institutions de santé, SSP.

2. POSITION DU POSTULANT

Le système *Swiss Diagnosis Related Groups* (SwissDRG) est jeune et appelle des améliorations. En l'état, des doutes subsistent, par exemple, concernant la saisie des données médicales qui peut paraître arbitraire, l'utilisation de règles subjectives de répartition des charges entre départements au sein d'un même établissement hospitalier ou encore le transfert de certains actes d'une catégorie à une autre.

Dans ce contexte, le postulant demande un bilan économique des 5 dernières années, faisant le point sur la rentabilité ou non de la facturation par forfaits SwissDRG.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS ne voit pas d'inconvénient à souscrire à la demande du postulat.

Si le système SwissDRG ne donne pas encore entière satisfaction, c'est que le dispositif porte des ambitions d'une ampleur impressionnante. Il s'agit de décrire avec précision **les coûts des hôpitaux** et d'instaurer une **structure tarifaire hospitalière uniforme** en Suisse.

La collecte des données de production des prestations souffre de la faiblesse des moyens à disposition pour contraindre les établissements à livrer les informations nécessaires. En effet, le Conseil fédéral a choisi pour l'entité SwissDRG un statut de droit privé, et la société SwissDRG agit sur mandat du Conseil fédéral, sans possibilité d'attribuer des mandats aux hôpitaux (para)publics, ces derniers recevant mandat des cantons. Reste de plus la question de savoir si la description des coûts s'avérera à terme suffisamment représentative de la réalité et suffisamment différenciée selon les missions des établissements pour appliquer au final une valeur de point unique.

L'objectif d'une **structure tarifaire uniforme** se montre particulièrement difficile à atteindre en raison de la forte hétérogénéité du système actuel : valeurs de point différentes dans l'ambulatoire selon les cantons, principes de planification hospitalière divergents selon les cantons. A ce titre, certains cantons ont largement ouvert leur liste LAMal aux cliniques privées, avec pour corollaire mandat octroyé aux hôpitaux (para)publics de développer leurs divisions d'hospitalisation privée, particulièrement rémunératrices. D'autres cantons, comme Vaud, ont estimé préférable de réserver autant que possible aux cliniques privées les patients privés (ces derniers ayant payé une prestation supplémentaire) et de réserver autant que possible aux hôpitaux (para)publics les moyens publics afin d'assurer le service public (sans encouragement à capter la clientèle privée). Un autre exemple de spécificité cantonale réside dans l'existence de soins continus (soins semi intensifs) au CHUV qui permet de réduire le nombre de lits nécessaires aux soins intensifs. La ventilation mécanique était, il y a peu, une prestation des soins continus facturable selon les forfaits SwissDRG. Récemment, sur recommandation de la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI), SwissDRG a décidé de ne plus admettre la ventilation mécanique dispensée hors des espaces validés par la SSMI. Cette décision représente une perte de facturation de CHF 9 millions par an pour le CHUV.

4. DISCUSSION GENERALE

Dans le cadre du système complexe de facturation par SwissDRG, tout le monde s'accorde sur l'importance de l'information médicale et des enjeux liés au codage médical, codage qui fait désormais l'objet d'un nouveau métier au sein des établissements hospitaliers.

Valorisation de la formation et de la recherche dans les SwissDRG

Les informations hospitalières relatives à la formation médicale post-graduée et à la recherche ne sont pas transmises à SwissDRG SA. La formation continue et la formation pour les professions non médicales/universitaires sont par contre incluses dans les SwissDRG.

Comparaison intercantonale

Dans la mesure où les hôpitaux sont aussi financés, de manière variable selon les cantons et selon les établissements, par le biais de PIG (prestations d'intérêt général = subventions étatiques pour fourniture de prestations dites d'intérêt général), un député se demande si une comparaison intercantonale claire et complète des tarifs SwissDRG est possible.

Le département indique qu'une partie des PIG sont issus de l'histoire du modèle de financement des hôpitaux. Tous les cantons essaient d'expliciter au mieux les PIG alloués. Cette tâche n'est pas encore entièrement finalisée. Typiquement, la formation et la recherche sont financées à travers les PIG. Pour le reste, chaque canton est libre d'octroyer des PIG en fonction des besoins qu'il reconnaît. Procéder à des comparaisons en la matière exige d'adopter la même base d'interprétation. Par exemple, il est spécieux de comparer le CHUV et l'Hôpital universitaire de Zürich pour ce qui concerne les PIG. En effet, contrairement au CHUV, l'Hôpital universitaire de Zürich ne comprend pas la psychiatrie, domaine dans lequel beaucoup de prestations ne sont pas valorisables au travers des tarifs SwissDRG.

La cheffe du SSP précise, quoi qu'il en soit, que la comparaison des groupes SwissDRG est homogène. L'existence de PIG n'influence pas la création ou l'élimination de groupes SwissDRG.

Un député relève le cas de certaines prestations hospitalières, non financées par des PIG alors même qu'elles pourraient être considérées comme relevant de prestations d'intérêt général. Ces prestations peuvent lourdement peser sur le budget de certains hôpitaux régionaux.

Influence sur la durée des hospitalisations

Un député se demande si dans une logique de rentabilité, les SwissDRG poussent les établissements à réduire la durée des hospitalisations quitte à multiplier les réadmissions. Il estime qu'une telle pratique constituerait un échec, tant humain que financier, de la stratégie déployée.

Il est rappelé que pour éviter les pressions inappropriées à la réduction de la durée des séjours hospitaliers, toute ré-hospitalisation dans les 18 jours pour une même pathologie ne donne aucun droit à l'ouverture par l'établissement d'un second forfait SwissDRG pour la prise en charge de la personne considérée.

