

**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

*Groupe de liaison GC/Eglises de 12h15 à 13h45 à la Cathédrale.**Groupe Economique de 12h15 à 13h45 à la Buvette.**Présentation de l'Association Politicienne.ch à l'issue des débats à la Salle plénière*

Décision	N°		Dept	Rapporteurs maj. + min.	Date de renvoi
	1.	Communications			
	2.	Dépôts			
	3.	(18_INT_179) Interpellation Jean-Daniel Carrard - Plus de transparence dans l'octroi de l'aide sociale (Pas de développement)			
	4.	(18_MOT_041) Motion Hadrien Buclin et consorts - Pas de baisses d'impôts pour les entreprises sans suppression des statuts spéciaux ! (Développement et demande de prise en considération immédiate)			
	5.	(352) Exposé des motifs et projet de loi modifiant la loi sur les communes du 28 février 1956 (LC) et Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion Jacques Haldy et consorts « pour permettre la vente par les communes des biens abandonnés par un locataire expulsé » (15_MOT_063) (1er débat)	DIS.	Jaccoud J.	
	6.	(351) Exposé de motifs et projet de loi modifiant la loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP) et Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la Motion Philippe Vuillemin – Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer ! (16_MOT_092) (1er débat)	DIS.	Chollet J.L.	
	7.	(17_INT_072) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Raphaël Mahaim - Elections à la proportionnelle dans les communes vaudoises : quelles conséquences pour le fonctionnement des législatifs communaux ?	DIS.		
	8.	(17_MOT_108) Motion Mathieu Blanc et consorts - Pour un allongement de la période de publication de la brochure officielle de votation	DIS	Tschopp J.	

**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
	9.	(18_RES_009) Résolution Jean Tschopp et consorts au nom de la Commission des institutions et des droits politiques - Pour un allongement de la période de publication de la brochure de votation (Développement et mise en discussion avec au moins 20 signatures)			
	10.	(17_INT_045) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Manuel Donzé au nom du groupe PDC-Vaud Libre et consorts - Introduction du vote électronique dans le canton de Vaud : CHvote (GE) versus La Poste	DIS.		
	11.	(17_INT_715) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Julien Sansonnens et consorts - Vote électronique : quelles sont les prochaines étapes ?	DIS.		
	12.	(17_INT_027) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Marc-Olivier Buffat - Dossiers numériques : Quelle anticipation et quels moyens informatiques pour la Justice vaudoise ?	DIS.		
	13.	(18_INT_177) Interpellation Anne-Laure Botteron et consorts - Le plastique c'est la panique (Développement)			
	14.	(18_INT_178) Interpellation Jean-François Thuillard - Que reste-t-il aux exécutifs communaux en matière d'aménagement du territoire ? (Développement)			
	15.	(18_INT_180) Interpellation Alexandre Rydlo et consorts - Violences, troubles de l'ordre public et perturbations de la circulation des trains par des hooligans du sport - Quel bilan, comment les supprime-t-on et comment répercute-t-on les coûts aux clubs de sport concernés ? (Développement)			

**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
	16.	(29) Rapport final de boucllement et exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit additionnel lié au renchérissement de CHF 685'050.70, pour le boucllement du crédit d'investissement de CHF 5'185'500.– accordé par le Grand Conseil le 22 novembre 2005 pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles	DSAS.	Venizelos V.	
	17.	(30) Rapport final de boucllement et exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit additionnel lié au renchérissement de CHF 1'358'878.15 pour le boucllement du crédit d'étude de CHF 970'000.-, accordé par le Grand Conseil le 10 novembre 1997, et du crédit d'investissement de CHF 11'610'000.- accordé par le Grand Conseil le 6 décembre 2000, pour financer les études et les travaux de transformation du bâtiment de la Maternité, destinés à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV.	DSAS.	Venizelos V.	
	18.	(31) Rapport final de boucllement et exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit additionnel de CHF 3'179'280.65 pour le boucllement du crédit d'investissement de CHF 21'620'000.– accordé par le Grand Conseil le 18 mai 1999 pour financer la construction du nouveau Centre de traitements psychiatriques du Secteur Nord à Yverdon-les-Bains.	DSAS.	Venizelos V.	
	19.	(17_POS_019) Postulat Didier Lohri et consorts - Réseaux de santé, le Grand Conseil se doit de clarifier la situation pour l'avenir de tous nos concitoyens, clients potentiels aux soins à domicile !	DSAS	Mojon G.	
	20.	(18_POS_060) Postulat Catherine Labouchère et consorts - La vision du Conseil d'Etat sur l'innovation et sa stratégie subséquente (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			

**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
	21.	(18_POS_061) Postulat Florence Gross et consorts - Optimisation dans le domaine de l'action sociale, où en est-on ? (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	22.	(18_POS_062) Postulat José Durussel et consorts - Violences en marge des matchs, jusqu'où ira l'escalade ? (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	23.	(366) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Christa Calpini et consorts pour un centre de médecines complémentaires en phase avec les besoins des patients du CHUV	DSAS.	Venizelos V.	
	24.	(18_MOT_044) Motion Werner Riesen et consorts - Pour un bon compromis suisse autour de la valeur du point tarifaire (VPT) (Développement et demande de prise en considération immédiate)			
	25.	(368) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jacques-André Haury et consorts invitant le Conseil d'Etat à proposer des mesures visant à endiguer l'explosion des coûts de l'ambulatoire hospitalier	DSAS.	Venizelos V.	
	26.	(18_MOT_040) Motion Jean- Michel Dolivo et consorts - Violation de l'obligation d'informer les locataires en cas de travaux dans leur immeuble, quelle conséquence ? (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	27.	(18_MOT_042) Motion Hadrien Buclin et consorts - Pour des baisses d'impôt en faveur de la population sans pertes fiscales pour l'Etat (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			

**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.	(18_MOT_043) Motion Régis Courdesse et consorts - Maintien des droits à bâtir en cas de cession de terrain lors d'expropriation (Développement et demande de renvoi à commission avec au moins 20 signatures)			
	29.	(16_INT_636) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Maurice Neyroud et consorts - Les coûts de la santé : des données pour réfléchir à des solutions	DSAS.		
	30.	(15_INT_356) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Frédéric Borloz - Ristourne des primes "payées en trop" : l'oxymore "subventionnés remboursés" pour bientôt ?	DSAS.		
	31.	(16_INT_642) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Julien Sansonnens et consorts - Contenir les coûts de la santé en réduisant la surmédicalisation	DSAS.		
	32.	(16_INT_552) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Claire Attinger Doepper - Société de longue vie... oui, mais dans quelles conditions ?	DSAS		
	33.	(17_INT_693) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Catherine Roulet - Mise à mal d'un système institutionnel, écartelé entre exigences et moyens	DSAS.		
	34.	(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.	
	35.	(17_INT_661) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Julien Sansonnens et consort - Places en EMS : les besoins futurs seront-ils satisfaits ?	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 22 mai 2018

de 9 h.30 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_INT_024) Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Claude Matter - Epalinges : un EMS dans la tourmente ?	DSAS.		
	38.	(18_MOT_038) Motion Régis Courdesse et consorts - Autorité administrative (commission cantonale) en matière d'expropriation matérielle (Développement et demande de prise en considération immédiate)			
	39.	(18_INI_003) Initiative Yvan Pahud et consorts au nom du groupe UDC - Sortir les produits agricoles de l'accord avec le Mercosur pour la survie de notre agriculture et la santé de nos enfants (Développement et demande de prise en considération immédiate)			

Secrétariat général du Grand Conseil



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.179

Déposé le : 15.05.18

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

Plus de transparence dans l'octroi de l'aide sociale.

## Texte déposé

L'article 3 de la Loi sur l'action sociale vaudoise (LASV) ancre le principe de subsidiarité du revenu d'insertion. L'alinéa 1 précise que « l'aide financière aux personnes est subsidiaire (...) aux autres prestations sociales. »

La rente AVS ainsi que les prestations complémentaires sont réputées couvrir les besoins vitaux des bénéficiaires.

Dans son arrêt PS.2016.0090 du 23 juin 2017 la cour de droit administratif et public prend position et considère que la loi n'exclut pas un cumul des rentes AVS, prestations complémentaires et du revenu d'insertion (RI).

Sachant cela je souhaite poser les questions suivantes au Conseil d'État :

1. Combien de dossiers, dans le canton de Vaud, ont bénéficié ou bénéficient actuellement de prestations du RI bien que bénéficiant déjà de l'AVS et des prestations complémentaires qui sont réputées couvrir les besoins vitaux ?
2. Quels sont les montants annuellement versés par des prestations du RI qui s'ajoutent à des prestations complémentaires et des rentes de l'AVS ?
3. Le versement de prestations complémentaires réputées couvrir le minimum vital en sus de l'aide sociale est-elle une situation appelée à se généraliser ?
4. Y'a-t-il d'autres cas dans le canton de Vaud où des prestations du RI sont versées en sus d'autres prestations sociales, notamment en complément des prestations complémentaires pour les familles ?
5. Au total, depuis la création des prestations complémentaires AVS et pour les familles, quelles ont été les sommes allouées par le RI en sus desdites prestations complémentaires ?

Je remercie par avance le Conseil d'État pour ses réponses.

## Commentaire(s)

Le cas d'espèce de l'arrêt PS.2016.0090 m'amène à m'interroger sur l'interprétation généreuse que la cour de droit administratif et public fait de l'article 3 de la LASV. Je souhaite savoir si d'autres cas bénéficient de cette interprétation généreuse et quels sont les montants en jeux pour le canton de Vaud.

Conclusions

Souhaite développer



Ne souhaite pas développer



Nom et prénom de l'auteur :

CARRARD S-DAVIEL

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](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-HOT-041

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 120 à 126a LGC** La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion 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.**

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

**Important :** sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

Titre de la motion

**Pas de baisses d'impôts pour les entreprises sans suppression des statuts spéciaux !**

Texte déposé

Le Conseil d'Etat, au moment de la votation de 2016, justifiait devant la population les baisses massives d'impôt pour les grandes entreprises par la fin annoncée des statuts spéciaux accordés aux multinationales étrangères. Or, en raison de l'échec de la RIE3 fédérale en 2017, les statuts spéciaux ne seront pas supprimés en 2019. Dans ces conditions, le maintien de baisses d'impôts sur bénéfice des entreprises dès 2019 foule aux pieds les promesses faites à la population en 2016. De plus, l'absence, en 2019 et sûrement en 2020 (voire au-delà en cas d'échec de la RIE3 bis dite PF17 devant le corps électoral), de compensations financières fédérales et de recettes supplémentaires liées à la suppression des statuts, rend la baisse d'impôt aux entreprises beaucoup plus coûteuses que prévu pour les finances publiques vaudoises ; il s'agit même d'une véritable saignée pour les finances communales déjà sous pression !

Dans ces conditions, cette motion demande que les baisses d'impôt aux grandes entreprises soient gelées et n'entrent pas en vigueur aussi longtemps qu'un cadre fédéral

n'est pas fixé. Autrement dit, tant que le Canton n'obtient pas de compensations financières de la Confédération et que les statuts spéciaux ne sont pas supprimés, la motion demande que le Conseil d'Etat maintienne le taux d'imposition des entreprises actuellement en vigueur.

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 et renvoi au CE

(d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire

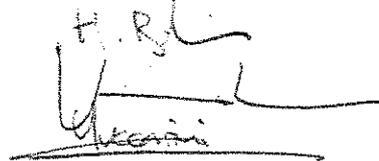
Nom et prénom de l'auteur :

Buclin, Hadrien, Ensemble à gauche

Keller, Vincent, Ensemble à gauche

Luccarini, Yvan, Ensemble à gauche

Signature :

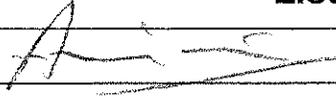


Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

**Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)**

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Aminian Taraneh 

Aschwanden Sergej

Attinger Doepper Claire

Baehler Bech Anne

Balet Stéphane 

Baux Céline

Berthoud Alexandre

Betschart Anne Sophie 

Bettschart-Narbel Florence

Bezençon Jean-Luc

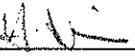
Blanc Mathieu

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

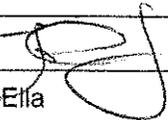
Cherubini Alberto

Chevalley Christine

Chevalley Jean-Bernard

Chevalley Jean-Rémy

Chollet Jean-Luc

Christen Jérôme 

Christin Dominique-Ella

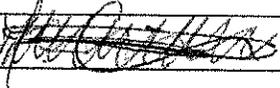
Clerc Aurélien

Cornamusaz Philippe

Courdesse Régis

Creteigny Laurence

Croci Torti Nicolas

Cuendet Schmidt Muriel 

Deillon Fabien

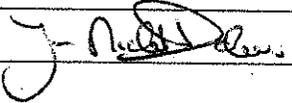
Démétriadès Alexandre

Desarzens Eliane

Dessemontet Pierre

Devaud Grégory

Develey Daniel

Dolivo Jean-Michel 

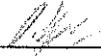
Dubois Carole

Dubois Thierry

Ducommun Philippe

Dupontet Aline

Durussel José

Epars Olivier 

Evéquozy Séverine

Favrod Pierre Alain

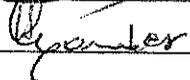
Ferrari Yves

Freymond Isabelle

Freymond Sylvain

Freymond Cantone Fabienne

Fuchs Circé 

Gander Hugues 

Gaudard Guy

Gay Maurice

Genton Jean-Marc

Germain Philippe

Gfeller Olivier

Glardon Jean-Claude

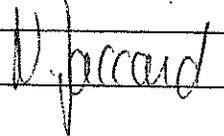
Glauser Nicolas

Glauser Krug Sabine 

Gross Florence

Guignard Pierre

Induni Valérie

Jaccard Nathalie 

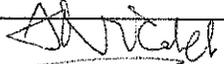
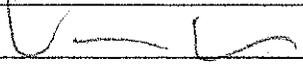
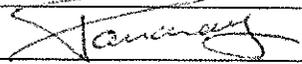
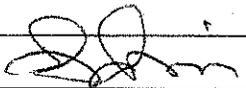
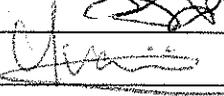
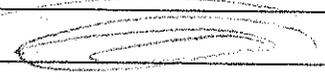
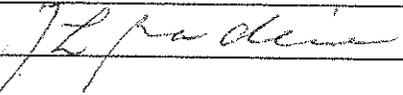
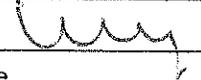
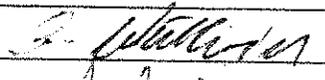
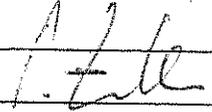
Jaccoud Jessica

Jaques Vincent

Jaquier Rémy

Jobin Philippe

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

**EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI**  
**modifiant la loi du 28 février 1956 sur les communes (LC)**

et

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL**

**sur la motion Jacques Haldy et consorts " pour permettre la vente par les communes des biens abandonnés par un locataire expulsé " (15\_MOT\_063)**

## **1 PRÉAMBULE**

Le présent exposé des motifs et projet de loi est une proposition de révision minimale de la Loi sur les communes (LC) qui a pour but de résoudre un problème pratique. Cette révision introduit une base légale qui permettra d'éviter que les communes n'engagent leur responsabilité ou soient tenues de conserver de façon illimitée les biens abandonnés par des locataires expulsés.

La motion a été renvoyée à l'examen d'une commission qui, dans son rapport, a recommandé à l'unanimité la prise en considération et le renvoi au Conseil d'Etat, ce que le Grand Conseil a décidé le 10 novembre 2015, lui aussi à l'unanimité.

## **2 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL SUR LA MOTION JACQUES HALDY ET CONSORTS "POUR PERMETTRE LA VENTE PAR LES COMMUNES DES BIENS ABANDONNÉS PAR UN LOCATAIRE EXPULSÉ" (15\_MOT\_063)**

### **2.1 Rappel de la motion**

Le 24 mars 2015, Monsieur le député Jacques Haldy a déposé la motion suivante, développée en séance du Grand Conseil du 31 mars 2015 et renvoyée à l'examen d'une commission :

" Lorsque le bail d'un locataire prend fin, celui-ci doit libérer les locaux à une date déterminée, ce qu'il fait dans la plupart des cas. Mais il arrive que le locataire ne quitte pas spontanément les lieux, le bailleur devant alors requérir son expulsion qui se fait sous autorité de justice.

Dans cette hypothèse, le juge procède à l'exécution de l'expulsion, les biens mobiliers du locataire devant être pris en charge par la commune, en vertu de l'article 2, alinéa 2, lettre d, de la loi sur les communes, faisant obligation à celles-ci de garantir l'ordre et la sécurité publique, ce qui implique que les biens mobiliers du locataire ne puissent pas être laissés sur la voie publique.

Jusqu'à récemment, selon des recommandations du Service des communes et des relations institutionnelles de 2011, on appliquait un système pragmatique consistant à considérer que se nouait entre le locataire expulsé et la commune un contrat de dépôt par acte concluant, permettant ensuite, aux conditions du Code des obligations, la vente des biens non récupérés après sommation, vente ordonnée alors par le Juge de paix.

En vertu d'un arrêt du 2 juin 2014, le Tribunal fédéral a rendu une décision condamnant ce système, le Tribunal fédéral considérant que l'on ne saurait appliquer les règles du droit privé à une relation juridique soumise au droit public cantonal. Il apparaît ainsi nécessaire de légiférer pour adopter une solution similaire à ce qui existe en matière de véhicules abandonnés (cf. art. 26 et 26a de la loi vaudoise sur la circulation routière), afin d'éviter que les communes soient contraintes de conserver d'une façon illimitée les biens mobiliers en dépôt.

Les motionnaires demandent ainsi qu'une base légale de droit public cantonal soit adoptée, permettant d'éviter aux communes de devoir conserver de façon illimitée les biens mobiliers d'un locataire expulsé. "

**Selon le rapport du 18 août 2015, la commission a recommandé à l'unanimité de prendre en considération la motion et de la renvoyer au Conseil d'Etat. Lors de sa séance du 10 novembre 2015, le Grand Conseil a pris la motion en considération et l'a renvoyée au Conseil d'Etat.**

## **2.2 Rapport du Conseil d'Etat**

Le Conseil d'Etat partage les préoccupations exprimées par les motionnaires et propose au Grand Conseil d'accepter le présent EMPL comme réponse à la motion Jacques Haldy et consorts.

## **3 CADRE LÉGAL**

Les motionnaires font référence à l'arrêt du Tribunal fédéral du 2 juin 2014 (références 4A\_132/2014). Celui-ci relève que la Loi du 16 mai 1961 sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (LRECA) règle la réparation des dommages causés illicitement ou en violation de devoirs de service dans l'exercice de la fonction publique cantonale ou communale. La responsabilité de la collectivité publique et de ses agents est donc soumise au droit public cantonal. Notre Haute Cour précise aussi que les règles de droit privé ne peuvent pas être appliquées à une relation juridique soumise au droit public cantonal. Elle condamne ainsi le système appliqué jusqu'ici, qui consistait à admettre la conclusion tacite, entre la commune et l'ex-locataire, d'un contrat de dépôt, soumis à l'article 472ss du Code des Obligations (CO), régissant le sort des biens mobiliers (Explications et recommandations à l'attention des communes élaborées par le Service des communes et des relations institutionnelles en 2011).

Il sied de rappeler que selon l'art. 2 al. 1 de la loi du 28 février 1956 sur les communes (LC), les autorités communales exercent les attributions et exécutent les tâches qui leur sont propres, dans le cadre de la constitution et de la législation cantonales, dont font notamment partie les mesures propres à assurer l'ordre et la tranquillité publics, ainsi que la salubrité publique (art. 2 al. 2 LC let. d). Cette disposition constitue la base légale fondant l'obligation pour les communes de prendre en charge les biens mobiliers des ex-locataires ayant fait l'objet d'une exécution forcée (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_132/2014, consid. 2). En effet, si ces biens étaient laissés sur la voie publique, il en résulterait un trouble de l'ordre et de la tranquillité publics, tandis qu'il ne serait pas admissible de les détruire sans autres. La prise en charge des meubles du locataire expulsé est donc une tâche officielle qui relève du droit public cantonal.

Par conséquent, le régime de droit privé appliqué jusqu'ici n'ayant pas reçu l'aval du Tribunal fédéral, et ni la LC, ni la LRECA n'offrant de réponse satisfaisante aux problèmes qui se posent aux communes lorsqu'un locataire expulsé néglige de récupérer ses meubles, il est nécessaire de créer un régime juridique particulier. Celui-ci évitera que les communes n'engagent leur responsabilité ou soient tenues de conserver de façon illimitée les biens abandonnés par des locataires expulsés.