A l'issue des discussions, l'ensemble des commissaires reconnaissent la nécessité de demander au Conseil d'Etat d'établir un rapport sur les effets du système SwissDRG, non seulement sur le plan économique mais aussi sur le plan du fonctionnement du système hospitalier vaudois.

5. VOTE DE LA COMMISSION

Prise en considération du postulat

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Yverdon-les-Bains, le 15 juillet 2018.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos

(Séance du mardi 16 mai 2017) **POS**
17_POS_244

Postulat Jean-Michel Dolivo et consorts – Des tests de médicaments non-autorisés ont-ils été effectués sur des patients dans les cliniques psychiatriques vaudoises entre 1940 et 1980 ?

Texte déposé

L'industrie pharmaceutique suisse a réalisé des tests de médicaments non-autorisés sur des milliers de patients entre le milieu des années 1940 et les années 1980 à la clinique de Münsterlingen (1600 cas) (TG), dans la clinique d'Herisau (18 cas) (AR), dans celle du Burghölzli (1000 cas) (ZH), dans la clinique de Marsens (1000 cas) (FR), et dans la clinique de Bâle (plus de 1000 cas). Dans le cas de la clinique bâloise, le *Blick* précise qu'il s'agissait de tests « non-officiels » (*Blick*, 04.04.2017).

Les cantons de Thurgovie et de Zurich ont chargé des historiens d'étudier les archives. Le canton de Fribourg pourrait ouvrir une enquête historique. « Nous l'envisageons très sérieusement, à voir si cela doit se faire seulement pour Marsens, au niveau des cantons romands, voire même de Suisse, la problématique est beaucoup plus large et concerne tous les cantons. » (Radio et Télévision suisse (RTS, 27.01.2017)

Suite à la découverte de l'ampleur des essais cliniques menés dans la clinique de Münsterlingen (TG), le canton de Thurgovie a mis en place une commission d'historiens, dont les travaux ont débuté en avril 2016 et qui ont jusqu'à fin 2018 pour livrer leurs conclusions. Un budget de 750'000 francs a été débloqué par le canton de Thurgovie. Au cœur de l'affaire, le Dr. Roland Kuhn qui a testé durant des décennies des médicaments sur ses patients. Au moins 1'600 patients ont été concernés. La clinique de Münsterlingen (TG) a testé des médicaments pour l'industrie pharmaceutique bâloise entre 1946 et jusque dans les années 1980. Au moins une vingtaine de patients sont morts dans le cadre de ces essais cliniques. Dans une interview, un ancien patient, enfant à l'époque et qui a servi de cobaye à son insu, dit : « Ils ne cherchaient que leur propre profit […] sans aucune considération pour les autres. » Il est aujourd'hui à l'assurance-invalidité et demande des excuses officielles et des réparations financières.

En 1955, Sandoz propose à l'hôpital psychiatrique de Marsens de tester de nouveaux médicaments, ce que ce dernier accepte. En 1958, la clinique a déjà testé une dizaine de substances expérimentales sur « près d'un millier de patients », selon des articles scientifiques de l'époque que la RTS a consultés. Certains comme le NP 207 ou le KS 24 doivent être abandonnés « suite à l'apparition, chez quelques malades de pigmentations toxiques au niveau de la rétine ». Des enfants placés font partie des cobayes.

Novartis et Marsens ont refusé que la RTS consulte leurs archives. Novartis dit : « Nous réservons les informations historiques concernant les essais cliniques aux chercheurs mandatés par les autorités, comme le groupe d'historiens mis en place par le canton de Thurgovie. »

Selon une étude commanditée par la clinique universitaire psychiatrique de Bâle et menée par M. Urs Germann de l'Institut pour l'histoire de la médecine de l'université de Berne, ce sont plus de 1000 patients sur lesquels ont été testés au moins 60 médicaments non-autorisés au sein de la clinique bâloise. Manifestement, les patients n'étaient pas informés qu'ils faisaient l'objet de tels tests. De graves effets secondaires, comme des troubles de la vue, ont été recensés. La clinique bâloise prend, semble-t-il, un rôle de leader dans les thérapies médicamenteuses, dès 1953, en coopération étroite avec l'industrie pharmaceutique bâloise. M. Urs Germann aimerait mettre en place un plus grand projet de recherche avec d'autres universités. L'enjeu clé, bien entendu, est l'accès aux archives des firmes pharmaceutiques et de Swissmedic (anciennement *l'Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel*).

Les député-e-s soussigné-e-s demandent au Conseil d'Etat qu'un rapport soit établi, dans le canton de Vaud, sur la réalisation d'éventuels tests de médicaments non-autorisés sur des patients traités dans les cliniques psychiatriques vaudoises entre 1940 et 1980 : Hôpital de Cery, Hôpital de Prangins, Centre psychiatrique du Nord Vaudois (qui a succédé à l'Hôpital de Bellevue), Fondation de Nant, la Métairie, et éventuellement d'autres établissements. Un tel rapport devrait être établi notamment sur la

base d'une étude des archives des établissements précités et des entreprises pharmaceutiques concernées.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Jean-Michel Dolivo
et 36 cosignataires

Développement

M. Jean-Michel Dolivo (LGa) : — L'industrie pharmaceutique suisse a réalisé certains tests de médicaments non autorisés sur des milliers de patients dans les années 1940 à 1960, dans de nombreuses cliniques en Thurgovie, en Argovie, à Zurich, à Fribourg. On l'a appris plus ou moins récemment. Un certain nombre de cantons — Thurgovie et Zurich — ont chargé des historiens d'étudier les archives. Le canton de Fribourg a annoncé qu'il allait également ouvrir une enquête historique. On sait aussi que, notamment dans le canton de Thurgovie, une commission d'historiens a débuté ses travaux et a déjà trouvé certaines données particulièrement inquiétantes, puisque dans ce canton, 1600 patients ont été concernés avec des conséquences relativement graves sur leur santé. En effet, certains d'entre eux sont même morts du fait, ou indirectement, de ces tests médicamenteux.