Une base légale de droit public doit ainsi être introduite dans la législation vaudoise, comme cela a

déjà été fait pour les véhicules abandonnés. Les art. 26 et 26a de la Loi vaudoise du 25 novembre 1974 sur la circulation routière (LVCR) précisent que tout véhicule dont l'arrêt ou le stationnement est contraire aux prescriptions, qui gêne la circulation, la met en danger, ou qui occupe indûment une place peut être, si le conducteur ne peut être atteint ou s'il refuse d'obtempérer aux injonctions de la police, des voyers ou des cantonniers, déplacé par ceux-ci, sous la responsabilité et aux frais du conducteur ou du détenteur du véhicule (art. 26 LVCR). Le détenteur du véhicule gardé en fourrière est sommé par écrit de venir le retirer dans les trente jours et informé que, passé ce délai, l'administration peut faire vendre le véhicule aux enchères. Si le détenteur est inconnu ou ne peut être atteint, cette sommation intervient par voie de publication dans la Feuille des avis officiels (art. 26a al. 1 LVCR). Le droit à la restitution du produit de la vente, sous déduction des frais, s'éteint cinq ans après communication ou publication de la sommation (art. 26a al. 2 LVCR).

#### **4 PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES VARIANTES ENVISAGÉES**

Au vu de la jurisprudence précitée, les préoccupations des motionnaires sont légitimes. La question qui se pose est de savoir où doit figurer cette base légale au niveau cantonal.

Dans le cadre des travaux de la commission du Grand Conseil pour la prise en considération de la motion, le Service des communes et du logement (SCL) avait proposé deux variantes:

- une base légale communale, notamment dans le règlement communal de police ;
- une base légale cantonale qui pourrait figurer par exemple dans le Code de droit privé judiciaire vaudois du 12 janvier 2010, dans la Loi du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise, ou encore dans la LC.

La commission avait alors émis le souhait d'introduire la base légale dans cette dernière loi.

La structure actuelle de la LC n'est guère adaptée à l'introduction d'une base légale permettant aux communes de régler la question du sort des meubles d'un locataire expulsé. En effet, ladite loi décrit d'abord aux chapitres I à VII les autorités communales et leur fonctionnement. Dans un deuxième temps, elle aborde la question du territoire communal et des collaborations intercommunales. Enfin, elle règle la surveillance de l'Etat sur les communes.

Toutefois, étant donné qu'une refonte totale de la LC n'est pas prévue dans l'immédiat et pour répondre à la préférence exprimée par la commission du Grand Conseil, il est prévu d'introduire la base légale réglant le sort des meubles du locataire après l'actuel article 2 LC. Cela apparaît d'autant plus opportun que l'article 2 alinéa 2 lettre d LC constitue la base légale obligeant la commune à prendre en charge ces objets. Par conséquent, le SCL propose d'introduire deux nouveaux articles 2a et 2b LC, dont la teneur serait la suivante :

**Art. 2a** Prise en charge de choses mobilières laissées par des locataires expulsés - principe

<sup>1</sup>En application de l'article 2, alinéa 2, lettre d, la commune a le devoir de prendre en charge temporairement les choses mobilières laissées par des locataires dans les lieux dont ils ont été expulsés.

<sup>2</sup>Tous les frais qui en découlent, notamment les frais d'enlèvement, de transport, de conservation, de vente ou de destruction, sont mis à la charge de ces locataires.

**Art. 2b** Modalités

<sup>1</sup>La municipalité somme par écrit les locataires expulsés de venir récupérer leurs biens dans les meilleurs délais et les informe qu'à défaut, passés six mois au moins, ils pourront être vendus, ou s'ils n'ont pas de valeur marchande, détruits ou laissés à disposition de la commune. La municipalité peut fixer un délai plus bref lorsque les coûts de conservation sont particulièrement importants, lorsque les choses conservées sont susceptibles de se déprécier rapidement ou pour d'autres motifs impérieux.

<sup>2</sup>Une fois le délai de conservation échu, la municipalité peut ordonner la vente des biens, ou s'ils n'ont pas de valeur marchande, leur destruction ou la mise à disposition de la commune. Elle notifie sa décision aux locataires expulsés.

<sup>3</sup>La municipalité notifie aux locataires expulsés une décision fixant le montant des frais à leur charge après que les biens ont été récupérés, vendus ou détruits.

<sup>4</sup>Les locataires expulsés ont droit à la restitution du produit de la vente, sous déduction des frais fixés conformément à l'alinéa 3. Ce droit s'éteint cinq ans après la vente.

<sup>5</sup>Si l'adresse des locataires expulsés est inconnue, les communications qui leur sont destinées interviennent par voie de publication dans la Feuille des avis officiels.

## **5 COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE**

### **Loi sur les communes du 28 février 1956 (LC)**

#### **Art. 2a LC (nouveau)**

Al. 1 :

Afin de garantir l'ordre et la tranquillité publique, la commune a le devoir de prendre en charge les choses mobilières (meubles et autres objets mobiliers qui auront préalablement fait l'objet d'un inventaire) du locataire d'un bail à loyer qui a fait l'objet d'une expulsion forcée et n'a pas récupéré ses biens. Cette disposition s'applique aux différents types de baux, y compris les baux commerciaux.

Al. 2 :

Tous les frais engagés par la commune pour les frais d'enlèvement, de transport, de conservation, de vente ou de destruction du mobilier seront facturés aux locataires expulsés.

#### **Art. 2b LC (nouveau)**

Al. 1 :

Dès la prise en charge, la municipalité somme l'ex-locataire de venir retirer ses biens dans les meilleurs délais et l'informe que s'il ne le fait pas, elle pourra procéder à leur vente ou s'ils n'ont pas de valeur marchande, à leur destruction ou à la mise à disposition de la commune, après un délai qu'elle fixera et qui sera de six mois au moins. Ce délai permet au locataire expulsé de retrouver un logement ou de prendre les mesures pour récupérer ses biens. Les municipalités sont toutefois libres, en fonction des circonstances ou de la place à disposition, de prolonger cette durée. Inversement, il se justifie aussi de leur permettre de réduire le délai minimum de conservation. Il en va ainsi dans le cas où le stockage des objets enlevés, en raison de leur volume ou de leur nature par exemple, occasionnerait des coûts particulièrement importants, si ces biens sont susceptibles de se déprécier rapidement ou pour tout autre motif de nature impérieuse.

Al. 2 :

Une fois la durée minimale de conservation échue, la municipalité peut décider la vente des biens (vente de gré à gré ou aux enchères), leur destruction ou une mise à disposition de la commune (par exemple donation de jouets sans valeur ou mise à disposition à une oeuvre caritative de biens sans valeur marchande ayant néanmoins une utilité). Elle notifiera sa décision aux locataires expulsés et une fois celle-ci entrée en force, pourra faire procéder à la vente ou à la destruction.

Al.3 :

La municipalité établira un décompte final des frais (enlèvement, transport, conservation, vente ou destruction) et notifiera ce décompte au locataire expulsé.

Al. 4 :

Le locataire expulsé pourra réclamer le produit de la vente de ses biens dans un délai de cinq ans. Toutefois, la commune pourra déduire l'ensemble des frais engagés.

Al. 5 :

Si l'adresse du locataire expulsé est inconnue, les différentes communications prévues aux alinéas précédents devront intervenir par voie de publication dans la Feuille des avis officiels. Il n'est pas possible de se soustraire à cette publication. Sous l'angle procédural, pour que le système ne souffre pas la critique, les locataires concernés doivent pouvoir prendre connaissance des décisions de la municipalité (fixation d'un délai pour récupérer leurs biens ; choix de procéder à la vente ou à la destruction). La loi sur la procédure administrative précise à son article 44 al. 3 que l'autorité peut notifier ses décisions par voie de publication du dispositif dans la Feuille des avis officiels à une partie dont le lieu de séjour est inconnu. Ce principe est d'ailleurs repris par la LVCR pour les véhicules abandonnés. La décision municipale est une décision individuelle touchant une personne, qui souvent quitte le territoire communal, et dès lors un affichage au pilier public ne paraît pas suffisant.

## **6 CONSEQUENCES**

### **6.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)**

Le présent projet représente une révision très partielle de la LC, soit l'introduction de deux nouveaux art. 2a et 2b LC.

### **6.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)**

Néant.

### **6.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et éc**

Néant.

### **6.4 Personnel**

Néant.

### **6.5 Communes**

Les communes disposeront désormais d'une base légale qui permettra de régler le sort des biens mobiliers d'un locataire expulsé et qui leur permettra d'éviter de devoir conserver de façon illimitée ces biens.

### **6.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie**

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

### **6.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)**

Néant.

### **6.10 Incidences informatiques**

Néant.

### **6.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **6.12 Simplifications administratives**

Néant.

### **6.13 Protection des données**

Néant.

### **6.14 Autres**

Néant.

## **7 CONCLUSION**

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil :

- d'adopter le projet de loi ci-après modifiant la loi sur les communes du 28 février 1956 (LC) ;
- d'accepter le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion Jacques Haldy et consorts " pour permettre la vente par les communes des biens abandonnés par un locataire expulsé ".

Texte actuel

Projet

**PROJET DE LOI**  
**modifiant la loi du 28 février 1956 sur les communes**  
**(LC)**

du 15 février 2017

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décète*

**Article premier**

<sup>1</sup> La loi du 28 février 1956 sur les communes est modifiée comme il suit :

**Art. 2a      Prise en charge de choses mobilières laissées par des locataires expulsés - principe**

<sup>1</sup> En application de l'article 2, alinéa 2, lettre d, la commune a le devoir de prendre en charge temporairement les choses mobilières laissées par des locataires dans les lieux dont ils ont été expulsés.

<sup>2</sup> Tous les frais qui en découlent, notamment les frais d'enlèvement, de transport, de conservation, de vente ou de destruction, sont mis à la charge de ces locataires.

## Texte actuel

## Projet

### Art. 2b Modalités

<sup>1</sup> La municipalité somme par écrit les locataires expulsés de venir récupérer leurs biens dans les meilleurs délais et les informe qu'à défaut, passés six mois au moins, ils pourront être vendus, ou s'il n'ont pas de valeur marchande, détruits ou laissés à disposition de la commune. La municipalité peut fixer un délai plus bref lorsque les coûts de conservation sont particulièrement importants, lorsque les choses conservées sont susceptibles de se déprécier rapidement ou pour d'autres motifs impérieux.

<sup>2</sup> Une fois le délai de conservation échu, la municipalité peut ordonner la vente des biens ou s'ils n'ont pas de valeur marchande, leur destruction ou la mise à disposition de la commune. Elle notifie sa décision aux locataires expulsés.

<sup>3</sup> La municipalité notifie aux locataires expulsés une décision fixant le montant des frais à leur charge après que les biens ont été récupérés, vendus ou détruits.

<sup>4</sup> Les locataires expulsés ont droit à la restitution du produit de la vente, sous déduction des frais fixés conformément à l'alinéa 3. Ce droit s'éteint cinq ans après la vente.

<sup>5</sup> Si l'adresse des locataires expulsés est inconnue, les communications qui leur sont destinées interviennent par voie de publication dans la Feuille des avis officiels.

### Art. 2

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

**Texte actuel**

**Projet**

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

Le président :

Le chancelier :

*P.-Y. Maillard*

*V. Grandjean*

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

**Exposé des motifs et projet de loi modifiant  
la loi du 28 février 1956 sur les communes (LC) et**

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil  
sur la motion Jacques Haldy et consorts**

**"pour permettre la vente par les communes des biens abandonnés par un locataire expulsé"  
(15\_MOT\_063)**

**1. PREAMBULE**

La commission nommée pour examiner l'objet cité en titre s'est réunie le 19 juin 2017 à Lausanne.

Elle était composée de Mme Jessica Jaccoud confirmée dans son rôle de présidente et rapportrice, ainsi que de Mme Anne Baehler Bech et MM. Alain Bovay, Jacques Haldy, Olivier Kernen et Julien Cuérel. M. Serge Melly était excusé.

Madame la Conseillère d'Etat Béatrice Métraux, cheffe du Département des institutions et de la sécurité (DIS) était également présente. Elle était accompagnée de Mme Corinne Martin, cheffe du Service des communes et du logement (SCL) et de Mme Joëlle Wernli, juriste au SCL.

Les notes de séance ont été tenues par Mme Fanny Krug, secrétaire de commission. Qu'elle en soit ici remerciée.

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

Le projet d'EMPL ici présenté fait suite à une motion de M. le Député J. Haldy déposée en 2015 et prise en considération fin 2015 par le Grand Conseil à l'unanimité.

Une révision minimale de la loi sur les communes (ci-après LC) est donc proposée par le Conseil d'Etat. Elle a pour but de répondre de manière pratique et pragmatique à la question soulevée en son temps par le motionnaire, soutenu par l'unanimité du Grand conseil.

Pour rappel, dans l'hypothèse de l'expulsion d'un locataire qui laisserait derrière lui ses meubles et bien personnels, les communes appliquent depuis de nombreuses années une circulaire du Service des communes et des relations institutionnelles (ci-après SECRI) du 24 octobre 2011. Cette directive propose à la commune, dans le cas où le locataire ne répond pas aux sommations qui lui sont adressées et laisse ainsi ses meubles sous sa responsabilité, d'appliquer les règles de droit privé du Code des obligations relatives au contrat de dépôt. En effet, selon le SECRI, la commune peut considérer qu'elle est liée au locataire par un contrat de dépôt par acte concluant. Dès lors, la commune peut s'adresser à la Justice de Paix, laquelle peut ordonner la vente aux enchères des biens du locataire de telle sorte que les droits du précité ne sont pas péjorés.

Or, le Tribunal fédéral (ci-après TF) a relevé, dans un arrêt du 2 juin 2014<sup>1</sup>, que la prise en charge des meubles du locataire expulsé est une tâche officielle qui relève du droit public cantonal conformément à l'art. 2 al. 2 let. d de la Loi sur les communes (LC ; RS-VD 175.11). Le TF en a conclu que l'application du droit privé fédéral des contrats à une relation juridique soumise au droit public cantonal était erronée, étant précisé que la directive du SECRI ne constitue pas une base de droit public cantonal suffisante.

La commune a une responsabilité de droit public lorsqu'elle doit s'occuper des meubles en déshérence d'un locataire expulsé conformément à la Loi sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (RS-VD 170.11).

Nonobstant cet arrêt du TF, de nombreuses communes ont continué à appliquer la directive du SECRI. Néanmoins, la Justice de Paix, en se référant à l'arrêt précité, a récemment refusé, sur requête d'une commune, d'ordonner la vente aux enchères des biens d'un locataire conformément aux dispositions de droit privé fédéral.

Sur cette base, le motionnaire a requis l'adoption d'une norme cantonale de droit public afin de répondre à la jurisprudence du TF et éviter aux communes, tout en respectant les droits des propriétaires, de devoir conserver de façon illimitée les biens mobiliers d'un locataire expulsé.

Par conséquent, le Conseil d'Etat propose de compléter la loi sur les communes en permettant à celles-ci de prendre en charge le mobilier abandonné par les locataires expulsés ; les questions des frais, durée de stockage, pouvoir de la municipalité à l'échéance du délai, droits des locataires expulsés y sont précisées. La modification de la LC a été privilégiée par rapport à la modification du Code de droit privé judiciaire vaudois (RS-VD 211.02) pour des raisons de cohérence et de lisibilité.

Mme la Conseillère d'Etat Béatrice Métraux encourage la commission à adopter cette modification législative afin de répondre à une demande du terrain des communes et ainsi boucher un vide juridique très peu souhaitable. Elle précise en outre que tant l'UCV et l'AdCV ont été consultées et ont donné une appréciation favorable à cette nouvelle réglementation.

### **3. POSITION DU MOTIONNAIRE**

Le motionnaire rappelle en préambule que lors de la séance de commission chargée d'étudier la prise en considération de la motion, le choix d'inscrire la base légale dans la LC avait été pré-validée par l'unanimité des commissaires. Pour le motionnaire, il s'agit donc du bon choix. Il relève également que les milieux intéressés ont été consultés et les remarques justifiées ont été prises en compte dans le projet de loi. Il se dit satisfait du projet de loi soumis à l'examen de la commission qui répond aux besoins et attentes des communes.

### **4. DISCUSSION GENERALE**

Dans le cadre de la discussion générale, un commissaire relève que le projet de loi prévoit un délai maximum de 6 mois au-delà duquel la Municipalité peut procéder à la vente ou à la destruction des biens des locataires (art. 2b al. 1 LC). En outre, dit commissaire relève que ce délai peut être plus bref dans des situations exceptionnelles. Il s'inquiète donc de la possibilité, à bien plaisir, pour les Municipalités de systématiquement diminuer le délai initial de 6 mois.

Mme la Conseillère d'Etat Béatrice Métraux précise que le risque a bien été considéré. A cet égard, et conformément au texte de l'EMPL (dernière phrase de la p. 3), la Municipalité peut fixer un délai plus court dans les cas suivants : lorsque les coûts de conservation sont particulièrement importants, en cas de risque de dépréciation, pour d'autres motifs impérieux. La commune sera tenue de se justifier. Selon le Conseil d'Etat, cette disposition légale offre un outil aux communes et donne un signal aux locataires.

Il est en outre précisé que le mot « notamment » ne figure pas au projet de loi. Cela signifie que le délai plus bref est subordonné à l'une des hypothèses très clairement mentionnées à l'al. 1 de l'art. 2b

---

<sup>1</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 2 juin 2014 (4A\_132/2014)

LC. La liste est exhaustive. La commune devra cas échéant justifier l'utilisation de cette possibilité qui est une nécessité pour les choses périssables.

Le commissaire est satisfait de ces explications pour autant qu'elles soient correctement protocolées dans le présent rapport.

Un autre commissaire se demande si ce type de disposition pourrait s'appliquer aux bateaux pour les communes disposant d'un port.

Pour répondre à cette question, le Département a transmis aux membres de la commission, postérieurement à la tenue de la séance, un document intitulé « Procédure d'ordre d'évacuation et de mise en fourrière de bateaux non conformes entreposés sur le domaine public des eaux vaudoises ». Ce document est joint en annexe du présent rapport. Que le bateau en question soit entreposé dans un port public ou privé, la procédure ressemble fortement à celle prévue par les art. 26 et 26a de la Loi vaudoise sur la circulation routière s'agissant des voitures en déshérence sur le domaine public. Dès lors, le Département est d'avis que les nouvelles dispositions de la LC faisant l'objet du présent EMPL ne devraient pas s'appliquer aux bateaux, la matière étant déjà réglementée.

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

Aucune remarque formulée par les commissaires.

## **6. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI ET VOTES**

Un commissaire se demande si, sur la base de cette disposition légale (art. 2a al. 2 LC), une Municipalité pourrait, dans ce type de situation, procéder au prélèvement d'un émolument.

A cet égard, Mme la Conseillère d'Etat précise que l'application des principes d'équivalence et de proportionnalité semble être un obstacle à cette proposition.

*L'art. 2a du projet de loi est adopté à l'unanimité des membres présents.*

*L'art. 2b du projet de loi est adopté à l'unanimité des membres présents.*

## **7. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE LOI**

*La commission adopte le projet de loi modifiant la loi du 28 février 1956 sur les communes (LC), tel que présenté par le Conseil d'Etat, à l'unanimité des membres présents.*

## **8. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE LOI**

*La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de loi à l'unanimité.*

## **9. VOTE SUR LE RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT**

*La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité des membres présents.*

Nyon, le 28 décembre 2017.

*La rapportrice :  
(signé) Jessica Jaccoud*

### **Annexe :**

- Procédure d'ordre d'évacuation et de mise en fourrière de bateaux non conformes entreposés sur le domaine public des eaux vaudoises, Direction générale de l'environnement, juillet 2013



Direction générale  
de l'environnement (DGE)

Administration générale

Rue du Valentin 10  
1014 Lausanne

**AUX MUNICIPALITES DES COMMUNES ET  
AUX PREFECTURES DU CANTON DE  
VAUD**

---

Lausanne, juillet 2013

**Procédure d'ordre d'évacuation et de mise en fourrière de bateaux non conformes  
entreposés sur le domaine public des eaux vaudoises**

Madame la Syndique, Monsieur le Syndic,  
Madame la Conseillère municipale, Monsieur le Conseiller municipal,  
Madame la Préfète, Monsieur le Préfet,

Vous trouverez, ci-annexé, un texte qui vous renseignera sur la procédure d'ordre d'évacuation et de mise en fourrière de bateaux non conformes entreposés sur le domaine public des eaux vaudoises.

Ce texte énumère :

- 1) les types de bateaux non conformes
- 2) la marche à suivre pour l'ordre d'évacuation et la mise en fourrière

ainsi que les bases légales y relatives.

Mme Silvia Ansermet, juriste (tél. 021 316 75 53) se tient à disposition pour tout complément d'information.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cet envoi et vous prions de croire, Madame la Syndique, Monsieur le Syndic, Madame la Conseillère municipale, Monsieur le Conseiller municipal, Madame la Préfète, Monsieur le Préfet, à l'expression de nos sentiments distingués.

  
J.-F. Jatton  
Adjoint au directeur général

  
S. Ansermet  
Juriste

Copies :

- SeCRI
- UCV
- AdCV
- Groupe des députés, p.a. Secrétariat du Grand Conseil, Pl. du Château 6, 1014 Lausanne

**PROCÉDURE D'ORDRE D'ÉVACUATION ET DE MISE EN FOURRIÈRE DE BATEAUX  
NON CONFORMES ENTREPOSÉS SUR LE DOMAINE PUBLIC  
DES EAUX VAUDOISES**

**1. BATEAUX NON CONFORMES**

**GÉNÉRALITÉS**

Ci-dessous, sont énumérés les principaux cas de non conformité d'un bateau qu'il est probable de rencontrer dans la pratique.