Selon une étude mise en œuvre par la Clinique universitaire psychiatrique de Bâle, plus de 1000 patients ont été testés au sein des cliniques bâloises, avec au moins 60 médicaments non autorisés. Manifestement — et cela aussi est particulièrement choquant — les patients concernés n'étaient pas informés des tests dont ils faisaient l'objet.

Le postulat, signé par de nombreux députés, demande que soit établi un rapport dans le canton de Vaud pour voir s'il existait ou non d'éventuels tests de médicaments non autorisés sur des patients dans des cliniques psychiatriques vaudoises, entre 1940 et 1980, à l'Hôpital de Cery, de Prangins, au Centre psychiatrique du Nord-vaudois, à la Fondation de Nant, à la Métairie et éventuellement dans d'autres établissements. Pour ce faire, le postulat propose que, sur la base d'une étude des archives de ces cliniques et des entreprises pharmaceutiques concernées, un tel rapport soit établi. Si le Conseil d'Etat a d'autres propositions à faire pour établir un tel rapport, les postulants seront évidemment ouverts. Nous en discuterons en commission.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

canton de vaud

LIBERTÉ ET PATRIE

JANVIER 2018 **RC-POS**
(17_POS_244)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Jean-Michel Dolivo et consorts – Des tests de médicaments non-autorisés ont-ils été effectués sur des patients dans les cliniques psychiatriques vaudoises entre 1940 et 1980 ?

PREAMBULE

La commission s'est réunie en date du lundi 6 novembre 2017 à la salle des Charbon, Place du Château 6, à Lausanne. Présidée par Mme Claire Attinger Doepper, elle était composée de Mmes les députées Laurence Cretegny et Brigitte Crottaz ainsi que de MM. les députés François Cardinaux, Jean-Michel Dolivo, Serge Melly, Olivier Mayor, Jean-François Cachin et Werner Riesen.

Ont également participé à la séance, M. Pierre-Yves Maillard, chef du Département de la santé publique et de l'action sociale (DSAS) ainsi que Mme Marie-Christine Grouzmann, pharmacienne cantonale et M. Karim Boubaker, médecin cantonal. Mme Sophie Métraux, secrétaire de commissions (SGC), s'est chargée de la prise des notes de séance, avec le soutien de Mme Marie Poncet-Schmid, rédactrice au Bulletin (SGC) et nous les remercions pour leur précieuse contribution.

POSITION DU POSTULANT

Le postulat demande au Conseil d'Etat un rapport basé sur les archives des établissements et des entreprises pharmaceutiques, portant sur d'éventuels tests de médicaments non-autorisés effectués sur les patients des cliniques psychiatriques du canton entre 1940 et 1980. Au-delà de l'intérêt historique, il s'agit de s'assurer que de telles situations ne se reproduisent pas.

AUDITION DE M. JACQUES DIEZI

Professeur émérite en toxicologie et pharmacologie, à l'Université de Lausanne (UNIL), Monsieur Diezi – invité par la Commission- présente les principaux jalons de l'évolution des essais cliniques, puis explique la notion de consentement informé :

- 1774 : le capitaine de bateau anglais James Lind mène ce que les historiens considèrent comme le premier essai clinique. Il sépare les marins atteints de scorbut en six groupes de deux auxquels il administre une substance différente. Il constate la guérison du groupe ayant consommé du jus de citron. Par la suite, au 19e siècle en particulier, nombre d'essais cliniques sont effectués selon le principe de la comparaison entre deux groupes.
- 1948 : le mathématicien et statisticien anglais Bradford Hill conduit le premier test randomisé[1] pour évaluer l'efficacité d'un nouvel antibiotique, la streptomycine, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. L'attribution des patients souffrant d'une maladie semblable dans le groupe traité ou non-traité est le fait du hasard, non du choix du médecin. Les tests cliniques basés sur la randomisation se généralisent progressivement.
- 1950 : la chlorpromazine est synthétisée, puis après une phase test de deux ans à Paris, elle est prescrite pour lutter contre les symptômes de la schizophrénie. Les décennies suivantes sont caractérisées par l'utilisation massive de neuroleptiques.

[1] Randomiser : introduire des éléments de hasard dans des données statistiques

- 1955 : Roland Kuhn, à Munsterlingen TG, reçoit de l'imipramine de la part de Geigy puis en 1957, communique sur son efficacité pour lutter contre la dépression.
- 1962 : malgré le renforcement des essais cliniques et des exigences, on découvre que le thalidomide n'a pas été correctement évalué. Pris par des femmes enceintes, il a causé la malformation de 10'000 à 12'000 enfants de par le monde et en Suisse. De nouvelles précautions sont alors prises lors du développement et de la commercialisation de médicaments, dont l'efficacité doit désormais être démontrée.
- 1966 : *The American Journal of medicine* publie un article sur les atteintes à l'éthique médicale en dépit des dispositions prises quelques années auparavant, dont l'information au patient. Parmi de nombreuses affaires, Jacques Diezi cite celle de Tuskegee, en Alabama (USA). Pour mieux connaître l'évolution spontanée de la syphilis, des médecins mènent une étude sur des centaines d'afro-américains pauvres de 1932 à 1972, avec le soutien du gouvernement. Ils ne soignent pas les malades, malgré la découverte de la pénicilline. A la suite de ce scandale, les premières bases éthiques sont posées pour protéger les participants à des essais cliniques.
- Actuellement : il faut dix à douze ans entre l'invention du médicament et son éventuelle commercialisation. La randomisation est l'un des principes de la médecine basée sur les preuves, termes adoptés en 1992.