Le terme bateau désigne un véhicule servant à la navigation, un autre corps flottant destiné au déplacement sur ou sous la surface de l'eau ou un engin flottant, ceci au sens de l'article 2 de l'ordonnance fédérale sur la navigation intérieure,

Avec chaque cas, nous mentionnons :

- La **base légale** qui peut fonder l'ordre d'évacuation du bateau ainsi que sa mise en fourrière.

Lorsque le bateau concerné est entreposé dans un périmètre concédé par le Conseil d'État ou le Département de la sécurité et de l'environnement, il convient de prendre connaissance du texte de concession qui peut, peut-être, contenir des dispositions spécifiques.

S'il s'agit d'un port public, le règlement de port peut également apporter une réponse plus précise.

Si le stationnement du bateau concerné fait l'objet d'une autorisation à bien plaisir délivrée par la Direction générale de l'environnement (DGE), il convient d'en prendre connaissance.

- Les **autorités compétentes** pour l'ordre d'évacuation et la mise en fourrière.

À relever que lorsque la compétence incombe à une commune, la DGE la rendra attentive sur le fait qu'en cas de non intervention de celle-ci dans le délai imparti, la DGE procèdera elle-même à l'ordre d'évacuation et à la mise en fourrière, ceci aux frais et sous la responsabilité de la commune.

En cas d'urgence, la DGE agira immédiatement.

## CAS DE NON CONFORMITÉ D'UN BATEAU

Les cas suivants sont à relever :

### **1) Les bateaux à moteur et les voiliers, non immatriculés, déposés ou abandonnés sur le domaine public des eaux**

#### *Base légale*

Les dispositions légales suivantes peuvent fonder l'ordre d'évacuation et la mise en fourrière du bateau à moteur ou du voilier :

#### ⇒ Article 12 de la loi sur la police des eaux dépendant du domaine public - LPDP

<sup>1</sup>Sont subordonnés à l'autorisation préalable du département :

a. Tout (...) dépôt (...) dans les lacs et sur leurs grèves, dans les cours d'eau, sur leurs rives et dans l'espace cours d'eau, (...).

#### ⇒ Article 17 du règlement d'application de la loi sur la gestion des déchets - RLGD

<sup>1</sup>Le dépôt ou l'abandon de véhicules automobiles hors d'usage, de parties de ceux-ci, notamment les pneus, ainsi que d'autres objets métalliques encombrants, est interdit sur tout le territoire cantonal, tant sur le domaine public que sur la propriété privée, hors d'un local ou d'une place de dépôt ou de stationnement conforme à la loi du 4 décembre 1985 sur l'aménagement du territoire et les constructions (ci-après : LATC).

<sup>2</sup>Ces déchets sont remis aux entreprises d'élimination autorisées par le département.

<sup>3</sup>Sont considérés comme hors d'usage tous les véhicules à moteur ainsi que les remorques de tous genres et catégories, dépourvus de permis de circulation valable, les cycles, cyclomoteurs, machines et véhicules de chantier inaptes à circuler.

<sup>4</sup>Les bateaux inaptes à la navigation sont assimilés aux véhicules hors d'usage.

#### ⇒ Article 40 du règlement d'application de la loi sur l'aménagement du territoire et les constructions - RLATC

<sup>1</sup>Les places de dépôt de véhicules doivent comporter un revêtement dur et imperméable à moins que le sol ne soit naturellement imperméable; elles sont équipées d'une évacuation directe ou indirecte des eaux pluviales à l'émissaire public, après épuration de celles-ci par passage dans un séparateur d'huile ou d'essence.

<sup>2</sup>En règle générale, l'aire de stationnement sera dissimulée par un écran naturel existant ou à constituer (rideau d'arbres, haie, mur, notamment...).

<sup>3</sup>Ces dispositions ne sont pas applicables aux places de stationnement privées aménagées en nombre limité, pour véhicules automobiles légers pourvus de plaques de contrôle ou immatriculés.

#### *Compétence*

Si le dépôt ou l'abandon du bateau à moteur ou du voilier est fait dans un port public, la compétence de l'ordre d'évacuation et de la mise en fourrière incombe au concessionnaire, à savoir, généralement, une commune.

Dans tous les autres cas « hors port public », soit place d'amarrage autorisée - port privé, ponton, corps-mort, etc, place d'amarrage gérée par l'État, place de stationnement à terre sur une parcelle privée de l'État, amarrage sauvage, la compétence incombe à la DGE.

## 2) Les autres bateaux déposés ou abandonnés sur le domaine public des eaux

### *Base légale*

La disposition légale suivante peut fonder l'ordre d'évacuation du bateau et sa mise en fourrière :

⇒ Article 12 de la loi sur la police des eaux dépendant du domaine public - LPDP

<sup>1</sup>Sont subordonnés à l'autorisation préalable du département :

a. Tout (...) dépôt (...) dans les lacs et sur leurs grèves, dans les cours d'eau, sur leurs rives et dans l'espace cours d'eau, (...).

### *Compétence*

Si le dépôt ou l'abandon d'un bateau est fait dans un port public, la compétence de l'ordre d'évacuation et de la mise en fourrière incombe à la commune.

Dans tous les autres cas, la compétence incombe à la DGE.

## 3) Les bateaux échoués, coulés ou inaptes à la navigation ainsi que les autres objets qui entravent ou mettent en danger la navigation

### *Base légale*

Les dispositions légales suivantes peuvent fonder l'ordre d'évacuation et la mise en fourrière :

⇒ Article 6 de la loi fédérale sur la navigation intérieure - LNI

<sup>1</sup>Les cantons peuvent faire enlever, aux frais du détenteur et du propriétaire, lorsque ceux-ci ne le font pas dans le délai qui leur a été imparti, les bateaux échoués, coulés ou inaptes à la navigation ainsi que les autres objets qui entravent ou mettent en danger la navigation.

<sup>2</sup>En cas de danger imminent ou lorsque ni le détenteur ni le propriétaire ne peuvent être atteints, les autorités peuvent prendre immédiatement les mesures utiles.

⇒ Article 13 du Règlement de la navigation sur le lac Léman - RNav

<sup>1</sup>Les autorités ont le droit de faire enlever, aux frais du propriétaire ou du détenteur du bateau ou de celui qui a créé l'obstacle, le bateau échoué ou coulé, ainsi que tous autres objets mettant en danger ou entravant la navigation, lorsque ces personnes n'éliminent pas l'obstacle dans le délai convenable qui leur a été imparti à cet effet.

S'il y a péril en la demeure, l'autorité peut se dispenser d'impartir un délai d'exécution préalable.

### *Compétence*

Si le bateau ou l'objet se trouve dans un port public, la compétence de l'ordre d'évacuation et de la mise en fourrière incombe à la commune.

Dans tous les autres cas, la compétence incombe à la DGE.

#### **4) Les bateaux présentant des déficiences lors de l'inspection officielle au SAN**

##### *Base légale*

La disposition légale suivante peut fonder la mise en fourrière :

⇒ Article 104 ordonnance sur la navigation dans les eaux suisses - ONI

Lorsque des déficiences sont constatées, l'autorité compétente peut restreindre ou interdire l'utilisation du bateau, saisir le permis de navigation ou retirer le bateau de la circulation jusqu'à ce qu'il soit établi que les déficiences ont été éliminées.

##### *Compétence*

Si le bateau ou l'objet se trouve dans un port public, la compétence de l'ordre d'évacuation et de la mise en fourrière incombe à la commune.

Dans tous les autres cas, la compétence incombe à la DGE.

#### **BASES LÉGALES COMPLÉMENTAIRES**

Outres les bases légales susmentionnées, selon les cas d'espèce, les bases légales complémentaires suivantes peuvent être mentionnées :

##### *Bateau sans responsabilité civile*

⇒ Article 153 de l'ordonnance sur la navigation dans les eaux suisses - ONI

<sup>1</sup>Un bateau ne peut être mis en circulation ni stationné sur des eaux publiques avant qu'ait été conclue une assurance-responsabilité civile.

<sup>2</sup>Pour autant qu'ils ne sont pas utilisés à des fins commerciales, les bateaux suivants sont exemptés de l'obligation de s'assurer:

- a. les bateaux non motorisés;
- b. les rafts d'une longueur inférieure à 2,5 m;
- c. les bateaux à voile non motorisés dont la surface vélique est inférieure à 15 m<sup>2</sup>;

<sup>2bis</sup>Indépendamment des dérogations prévues à l'al. 2, les bateaux utilisés comme planches à voiles tirées par des cerfs-volants sont soumis à l'obligation de s'assurer prévue à l'al. 1.

<sup>3</sup>Une attestation doit certifier qu'une assurance-responsabilité civile obligatoire a été conclue.

##### *Moteurs non conformes*

#### **Ordonnance sur les prescriptions relatives aux gaz d'échappement des moteurs de bateaux dans les eaux suisses**

##### *Pollution des eaux*

⇒ Articles 10 de l'ordonnance sur la navigation dans les eaux suisses - ONI

<sup>1</sup>Il est interdit de verser ou de laisser s'écouler dans l'eau des substances de nature à polluer ou à en altérer les propriétés.

<sup>2</sup>Si, par suite d'inadvertance, de telles substances sont tombées ou risquent de tomber à l'eau, le conducteur doit aviser sans délai la police s'il n'est pas en mesure d'écarter lui-même le danger ou la pollution.

<sup>3</sup>Le conducteur qui constate la présence dans la voie navigable de carburant, de lubrifiant en quantité appréciable ou d'autres substances dangereuses pour l'eau est tenu d'aviser la police.

<sup>4</sup>Pour les moteurs utilisant un mélange de carburant et de lubrifiant, l'huile doit être biodégradable.

⇒ Article 107 de l'ordonnance sur la navigation dans les eaux suisse - ONI

<sup>1</sup>Les bateaux doivent être construits, équipés et entretenus selon les règles de l'art, de manière que:

(...);

c. les propriétés de l'eau ne puissent être altérées.

(...).

⇒ Article 3 de la loi fédérale sur la protection des eaux - LEaux

Chacun doit s'employer à empêcher toute atteinte nuisible aux eaux en y mettant la diligence qu'exigent les circonstances.

⇒ Article 6 de la loi fédérale sur la protection des eaux - LEaux

<sup>1</sup>Il est interdit d'introduire directement ou indirectement dans une eau des substances de nature à polluer; l'infiltration de telles substances est également interdite.

<sup>2</sup>De même, il est interdit de déposer et d'épandre de telles substances hors d'une eau s'il existe un risque concret de pollution de l'eau.

⇒ Article 10 du règlement de la navigation sur le lac Léman- RNav

<sup>1</sup>Il est interdit de jeter, de verser ou de laisser tomber ou s'écouler dans le lac des objets ou substances de nature à polluer l'eau ou à faire naître une entrave ou un danger pour la navigation ou pour les autres usagers.

<sup>2</sup>Il est interdit, en outre, d'émettre des fumées ou des odeurs en contravention aux dispositions des réglementations nationales relatives à la protection de l'atmosphère contre la pollution.

<sup>3</sup>Les conducteurs de bateaux et d'engins flottants et les surveillants d'établissements flottants doivent aviser l'autorité compétente dans le plus bref délai lorsqu'ils constatent la présence de produits pétroliers ou d'autres matières qui peuvent altérer les eaux.

## **2. MARCHÉ À SUIVRE POUR L'ORDRE D'ÉVACUATION ET LA MISE EN FOURRIÈRE**

### **GÉNÉRALITÉS**

À toutes fins utiles, il est rappelé que le règlement inter cantonal du 16 mai 1960 concernant la police de la navigation a été abrogé par un arrêté du 11 décembre 2002 épurant la législation. Nous n'avons pas pu être renseignés sur les raisons et l'historique de cette abrogation.

Dès lors, nous relevons qu'il n'existe pas de base légale décrivant la marche à suivre pour une mise en fourrière.

Il faut donc comprendre que la marche à suivre décrite ci-dessous doit être considérée comme une conséquence de la non conformité du bateau.

Par assimilation, nous nous sommes inspirés des articles 721 et 722 du code civil suisse qui ont pour objets les choses trouvées : à la différence de la situation qui nous occupe, au sens du code civil suisse, pour qu'il y ait objet trouvé, il faut que le propriétaire de la chose s'en soit trouvé dessaisi sans sa volonté.

Nous nous sommes également inspirés des articles 26 et 26a de la loi sur la circulation routière :

### MARCHE À SUIVRE

La marche à suivre pour l'ordre d'évacuation et la mise en fourrière peut être la suivante :

- a) Le détenteur du bateau (en priorité le propriétaire) est sommé par écrit par l'autorité compétente d'évacuer son bateau du domaine public des eaux, avec un délai d'exécution de 15 jours et avertissement qu'en cas d'inexécution dans le délai imparti, le bateau sera mis, à ses frais et sous sa responsabilité, en fourrière.

Si le détenteur du bateau est inconnu ou ne peut être atteint, une nouvelle sommation, faite par l'autorité compétente, a lieu par voie édictale.

- b) En cas d'inexécution dans le délai imparti, le bateau est mis en fourrière par l'autorité compétente.

En cas de danger imminent, l'autorité compétente agit immédiatement.

- c) Le détenteur du bateau, s'il est connu, est informé par écrit par l'autorité compétente de la mise en fourrière et est sommé de retirer immédiatement son bateau. Il doit être informé que, passé un certain délai (à déterminer en fonction de la surface du dépôt et du bateau mis en fourrière), ce bateau sera vendu (aux enchères ou gré à gré) ou détruit, selon son état, aux frais du détenteur.

Une copie de la lettre est adressée à la gendarmerie et à la brigade du lac.

Si le détenteur du bateau est inconnu, la gendarmerie et la brigade du lac sont informées par écrit par l'autorité compétente de la mise en fourrière.

- d) Après un certain délai (lorsque la fourrière est pleine), une sommation édictale est faite par l'autorité compétente sommant le détenteur du bateau de le retirer dans un délai d'un mois. Il est précisé que passé le délai, le bateau sera vendu (aux enchères ou gré à gré) ou détruit, selon son état, aux frais du détenteur, s'il est connu.

- e) Le solde actif, après paiement des frais et émoluments de fourrière, est consigné pendant 5 ans et, passé ce délai, dévolu à l'autorité compétente.



J.-F. Jaton

Adjoint au directeur général



S. Ansermet  
Juriste

Lausanne, le 20 juin 2013

**EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI**  
**modifiant la Loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP)**

et

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL**

**Sur la motion Philippe Vuillemin – Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer ! (16\_MOT\_092)**

**1 PREAMBULE**

Le présent exposé des motifs et projet de loi donne notamment suite à l'initiative Raphaël Mahaim et consorts – *Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer !* laquelle a été renvoyée à l'examen d'une commission qui, dans son rapport, a accepté à l'unanimité de reprendre le texte pour déposer, en son nom, par le biais de son président, le député Philippe Vuillemin, une motion, en recommandant la prise en considération et le renvoi au Conseil d'Etat, ce que le Grand Conseil a décidé le 7 juin 2016, lui aussi à l'unanimité.

Il s'agit d'une proposition de révision minimale de la Loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP) qui a pour but de résoudre un problème pratique.

**2 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL SUR LA MOTION PHILIPPE VUILLEMIN – DEPOUILLEMENT LORS DES SCRUTINS FEDERAUX : TOUS LES CITOYENS COMMUNAUX DOIVENT POUVOIR PARTICIPER ! (16\_MOT\_092)**

**2.1 Rappel de la motion**

Développement

La commission chargée d'examiner l'initiative parlementaire Raphaël Mahaim et consorts intitulée : " *Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer* " a constaté que l'initiative n'était pas recevable en tant que tel. Vu l'intérêt du thème proposé et d'entente aussi bien avec l'initiant que le Bureau du Grand Conseil, la commission dépose en son nom la motion dont le texte est le suivant :

Il ressort de l'article 12 alinéa 4 de la Loi vaudoise sur l'exercice des droits politiques (LEDP-VD) modifié en 2013 que le dépouillement d'un scrutin doit être assuré par des personnes ayant la qualité d'électeurs. Selon l'article 91 alinéa 2 de la Loi fédérale sur les droits politiques (LDP), le droit cantonal doit être approuvé par la Confédération. Dans le cadre de cette approbation fédérale, la Chancellerie fédérale a retenu que la teneur des nouvelles dispositions cantonales prévues par la modification du 5 février 2013 de la LEDP-VD (art. 12, al. 4 à 6) n'autoriseraient pas le dépouillement des votations et élections fédérales (Conseil national) par d'autres personnes que celles ayant la qualité d'électeur au niveau fédéral. Or, la Constitution fédérale (Art. 136, Cst.) définit les électeurs au niveau

fédéral comme étant suisses, hommes et femmes, âgés de dix-huit ans révolus.

En clair : en raison de la nouvelle interprétation du droit vaudois faite par la Chancellerie fédérale en 2013, ne peuvent en théorie aujourd'hui participer au dépouillement des élections fédérales — et ne peuvent donc être membres du bureau électoral — que les personnes ayant le droit de vote au niveau suisse. Le droit vaudois pourrait pourtant prévoir que tous les membres du corps électoral communal peuvent participer au dépouillement. Une analyse des travaux parlementaires relatifs à la révision de la LEDP en 2013 révèle qu'il n'a jamais été dans l'intention du Grand Conseil de limiter aux seuls électeurs en matière fédérale la participation aux bureaux électoraux.

La nouvelle situation légale ne correspond pas à la pratique établie en terre vaudoise. En effet, il est fréquent que des membres du bureau électoral soient par exemple des membres du conseil communal ou général de nationalité étrangère venus en renforts. Outre l'aide parfois précieuse que ces personnes apportent, cela représente également un moyen privilégié de faire connaître le système démocratique suisse aux étrangers ayant le droit de vote au plan communal.

Cette année (élections fédérales 2015), ce problème s'est par exemple posé pour la Commune de Baulmes dont le président du conseil était étranger et n'aurait donc pas été habilité à être membre du bureau électoral. Il est probable que de nombreuses autres communes étaient concernées, sans le savoir...

Au vu de ce qui précède, la commission propose par voie de motion la révision de l'article 12 LEDP-VD afin de lever toute ambiguïté quant au cercle des personnes admises à constituer le bureau électoral pour les votations et élections fédérales. Tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer au dépouillement lors des scrutins fédéraux, conformément à la pratique établie dans le canton.

Prise en considération immédiate.

(Signé) Philippe Vuillemin,

Président en charge de l'examen de l'initiative 15\_INI\_013

## **2.2 Rapport du Conseil d'Etat**

Le Conseil d'Etat partage les préoccupations exprimées par le motionnaire et propose au Grand Conseil d'accepter le présent EMPL comme réponse à la motion Philippe Vuillemin.

## **3 CADRE LEGAL**

La motion demande une modification de l'article 12 de la Loi sur l'exercice des droits politiques (ci-après : LEDP) dont la teneur est la suivante : "*En s'adressant notamment aux partis politiques, le bureau peut faire appel à d'autres électeurs pour assurer le déroulement du scrutin*". Cet article précise que le dépouillement d'un scrutin doit être assuré par des personnes ayant la qualité d'électeur, plus précisément que "*le bureau électoral peut faire appel à d'autres électeurs pour assurer le déroulement du scrutin*".

Selon le motionnaire, cette disposition devrait être revue car elle n'autorise pas les électeurs étrangers à participer au dépouillement d'un scrutin fédéral (votation ou élection), que ce soit comme scrutateur ou membre du bureau électoral. En effet, dans le cadre de l'approbation des modifications du 5 février 2013 de la LEDP et touchant l'art. 12 LEDP, la Chancellerie fédérale a estimé que cette disposition devait être interprétée en regard de l'article 136 de la Constitution fédérale, celle-ci définissant les électeurs au niveau fédéral comme des hommes et des femmes suisses âgés de dix-huit ans révolus. Ainsi, seuls des citoyens suisses sont à même de participer au dépouillement des scrutins fédéraux, par opposition aux élus communaux étrangers qui, eux, ne peuvent que s'occuper des scrutins communaux. La Chancellerie fédérale a toutefois précisé que cette interprétation restrictive

découlait uniquement du fait que la législation vaudoise se référait à la notion d'électeur à l'article 12 alinéa 4 LEDP.

A noter que la problématique est la même sur le plan cantonal, puisque la LEDP définit les électeurs cantonaux comme des Suisses, hommes et femmes, âgés de dix-huit ans révolus et qui ont leur domicile politique dans le canton (art. 5 al. 1 LEDP).

La motion propose dès lors la révision de l'article 12 alinéa 4 LEDP afin de lever toute ambiguïté quant au cercle des personnes admises à constituer le bureau électoral, pour permettre à tous les citoyens communaux de participer au dépouillement des objets fédéraux, cantonaux et communaux, qu'ils soient de nationalité suisse ou étrangère.

Il n'est en effet pas rare, dans les communes vaudoises, qu'une partie du bureau électoral soit de nationalité étrangère. En effet, depuis les élections communales générales de 2006, les étrangers résidant en Suisse depuis 10 ans et dans le Canton depuis 3 ans ont acquis l'exercice des droits politiques au niveau communal, et donc la possibilité d'être élus au sein des conseils généraux et communaux. Ainsi, l'on se retrouve fréquemment dans des situations où plusieurs membres du bureau du conseil ne peuvent officier à titre de membre du bureau électoral du fait de leur nationalité.

De surcroît, lors d'élections fédérales, cantonales ou communales qui demandent une organisation complexe et un nombre important d'intervenants, les bureaux électoraux des villes font régulièrement appel aux collaborateurs de l'administration communale - ou à des étudiants - pour la saisie des bulletins modifiés dans Votelec. Si ces personnes n'interviennent pas à titre de scrutateurs ou de membres du bureau, mais uniquement comme saisissants, il n'en demeure pas moins qu'elles participent au scrutin au sens de l'alinéa 4 de l'article 12 LEDP. Ainsi, si l'on appliquait la loi à la lettre, ces collaborateurs devraient également tous être de nationalité suisse.

En conclusion, le Conseil d'Etat juge qu'une adaptation de la LEDP sur cet aspect apporterait des avantages pratiques indéniables. Il juge nécessaire que tout élu communal, quelle que soit sa nationalité, en particulier un membre du bureau électoral, puisse participer au dépouillement d'un scrutin, qu'il soit fédéral, cantonal ou communal. Il juge également important qu'il soit possible, pour une commune, de faire appel, outre aux citoyens domiciliés dans la commune, à des personnes domiciliées dans d'autres localités (par exemple des collaborateurs de l'administration communale ou des étudiants de la région) pour assurer le bon déroulement du scrutin, comme cela se fait déjà dans plusieurs grandes communes du Canton.

#### **4 PRESENTATION DE LA VARIANTE RETENUE**

Au vu des préoccupations du motionnaire qui sont légitimes, il y a dès lors lieu de modifier l'article 12 en remplaçant le terme d'" électeur " par celui de " personne disposant de l'exercice des droits civils ". Le nouvel article 12 LEDP aurait alors la teneur suivante :

##### ***Art. 12 Bureau électoral<sup>17</sup>***

<sup>1</sup>*Chaque commune constitue un bureau électoral, composé du président et des scrutateurs du conseil communal ou général.*

<sup>2</sup>*Le département peut autoriser les communes à diviser les bureaux en sections.*

<sup>3</sup>*Le président du conseil préside le bureau.*

<sup>4</sup>*En s'adressant notamment aux partis politiques, le bureau peut faire appel à d'autres personnes disposant de l'exercice des droits civils au sens de l'article 13 du code civil suisse pour assurer le déroulement du scrutin.*

<sup>5</sup>*Chaque personne est tenue d'accepter sa désignation dans sa commune de domicile, sauf juste motif.*

<sup>6</sup>*En cas de besoin, le président du bureau électoral peut faire appel à des personnes non domiciliées*

*dans la commune pour l'assister dans le dépouillement.*

## **5 COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE**

Loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP)

Art. 12 al. 4 et 5 :

*Alinéa 4 : En introduisant une notion plus large, soit celle de personne disposant de l'exercice des droits civils, la modification de l'alinéa 4 permet d'exclure la référence à la qualité d'électeur telle que définie par la Constitution fédérale. Dès lors, les élus communaux de nationalité étrangère peuvent désormais œuvrer au sein du bureau électoral pour tout scrutin, qu'il soit fédéral, cantonal et communal. Cette modification permet également de légitimer une pratique répandue dans les villes consistant à faire appel à des collaborateurs de l'administration communale, ou encore à des étudiants, qui ne sont pas tous domiciliés dans la commune concernée, pour assurer le bon déroulement du scrutin. Si la référence à la qualité d'électeur est supprimée, il y a lieu de préciser que les personnes visées par ces dispositions doivent avoir l'exercice des droits civils au sens de l'article 13 du code civil suisse.*

*Alinéa 5 : A contrario, si le bureau électoral peut faire appel à des collaborateurs de l'administration communale, des étudiants ou d'autres personnes susceptibles d'apporter leur aide le jour du scrutin, seules sont tenues d'accepter les personnes domiciliées dans la commune.*

## **6 CONSEQUENCES**

### **6.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)**

Le présent projet représente une révision très partielle de la LEDP, soit la modification de l'art. 12 al. 4 et 5 LEDP. Cette révision partielle est proposée en amont de la révision totale de la LEDP puisqu'elle concerne un objet ayant des incidences importantes pour les prochaines échéances électorales de 2017.

### **6.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)**

Néant.

### **6.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et éc**

Néant.

### **6.4 Personnel**

Néant.

### **6.5 Communes**

Les communes disposeront désormais d'une base légale qui permettra aux membres du bureau électoral de désigner des membres du conseil communal ou général de nationalité étrangère, ou d'autres personnes, domiciliées ou non dans la commune, pour participer au dépouillement des objets fédéraux.

### **6.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie**

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

## **6.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)**

Néant.

## **6.10 Incidences informatiques**

Néant.

## **6.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

## **6.12 Simplifications administratives**

Néant.

## **6.13 Protection des données**

Néant.

## **6.14 Autres**

Néant.

## **7 CONCLUSION**

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil :

- d'adopter le projet de loi ci-après modifiant la loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP)
- d'accepter le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion Philippe Vuillemin – Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer ! (16\_MOT\_092)

Texte actuel

Projet

**PROJET DE LOI**  
**modifiant la Loi sur l'exercice des droits politiques**  
**du 16 mai 1989 (LEDP)**

du 15 février 2017

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décète*

**Article premier**

<sup>1</sup> La Loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP) est modifiée comme il suit :

**Art. 12 Bureau électoral**

<sup>1</sup> Chaque commune constitue un bureau électoral, composé du président et des scrutateurs du conseil communal ou général.

<sup>2</sup> Le département peut autoriser les communes à diviser les bureaux en sections.

<sup>3</sup> Le président du conseil préside le bureau.

<sup>4</sup> En s'adressant notamment aux partis politiques, le bureau peut faire appel à d'autres électeurs pour assurer le déroulement du scrutin.

<sup>5</sup> Tout électeur est tenu d'accepter sa désignation dans sa commune de domicile, sauf juste motif.

<sup>6</sup> En cas de besoin, le président du bureau électoral peut faire appel à des personnes non domiciliées dans la commune pour l'assister dans le

**Art. 12**

<sup>1</sup> Inchangé

<sup>2</sup> Inchangé

<sup>3</sup> Inchangé

<sup>4</sup> En s'adressant notamment aux partis politiques, le bureau peut faire appel à d'autres personnes disposant de l'exercice des droits civils au sens de l'article 13 du code civil suisse pour assurer le déroulement du scrutin.

<sup>5</sup> Chaque personne est tenue d'accepter sa désignation dans sa commune de domicile, sauf juste motif.

<sup>6</sup> Inchangé

dépouillement.

**Texte actuel**

**Projet**

***Art. 2***

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

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

Le président :

Le chancelier :

*P.-Y. Maillard*

*V. Grandjean*

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

**Exposé (351) Exposé de motifs et projet de loi modifiant la loi sur l'exercice des droits politiques du 16 mai 1989 (LEDP)**

**et**

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la Motion Philippe Vuillemin –  
Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir  
participer ! (16\_MOT\_092)**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 16 juin 2017, de 10h à 10h30, à la salle de conférences Montchoisi 35, à Lausanne.

Elle était composée de Mesdames Isabelle Freymond et Valérie Schwaar, ainsi que de Messieurs, Jean-Luc Bezençon, Jean-Luc Chollet, confirmé dans son rôle de président-rapporteur, Hans Rudolph Kappeler, Raphaël Mahaim, Jean-François Thuillard, Daniel Trolliet, Philippe Vuillemin.

Participaient également à la séance, Mesdames Béatrice Métraux (cheffe du DIS) et Corinne Martin (cheffe du SCL, DIS)

Madame Sophie Métraux (SGC) a tenu les notes de séance.

**2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

Le texte du Conseil d'Etat donne suite à l'initiative Raphaël Mahaim et consorts « *Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer* » dont la commission en charge avait constaté qu'elle n'était pas recevable en tant que telle, mais reconnaissant la pertinence de l'objet, et d'entente avec l'initiant et le Bureau du Grand Conseil, avait déposé la motion citée en titre.

Le Conseil d'Etat souscrit pleinement à la demande pertinente de la motion, soit modifier la loi sur l'exercice des droits politiques (LEDP) afin de lever toute ambiguïté quant au cercle de personnes admises à constituer le bureau électoral et permettre à tous les citoyens communaux, qu'ils soient de nationalité suisse ou étrangère, de participer au dépouillement des objets fédéraux, cantonaux, communaux. En effet, en vertu de l'actuel art. 12 LEDP et de l'interprétation qui en est faite par la Confédération (nécessité que le droit cantonal soit approuvé par la Confédération, art. 91 al. 2 de la loi fédérale sur les droits politiques), ne peuvent participer aux dépouillements des scrutins fédéraux, que les électeurs au niveau fédéral.

Or, il n'est pas rare dans les communes vaudoises qu'une partie du bureau électoral soit de nationalité étrangère. En effet, depuis les élections communales générales de 2006, les étrangers qui résident en Suisse depuis 10 ans et dans le canton de Vaud depuis 3 ans ont acquis l'exercice des droits politiques au niveau communal et peuvent être élus au sein des conseils communaux/généraux. En conséquence, il est fréquent que plusieurs membres du Bureau électoral ne puissent officier en tant que tels du fait de leur nationalité.

De surcroît, les scrutins nécessitant une organisation complexe demandant un nombre important d'intervenants, les bureaux électoraux (des villes entre autres) font alors souvent appel aux collaborateurs de l'administration communale ou à des étudiants pour la saisie des bulletins dans le système Votelec. Si ces personnes n'interviennent pas comme scrutateurs ou membres du bureau, mais accomplissent uniquement des tâches de saisie, il n'en demeure pas moins qu'elles participent au scrutin au sens de l'art. 12 al. 4 LEDP. En application stricte de la loi, ces collaborateurs devraient tous être de nationalité suisse ; ce qui compliquerait grandement la tâche des communes.

L'EMPL propose alors la révision de l'art. 12 al. 4 et 5 de la LEDP permettant à tout élu communal, quelle que soit sa nationalité, de participer au dépouillement d'un scrutin, tant communal, cantonal que fédéral. En outre, la modification prévue légitime la pratique répandue dans de nombreuses communes consistant à faire appel aux collaborateurs de l'administration communale ou à des étudiants, qui ne sont pas tous domiciliés dans la commune concernée, pour assurer le bon déroulement des scrutins.

Le Conseil d'Etat estimant que les adaptations proposées apportent des avantages indéniables, il aurait souhaité proposer la modification légale plus rapidement afin qu'elle puisse être en vigueur lors des dernières élections cantonales. Cependant, malgré les dispositions prises, cela n'a malheureusement pas été possible.

Concrètement, les modifications proposées sont les suivantes :

<b>Art. 12 al. 4 et 5 LEDP</b>	
<b>Texte actuel</b>	<b>Proposition du Conseil d'Etat</b>
<sup>4</sup> En s'adressant notamment aux partis politiques, le bureau peut faire appel à d'autres électeurs pour assurer le déroulement du scrutin.	<sup>4</sup> En s'adressant notamment aux partis politiques, le bureau peut faire appel à d'autres personnes disposant de l'exercice des droits civils au sens de l'article 13 du Code civil suisse pour assurer le déroulement du scrutin.
<sup>5</sup> Tout électeur est tenu d'accepter sa désignation dans sa commune de domicile, sauf juste motif.	<sup>5</sup> Chaque personne est tenue d'accepter sa désignation dans sa commune de domicile, sauf juste motif.

A noter qu'une révision totale de la LEDP (ouverture de tous les articles) est en préparation. Il apparaît toutefois opportun de ne pas attendre cette révision pour procéder aux modifications susmentionnées.

### **3. COMMENTAIRE DE L'INITIANT ET DU MOTIONNAIRE**

L'initiant et le motionnaire se déclarent très satisfaits de la proposition subtile du Conseil d'Etat. Ils considèrent en outre qu'il n'y a pas lieu d'attendre la révision totale de la LEDP qui nécessitera du temps et des travaux importants. Or, il serait idoine que les modifications à l'art. 12 soient en vigueur pour les élections fédérales de 2019.

L'initiant assure encore que son texte ne contenait pas d'agenda ou de velléités cachées, notamment quant à l'octroi du droit de vote aux étrangers au niveau cantonal. Il découle simplement du constat qu'en pratique il est courant que les communes fassent appel à des personnes de nationalité étrangère pour dépouiller un scrutin. Or, selon l'interprétation du droit vaudois effectué par la Chancellerie fédérale, ne peuvent participer au dépouillement que les personnes ayant le droit de vote au niveau suisse.

### **4. DISCUSSION GÉNÉRALE**

L'administration précise à la commission qu'une personne de nationalité étrangère arrivée récemment en Suisse (donc sans avoir 10 ans de résidence dans le pays et 3 dans le canton) est autorisée à participer au dépouillement, mais qu'elle sera affectée à des tâches de saisie ou de manutention, non au bureau puisque celui-ci est composé des membres du délibérant communal. A noter que les communes peuvent refuser que quelqu'un participe au dépouillement si elles estiment cette participation inadéquate.

A noter également que considérer le droit de vote en matière communale comme critère indispensable pour dépouiller aurait conduit à se priver de forces, notamment de la part de ceux faisant des efforts pour s'intégrer.

## **5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE LOI ET VOTES**

### **5.1. PROJET DE LOI MODIFIANT LA LOI SUR L'EXERCICE DES DROITS POLITIQUES DU 16 MAI 1989 (LEDP)**

#### **Art.12**

##### Alinéa 4

*L'al. 4 est adopté à l'unanimité.*

##### Alinéa 5

L'orthographe des termes « *juste motif* » a été discutée, certains commissaires estimant, outre le suivi des règles du français, qu'une formulation au pluriel ouvrirait l'éventail des motifs à faire valoir. D'autres commissaires considèrent en revanche qu'une formulation plurielle nécessiterait de faire valoir plusieurs motifs ; le singulier s'avère alors plus approprié.

Il apparaît que cette formule, au singulier, est reprise du texte actuel. En outre, le Code des obligations contient tant des formules au pluriel qu'au singulier. Lors de la révision totale de la LEDP, les services de l'Etat seront attentifs à la question et harmoniseront les termes dans l'ensemble du texte.

*L'al. 5 est adopté à l'unanimité.*

*L'art. 12 du projet de loi est adopté à l'unanimité.*

#### **Vote final**

*Le projet de loi est adopté à l'unanimité.*

#### **Entrée en matière**

*La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret, à l'unanimité des membres présents.*

### **Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la Motion Philippe Vuillemin – Dépouillement lors des scrutins fédéraux : tous les citoyens communaux doivent pouvoir participer ! (16\_MOT\_092)**

*La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat, à l'unanimité des membres présents.*

Lausanne, le 26.09.2017

*Le rapporteur :  
(Signé) Jean-Luc Chollet*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Raphaël Mahaim – Elections à la proportionnelle dans les communes vaudoises : quelles conséquences pour le fonctionnement des législatifs communaux ?

#### *Rappel de l'interpellation*

##### *Texte déposé*

*La population vaudoise a accepté, par scrutin du 4 septembre 2011, d'introduire l'élection à la proportionnelle pour tous les législatifs communaux du canton. Seules les communes de moins de 3000 habitants peuvent prévoir, dans leur règlement communal, le scrutin majoritaire.*

*C'est à l'occasion des élections communales de 2016, lors du renouvellement intégral des autorités, que certaines communes ont pour la première fois élu leurs législatifs à la proportionnelle.*

*Ces législatifs sont dorénavant entrés en fonction depuis plus d'une année. Or, il s'avère que le fonctionnement de ces législatifs soulève quelques questions, en partie non résolues dans certaines communes, que je me permets de soumettre au Conseil d'Etat :*

- 1. L'élection à la proportionnelle d'un législatif communal a-t-elle nécessairement pour corollaire la constitution de groupes au sein du législatif ? Le cas échéant, les groupes doivent-ils correspondre aux listes électorales ?*
- 2. La représentation au sein des commissions du législatif communal doit-elle être strictement proportionnelle aux différents groupes constitués au sein du législatif ? Dans le cas où il n'existe pas de groupes à proprement parler, doit-il y avoir une représentation proportionnelle, au sein des commissions, entre les élus des différentes listes électorales ? Comme cette représentation doit-elle être calculée ?*
- 3. Avec ou sans groupes politiques, est-il juste de dire que l'accès aux commissions du législatif communal doit en tous les cas être garanti aux élus de toutes les listes électorales ?*

*Ne souhaite pas développer.*

*(Signé) Raphaël Mahaim*

#### **1 PRÉAMBULE**

Le 27 octobre 2009, la Députée Cesla Amarelle et plusieurs co-signataires déposaient l'initiative constitutionnelle demandant la modification suivante de l'article 144 alinéa 3 de la Constitution du 14 avril 2003 : *Dans les communes de moins de 3'000 habitants, le règlement communal peut prévoir le scrutin majoritaire.*

Cette initiative demandait que les communes de 3'000 habitants et plus aient l'obligation de pratiquer la proportionnelle et que seules celles de moins de 3'000 habitants conservent le choix.

Cette modification, acceptée par le peuple le 4 septembre 2011, est entrée en vigueur à la même date. La garantie fédérale, nécessaire pour une révision constitutionnelle a été accordée par arrêté fédéral du 11 mars 2013.

Par ailleurs, la révision adoptée le 20 novembre 2012 de la Loi sur les communes (LC ; RSV 175.11), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2013, a introduit la notion de groupes politiques à son article 40b LC, dont la teneur est la suivante :

*1 Le règlement du conseil général ou communal peut prévoir la création de groupes politiques.*

*2 Le règlement du conseil arrête le nombre minimum de personnes nécessaires à la création d'un groupe politique.*

Cette disposition répond au besoin de clarification de la notion de groupes politiques et s'inspire de la loi sur le Grand Conseil.

Elle laisse néanmoins beaucoup de marge de manœuvre aux communes qui peuvent décider si elles constituent des groupes politiques et le cas échéant comment ils sont créés.

## **Réponse du CE**

### **1. L'élection à la proportionnelle d'un législatif communal a-t-elle nécessairement pour corollaire la constitution de groupes au sein du législatif (a.) ? Le cas échéant, les groupes doivent-ils correspondre aux listes électorales (b.) ?**

a. Non. La création de groupes politiques au sein du conseil est facultative. En effet, l'art. 40b al. 1 LC précise que le règlement du conseil peut prévoir la création de groupes politiques et arrête le nombre minimum de conseillers pour les former.

Par conséquent, un conseil peut se doter de groupes politiques, qu'il soit élu au système proportionnel ou au scrutin majoritaire. La seule condition est que le règlement du conseil doit prévoir expressément la création de groupes politiques et le nombre minimum de conseillers pour former un tel groupe.

De même, une commune à conseil général peut également opter pour la constitution de groupes politiques.

b. Non. La loi sur les communes laisse aux communes la liberté de prévoir le mode de constitution des groupes politiques, ainsi que le moment de leur constitution. A titre d'exemple, elles peuvent prévoir qu'un groupe est formé lorsque, notamment, les conseillers qui le composent sont élus sur la même liste électorale, font partie du même groupe politique (art. 32 al. 1 LGC) ou partagent les mêmes orientations politiques (art. 32 al. 2 LGC).

### **2. La représentation au sein des commissions du législatif communal doit-elle être strictement proportionnelle aux différents groupes constitués au sein du législatif (a.) ? Dans le cas où il n'existe pas de groupes à proprement parler, doit-il y avoir une représentation proportionnelle, au sein des commissions, entre les élus des différentes listes électorales (b.) ? Comme cette représentation doit-elle être calculée (c.) ?**

a. La Loi sur les communes laisse à ces dernières le soin de définir les modalités de représentation des groupes au sein des commissions du conseil (EMPL n°453 de mai 2011). Les communes ayant des groupes politiques doivent cependant veiller à prévoir une représentation équitable des divers groupes politiques au sein des commissions du conseil.

Les communes disposent d'une grande marge de manœuvre pour décider, par le biais de leur conseil, comment sont répartis les groupes politiques dans les commissions. Cette décision est prise, en principe, au début de la législature en fonction des forces respectives des groupes politiques constitués.

b. Comme expliqué ci-dessus, les communes doivent veiller à ce que les groupes politiques soient représentés de manière équitable au sein des commissions. Un raisonnement similaire s'applique également lorsqu'une commune n'a pas souhaité constituer de groupes politiques. Dans pareil cas, elle doit veiller à ce que les différents courants présents au sein du conseil soient globalement représentés dans les commissions.

c. La loi sur les communes laisse une grande marge de manœuvre aux communes et donc aux délibérants communaux (cf. toutefois réponse à la question 3 ci-dessous).