Monsieur Jacques Diezi insiste sur la prise en compte du contexte du monde de la médecine à une époque où il n'est pas rare de mentir au patient et on ne l'informe pas sur son état. Les accusations à l'encontre de Roland Kuhn lui paraissent donc injustifiées. Il précise que ce dernier privilégie la relation directe avec le patient et n'est pas un « testeur acharné ».

Le consentement informé

- Sous le règne de Guillaume II, en Allemagne, puis sous la République de Weimar en 1931 : les premiers textes gouvernementaux qui imposent des normes éthiques sont publiés.
- 1946 : les règles éthiques que l'on connaît actuellement, comprenant l'accord volontaire du patient, sont édictées par des juristes américains dans le cadre du procès des médecins nazis. Elles forment le Code de Nuremberg, qui constitue une déclaration d'intention.
- 1964 : l'Association médicale mondiale élabore des directives avec la Déclaration d'Helsinki, revue plusieurs fois par la suite. Malgré cela, les essais sans consentement du patient se poursuivent.
- 1970 : l'Académie des sciences médicales publie des directives éthiques pour la recherche expérimentale sur l'être humain, incluant l'information au patient. Ce qui relève de la thérapeutique et des soins n'est pas toujours distingué de ce qui relève de l'essai et de la recherche clinique. Des commissions d'éthique se forment, notamment à Genève. A Lausanne, c'est Georges Peters, professeur en pharmacologie à l'Université de Lausanne dans les années 1970, qui souhaite une telle commission.
- 2008 : l'Assemblée fédérale approuve la Convention d'Oviedo pour la protection des droits de l'humain et de la dignité de l'être humain en rapport avec les applications de la biologie et de la médecine.

DISCUSSION GÉNÉRALE ET POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Aujourd'hui, les essais cliniques sont soumis à Swissmedic et à la commission d'éthique cantonale, et le système suisse est harmonisé avec la législation européenne. Toute importation de médicaments non commercialisés est contrôlée. Mener des essais cliniques non-autorisés et commercialiser des médicaments de manière illégale est impossible. En outre, un formulaire de consentement du patient à participer aux essais cliniques est demandé et fait partie du protocole que surveille la commission d'éthique cantonale.

En quelques décennies, les progrès sont notables, mais des problèmes surviennent encore et des zones d'ombres demeurent. Monsieur Diezi rapporte que, d'après les enquêtes récentes, les patients ne comprennent pas les textes ni les formulaires de consentement qu'on leur soumet, car les médecins peinent à s'exprimer de manière compréhensible dans le langage courant. Lui-même réécrit certains formulaires de consentement.

Le Conseiller d'Etat note que la question du consentement porte sur des prédictibilités évolutives. A partir de données génétiques, on met en évidence des maladies qui pourraient survenir. Certaines, incurables à l'heure actuelle, seront peut-être soignables dans vingt ans. La question se pose aussi de savoir si les patients souhaitent être avertis en cas de prédispositions génétiques.

Concernant la création de la commission d'éthique vaudoise, Monsieur Diezi répond que dans les années 1970, Georges Peters veut créer une commission d'éthique composée de médecins, de juristes, etc. pour remplacer les différentes commissions d'éthiques existant au sein de chaque discipline médicale. Il propose que les essais cliniques à Lausanne passent par cette commission d'éthique. Devant le refus de la faculté de médecine, Georges Peters démissionne. Des tentatives pour structurer et contrôler l'activité médicale se heurtent à la liberté thérapeutique et à l'autonomie médicale revendiquées par la profession.

Une commissaire rappelle le contexte de l'époque où les médicaments étaient alors beaucoup moins développés. Le comportement extrêmement violent des schizophrènes rend compréhensibles les essais et leur consentement n'est pas toujours requis. Par ailleurs, la question des essais et du consentement se pose différemment en médecine psychiatrique et en médecine somatique. Par contre, on peut porter un regard critique sur les entreprises pharmaceutiques. La psychiatrie se décline en 26 histoires cantonales qui varient notamment en fonction de la sensibilité et de la confession.

S'agissant des relations entre les entreprises pharmaceutiques suisses et le monde médical, M. Diezi confirme qu'historiquement nombre de recherches très importantes en psychiatrique et en psychopharmacologie sont menées à Bâle, par les professeurs les plus connus. L'industrie a besoin d'hôpitaux pour tester les médicaments qu'elle développe. Swissmedic demande à ses experts extérieurs de signer une déclaration de non-conflit d'intérêts.

Enfin, pour répondre au postulat, le Conseiller d'Etat indique que Monsieur Vincent Barras de l'Institut Universitaire d'Histoire de la Médecine et de la Santé Publique (Vaud) et Dominique Sprumont de l'Institut de droit de la santé (Neuchâtel) sont intéressés à conduire la recherche demandée par le postulat. La question du périmètre de l'étude a été abordée avec les deux chercheurs. L'étude portera sur les faits passés, dans leur contexte, et servira de base pour interroger la pratique actuelle. Les enjeux actuels touchent les questions de consentement dans la médecine prédictive ou personnalisée, par exemple dans le cas de découverte fortuite de maladie.