**3. Avec ou sans groupes politiques, est-il juste de dire que l'accès aux commissions du législatif communal doit en tous les cas être garanti aux élus de toutes les listes électorales ?**

Lorsque des groupes politiques sont constitués, chaque groupe politique reconnu peut effectivement prétendre à accéder aux commissions du conseil communal ou général. Dans le cas où aucun groupe politique n'est constitué, le bureau du conseil doit veiller à ce que les différents courants soient représentés de manière équitable lors de la constitution des commissions. Cette affirmation est valable aussi bien lorsque le conseil est élu selon le système proportionnel ou selon le système majoritaire.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 21 mars 2018.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

**Motion Mathieu Blanc et consorts – Pour un allongement de la période de publication de la brochure officielle de votation**

*Texte déposé*

La présente motion a pour objet que le Conseil d'Etat propose une modification de la Loi sur l'exercice des droits politiques (LEDP) prévoyant que le contenu de la brochure officielle de votation soit rendu public avant le début de la quatrième semaine précédant le scrutin.

En vertu de l'article 19 alinéa 1 LEDP, le matériel de vote doit parvenir aux électeurs dans la quatrième semaine précédant une votation.

Cette disposition signifie que le matériel de vote ne peut pas parvenir aux électeurs après la quatrième semaine précédant le scrutin. A priori, les termes de cette disposition n'empêchent pas le Conseil d'Etat de porter à la connaissance du public le contenu de la brochure officielle plus tôt, soit avant le début de la quatrième semaine précédant la votation.

Lors de la campagne de votation sur la Loi sur la préservation et la promotion du parc locatif (LPPPL), il est apparu que le Conseil d'Etat interprète cette disposition de façon beaucoup plus restrictive. Il considère que cette règle l'empêche de rendre public le contenu de la brochure officielle de votation avant le début de la quatrième semaine précédant le scrutin. Au nom du Conseil d'Etat, le Chancelier de l'Etat de Vaud a en effet précisé, dans *24heures* du 23 décembre 2016, que « La loi cantonale nous oblige à ne publier la brochure explicative qu'au moment de l'envoi des documents officiels. »

L'interprétation actuelle de l'article 19 LEDP par le Conseil d'Etat vide très substantiellement la substance du droit de recours contre le contenu de la brochure officielle. Le citoyen ne peut, en effet, prendre connaissance de la brochure officielle qu'au début de la quatrième semaine précédant le scrutin. Le citoyen doit ensuite parcourir la brochure, identifier les éventuels points qui sont contraires à la loi puis déposer un recours dans les trois jours (article 119 alinéa 1 LEDP). Le Conseil d'Etat devra alors se mettre à instruire le recours avant de pouvoir rendre une décision.

Certes, l'article 123 alinéa 1 LEDP prévoit que la décision doit être rendue sans retard.

Toutefois, cette disposition n'a pas d'effet contraignant. Admettons que le Conseil d'Etat fasse preuve d'une célérité particulière et prenne sa décision lors de sa séance ordinaire ayant lieu pendant la deuxième semaine précédant le scrutin. Dans ce cas, il reste 6 à 7 jours ouvrables avant le scrutin pour permettre au citoyen de déposer un recours à la Cour constitutionnelle et à celle-ci de rendre une décision. Cela paraît hautement difficile à mettre en œuvre. Et une fois que le scrutin a eu lieu, un recours contre le contenu de la brochure officielle n'est plus guère susceptible d'être admis par la Cour constitutionnelle, sauf si le vice constaté a pu influencer de façon déterminante le résultat de la votation.

Au-delà des aspects juridiques, la publication du contenu de la brochure officielle de votation avant le début de la quatrième semaine précédant une votation populaire permettrait également d'assurer davantage de transparence et favoriserait le débat public nécessaire à la formation de l'opinion.

Dans ce cadre, le canton de Vaud pourrait, par exemple, s'inspirer de l'article 11 alinéa 3 de la Loi fédérale sur l'exercice des droits politiques. Cette disposition prévoit que la Chancellerie fédérale publie sur support électronique — dans la pratique, il s'agit du site de la Confédération [www.admin.ch](http://www.admin.ch) — au plus tard six semaines avant le jour de la votation les textes soumis à la votation et les explications qui les accompagnent.

*Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures*

(Signé) Mathieu Blanc  
et 37 cosignataires

## *Développement*

**M. Mathieu Blanc (PLR) :** — Le texte que je développe s'insère dans le cadre d'une révision globale de la Loi sur l'exercice des droits politiques (LEDP) que nous pourrions entamer avec joie lors de la prochaine législature. Au cours de la présente législature, vous avez déposé un certain nombre de motions et de postulats concernant cette loi et j'ai d'ailleurs eu le plaisir de présider une commission avec laquelle nous avons traité dix de ces objets ! Ici, je me permets de proposer une nouvelle piste de réflexion dans le cadre d'une révision générale de la LEDP. Elle consisterait à étendre la période de publication et de prise de connaissance de la brochure officielle, lors de votations.

Aujourd'hui, la loi prévoit que, lors de votations, la brochure arrive chez les électeurs quatre semaines avant le scrutin. Lors de récentes votations, on a vu que selon leur interprétation de la disposition, le Conseil d'Etat et la Chancellerie estiment que la brochure doit arriver au maximum quatre semaines avant les votations, mais pas avant ce délai. Selon nous, cette interprétation peut-être un peu rigide pourrait être revue, dans le cadre de la révision de la loi, afin de permettre aux citoyens d'avoir plus de temps pour prendre connaissance de la brochure. Pourquoi ne pas s'inspirer du droit fédéral qui prévoit un délai de six semaines ? Cela permettrait aussi aux personnes qui souhaiteraient contester d'une manière ou d'une autre le contenu de la brochure de pouvoir véritablement faire recours. En effet, actuellement, en quatre semaines, c'est de fait très difficile, voire impossible. Dans un souci de transparence et aussi afin que le droit de recours puisse être exercé si nécessaire contre la brochure officielle, avec mes consorts et les signataires, nous souhaitons en discuter, afin de pouvoir intégrer ce point à la révision de la LEDP.

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

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE  
DES INSTITUTIONS ET DES DROITS POLITIQUES  
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Motion Mathieu Blanc et consorts**

**Pour un allongement de la période de publication de la brochure officielle de votation**

**1. PREAMBULE**

La CIDROPOL s'est réunie pour traiter cet objet le vendredi 19 janvier 2018 à la Salle du Bulletin, Parlement cantonal, rue Cité-Devant 13, à Lausanne. Etaient présent-e-s Mmes les députées Dominique-Ella Christin, Roxanne Meyer Keller, Aliette Rey-Marion, Valérie Schwaar, Carole Dubois (en remplacement de M. Nicolas Suter) et MM. les députés Jean-Daniel Carrard, Jérôme Christen, Grégory Devaud, Jean-Michel Dolivo, Philippe Ducommun, Jean-Marc Genton, Didier Lohri, Raphaël Mahaim, Pierre-André Romanens ainsi que le soussigné Jean Tschopp, président et rapporteur.

M. Mathieu Blanc, député et motionnaire, était excusé. Mme la conseillère d'Etat, Béatrice Métraux était également excusée.

Assistait également à cette séance Mme Corinne Martin, cheffe de service des communes et du logement et M. Vincent Duvoisin, chef de division des affaires communales.

M. Jérôme Marcel, secrétaire de la CIDROPOL, a tenu les notes de séance, ce dont nous le remercions vivement.

**2. POSITION DU MOTIONNAIRE**

Actuellement, la brochure de votation officielle est envoyée aux électeurs dans la quatrième semaine précédant le scrutin. La motion demande une publication anticipée. La pratique actuelle rend très difficile le respect du droit de recours sur une rectification du contenu de la brochure. Ce changement faciliterait l'usage du droit de recours. Elle assurerait par ailleurs davantage de transparence et favoriserait le débat public nécessaire à la formation de l'opinion.

**3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

En l'absence de la cheffe de département des institutions et de la sécurité, la cheffe du service des communes et du logement précise que le Conseil d'Etat n'est pas très favorable à une publication anticipée de la brochure officielle. Une augmentation des recours présenterait un risque de report de votations.

**4. DISCUSSION GENERALE**

Plusieurs députés s'expriment en faveur du renvoi de la motion au Conseil d'Etat. Une publication anticipée renforcerait le droit des électrices et électeurs souhaitant rectifier le contenu de la brochure officielle. Certains députés estiment que cette publication anticipée avant la quatrième semaine précédant le scrutin est possible dès à présent sans modifier le droit en vigueur. Il s'agit de leur point de vue d'un changement de pratique.

Pour le chef de division des affaires communales, l'impression de 450'000 brochures officielles nécessite beaucoup d'organisation. Si une publication papier six semaines avant la votation était

exigée, le délai entre la décision de convocation des électeurs et la votation devrait être rallongé. Plusieurs députés précisent qu'une publication anticipée par voie électronique suffirait pour les électeurs intéressés à faire usage de leur droit de recours.

Un autre membre de la commission ajoute que sans cette publication anticipée, le droit de recours est vidé de son contenu, puisqu'il empêche qu'une décision circonstanciée soit rendue en temps utile. Une publication plus en amont permettrait une rectification du contenu de la brochure et donnerait davantage de marge de manœuvre, comme le prévoit d'ailleurs la loi fédérale (art. 11 al. 3 LDP).

Selon un député, les médias anticipent de plus en plus les campagnes de votation. Cette tendance allonge le débat populaire. Ce contexte justifie d'autant plus la nécessité pour les électrices et électeurs de disposer aussitôt que possible d'une brochure officielle visant à une certaine pondération et à l'objectivité attendue.

## **5. VOTE**

*A l'unanimité, la commission recommande au Grand conseil de prendre en considération la motion et de la renvoyer au Conseil d'Etat.*

## **6. RESOLUTION DE LA COMMISSION**

Un député propose une résolution de la commission visant à anticiper le changement de pratique que plusieurs membres de la commission appellent de leurs vœux (la consultation de l'avant-projet de révision de la loi cantonale sur l'exercice des droits politiques étant annoncée pour fin 2018, la nouvelle loi ne sera pas débattue au Grand conseil avant 2019). Un autre député souhaite s'assurer d'une large communication autour de cette publication anticipée de la brochure par voie électronique qui avancera les délais de recours.

*Par 13 voix pour, 2 abstentions et aucune opposition, la commission décide de soumettre au Grand conseil la résolution ayant la teneur suivante :*

*« Le Grand conseil souhaite que la pratique de la Confédération consistant à publier la brochure officielle sous format électronique six semaines avant la date de l'objet de votation cantonale soit reprise par le Conseil d'Etat moyennant une communication aussi large et étendue que possible quant aux implications liées au changement de cette pratique ».*

Lausanne, le 11 avril 2018

Le rapporteur:  
(Signé) Jean Tschopp



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

## Résolution

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-RES-009

Déposé le : 08.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 136 LGC** La résolution, qui s'exprime sous la forme d'une déclaration ou d'un vœu, porte sur un sujet d'actualité ou sur un objet traité par le GC. Elle peut être déposée par un député, une commission ou un groupe politique. Elle n'a pas d'effet contraignant pour son destinataire. Pour que la résolution soit traitée, il est nécessaire qu'elle soit soutenue par au moins vingt députés. Elle est portée à l'ordre du jour d'une séance plénière et mise en discussion ; elle peut être amendée avant d'être soumise au vote. Jusqu'au vote de la résolution par le GC, l'auteur de celle-ci peut la retirer. Si la résolution est adoptée et qu'elle consiste en un vœu, le CE informe le GC de la suite qui lui a été donnée.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : trois mois.**

### Titre de la résolution

Pour un allongement de la période de publication de la brochure de votation

### Texte déposé

Le Grand conseil souhaite que la pratique de la Confédération consistant à publier la brochure officielle sous format électronique six semaines avant la date de l'objet de votation cantonale soit reprise par le Conseil d'Etat moyennant une communication aussi large et étendue que possible quant aux implications liées au changement de cette pratique.

### Commentaire(s)

#### Nom et prénom de l'auteur :

Jean Tschopp, pour la CIDROPOL

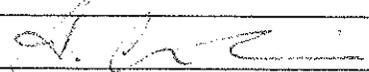
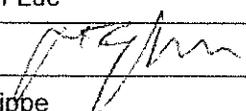
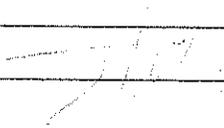
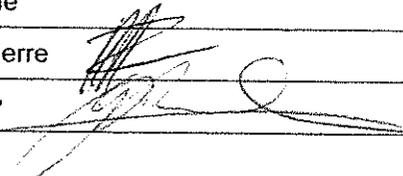
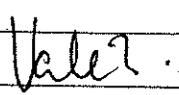
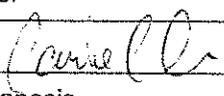
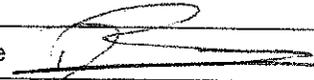
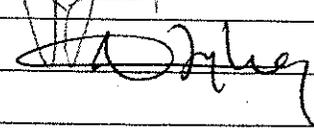
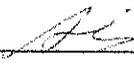
#### Signature :

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

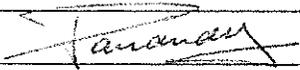
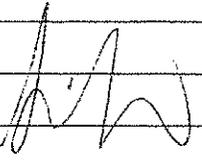
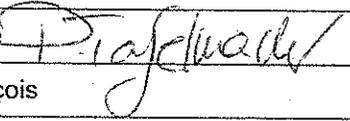
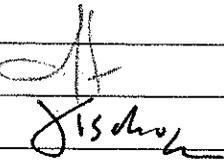
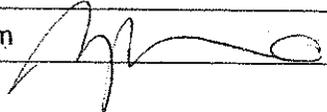
#### Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Manuel Donzé au nom du groupe PDC-Vaud Libre et consorts - Introduction du vote électronique dans le canton de Vaud : CHvote (GE) versus La Poste

#### *Rappel de l'interpellation*

*Le 5 avril 2017, le Conseil fédéral a arrêté les prochaines étapes en vue de l'introduction généralisée du vote électronique en Suisse. Il a décidé de mettre fin à la phase d'essais et de lancer les travaux législatifs requis pour passer à la mise en exploitation de cette forme de scrutin. A l'avenir, le vote électronique constituera ainsi une forme de vote à part entière, au même titre que le vote dans l'urne et le vote par correspondance. Deux solutions de vote électronique sont soumises actuellement au choix des cantons : le système CHvote du canton de Genève et le système de La Poste. Comme chacun sait, le canton de Vaud va prochainement mener un projet pilote et des tests avec la solution du canton de Genève.*

*Le 11 août 2017, le quotidien Le Temps a publié un article comparant les deux systèmes, qui mentionnait le retard et les défauts du système genevois :*

*" L'actuelle solution du canton de Genève ne dispose ni du cryptage de bout en bout, ni d'un protocole cryptographique moderne, et doit donc d'abord être redéveloppée pour permettre une utilisation couvrant plus de 30 % de l'électorat. [...] "*

*La Poste annonce dans un communiqué daté du 21 août 2017 et repris par plusieurs médias avoir obtenu la certification pour une utilisation couvrant jusqu'à 50 % de l'électorat. Ainsi, pour la première fois, jusqu'à la moitié des électeurs des cantons recourant à ce dernier système pourront s'exprimer lors des votations et élections par voie électronique.*

*Dans ce contexte, nous posons au Conseil d'Etat les questions suivantes :*

- 1. Quels sont les critères qui ont présidé à la décision du Conseil d'Etat de mener le projet pilote avec le système genevois CHvote ?*
- 2. Est-il exact que CHvote ne remplit pas aujourd'hui les exigences actuelles de la Chancellerie fédérale relatives à une couverture de 30 % de l'électorat ? Si oui, pourquoi le Conseil d'Etat a-t-il quand même décidé d'utiliser CHvote ?*
- 3. Comment le canton de Vaud définit-il les critères de réussite du projet pilote ?*
- 4. Une évaluation des deux systèmes est-elle planifiée au terme du projet pilote, avant que le vote électronique ne soit définitivement introduit dans le canton de Vaud ?*
- 5. Quand devrait avoir lieu l'introduction généralisée du vote électronique pour les Suisses de l'étranger et pour l'électorat domicilié dans le canton de Vaud ?*
- 6. Est-il correct d'affirmer que le système CHvote ne dispose pas d'un cryptage de bout en bout ?*

*Souhaite développer.*

*(Signé) Manuel Donzé, au nom du groupe PDC-Vaud Libre et 4 cosignataires*

## **Réponse du Conseil d'Etat**

### **Préambule**

Au début des années 2000, la Confédération a décidé d'autoriser le lancement de projets pilotes en matière de vote électronique. Trois cantons se sont proposés et ont vu leur candidature retenue : Genève, Neuchâtel et Zurich. Genève a été le premier canton à réaliser des essais en 2003 alors que Neuchâtel et Zurich ont suivi en 2005.

En 2009, Genève était le premier canton à offrir le vote électronique à l'ensemble de ses Suisses de l'étranger. Il était aussi le premier à héberger un autre canton, à savoir Bâle-Ville. Sous forme de projet, plusieurs cantons alémaniques ont rejoint Zürich dans ce que l'on appelait à l'époque le consortium alors que le système développé par Neuchâtel n'était pas adapté à l'implémentation dans d'autres cantons. C'est dans ce contexte que le Conseil d'Etat vaudois s'était rapproché du canton de Genève dans l'idée de préparer une collaboration future, notamment concernant les Suisses de l'étranger.

En effet, si le Conseil d'Etat n'était pas favorable à l'introduction du vote électronique comme moyen de vote usuel, pour des raisons tant financières que liées à la sécurité, il considérait déjà à l'époque qu'une part importante des Suisses de l'étranger se trouvaient privés régulièrement, voire systématiquement, de leur droit de vote, compte tenu de la durée d'acheminement du matériel de vote à l'aller et/ou au retour. Une étude menée en 2008 indiquait que plus de 3% des votes provenant de l'étranger arrivaient hors délai et n'étaient donc pas pris en considération. Cette statistique n'a d'ailleurs pas évolué depuis lors.

En 2013, lors de l'introduction des dispositions transitoires relatives aux essais sur le vote électronique, le Conseil d'Etat est revenu sur les éléments susmentionnés à travers son exposé des motifs et projet de loi (EMPL 455) modifiant la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP ; RSV 160.01). Il y mentionne également son choix en faveur du système genevois, prenant en compte des critères techniques, financiers, linguistiques et la volonté claire des deux Conseils d'Etat concernés de développer des collaborations lémaniques dans divers domaines.

A noter que, depuis lors, le consortium alémanique a abandonné son projet tandis que le canton de Neuchâtel s'est tourné vers le système proposé par La Poste qui utilise le programme développé par l'entreprise espagnole Scytl Secure Electronic Voting SA, dont les capitaux sont en mains européennes et américaines. Aujourd'hui, la Confédération tient à avoir au minimum deux fournisseurs de vote électronique et insiste vivement auprès de tous les cantons pour qu'ils offrent le vote électronique à leurs Suisses de l'étranger. Quasiment tous les cantons se sont désormais décidés dans ce sens et se répartissent en deux groupes, soit en collaboration avec Genève, soit en collaboration avec La Poste, même si la plupart n'en sont qu'au stade de projet ou de tests.

Lors de la votation du 24 septembre 2017, les autorisations délivrées par la Chancellerie fédérale en matière de vote électronique regroupaient une population d'environ 180'000 électeurs, dont 143'000 via la solution genevoise CHVote, soit environ 80% de l'électorat réparti sur 6 cantons.

<https://www.bk.admin.ch/dam/bk/fr/dokumente/pore/Conditions%20des%20essais%2024%20septembre%2020>

## **Réponse du Conseil d'Etat**

1. Quels sont les critères qui ont présidé à la décision du Conseil d'Etat de mener le projet pilote avec le système genevois CHvote ?

Comme expliqué en préambule, le Conseil d'Etat s'est engagé en 2009 déjà à collaborer avec le canton de Genève pour ces essais en matière de vote électronique afin de renforcer la collaboration générale entre les deux cantons ainsi que pour des critères techniques, financiers et

linguistiques. Le fait que le système genevois ait largement été éprouvé depuis 2003, qu'il soit intégralement en mains publiques et développé en open source est aujourd'hui un motif important dans le choix du Conseil d'Etat de poursuivre sa collaboration avec Genève pour les essais agendés.

2. Est-il exact que CHvote ne remplit pas aujourd'hui les exigences actuelles de la Chancellerie fédérale relatives à une couverture de 30 % de l'électorat ? Si oui, pourquoi le Conseil d'Etat a-t-il quand même décidé d'utiliser CHvote ?

Non ce n'est pas exact. Actuellement le canton de Genève a obtenu un agrément de la Confédération pour que 30% de son électorat puisse voter de manière électronique. Il a mis en place un système d'inscription qui permet à tout électeur qui le désire, dans la limite actuelle de 30%, de s'inscrire pour bénéficier de ce canal de vote. Pour la votation du 4 mars 2018, plus de 42'000 électeurs résidents genevois pourront voter en ligne s'ils le souhaitent. Le Conseil d'Etat genevois, soutenu par son Parlement, n'a par ailleurs pas jugé utile d'effectuer les démarches pour obtenir une certification à 50% qu'il considère comme non pertinente, dans la mesure où il développe en ce moment la version 2.0 de CHVote qui devrait lui permettre d'obtenir directement une certification pour la totalité de l'électorat, soit 100%. Selon les dernières informations communiquées par la Chancellerie genevoise, la date de la mise en place de cette version 2.0 est prévue pour novembre 2019.

3. Comment le canton de Vaud définit-il les critères de réussite du projet pilote ?

Concernant les essais, les critères principaux seront le taux de participation, la facilité d'utilisation du système et la satisfaction des électeurs concernés ainsi que leur niveau de confiance par rapport à ce nouveau moyen de vote. Selon l'expérience des autres cantons, le taux de participation aux premiers essais se situe à environ 30% des votants et va jusqu'à atteindre 50%. Le Conseil d'Etat vise donc cet objectif d'ici la fin des essais. Concernant la facilité d'utilisation, le niveau de satisfaction et de confiance, des sondages pourront être menés auprès des utilisateurs, mais également sur la base de statistiques d'utilisation du helpdesk.

Bien entendu, le but de ces essais est également de valider l'ensemble de l'infrastructure technique, de l'organisation et du bon déroulement des opérations, sachant qu'une des particularités du Canton réside dans le fait que la Ville de Lausanne gère le registre civique des Suisses de l'étranger sur mandat du Conseil d'Etat.

Les possibilités d'intégration, à terme, du vote électronique dans le cadre du projet vaudois de cyberadministration devront également être examinées. La sécurité du vote électronique est également une préoccupation importante du Conseil d'Etat qui rappelle toutefois que les normes en la matière sont fixées par la Confédération et que chaque fournisseur de solution de vote électronique est certifié par un organisme indépendant. Cet élément de sécurité sera bien entendu un élément majeur dans le rapport qu'établira le Conseil d'Etat à l'attention du Grand Conseil.

4. Une évaluation des deux systèmes est-elle planifiée au terme du projet pilote, avant que le vote électronique ne soit définitivement introduit dans le canton de Vaud ?

Même si un essai avec La Poste n'est pas à l'ordre du jour, il va sans dire qu'une évaluation des deux systèmes sera effectuée dans le cadre du rapport précité, tant sur le plan technologique, des risques, que sur le plan économique.

5. Quand devrait avoir lieu l'introduction généralisée du vote électronique pour les Suisses de l'étranger et pour l'électorat domicilié dans le canton de Vaud ?

Dès novembre 2018, le canton de Vaud sera prêt à effectuer des essais avec les Suisses de l'étranger sur la version actuelle de CHVote. Comme déjà mentionné, le système genevois

prévoit d'introduire le système CHVote de deuxième génération en novembre 2019. Des essais devront être réalisés sur cette nouvelle plateforme avant que le Conseil d'Etat puisse rendre un rapport définitif au Grand Conseil. Ce n'est qu'à la suite de ces essais que le Conseil d'Etat pourra se faire une opinion en toute transparence qui lui permette de juger la pertinence de la mise en place du vote électronique dans le Canton de Vaud. En l'état de l'avancement du projet, le Conseil d'Etat n'est pas en mesure de se prononcer sur une éventuelle introduction généralisée du vote électronique dans le canton de Vaud.

6. Est-il correct d'affirmer que le système CHvote ne dispose pas d'un cryptage de bout en bout ?
- Actuellement, lors de l'utilisation de CHVote, le navigateur de l'électeur est sécurisé par https. En plus de reposer sur le protocole ssl, le chiffrement E2E offrira la garantie que l'intention de vote de l'utilisateur final ne pourra être lue entre le poste client (par des logiciels tiers) jusqu'au serveur, la donnée étant encryptée de l'application (sous forme de javascript) au serveur. Bien entendu, les contenus du reste du système, dont l'urne, sont actuellement chiffrés. La version 2.0 de CHVote assurera ce chiffrement de bout en bout dès sa mise en application.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 21 mars 2018.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Julien Sansonnens et consort - Vote électronique : quelles sont les prochaines étapes ?

#### **Rappel de l'interpellation**

*Le vote électronique reste, à l'heure actuelle, une technologie immature. Aux Etats-Unis, pays hautement avancé d'un point de vue technologique, des soupçons pèsent sur la régularité de la dernière élection présidentielle, plusieurs experts ayant estimé qu'un piratage du système de vote électronique avait eu lieu, ou était au moins théoriquement possible.*

*En Suisse comme dans le canton de Vaud, d'importantes questions subsistent quant à la sécurité des diverses solutions de vote électronique expérimentées jusqu'à présent. Il n'est pas nécessaire de souligner combien le bon fonctionnement de notre système démocratique, et la confiance des citoyens en celui-ci, reposent sur un très haut niveau de sécurité des scrutins. En matière de vote électronique, il faudrait que le niveau de sécurité du vote électronique soit au moins aussi haut que celui du vote par correspondance, ce qui semble loin d'être garanti à l'heure actuelle. Il est également nécessaire, du point de vue démocratique, que chaque citoyen soit en mesure de comprendre le processus de vote.*

*En 2013, le canton de Vaud prévoyait de mener un essai de vote électronique sur trois ans. Or devant les difficultés rencontrées, en particulier les importantes lacunes découvertes en matière de sécurité, cet objectif n'a pas pu être tenu. Des failles informatiques ont en effet été détectées dans la solution genevoise CHVote utilisée par le canton de Vaud. En 2015, le Conseil fédéral a interdit à neuf cantons alémaniques d'utiliser leur solution de vote électronique pour les élections fédérales, à nouveau en raison de failles dans la sécurité et la confidentialité du vote. L'objectif d'aboutir à un système fonctionnel pour l'année 2016 n'a donc pas pu être atteint, et le délai pour mener l'essai a été repoussé dans notre canton à 2021.*

*Récemment, le Conseil fédéral a défini les prochaines étapes en vue d'introduire le vote électronique partout en Suisse. Dans un article du journal Le Temps du 5 avril 2017, la cheffe du Service des communes et du logement indique qu'un essai aura lieu en juin 2018 et qui concernera les Suisses de l'étranger. On apprend que c'est à nouveau le système genevois CHVote, dans une version retravaillée, qui sera utilisé.*

*Nous remercions par avance le Conseil d'Etat pour ses réponses aux questions suivantes :*

- 1. L'essai mené en juin 2018 sera-t-il effectué sur la base d'un logiciel " open-source " ? Le cas échéant, l'état prévoit-il de mettre à disposition du public et des professionnels intéressés le code source du logiciel suffisamment à l'avance, afin que celui-ci puisse être audité ? Un audit indépendant de l'ensemble de la solution sera-t-il d'ailleurs réalisé, le cas échéant par qui/quelle institution ?*
- 2. La Poste suisse propose également une solution de vote électronique, en partenariat avec l'entreprise espagnole ScytL. Le Conseil d'Etat est-il conscient des enjeux et des risques potentiels induits par l'intrusion d'une entreprise privée étrangère dans le processus démocratique cantonal ou fédéral ? N'y a-t-il pas là un risque d'une certaine privatisation du processus de vote ? Le Conseil d'Etat peut-il garantir que l'essai qu'il entend mener en 2018 se fera sur la base d'un logiciel public, développé, hébergé et géré en Suisse ?*
- 3. Comment les citoyens seront-ils à même de contrôler le bon déroulement du scrutin électronique ? Lors d'une votation " sur papier ", il est possible de contrôler si les bulletins sont conformes, et de procéder à des recomptages : comment ces garanties élémentaires pourraient-elles être assurées dans le cas de votations électroniques ?*
- 4. Le Conseil d'Etat peut-il nous renseigner sur le planning et les prochaines étapes en matière de vote électronique dans le canton ?*
- 5. Récemment, le canton de Bâle-Ville a décidé de ne plus utiliser le système de vote électronique genevois et s'est tourné vers le système de la Poste. Le Conseil d'Etat a-t-il connaissance des raisons qui ont poussé Bâle-Ville à*

*renoncer au système CHvote? Cette décision est-elle de nature à remettre en cause l'utilisation de CHvote par le canton de Vaud ?*

*Souhaite développer.*

*(Signé) Julien Sansonnens et 1 cosignataire*

## **Réponse du Conseil d'Etat**

Le vote électronique par internet fait l'objet de beaucoup d'attention en Suisse, aussi bien de la part des autorités fédérales et cantonales que des partis politiques. La Confédération se fait aujourd'hui un point d'honneur à favoriser ce canal de vote afin d'encourager la participation démocratique et le passage à l'ère numérique.

Dans un récent communiqué de presse, le Conseil fédéral a rappelé que depuis 2004, 14 cantons ont mené plus de 200 essais en matière de vote électronique. Ce sont tout d'abord leurs électeurs suisses de l'étranger qui se sont vus offrir la possibilité de voter par ce canal. Les cantons de Neuchâtel, de Genève et de Bâle-Ville proposent en outre le vote par voie électronique à une partie de leurs électeurs en Suisse. Selon le Conseil fédéral, les essais réalisés ont démontré que la numérisation répond à un réel besoin de la population. En effet, jusqu'à deux tiers des votants d'un canton qui peuvent recourir au vote électronique optent pour cette forme de vote. Fort de ce constat, la Confédération estime qu'à l'avenir, le vote électronique constituera une forme de vote à part entière, au même titre que le vote dans l'urne et le vote par correspondance. Aujourd'hui, le Conseil fédéral promeut de manière active l'extension du vote électronique à tout le territoire suisse, même si cette introduction reste facultative pour les cantons, tout du moins dans un premier temps. Il a également rappelé que l'instauration du vote électronique constitue d'ailleurs un objectif commun de la stratégie de cyberadministration de la Confédération, des cantons et des communes.

En parallèle, la Chancellerie fédérale a adopté une révision des dispositions de l'ordonnance sur les droits politiques qui régissent les essais de vote électronique. Ces nouvelles bases juridiques définissent les conditions d'expansion du canal de vote électronique et fixent des critères très stricts en matière de sécurité tels que la publication du code source, la vérifiabilité individuelle puis universelle, ainsi que des exigences en matière de contrôle effectué par un service spécialisé externe accrédité par la Confédération (accréditation SAS)

Concernant plus précisément le canton de Vaud, le Conseil d'Etat a proposé au Grand Conseil de prolonger la période permettant de réaliser des essais en matière de vote électronique afin de déterminer si l'introduction de ce canal permet de garantir de manière fiable la sécurité, l'intégrité et la transparence nécessaires au processus électoral dans notre Canton. La modification de la loi du 16 mai 1989 sur l'exercice des droits politiques (LEDP ; RSV 160.01) adoptée par le Grand Conseil le 31 mai 2016 laisse maintenant au Conseil d'Etat un délai au 30 novembre 2020 pour présenter au Grand Conseil un rapport sur le vote électronique en procédant notamment à des essais.

Fort de cette décision, le Département des institutions et de la sécurité (DIS), département en charge des droits politiques, s'est engagé auprès de la Chancellerie genevoise à réaliser ces essais sur le vote électronique en utilisant la plateforme CHVote. Ce système de vote électronique est entièrement développé, hébergé et exploité par le canton de Genève. Depuis 2016, ce système est développé en open source.

A ce jour, plusieurs contacts ont eu lieu entre les administrations vaudoises et genevoises en vue d'établir un planning et de définir les étapes nécessaires à l'obtention de l'autorisation de la Confédération afin de procéder aux essais en question. La collaboration est en cours.

**1. L'essai mené en juin 2018 sera-t-il effectué sur la base d'un logiciel " open-source " ? Le cas échéant, l'état prévoit-il de mettre à disposition du public et des professionnels intéressés le code source du logiciel suffisamment à l'avance, afin que celui-ci puisse être audité ? Un audit indépendant de l'ensemble de la solution sera-t-il d'ailleurs réalisé, le cas échéant par qui/quelle institution ?**

Depuis 2010 déjà, tous les citoyens du canton de Genève avaient la possibilité de consulter le code source de la plateforme CHVote en présentant une demande écrite auprès du Conseil d'Etat genevois. Aujourd'hui, ce code est accessible au grand public. En effet, début 2016, le Grand Conseil genevois a adopté une modification de la loi genevoise sur l'exercice des droits politiques rendant obligatoire la publication du code source de cette plateforme sur Internet. Ce code est téléchargeable notamment depuis la plateforme Github (<https://github.com/republique-et-canton-de-geneve/chvote-1-0>). Deux éléments sont actuellement disponibles sur cette plateforme, le code de la console de déchiffrement en ligne (code actuellement utilisé) et le code source du prototype du protocole de dernière génération. Cette même loi fixe également des exigences élevées en termes d'audit, celles-ci étant supérieures aux exigences fédérales. Ces audits doivent être organisés tous les trois ans et sont publics. Les résultats des audits sont par ailleurs publiés dans les rapports du Conseil d'Etat genevois à l'attention de son Grand Conseil (rapports de 2016 des derniers audits réalisés disponibles en ligne sur le site du Grand Conseil genevois <http://ge.ch/grandconseil/search?search=RD+1138>).

La nouvelle solution genevoise actuellement en développement (prototype en ligne sur la plateforme Github) fera l'objet

d'audits et de test d'intrusion.

Le Conseil d'Etat se dit simplement satisfait de cette situation concernant les essais prévus avec le système CHVote. Nous suggérons qu'il affirme qu'il se montrera très exigeant sur l'ensemble des critères de sécurité et surtout très attentif quant au résultat des tests et vérifications qui seront menés d'ici à l'utilisation de la solution pour des votant-e-s vaudois.

**2. La Poste suisse propose également une solution de vote électronique, en partenariat avec l'entreprise espagnole Scytl. Le Conseil d'Etat est-il conscient des enjeux et des risques potentiels induits par l'intrusion d'une entreprise privée étrangère dans le processus démocratique cantonal ou fédéral ? N'y a-t-il pas là un risque d'une certaine privatisation du processus de vote ? Le Conseil d'Etat peut-il garantir que l'essai qu'il entend mener en 2018 se fera sur la base d'un logiciel public, développé, hébergé et géré en Suisse ?**

Le Conseil d'Etat est particulièrement sensible aux enjeux liés à la sécurité du vote électronique ainsi qu'à la nécessité de garantir autant que faire se peut l'intégrité du processus démocratique dans notre canton. Dans le cas présent, il n'est pas prévu d'adopter aujourd'hui le vote électronique comme moyen de vote usuel, mais bien d'effectuer les essais permettant de déterminer si l'introduction du vote électronique garantit cette intégrité. A cet effet, un rapport du Conseil d'Etat sera soumis au Parlement à l'issue de ces essais. Il sied par ailleurs de préciser que ces essais seront réalisés sur la population des Suissesses et Suisses de l'étranger, soit environ 4% des électeurs vaudois.

Concernant plus précisément la solution développée par La Poste, il y a lieu de rappeler que la Confédération vient de certifier le système de vote électronique développé en partenariat avec Scytl pour un usage allant jusqu'à 50 pourcent de l'électorat suisse. L'on peut donc estimer que Berne a jugé que cette solution offre les garanties nécessaires à la sécurité et au respect du processus démocratique dans notre pays. Pour rappel, deux conditions doivent être remplies pour la mise en place d'un vote électronique, à savoir la vérifiabilité individuelle - elle garantit l'identification de tout dysfonctionnement systématique dans le processus de vote à la suite d'une erreur logicielle, d'une erreur humaine ou d'une tentative de manipulation (ce qui suggère que les votants puissent contrôler de manière fiable que leur suffrage a été pris en compte par le système) - ainsi que des exigences particulièrement élevées de sécurité, dont le contrôle est effectué par un service spécialisé externe accrédité par la Confédération (accréditation SAS).

Concernant plus précisément les essais qui auront lieu en 2018, ceux-ci seront réalisés sur la plateforme genevoise CHVote. La question de la privatisation du processus de vote ne se pose donc pas pour l'instant, ce système de vote électronique étant entièrement public, développé, hébergé et exploité par le canton de Genève.

**3. Comment les citoyens seront-ils à même de contrôler le bon déroulement du scrutin électronique ? Lors d'une votation " sur papier ", il est possible de contrôler si les bulletins sont conformes, et de procéder à des recomptages : comment ces garanties élémentaires pourraient-elles être assurées dans le cas de votations électroniques ?**

La vérifiabilité individuelle prévoit que le votant puisse contrôler de manière fiable que son suffrage a bien été pris en compte par le système. Tant la solution développée par Genève que celle développée par La Poste permettent aujourd'hui cette vérifiabilité. Dans le système genevois cela se traduit par la possibilité pour chaque électrice et électeur de contrôler par le biais d'un système de codes de vérification (que seul le votant connaît) que son vote a bien été transmis au système (contenant l'urne numérique officielle) tel qu'elle ou il l'a exprimé, et que ses choix n'ont pas été modifiés.

Par ailleurs, l'avantage du vote électronique (par rapport au vote papier) est qu'il évite, de par sa nature, les erreurs liées à la non conformité des bulletins, à la nullité des votes ou à l'interprétation de la volonté de l'électeur. En effet, un bulletin virtuel rempli de manière inexacte ne peut pas être validé par le votant, il n'est donc pas comptabilisé. Enfin, avant d'octroyer l'autorisation de procéder au vote électronique lors d'un scrutin fédéral, la Confédération veille à ce que tout soit mis en place pour garantir l'intégrité et l'exactitude des résultats, protéger le secret du vote et empêcher l'établissement de résultats partiels de manière anticipée.

Techniquement parlant, les processus mis en place par le canton de Genève prévoient que des votes de contrôle sont effectués par la commission électorale tout au long du processus, de sorte à garantir l'intégrité des résultats. Par ailleurs, le canton de Genève a déjà dû procéder à un recomptage général au mois de mars 2015 et donc également à un recomptage des votes électroniques dans le cadre d'une votation cantonale dès lors que les résultats étaient extrêmement serrés. Ce recomptage n'a révélé aucune différence ni irrégularités.

**4. Le Conseil d'Etat peut-il nous renseigner sur le planning et les prochaines étapes en matière de vote électronique dans le canton ?**

Comme déjà annoncé, les premiers essais sur le vote électronique auront lieu en 2018, probablement en fin d'année. Ils devraient se poursuivre au premier semestre 2019 afin d'en retirer les éléments nécessaires au rapport que le Conseil d'Etat doit soumettre au Grand Conseil avant la fin de la législature. Ces essais ne concerneront que les Suisses de l'étranger qui seront bien évidemment libres d'utiliser la solution électronique ou la voie habituelle du vote par correspondance.

**5. Récemment, le canton de Bâle-Ville a décidé de ne plus utiliser le système de vote électronique genevois et s'est tourné vers le système de la Poste. Le Conseil d'Etat a-t-il connaissance des raisons qui ont poussé Bâle-Ville à renoncer au système CHvote? Cette décision est-elle de nature à remettre en cause l'utilisation de CHvote par le**

**canton de Vaud ?**

Le Conseil d'Etat a pris contact avec les cantons concernés. Toutefois, une procédure judiciaire est en cours concernant la décision d'adjudication prise par le canton de Bâle-Ville. En l'état, aucune information supplémentaire ne peut être communiquée par les parties à ce sujet.

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

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Marc-Olivier Buffat "Dossiers numériques - quelle anticipation et quels moyens informatiques pour la justice vaudoise"

#### *Rappel de l'interpellation*

*Lors de la cérémonie en l'honneur de l'actuelle présidente du Grand Conseil, Mme Sylvie Podio, le président du Tribunal cantonal a rappelé que le Tribunal fédéral avait d'ores et déjà initié une procédure visant à introduire des dossiers judiciaires sous forme numérique exclusivement. Cela conduira à terme à l'abandon des copies sous forme papier.*

*Par voie de cascade, les cours cantonales et, dans le canton de Vaud, les tribunaux d'arrondissement, justices de paix, etc., devront donc également mettre en place des dossiers numériques, ne serait-ce que pour garantir la compatibilité avec d'éventuelles procédures au niveau fédéral en cas de recours.*

*Dès lors, je souhaite poser au Conseil d'Etat la question suivante : sachant qu'en principe la Confédération a d'ores et déjà mis les moyens financiers et en personnel pour assurer l'entrée en vigueur du dossier numérique pour 2020, quelle mesure d'anticipation entend prendre le Conseil d'Etat pour s'assurer que le canton de Vaud disposera également de dossiers numériques et ce, de façon concordante avec les procédures fédérales ?*

*D'avance, je remercie le Conseil d'Etat de ses réponses.*

#### **Réponse du Conseil d'Etat**

Après avoir consulté le Tribunal cantonal, en charge du projet, le Conseil d'Etat peut répondre comme suit à l'interpellation déposée par M. le député Buffat :

Trois organisations de projets visant à développer les dossiers numériques de la justice sont actuellement en cours au niveau fédéral.

Premièrement, fin 2016, la Conférence de la justice - soit les directions des cours suprêmes des cantons et du Tribunal fédéral (TF) - a adopté à l'unanimité les thèses présentées par le TF relatives au projet de dossier judiciaire électronique. Le projet eDossiers tribunaux vise à développer et à mettre en place l'infrastructure nécessaire à une communication entièrement électronique et sans changement de support d'information entre la justice et ses différents partenaires.