VOTE DE LA COMMISSION

Prise en considération du postulat

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat par 6 voix contre 3 et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Lausanne, 9 janvier 2018.

La rapportrice :
(Signé) Claire Attinger Doepper

(Séance du mardi 6 février 2018) **POS**
18_POS_029

Postulat Guy Gaudard et consorts – AMIANTE : ce n'est pas un problème du passé. Renforçons le principe de précaution

Texte déposé

En date du 25 mars 2017, le canton a organisé une récolte publique d'amiante et d'objets en fibrociment. Plus de 170 tonnes ont ainsi été récupérées grâce à l'implication des communes. Une information a été distribuée à ces dernières afin qu'elles transmettent à la population les directives de manipulation particulièrement délicates des objets amenés en décharge. Si le bilan en quantité est positif, le canton n'entend pourtant pas répéter l'opération.

Si cette action est à saluer, il n'en reste pas moins que l'amiante n'est pas un problème du passé et que l'exposition au Palais de Rumine (jusqu'au 25 mars 2018) sur la toxicité mortelle de ce matériau le démontre.

Le parc immobilier du canton se rénove et de nombreux bâtiments datant des années 60 à 80 sont en train d'être transformés des caves aux greniers. L'utilisation fréquente de l'amiante lors de leur construction exige que des mesures strictes et rigoureuses soient appliquées lors de la mise en œuvre des travaux. Ces mesures imposent qu'un diagnostic amiante soit fourni lors de la demande de permis de construire. Donc avant que les travaux commencent.

De nombreuses communes ne disposent pas du personnel compétent pour interpréter correctement les diagnostics amiante devant être fournis avec le dossier de mise à l'enquête. Ceci a pour conséquence que, dans certains cas, le dossier amiante n'est pas correctement rempli et passe quand même la rampe des services administratifs communaux. Il semble donc nécessaire que le personnel communal en charge de la délivrance des permis de construire suive la formation de diagnostiqueur afin de pouvoir interpréter correctement le formulaire amiante.

Cette formation laisse toutefois perplexe quant au sérieux apporté à l'assainissement des zones contaminées. En effet, il faut savoir qu'un cours de 4 jours est distillé aux candidats diagnostiqueurs qui passent le 5^{e} jour un test d'application de la matière enseignée. On constate donc qu'il n'existe pas d'apprentissage de cette prestation. Ce qui est discutable.

Il est à noter également que de nombreux privés rénovent tout ou partie de leur habitation et ignorent très souvent les risques encourus par des interventions de leur part sur certaines parties de leur logement qui pourraient être contaminées — embrasures de fenêtres, colle de carrelage, faux-plafonds, isolation de tuyaux de chauffage, etc. Une aide doit leur être apportée afin qu'ils puissent préserver leur santé et celle de tiers intervenants. Le diagnostic pourrait, sur demande, être subventionné par les collectivités communales et cantonales.

D'autre part, lors de la vente d'un immeuble, il n'appartient pas au vendeur d'apporter la preuve que ce dernier ne contient pas d'amiante. Il s'agit de la responsabilité de l'acheteur. Cette pratique peut s'avérer financièrement insupportable pour ce dernier. Il faut inverser ce mode de faire et que ce soit au vendeur d'apporter la preuve que son bien ne contient pas d'amiante.

Par ce postulat, je demande que le Conseil d'Etat étudie et présente un rapport sur les trois points

suivants :

1. Chaque entreprise de la construction de plus de 10 personnes devrait avoir un contrôleur amiante.
2. Création d'un registre des dénonciations pour violation des règles en vigueur pour le diagnostic et le désamiantage.

3. Obligation pour le vendeur de produire un diagnostic amiante lors de la cession de son bien à un tiers.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

(Signé) Guy Gaudard
et 23 cosignataires

Développement

M. Guy Gaudard (PLR) : — On peut saluer la démarche du Conseil d'Etat qui a organisé, le 25 mars 2017, une grande récolte d'amiante domestique, largement constituée de bacs à fleurs en fibrociment, cassés ou non. Plus de 170 tonnes ont ainsi été récupérées et amenées dans des décharges publiques. Toutefois, permettez-moi d'être dubitatif quant aux mesures de précaution prises par la population à cette occasion. Je n'ai aucun doute sur le fait que la majeure partie des personnes ayant apporté leurs déchets n'étaient pas ou que très peu informées des risques encourus en manipulant ce produit toxique.

Si l'aspect domestique a été identifié par le Conseil d'Etat, il reste cependant l'aspect professionnel où de très graves lacunes subsistent. A l'heure actuelle, en 2018, vous pouvez vous rendre sur des chantiers où vous constaterez que de nombreuses personnes n'ont absolument aucune notion des endroits où l'on peut trouver de l'amiante. Il en résulte, par exemple, que des carrelages de sols ou de parois sont démolis sans aucune protection et surtout sans aucun avertissement pour le personnel amené à intervenir sur ce chantier — par personnel, j'entends les différents maîtres d'état, mais aussi des locataires ou des propriétaires. On voit qu'au niveau professionnel, il y a encore un très grand travail à faire. Des solutions pour améliorer cette situation sont envisageables et c'est la raison de mon postulat.

Je propose d'agir de manière concrète, en trois points. Premièrement, chaque entreprise de construction comptant plus de dix collaborateurs devrait avoir un spécialiste amiante. Ce serait un minimum pour que le personnel de cette entreprise puisse, en cas de doute, se référer à une personne à même de juger s'il y a présence ou non d'amiante sur un chantier. La formation de spécialiste ne dure que quatre jours et est validée, le cinquième jour, par un test permettant d'obtenir un « Certificat de diagnostiqueur ». Le montant de ce cours devrait être en partie subventionné par le canton et par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA). Deuxièmement, il faudrait créer un registre des dénonciations. En effet, beaucoup trop de bricoleurs et d'inconscients mettent en danger la vie d'autrui lors d'interventions, même sommaires. Ils pensent, par exemple, que le fait de casser un mur n'a pas ou peu de conséquence, ce qui est faux, bien entendu. S'il y a de la colle de carrelage à base d'amiante dans ce mur, les conséquences pour les personnes respirant les poussières de ce chantier peuvent être dramatiques, voire mortelles. Troisièmement, il y a la question de la vente de biens immobiliers. Pour l'instant, l'acheteur d'un bien immobilier doit faire un diagnostic amiante lors de travaux. J'estime que c'est une erreur et qu'il incombe plutôt au vendeur, lors de la vente de son bien immobilier, de prouver qu'il ne contient pas d'amiante ou qu'il a été désamianté. Ce diagnostic devrait être lui aussi subventionné en partie par le canton ou par la SUVA.

Mon postulat traite donc, pour le moment, de ces trois sujets : la présence d'un diagnostiqueur d'amiante dans toute entreprise de plus de dix personnes, un registre des dénonciations et la modification de la loi pour que le vendeur d'un bien immobilier soit responsable du diagnostic amiante et non l'acheteur. L'amiante n'est pas un problème du passé, mais un problème très actuel, puisque l'on est en train de rénover le parc immobilier construit dans les années soixante à nonante. En ma qualité de professionnel du bâtiment depuis 1977, je puis vous assurer que l'amiante se trouve partout ! Le plus souvent, il se cache là où l'on n'imagine pas qu'il se trouve. Soyons vigilants ! Ce postulat est une première étape pour une mesure de précaution et de santé publique que le Conseil d'Etat doit prendre vis-à-vis de la population. J'espère que les travaux de commission seront intéressants et seront ouverts à d'autres propositions que celles que j'ai présentées dans le postulat.

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.

GRAND CONSEIL

MAI 2018 **RC-POS**
(18_POS_029)

RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Guy Gaudard et consorts - AMIANTE : ce n'est pas un problème du passé. Renforçons le principe de précaution

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le lundi 30 avril 2018 à la Salle de la Cité, Rue Cité-Devant 13, à Lausanne. Elle était composée de Mesdames les Députées Sonya Butera, confirmée dans son rôle de présidente et de rapporteure, et Séverine Evéquoz, ainsi que de Messieurs les Députés Guy Gaudard, Yvan Luccarini, Claude Matter, Stéphane Montangero, Pierre François Mottier et Maurice Treboux. Le député Jean-Luc Radice était excusé.

Ont participé à cette séance, Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) ainsi que Madame Arianna Radaelli Bertsch, collaboratrice scientifique en charge des questions de santé et environnement à l'Office du médecin cantonal. Gaëlle Corthay a rédigé les notes de séance et en est vivement remerciée.

2. INTRODUCTION

L'amiante a été longuement utilisée dans des constructions ou des transformations de bâtiments en raison de sa stabilité et ses propriétés isolantes. Suite à la mise en évidence par de nombreuses études épidémiologiques, d'un lien de causalité indiscutable entre une exposition à l'amiante et certaines maladies, surtout mésothéliales, son utilisation a été interdite en Suisse au début des années 90.

3. POSITION DU POSTULANT

Actif dans le milieu de la construction, le postulant s'inquiète des risques sanitaires liés à la présence d'amiante dans de nombreux bâtiments vaudois construits ou rénovés avant son interdiction au début des années 90. Si l'amiante n'est plus utilisée dans de nouvelles constructions, les ouvriers peuvent néanmoins y être exposés lors d'interventions dans des bâtiments existants, sur des matériaux ou structures "riches" en amiante (feuilles, feutres, mastics, plaques cartonnées, colle, peinture, joints, béton bitumineux…). Des fibres microscopiques d'amiante sont alors libérées dans l'environnement.

Pour diminuer les risques d'inhalation ou d'absorption, il est essentiel que le personnel appelé à travailler sur de tels chantiers soit mieux formé au diagnostic et aux risques liés à l'amiante. À l'heure actuelle, il n'existe qu'une formation de quelques jours dans le domaine du diagnostic. En ce qui concerne le désamiantage qui implique une sécurisation du chantier et des précautions particulières lors de l'évacuation des déchets, il n'y a pas de formation propre.

Plusieurs personnes de l'entourage professionnel du postulant ayant connu des problèmes de santé suite à une exposition à l'amiante, la problématique lui tient particulièrement à coeur. Il regrette l'absence de directives claires quant aux responsabilités liées à l'amiante, ainsi que le manque d'informations de la population, qui comprend de nombreux potentiels bricoleurs du dimanche. Il illustre ses craintes par plusieurs exemples : les entreprises du second œuvre sont régulièrement amenées à intervenir dans des

édifices pour lesquels il n'existe pas de diagnostic d'amiante fiable, certaines gérances ne se limitent qu'à rappeler que les produits contenant de l'amiante susceptibles de se trouver dans l'immeuble doivent être traités selon les directives en vigueur, reportant ainsi la responsabilité du diagnostic et de la sécurité du chantier sur l'entreprise mandatée pour les travaux, ou encore, le débarras, sans précautions, d'objets contenant de l'amiante dans une déchetterie communale par des particuliers.