En résumé, la Conférence de la justice a décidé :

- d'une direction autonome du projet par les tribunaux ;
- de confier la gestion du projet au TF ;
- du démarrage de projets informatiques communs comprenant la réalisation d'applications couvrant la consultation électronique des dossiers, la place de travail informatisée des juges et la plate-forme de distribution électronique ;

- que, les applications prévues venant en complément aux applications de gestion de dossiers dont disposent déjà les cantons, les développements devront être réalisés de manière à être facilement intégrables dans les systèmes cantonaux existants ;
- de confier au TF d'entreprendre les actions nécessaires en vue de faire élaborer les obligations légales concernant le dossier électronique des tribunaux, la communication électronique dans le domaine judiciaire avec les instances judiciaires et la consultation électronique des dossiers. Le TF est chargé, le cas échéant, de faire créer les bases légales concernant l'archivage électronique.

Deuxièmement, le programme d'harmonisation de l'informatique de la justice pénale(HIJP) a été mis en place par la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP). Le programme HIJP vise essentiellement à faciliter les échanges entre polices cantonales et autorités de poursuites pénales, dans des domaines complémentaires à ceux des projets de la Conférence de la justice.

Troisièmement, pour éviter des développements à double, les projets sont menés en coordination entre ces deux organisations, dans le cadre d'un projet intitulé eJus2020.

Les premiers travaux concernant le dossier judiciaire électronique ont déjà commencé. Début 2018, un chef de projet dédié sera engagé par le TF. Les spécifications du système seront prêtes à mi 2018 pour permettre aux cantons d'analyser en détail les besoins, de les compléter si nécessaire ainsi que d'évaluer les travaux d'intégration dans les SI cantonaux. Il est ensuite prévu de rendre disponibles les composants du système dès l'été 2019. Les travaux d'intégration à la charge des cantons pourront alors débiter. La justice vaudoise et la DSI participent de manière active à l'ensemble de ces projets en collaborant aux différents groupes de travail pour préciser les fonctionnalités attendues du système voulu par la Conférence de la justice. En particulier, la Secrétaire générale de l'ordre judiciaire est membre du comité mixte, un des organes de direction du projet.

En parallèle, l'Office fédéral de la justice (OFJ) prévoit de mettre en consultation les modifications du cadre légal en été 2018. L'OFJ devrait proposer une obligation de mise en œuvre de ce cadre légal dans les deux ans qui suivent son adoption par les chambres fédérales.

S'agissant du financement, il convient de distinguer les frais découlant de la participation aux projets des frais de mise en œuvre des solutions retenues. Ainsi, la justice vaudoise assure actuellement la part des budgets d'étude et de gestion des projets HIJP qui lui revient par le budget ordinaire. Il en va de même pour les projets eDossiers tribunaux et eJus2020. Le financement de la mise en œuvre des projets devra ensuite faire l'objet d'une demande de crédit d'investissement. Toutefois, les projets n'étant pas suffisamment avancés en l'état, les coûts de leur réalisation à la charge des cantons ne peuvent pas encore être établis. Les éléments nécessaires au chiffrage de ces coûts seront vraisemblablement progressivement disponibles dès l'année prochaine. Les demandes de crédit nécessaires pourront alors être réalisées. Compte tenu du délai de mise en œuvre de 2 ans qui serait imposé par la Confédération, le ou les crédits d'investissement seront requis, afin que la justice vaudoise et la Direction des systèmes d'information (DSI) puissent obtenir dans les meilleurs délais les budgets nécessaires pour financer tous les travaux des projets eDossiers tribunaux et eJus2020. A cela va également s'ajouter la mise en œuvre des normes d'échanges du programme HIJP en cours d'élaboration qui devront être implémentées dans les systèmes d'information (SI) cantonaux progressivement une fois celles-ci publiées. La norme d'échange ech0051 (échange de données dans le champ d'application de la police) devrait être disponible à fin 2018.

Finalement, il convient de rappeler que le SI de la justice vaudoise est actuellement en cours de modernisation, le financement étant assuré par un crédit voté en mars 2014 (EMPD 141). Ces travaux sont un prérequis technique indispensable pour permettre la réalisation des projets fédéraux mentionnés précédemment. En effet, la plate forme sur laquelle les applications actuelles de la justice vaudoise tourne est obsolète. En l'état, elle n'offre dès lors pas les fonctionnalités indispensables à la

réalisation de nouveaux projets et à l'intégration d'applications développées selon les normes et standards actuels. Le Conseil d'Etat, en collaboration avec le Tribunal cantonal, mettra donc tout en oeuvre afin que le planning du projet de modernisation du SI justice soit respecté et que les projets d'informatisation des dossiers judiciaires puissent être réalisés au sein du canton dans les délais impartis.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 13 décembre 2017.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*



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-177

Déposé le : 15.05.18

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

Le plastique c'est la panique

## Texte déposé

Le 30 avril 2018, nous apprenions par voie de presse - 24 heures et Tribune de Genève, la fermeture des frontières chinoises à 24 catégories de déchets solides venant du monde entier et ce depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. L'impact est énorme pour les pays exportateurs de déchets, puisque la Chine absorbe jusqu'à 56% des déchets mondiaux de plastique. L'exportation de déchets pose plusieurs problèmes sur le plan international et cela a mené, en 1989 à la conclusion de la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et de leur élimination, ratifiée notamment par la Suisse. L'actualité, met donc le monde occidental au pied du mur et démontre le manque de filières de recyclage locales, concernant en particulier le plastique. En Europe, sur les 25 millions de tonnes de déchets plastiques produits chaque année, 30 % seulement sont collectés pour être recyclés. En Suisse, la situation est comparable. Nous consommons 125 kg de matières plastiques par personne et par année, dont 45 kg d'emballages. Or 70 % de ces matériaux ne sont pas recyclés<sup>1</sup>. S'il est vrai que chez nous, ces déchets ne terminent plus en décharge, comme cela arrive encore dans de nombreux pays, et que la chaleur produite par leur incinération est souvent récupérée, une marge de manœuvre considérable existe vers une réduction à la source et un meilleur taux de recyclage.

Le canton de Vaud avait, lors du dernier recensement (2015), un taux de recyclage plutôt bon de 57%<sup>2</sup>. L'Agenda 21 cantonal prévoit un taux de recyclage globale de 60% pour 2025. Si l'on peut trier désormais sans problèmes alu, fer blanc, papier, déchets organiques, piles et PET, certains déchets plastiques (hors PET), pourtant facilement recyclables, finissent toujours obligatoirement dans nos poubelles, aucune collecte séparée ne leur étant destinée. Pour ces emballages, des points de collecte existent dans certaines déchèteries, mais une fois récoltés ceux-ci finissent le plus souvent incinérés, faute de filière de recyclage.

<sup>1</sup><https://blogs.letemps.ch/adele-thorens/2018/03/27/la-suisse-doit-elaborer-une-strategie-pour-gerer-durablement-les-matieres-plastiques/>

<sup>2</sup><https://www.vd.ch/themes/environnement/dechets/statistiques/>

Au vu de la problématique internationale relayée dans la presse et mise en lien avec la pollution des océans du globe mais aussi des lacs et rivières suisses, il est plus qu'opportun de se questionner sur nos pratiques de recyclages mais aussi de réduction de production des déchets par des mesures concrètes.

La mise en place de filière de tri et de recyclage peut s'avérer onéreuse pour les collectivités locales, mais peut aussi être source de revenus, en vertu des principes de l'économie verte. Le recyclage est essentiel, mais il est surtout nécessaire de limiter la production de déchets.

Au vu de ce qui précède, nous avons l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

1. Le Conseil d'Etat pense-t-il parvenir à atteindre le taux de recyclage de 60% d'ici à 2025 ?
2. Le plan cantonal de gestion des déchets et ses fiches-mesures datant de 2004<sup>3</sup> sera-t-il mis à jour prochainement ?
3. En février 2012, dans une réponse très complète à un postulat de Mme la Députée Michèle Gay-Valoton traitant de l'évolution des procédés et des coûts d'élimination et de la valorisation des déchets, l'administration cantonale soulignait que la cause de cette absence de recyclage était avant tout imputable au manque de filières adaptées. Le Conseil d'Etat pense-t-il renforcer les filières de traitement des déchets plastiques ?
4. Le canton de Vaud est-il touché par le décret chinois de fermer ces frontières à certains déchets ?
5. Que fait le canton de Vaud pour réduire le volume des différents déchets sur son territoire ?
6. Sans revenir sur la taxe au sac, quelles mesures incitatives pourraient être menées pour encourager les citoyens à réduire leurs déchets conformément à l'art. 3 de la loi sur la gestion des déchets (LGD) ?
7. Quelles mesures incitatives pourraient mener à la diminution drastique de déchets plastiques, notamment dans les points de ventes, grandes enseignes et marchés ?
8. Enfin, comment serait-il possible d'encourager des actions « zéro déchet » ?

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer



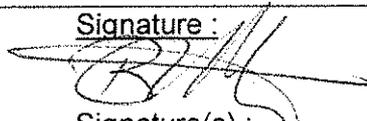
Ne souhaite pas développer



Nom et prénom de l'auteur :

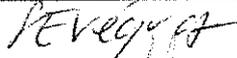
Botteron Anne-Laure

Signature :



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

Evéquoze Séverine

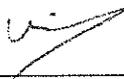


Signature(s) :

Mischler Maurice



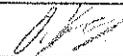
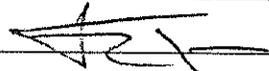
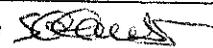
Joly Rebecca



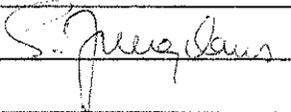
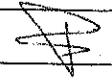
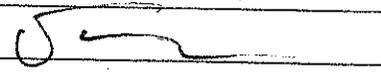
Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

<sup>3</sup> <https://www.vd.ch/themes/environnement/dechets/dechets-urbains/gestion/>

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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



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-178

Déposé le : 15.05.18

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

**Que reste-t-il aux exécutifs communaux en matière d'aménagement du territoire ?**

## Texte déposé

De nombreuses communes surdimensionnées selon la législation actuellement en vigueur, ont eu grande surprise en découvrant, dans un envoi reçu dernièrement à leur administration communale, un courrier avec en-tête du WWF et de Pro Natura au sujet du redimensionnement de la zone à bâtir de leur commune.

Ce sujet a été relaté dans un quotidien vaudois dans son édition du 12 mai 2018, informant le lecteur que ces associations ont développé un projet à l'échelle cantonale pour fournir aux communes des informations sur les valeurs de leur patrimoine dont la protection pourrait être assurée par un dézonage. Ces ONG prétendent proposer une réflexion concernant la révision du PGA d'une manière pragmatique et constructive. Ces associations proposent des parcelles à dézoner selon des critères fondés sur la protection de la biodiversité et du paysage. Cette approche, toujours selon ces associations, est destinée à soutenir les municipalités qui doivent justifier un dézonage par des critères objectifs, encore faut-il avoir la même mesure de l'objectivité selon les exécutifs considérés.

Le but, toujours selon ces ONG, et c'est un des éléments qui dérange le plus, est de diminuer les éventuels risques d'oppositions de la part des organisations de la protection de l'environnement lors de la mise à l'enquête du PGA.

20 communes vaudoises, sur les quelques 170 surdimensionnées, ont déjà reçu cette proposition de dézonage qui est ressenti comme une sorte de « chantage » ! Les 150 restantes recevront ce projet d'ici cet automne.

Toujours selon ce même courrier, ces ONG affirment que la Direction générale de l'environnement, par sa Division biodiversité et paysage (DGE-BIODIV), a reconnu la pertinence de cette démarche mise en place et invite les communes à intégrer ces propositions dans leur démarche de révision

des PGA.

En plus de la lettre explicative, ce courrier comprend différentes annexes :

- Méthodologie
- Carte du territoire communal (projet de PGA intégrant le dézouage !)
- Liste des parcelles choisies
- Rapport

De nombreuses municipalités ont déjà commencé leur travail, en mettant tout ou partie de leur territoire en « zone réservée communale », dans le but de permettre une réflexion sur l'avenir de leur commune.

Ce travail, qui doit être réalisé par les municipalités, est complexe, sensible, et souvent mal compris par les propriétaires touchés.

Au vu de ce qui vient d'être développé, je me permets de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :

- Pourquoi les communes concernées n'ont-elles pas été informées par le CE que des associations environnementales travaillaient sur leurs PGA ? Les communes ne devraient-elles pas être le premier interlocuteur du CE en matière d'aménagement du territoire ?
- Le CE peut-il affirmer qu'il invite vivement les communes à intégrer ces propositions dans leur démarche de révision et qu'il reconnaît la pertinence de la démarche selon le courrier des ONG ?
- Le CE a-t-il fourni des éléments à la proposition reçue par les communes (plans, RF, etc.) ?
- Quel type de relation entretient le CE avec ces ONG ?
- Le CE finance-t-il d'une manière ou d'une autre le travail de ces ONG ?

Je remercie d'ores et déjà le Conseil d'Etat pour ses réponses.

Froideville, le 15 mai 2018

Commentaire(s)

Conclusions

Souhaite développer



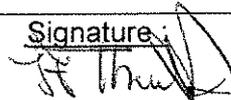
Ne souhaite pas développer



Nom et prénom de l'auteur :

Thuillard Jean-François

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](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

## Interpellation

### **Violences, troubles de l'ordre public et perturbations de la circulation des trains par des hooligans du sport – Quel bilan, comment les supprime-t-on et comment répercute-t-on les coûts aux clubs de sport concernés ?**

Cela fait maintenant la deuxième fois en deux semaines que des hooligans s'adonnent à des actes de violence, troublent gravement l'ordre public, et perturbent la circulation des trains avant ou après des matchs de football de « Super League ».

Dans les villes, ces hooligans brisent la tranquillité publique et s'en prennent non seulement aux hooligans des clubs adverses, ou ennemis dans leur référentiel, mais aussi à la population et aux infrastructures publiques.

Dans les gares, ces hooligans menacent et/ou blessent des voyageurs et le personnel des trains, tout en allant jusqu'à bloquer la circulation des trains et donc le trafic des voyageurs et des marchandises.

Ceci perturbe la vie publique et l'exploitation normale du réseau des CFF, et nécessite toujours l'engagement massif des forces de l'ordre pour rétablir l'ordre et la sécurité, qu'il s'agisse de la Police des transports, des Polices cantonales et/ou des Polices communales.

C'est inadmissible.

A noter que ces deux épisodes ne sont pas les seuls à devoir être mentionnés. C'est régulièrement et presque systématiquement le cas avec les hooligans de certains clubs de football en particulier, notamment les clubs FC Young Boys, FC Grasshopper, FC Sion et FC Basel. Le FC Lausanne-Sport (LS) a bien sûr aussi des problèmes à régler. Il en va de même malheureusement pour certains clubs de hockey, et le Lausanne Hockey Club (LHC) ne fait malheureusement pas exception.

Les cantons ont conclu un Concordat instituant des mesures contre la violence lors de manifestations sportives (C-MVMS, RSV 125.93), et les CFF ont régulièrement dit vouloir revoir leur politique de transport des hooligans en arrêtant de proposer des trains spéciaux pour certains clubs lors des matchs les concernant, notamment ceux dits « à risques ». Les clubs concernés et leurs associations faitières disent aussi régulièrement condamner fermement ces pratiques et s'engager à prendre toutes les dispositions dans le futur pour que de tels incidents ne se reproduisent plus.

On peut toutefois se demander si toutes ces mesures ont bien été mises en œuvre, ou si elles sont efficaces, puisqu'on continue de voir des épisodes de violence, des troubles, des perturbations dans les gares et des trains bloqués.

Par ailleurs, outre générer des graves problèmes de sécurité publique et d'exploitation du réseau des CFF, ces troubles génèrent des coûts assumés par les collectivités publiques, donc les citoyennes et les citoyens, et qu'il s'agit de répercuter aux générateurs des troubles, principalement les clubs de sport concernés qui ne maîtrisent pas leurs fans violents les plus extrémistes. La répercussion de ces coûts est régie par les dispositions de la Loi sur la facturation des prestations matérielles fournies par les services de l'Etat lors de manifestations (LFacManif, RSV 172.56), lesquelles doivent être lues en parallèle des dispositions contenues dans la Loi sur la police cantonale (LPol, RSV 133.11) et dans la Loi sur les subventions (Lsubv, RSV 610.15).

Aussi je pose les questions suivantes au Conseil d'Etat.

1. Quel bilan le Conseil d'Etat tire-t-il de l'application du Concordat instituant des mesures contre la violence lors de manifestations sportives, notamment de sa collaboration avec les associations faitières du football et du hockey en Suisse, et avec les clubs sportifs FC Lausanne-Sport (LS) et Lausanne Hockey Club (LHC) en particulier, pour assurer l'ordre public lors des matchs ? Les dispositions de ce Concordat sont-elles vraiment suffisantes ?
2. Quel bilan le Conseil d'Etat tire-t-il de sa collaboration avec les CFF pour assurer l'ordre public dans les gares et aux abords des gares, de même que pour garantir la circulation des voyageurs et des marchandises, lors des matchs ? Le Conseil d'Etat demandera-t-il en particulier aux CFF de supprimer les trains de fans des clubs qui causent des problèmes lors des matchs ?
3. Quelles mesures le Conseil d'Etat prendra-t-il avec les autorités sportives et les communes concernées pour empêcher que des violences, troubles et perturbations en lien avec des matchs ne se reproduisent à nouveau dans le futur ?
4. Le Conseil d'Etat peut-il fournir des statistiques au sujet du nombre d'interdictions de périmètre, d'obligations de se présenter, de gardes à vue, et de recommandations d'interdiction de stade prononcées dans le Canton de Vaud à l'encontre de personnes violentes en relation avec des manifestations sportives ?
5. Le Conseil d'Etat peut-il indiquer quelles sont les conséquences financières des engagements de la police pour lutter contre les violences, troubles et perturbations générées, comment s'applique l'Art. 2 de la Loi sur la facturation des prestations matérielles fournies par les services de l'Etat lors de manifestations sur les exonérations (LFacManif, RSV 172.56), pour les événements sportifs du FC Lausanne-Sport (LS) et du Lausanne Hockey Club (LHC), et quel bilan tire le Conseil d'Etat de ces exonérations ? Entend-il en particulier les reconduire et, si oui, à quelles conditions ?

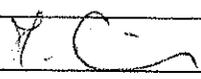
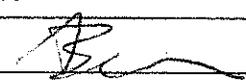
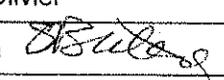
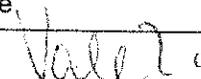
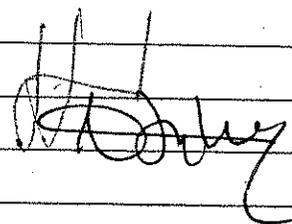
Merci d'avance pour les réponses !

Chavannes-près-Renens, 15.05.2018

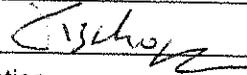
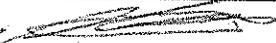
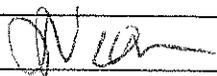
  
Alexandre RYDLO, Député socialiste

*Développement écrit*

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

**RAPPORT FINAL DE BOUCLEMENT ET  
EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET**

**accordant un crédit additionnel lié au renchérissement de CHF 685'050.70, pour le boucllement  
du crédit d'investissement de CHF 5'185'500.– accordé par le Grand Conseil  
le 22 novembre 2005 pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de  
néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles**

**1 PRÉSENTATION DU PROJET**

**1.1 Préambule**

Le présent EMPD de boucllement a pour but de régulariser le renchérissement lié à la demande de crédit d'ouvrage octroyée par le Grand Conseil le 22 novembre 2005 de CHF 5'185'500.– pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles.

La directive d'exécution n° 23 de la loi sur les Finances (LFIN) précise la nature et les démarches propre à la demande d'un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement lorsque ce dernier se révèle insuffisant. Ainsi, une demande de crédit additionnel peut découler de deux causes différentes, de la modification du projet initial et/ou de l'indexation due au renchérissement. Elle doit être sollicitée, selon ces causes et dans deux calendriers différents soit sans délai ou à la fin du projet. En fonction du montant, elle est accordée par diverses instances soit le Conseil d'Etat sur préavis de la Commission des finances soit par le Grand Conseil.

En effet, dans le cadre des constructions financées par le budget d'investissement de l'Etat, il est autorisé de valoriser le renchérissement au budget octroyé et d'en admettre l'usage dans la limite de ce nouveau plafond. Ces dépenses additionnelles doivent être régularisées au boucllement de l'objet. S'agissant de la demande de crédit, l'indice de référence des prix, recensé par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), doit être renseigné. Ainsi, le renchérissement peut être calculé et se traduit par une hausse avant contrat qui est calculée sur l'écart entre l'indice de référence (mentionné dans la demande de crédit) et celui édicté par l'OFS au moment de la signature du contrat, soit à la date de l'offre contractuelle. Ces hausses sont ensuite intégrées à la situation financière et si l'usage s'avère nécessaire régularisées, comme précisé, au boucllement de l'objet.