Pour finir, il semblerait que les collaborateurs de certaines communes n'auraient pas les compétences nécessaires pour interpréter les "diagnostics amiante" effectués sur des bâtiments en transformation. À son avis, une labellisation et/ou la création d'un registre amiante des bâtiments vaudois seraient inévitables.

Le postulat propose :

- que chaque entreprise de la construction de plus de 10 personnes comprenne un contrôleur amiante.
- la création d'un registre des dénonciations pour violation des règles en vigueur pour le diagnostic et le désamiantage.
- l'obligation de produire un diagnostic amiante lors de la vente d'un objet immobilier.

Pour information, le postulant a déposé au Conseil communal de Lausanne, une interpellation traitant de l'amiante.

4. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat accueille favorablement ce postulat qui attire l'attention publique sur la problématique de l'amiante et qui est l'occasion de rendre visible sa stratégie-amiante, tant auprès du Grand Conseil que de la population.

Une stratégie cantonale amiante 2017-2022[1] a déjà été élaborée. Les pistes avancées par le postulant ont toute leur place dans la réflexion menée par l'Etat sur cette problématique. Tout comme le postulant, le gouvernement désire responsabiliser au maximum les maîtres d'œuvre et renforcer la sensibilité des professionnels de la construction. Il a toutefois le souci de veiller à ne pas créer un quelconque avantage compétitif en introduisant une obligation en fonction de la taille de l'entreprise.

Si l'amiante est au cœur des préoccupations de l'Etat, elle concerne également la SUVA, les communes et les employeurs. Les difficultés rencontrées par certaines communes lors du traitement de rapports techniques ont d'ores et déjà été prises en compte lors par le règlement d'application de la LATC. Dans la section sur la salubrité et sécurité des constructions, un article traite spécifiquement du diagnostic amiante (26b).

Actuellement, en dehors de travaux de démolition ou de transformation sur des bâtiments antérieurs à 1991, le diagnostic n'est qu'encouragé. De plus, en l'absence de travaux, le désamiantage n'est pas obligatoire. Il en découle une situation paradoxale : une commune qui n'élimine pas l'amiante d'un bâtiment diagnostiqué positif, s'expose plus à la critique qu'une commune qui n'aurait même pas effectué le contrôle de ses bâtiments. De manière générale, le système repose encore sur le bon vouloir des propriétaires, qu'il s'agisse d'une commune, d'une collectivité ou d'un particulier. Lors de transactions immobilières, le diagnostic amiante incombe effectivement à l'acheteur ; il pourrait être exigé du vendeur.

5. DISCUSSION GENERALE

L'amiante est un facteur de risque sanitaire reconnu par chacun des membres de la commission, le postulat est donc accueilli très favorablement.

La commission désire en savoir plus sur la formation en diagnostic (1), sur le traitement et l'évacuation des déchets amiantés (2), et sur le contrôle des chantiers (3).

1. Il s'agit d'une formation de quelques jours ne nécessitant aucun pré-requis particulier. Les diagnostics sont visuels ou reposent sur des prélèvements effectués sur des matériaux.

[1] Document en annexe

2. Les déchets de chantier sont déposés auprès de décharges spécialisées dans le traitement de l'amiante. De leur côté, les déchetteries communales récupèrent les déchets aimantés de particuliers, qu'elles transfèrent auprès de ces décharges spécialisées. Les déchets sont enterrés.

3. Les contrôles sont effectués de façon sporadique et dépendent surtout de la dotation en personnel en regard de la charge de travail. En cas d'infraction, la procédure est contraignante pour le personnel ayant effectué le contrôle. Le postulant annonce avoir déposé au Conseil communal de Lausanne, une demande d'augmentation du contrôle des chantiers.

La question du diagnostic est longuement discutée. Les avis divergent, notamment quant à l'obligation de former proposée par le postulant : certains commissaires estiment que la présence de cette compétence ne doit pas se limiter qu'aux seules entreprises de plus de 10 employés; alors que d'autres voient mal comment une toute petite entreprise pourrait se permettre de former un ouvrier. Une piste évoquée par la commission serait d'avoir un référent externe commun pour plusieurs petites entreprises. Un commissaire suggère que la formation devrait même être subventionnée par l'Etat.

Lors de la discussion, il ressort qu'une sensibilisation à la problématique de l'amiante est intégrée dans le cursus d'apprentissage des métiers du bâtiment et qu'une demande de permis lors de travaux est sensée être accompagnée d'une expertise du bâtiment. Un commissaire dénonce l'absence de cette sensibilisation dans les formations en architecture.

La proposition de la création d'un registre des violations interpelle la commission; d'aucuns n'y voient pas l'intérêt, d'autres s'y rallient suite aux explications du postulant. L'idée est de répertorier les entreprises réalisant des travaux en présence d'amiante sans prendre les précautions nécessaires, exposant ainsi à l'amiante leurs employés, de même que toute personne proche du chantier ou en contact avec un ouvrier: les fibres sont disséminées par voie aérienne, mais aussi en se déposant sur les vêtements, les cheveux, la peau des ouvriers qui les transportent bien au-delà du périmètre du chantier. Tous s'accordent que les infractions doivent être poursuivies et que pour une question de santé publique, la loi se doit d'être appliquée.

Le bricoleur du dimanche est également au centre des préoccupations préventives de la commission. Il n'est pas clair dans quelle mesure le personnel de vente des brico-loisirs met en garde sa clientèle aux dangers de l'amiante. Le postulant imagine que le Canton pourrait mettre à disposition une liste de personnes-conseils aptes à diagnostiquer auxquelles pourraient faire appel les particuliers qui désirent entreprendre des travaux chez eux.

Pour finir, la commission s'accorde sur l'intérêt d'expertiser les bâtiments vaudois, tout au moins ceux qui ont été construits, transformés ou rénovés à une époque antérieure à l'interdiction de l'amiante. Un diagnostic d'amiante pourrait être exigé du vendeur d'un tel bien. Toutefois, la durée de validité d'une expertise est un élément essentiel pour plusieurs commissaires. Un bilan-amiante devrait rester valable tant qu'aucune intervention n'ait été effectuée sur le bâtiment expertisé, ainsi, un acheteur pourrait, par exemple, faire valoir le diagnostic établi à l'achat du bien lors de travaux ultérieurs ou d'une revente.

6. VOTE DE LA COMMISSION

Prise en considération du postulat

A l'unanimité des membres présents, la commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat et de le renvoyer au Conseil d'Etat.

Crissier, le 6 juin 2018

Le rapporteur :
*Sonya **Butera***

Annexe : Stratégie cantonale amiante 2017-2022 (24 objectifs spécifiques et 7 objectifs généraux)

Annexe

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Service : Service de la santé publique

Entité : Médecin cantonal

Date : 24 avril 2018 Réf. :

Stratégie cantonale amiante 2017-2022

Dossier suivi par : Arianna Radaelli Bertschi

GT Amiante : identification des thématiques principales et entités concernées

Le rapport final d'evaluanda portant sur la stratégie cantonale amiante 2017-2022 identifie 7 objectifs généraux et 24 objectifs spécifiques.
Le GT amiante est chargé de décliner ces objectifs en actions spécifiques. Pour ce faire et afin d'identifier les acteurs qui sont appelés à contribuer aux réflexions du GT Amiante, il est proposé de répartir les objectifs spécifiques en groupes thématiques.

Les objectifs généraux

Objectif A : Diminuer graduellement la présence d'amiante dans l'environnement bâti
Objectif B : Minimiser le risque d'exposition des personnes à l'amiante
Objectif C : Favoriser la détection des maladies liées à l'amiante
Objectif D : Orienter et accompagner les personnes exposées à l'amiante
Objectif E : Améliorer les connaissances scientifiques et l'information de la population sur les risques liés à l'amiante
Objectif F : Coordonner la gouvernance et les ressources

Objectifs spécifiques regroupés par thématique avec proposition des entités concernées

Bâtiments		**Partenaires**
A1	Intégrer la question de l'amiante dans la planification et la gestion des bâtiments publics	• DGE • SIPAL • 2 communes • OAJE • DGEO • SG-DSAS
A2	Déceler de manière anticipée et systématique la présence d'amiante dans les bâtiments privés	
B1	Tenir à jour l'inventaire des bâtiments dont l'Etat est propriétaire et le rendre public	
B2	Obtenir une information sur la présence d'amiante dans les bâtiments dont l'Etat n'est pas propriétaire, mais qui abritent des activités financées par lui ou pour lesquelles il porte une responsabilité	
B3	Encourager les communes à faire diagnostiquer leur parc immobilier	

Formation – Dév. compétences		Partenaires
B4	Développer les compétences communales par rapport à la gestion de l'amiante	• Communes • SiPaL • IST • PMU (Médecin/hygiéniste du travail) • SUVA • UNIA • FVE • ASCA • SVM
B5	Renforcer les compétences de l'Unité de santé au travail de l'Etat de Vaud avec un-e hygiéniste du travail	
B8	Améliorer les connaissances des travailleurs les plus exposés et encourager les bonnes pratiques	
B9	Améliorer la certification des métiers liés à l'amiante	
C1	Former et informer les médecins	

Contrôle - sécurité		Partenaires
A4	Poursuivre les mesures actuellement prises en matière de gestion des déchets	• DGE • SUVA • IST • UNIA • SDE (Insp. Travail) • Communes • ECA • SG-DSAS • Préfet
A5	Renforcer le contrôle des déchets de chantier	
B6	Rendre les diagnostics amiante publics et transparents	
B7	Renforcer le contrôle des chantiers en améliorant la coordination des acteurs	
B10	Assurer la sécurité des intervenants dans les situations d'urgence	

Prise en charge - orientation		Partenaires
C2	Orienter les personnes concernées vers les centres de références connus	• LPVD • CHUV • PMU
D1	Offrir un accompagnement psychosocial aux personnes exposées à l'amiante et à leurs proches	

Légal – Gouvernance - Communication		Partenaires
A3	Renforcer la base légale afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs de l'art. 103a LATC	CESP et son organisation opérationnelle
E1	Encourager la recherche sur l'amiante et ses effets sur la santé	
E2	Créer un point de contact unique au sein de l'Etat	
F1	Poursuivre le travail au sein du GT amiante	
F2	Coordonner les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie	
F3	Prévoir une procédure standard applicable en cas de crise	
F4	Elargir la réflexion aux autres substances dangereuses	

Arianna Radaelli Bertschi
Collaboratrice scientifique

Pour info :

- OAJE: Office de l'accueil de jour des enfants
- DGEO: Direction générale de l'enseignement obligatoire
- SDE: Service de l'emploi (cf. pour les inspecteurs du travail)
- FVE: Fédération vaudoise des entrepreneurs
- SJL : Service juridique et législatif
- ASCA : Association suisse des consultants amiante
- LPVD : Ligue pulmonaire vaudoise
- SVM : Société vaudoise de médecine
- CESP : Cellule environnement et santé publique