Le renchérissement se base sur l'indice du devis de référence (il y a deux indices OFS publiés annuellement en avril et en octobre) et correspond à l'écart indiciel entre le devis de référence et le moment de la conclusion du contrat soit de la date de l'offre contractuelle. Ainsi, à titre illustratif la hausse se calcule par code de frais de la construction (CFC) à deux chiffres, par exemple CFC 25 poste sanitaire comme suit :

$\frac{100}{\text{indice de base au moment du devis de référence}} \times (\text{indice de réf de l'offre contractuelle}) = \text{indice de la hausse}$
$(\text{indice de la hausse}) \times (\text{montant de l'offre contractuelle}) = \text{Hausse avant contrat}$

	CFC 25	calcul	indice HAC
Indice OFS avril 2010	143.08	100/143.08	0.70
Indice OFS avril 2015	146.86	146.86 x 0.70	102.64
Contrat	100'000.00		
Hausse enregistrée		100'000.00 x 2.64%	2'641.88

Ainsi pour une offre contractuelle d'avril 2015 alors que le devis de référence a été établi 5 ans plus tôt, la hausse avant contrat est de 2.64% ce qui correspond à la variation de la valeur du marché sur la période.

Il convient encore de spécifier que la nature du renchérissement peut être induite par des hausses avant contrat (HAC) qui ont été explicitées ci-dessus, ou par des hausses contractuelles (HC) ou encore des hausses sur les taxes sur la valeur ajoutée. Concernant les hausses contractuelles, les travaux ne sont soumis à ces dispositions que s'il en a été convenu ainsi dans le cadre du contrat et si ce dernier n'est pas forfaitaire. De la sorte, les HC sont des droits que l'entreprise peut actionner si le contrat le prévoit. Ces HC peuvent concerner :

- les salaires et charges sur salaires ;
- les prix courants des matériaux ; à défaut les prix usuels du marché ;
- les prix de transport des personnes et des matériaux, selon le barème en vigueur dans la branche des transports automobiles ou selon les tarifs des entreprises publiques de transport ;
- les prix courants des installations de chantier ; à défaut les prix usuels du marché ;
- les taxes légales.

Dans le cadre du projet de l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles, sachant que le périmètre des travaux et la nature du projet ont été respectés, il convient de régulariser au bouclement le renchérissement soit essentiellement les HAC et certaines HC, objet du présent EMPD.

## 1.2 Rappel du projet

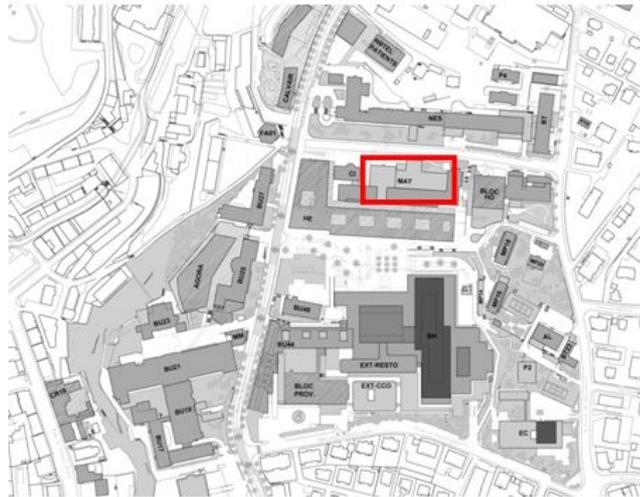
En novembre 2000, sur la base de l'EMPD n° 224, un crédit d'ouvrage de CHF 11'610'000.–, a été octroyé par le Grand conseil pour des transformations dans le bâtiment de la Maternité destinées à la réinstallation du secteur d'hospitalisation de la Division de néonatalogie du CHUV, installé dans un pavillon provisoire trop exigü, et à la modernisation des salles d'accouchement de la Maternité. Les travaux se sont terminés en février 2006, ont permis d'offrir 28 lits à la néonatalogie contre 25. La mise en service de trois lits supplémentaires n'avait pas permis d'éviter le refus de 100 à 120 nouveau-nés par an qui doivent être orientés vers d'autres hôpitaux suisses avec des problèmes majeurs pour ces mêmes hôpitaux, pour les transferts et pour les proches.

Une fondation disposant de moyens importants s'étant déclarée prête à participer à hauteur de 2,5 millions à un investissement permettant d'améliorer cette situation, un projet a été développé qui vise, par une extension en toiture du corps central du bâtiment de la Maternité :

- à mettre 12 lits supplémentaires à disposition de la Division de néonatalogie du CHUV qui

- passerait ainsi progressivement de 28 à 40 lits ;
- et à améliorer les conditions d'accueil par la création de locaux destinés aux mères et aux familles.

### 1.3 Résumé succinct des travaux effectués



Les activités sont réparties au niveau 08 de la Maternité dans une nouvelle surélévation. Elles se composent de 2 secteurs de part et d'autre du dégagement des ascenseurs qui les relient à la zone d'entrée de la nouvelle néonatalogie située au niveau 04. La première zone, à l'est des ascenseurs, abrite les zones de soin.

La deuxième zone, à l'ouest des ascenseurs, inclut les espaces de bureaux ainsi que les espaces d'accueil pour les parents et la famille.



Les zones de soin incluent 12 lits d'hospitalisation (lits de soins standards) avec tous les locaux nécessaires à leur fonctionnement. Ils sont composés de deux chambres à trois lits, deux chambres à deux lits, et deux chambres d'isolement.

Les chambres d'isolement permettent d'accueillir un lit supplémentaire pour une mère-accompagnante, ce qui répond au souci d'améliorer l'accueil des parents. Si les besoins devaient augmenter à l'avenir, il serait possible de transformer ces chambres d'isolement en chambres d'hospitalisation à deux lits, moyennant l'exécution de certains compléments techniques.

Les espaces d'accueil des parents et familles offrent 4 chambres mère-accompagnante et mère-enfant pour recevoir les parents d'enfants hospitalisés tant au niveau 04 que dans la nouvelle extension.

## Illustration de la surélévation



## 2 MODE DE CONDUITE DU PROJET

### 2.1 Montant faisant l'objet d'un crédit additionnel au boucllement

Les travaux se sont déroulés de mars 2006 à février 2008. Cet objet présente un déficit comptable supérieur à CHF 400'000.-. En conséquence, il requiert un crédit additionnel d'investissement au boucllement car lié au renchérissement. La proposition de boucllement présentée ci-dessous est conforme aux instructions du Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI) du Département des finances et des relations extérieures (DFIRE) et à la LFIN.

Par ailleurs, la Fondation s'est engagée sur une participation de CHF 2'500'000.- pour l'investissement (et de CHF 100'000.- par an pour l'exploitation sur une durée de 5 ans éventuellement renouvelable).

En conséquence, le crédit d'ouvrage demandé se montait à Fr. 5'185'500.- comme indiqué ci-dessous:

- Coût total de l'ouvrage	:	Fr.	7'685'500.-
- Participation de la Fondation (32.59 %)	:	Fr.	2'500'000.-
Crédit d'ouvrage demandé	:	Fr.	<u>5'185'500.-</u>

Sur cette base, la proposition de boucllement est la suivante :

- Un crédit additionnel de boucllement de CHF 685'050.70 est accordé au Conseil d'Etat pour couvrir le dépassement lié au renchérissement intervenu sur l'objet I.000101.01 "Néonatalogie du CHUV, transformation".

Le tableau ci-après donne une vue d'ensemble résumée faisant apparaître le crédit total octroyé (Vaud, Confédération et Tiers = VCT), les dépenses totales, le solde disponible ou dépassement, ainsi que les références à l'exposé des motifs et au décret.

Objet N°	Désignation	Exposé des motifs			Décret		Crédit Vaud Confédération Tiers (VCT)	Dépenses totales	Solde disponible ou dépassement par rapport au crédit total (VCT)
		N°	Mois	Année	Date	Etudes Ouvrage			
I.000101.01	Néonatalogie du CHUV, transformation	287	Novembre	2005	22.11.2005	Ouvrage	7'685'500.-	8'370'550.70	-685'050.70

Cet objet qui totalise un dépassement de : CHF -685'050.70  
est structuré comme suit :

- Les hausses avant contrat et légales représentent CHF -690'500.50
- Le bonus technique représente CHF +5'449.80

Cet objet bénéficiait d'une participation de la Fondation Lancaster de CHF 2'500'000.-.

## 2.2 Coût de l'ouvrage et comparaison avec le devis

### 2.2.1 Devis de référence

Le devis figurant dans l'EMPD (indexé à mai 2004) se montait à CHF 7'685'500.- selon détail ci-après :

CFC	Libellé	1	2	3	4	5	6	Solde	Ecart entre le devis y.c hausses et les dépenses
		Montant TTC inscrit dans l'EMPD (avec TVA à 7.6%)	Devis de référence TTC sur IDB	Hausse avant contrat	Hausse contractuelles	Devis de référence TTC sur IDB, y.c. hausse	Dépenses effectives TTC		%
						2 + 3 + 4	5 - 6		6 / 5
1	Travaux préparatoires	348000.00	349981.00	80774.25	0.00	410755.25	594855.75	-183900.50	144.8%
2	Bâtiment	7130000.00	6851000.00	601747.20	27979.05	7480726.25	7564770.45	-84044.20	101.1%
3	Equipements d'exploitation	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10314.00	-10314.00	0.0%
5	Frais secondaires, taxes	122000.00	399019.00	0.00	0.00	399019.00	121898.85	277320.15	30.5%
9	Animation artistique	85500.00	85500.00	0.00	0.00	85500.00	79111.85	6388.35	92.5%
Total sur la base du devis de référence sur IDB			7'685'500.00	662'521.45	27'979.05	8'376'000.50	8'370'550.70	5'449.80	99.9%
Total EMPD		7'685'500.00							
Participation de la Fondation donatrice		-2'500'000.00							
Total sur la base du décret sur SAP NFEOTP 1.000101.01		5'185'500.00					8'370'550.70	-685'050.70	

### 2.2.2 Evolution entre le devis de référence et les coûts finaux

Le périmètre de base du projet n'a pas évolué et les travaux ont été menés tels que décrits dans la demande d'investissement. Toutefois, les montants devisés ont évolué jusqu'au décompte final ce qui est usuel et cela est dû aux prix du marché, à l'affinement des choix constructifs, aux divers et imprévus et aux optimisations recherchées. Cela se traduit par un journal des mutations qui transfère les montants nécessaires entre divers codes de frais de construction (CFC) pour assurer un suivi financier rigoureux.

En synthèse, le projet s'est déroulé comme convenu dans le cadre de base donné avec les aléas usuels conduisant à des mutations liées aux tolérances des estimatifs du devis général et aux imprévus liés essentiellement aux transformations et à l'affinement du projet.

### 2.2.3 Coût final

Le coût final se monte à **CHF 8'370'550.70**.

### 2.2.4 Part des hausses sur le coût final

Hausse avant contrat	CHF	662'521.45
Hausse légales	CHF	27'979.05
<b>Part des hausses sur le coût final</b>	<b>CHF</b>	<b>690'500.50</b>

### 2.2.5 Contrôle technique des coûts (comparaison entre le devis et le coût final hausses déduites, soit bonus ou malus technique

Les chiffres ci-après font ressortir un bonus technique de **CHF 5'449.80** :

<b>Devis de référence</b>	<b>CHF</b>	<b>7'685'500.00</b>
Coût final de l'ouvrage	CHF	8'370'550.70
Hausse à déduire	CHF	-690'500.50
<b>Coût final de l'ouvrage, hausses déduites</b>	<b>CHF</b>	<b>7'680'050.20</b>
<b>Bonus théorique</b>	<b>CHF</b>	<b>5'449.80</b>

### 2.2.6 Solde ou déficit comptable

Le bouclage fait apparaître un déficit comptable de CHF **685'050.70** (déficit inférieur aux hausses légales) selon les chiffres après :

Crédit d'ouvrage accordé (EMPD 287, décret du 22.11.2005)	CHF	5'185'500.00
Subventions encaissées	CHF	2'500'000.00
<b>Total crédit d'investissement accordé</b>	<b>CHF</b>	<b>7'685'500.00</b>
Coût final de l'ouvrage	CHF	-8'370'550.70
<b>Déficit comptable</b>	<b>CHF</b>	<b>-685'050.70</b>

Il est proposé de couvrir ce déficit par un crédit additionnel d'investissement de CHF 685'050.70.

## 3 CONSÉQUENCES DU PROJET DE DÉCRET

### 3.1 Conséquences sur le budget d'investissement

Un crédit additionnel de CHF 685'050.70 est sollicité sur le budget d'investissement de l'Etat de Vaud (EOTP N°I.000101.02) avec la répartition temporelle suivante :

Intitulé	En milliers de francs				Total
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	
a) Transformations immobilières : dépenses brutes	685.1				+685.1
a) Transformations immobilières: recettes de tiers					-
<b>a) Transformations immobilières : dépenses nettes à charge de l'Etat</b>	<b>685.1</b>				<b>+685.1</b>
b) Informatique : dépenses brutes					+
b) Informatique : recettes de tiers					-
<b>b) Informatique : dépenses nettes à charge de l'Etat</b>					<b>+</b>
c) Investissement total : dépenses brutes	685.1				+685.1
c) Investissement total : recettes de tiers					-
<b>c) Investissement total : dépenses nettes à la charge de l'Etat</b>	<b>685.1</b>				<b>+685.1</b>

### 3.2 Amortissement annuel

Cet investissement sera amorti en 15 ans pour coïncider avec l'amortissement résiduel du décret qui devrait échoir en 2031. L'amortissement annuel sera de CHF 45'700.- dès l'année 2017.

### 3.3 Charges d'intérêt

La charge annuelle d'intérêt sera de CHF 15'100.- dès l'année 2017.

### 3.4 Conséquences sur l'effectif du personnel

Néant.

### 3.5 Autres conséquences sur le budget de fonctionnement

Néant.

### 3.6 Conséquences sur les communes

Néant.

### 3.7 Conséquences sur l'environnement, le développement durable et la consommation d'énergie

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

### 3.10 Conformité de l'application de l'article 163 Cst-VD

Ces dépenses étant décidées par des décrets exécutoires, elles doivent être considérées comme "dépenses liées", si bien que le présent décret n'est pas soumis à référendum.

### 3.11 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

### 3.12 Incidences informatiques

Néant.

### 3.13 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

### 3.14 Simplifications administratives

Néant.

### 3.15 Protection des données

Néant.

### 3.16 Récapitulation des conséquences du projet sur le budget de fonctionnement

En milliers de francs

Intitulé	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
Personnel supplémentaire (ETP)	-	-	-	-	-
Frais d'exploitation	-	-	-	-	-
Charge d'intérêt	15.1	15.1	15.1	15.1	60.40
Amortissement	45.7	45.7	45.7	45.7	182.80
Prise en charge du service de la dette	-	-	-	-	-
Autres charges supplémentaires	-	-	-	-	-
<b>Total augmentation des charges</b>	<b>60.8</b>	<b>60.8</b>	<b>60.8</b>	<b>60.8</b>	<b>243.20</b>
Diminution de charges	-	-	-	-	-
Revenus supplémentaires	-	-	-	-	-
<b>Total net</b>	<b>60.8</b>	<b>60.8</b>	<b>60.8</b>	<b>60.8</b>	<b>243.20</b>

## 4 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de décret ci-après :

## **PROJET DE DÉCRET**

**accordant un crédit additionnel de CHF 685'050.70, pour le bouclage du crédit d'investissement de CHF 5'185'500.– accordé par le Grand Conseil le 22 novembre 2005 pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles**

du 15 novembre 2017

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décète*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> Un crédit additionnel de CHF 685'050.70, pour le bouclage du crédit d'investissement de CHF 5'185'500.– accordé par le Grand Conseil le 22 novembre 2005 pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles.

### **Art. 2**

<sup>1</sup> Ce montant sera prélevé sur le compte *Dépenses d'investissement* et amorti à la même échéance que le crédit initial.

### **Art. 3**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 2, lettre b) de la Constitution cantonale. Le présent décret entrera en vigueur dès sa publication.

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

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

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

**Rapport final de boucllement et exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit additionnel lié au renchérissement de CHF 685'050.70, pour le boucllement du crédit d'investissement de CHF 5'185'500.- accordé par le Grand Conseil le 22 novembre 2005 pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 26 janvier 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, Guy Gaudard (en remplacement de Philippe Vuillemin), Vassilis Venizelos (présidence), Marc Vuilleumier. Excusés : MM. Thierry Dubois, Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ; Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV.

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

Le département rappelle le cadre donné par la directive d'exécution n° 23 de la loi sur les finances (LFin) qui précise la nature et les démarches propre à la demande d'un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement lorsque ce dernier se révèle insuffisant. Ainsi, une demande de crédit additionnel peut découler de deux causes différentes, de la modification du projet initial et/ou de l'indexation due au renchérissement. Dans le cadre des constructions financées par le budget d'investissement de l'Etat, il est autorisé de valoriser le renchérissement au budget octroyé et d'en admettre l'usage dans la limite de ce nouveau plafond. Ces dépenses additionnelles doivent être régularisées au boucllement de l'objet.

Le présent EMPD de boucllement a pour but de régulariser le renchérissement lié à la demande de crédit d'ouvrage octroyée par le Grand Conseil le 22 novembre 2005 de CHF 5'185'500.- pour financer l'augmentation de la capacité d'accueil de la Division de néonatalogie du CHUV et la création de locaux d'accueil pour les familles.

Ces travaux de transformation prévoyaient une augmentation de 12 lits supplémentaires ainsi qu'une amélioration des conditions d'accueil en créant des locaux destinés aux mères et aux familles. Une surélévation en toiture de la maternité a donc été proposée. Ces démarches ont été soutenues par une fondation qui a investi CHF 2,5 millions pour la construction et soutenu la mise en exploitation progressive des nouveaux lits.

Le boucllement faisant apparaître un déficit comptable supérieur à CHF 400'000.-, il est proposé de couvrir ce déficit par un crédit additionnel d'investissement de CHF 685'050.70.

### 3. DISCUSSION GENERALE

Il est précisé que les « hausses négatives » des indices de renchérissement ne se traduisent pas par une baisse des budgets concernés. En effet, selon le Contrôle cantonal des finances (CCF), les dispositions légales applicables ne parlent que du renchérissement. Aussi, seul le renchérissement est valorisé, pas une éventuelle baisse. Le département a identifié une douzaine de projets dont le bouclage de crédits devra faire l'objet d'une régularisation. D'autres projets en cours, non terminés ou pour lesquels les décomptes finaux n'ont pas encore été établis, pourraient venir s'ajouter à la liste.

La discussion générale soulève les questions suivantes :

- *Le nouvel Hôpital des enfants remet-il d'une quelconque manière en cause les travaux réalisés de transformation du bâtiment de la Maternité et de réinstallation/agrandissement de la Division de néonatalogie ?*

La néonatalogie, dans sa configuration actuelle et en particulier pour ce qui concerne les soins intensifs de néonatalogie, reste au sein du bâtiment de la Maternité. La construction du nouvel Hôpital des enfants ne remet donc pas du tout en cause les travaux réalisés au bâtiment de la Maternité et en lien avec la Division de néonatalogie. De même, les soins intensifs de pédiatrie restent au sein du Bâtiment hospitalier principal (BH). Le nouvel Hôpital des enfants n'abritera donc pas de soins intensifs supplémentaires mais des salles d'opération.

- *Suite à la construction du nouvel Hôpital des enfants, que vont devenir les locaux de l'actuel Hôpital de l'enfance (site de Montétan) ?*

La réflexion sur la réaffectation du bâtiment est en cours et des pourparlers se tiennent en particulier avec le Service de la santé publique (SSP). Le site est propriété de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance et toute décision concernant le devenir du lieu appartient au Conseil de fondation.

- *Le temps est particulièrement long entre le vote du crédit d'investissement et la présentation du crédit additionnel pour le bouclage des dossiers. Le CHUV dispose-t-il dès lors de suffisamment de ressources pour gérer l'ensemble des projets en cours ?*

Le chef du DSAS assure qu'il n'y a pas de problème de ressources en la matière. Comme d'autres services de l'Etat, le CHUV n'a tout simplement pas priorisé la régularisation de projets achevés. Le Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI), qui a une vue d'ensemble des crédits ouverts, a demandé à chacun de procéder à un nettoyage. Une fois le retard rattrapé dans la clôture des vieux dossiers, le bouclage des projets du CHUV interviendra plus rapidement. Au demeurant, en ce qui concerne les hausses dites légales, les principes et mécanismes appliqués sont connus du Grand Conseil au moment de l'octroi du crédit d'investissement. Il reste au final que devrait être vérifiée la pertinence de passer, pour un simple bouclage, par l'élaboration d'un décret et par un débat au Parlement. A ce titre, un changement du cadre légal pourrait être envisagé en vue de plus de souplesse en la matière.

- *Ne conviendrait-il pas d'intégrer explicitement, dans les crédits d'investissement, un poste « Divers et imprévu » (par exemple 5% du montant total de l'investissement considéré) ?*

Un tel poste est toujours incorporé dans les crédits d'investissement (en général 8% du montant de l'investissement dans les cas de transformation et 5% dans les cas de construction neuve). Ce poste est toutefois séparé de la valorisation du renchérissement qui porte sur la variation du prix par rapport à la valeur du marché (hausses légales, hausses contractuelles).

- *Les entreprises concernées ont-elles été payées dans les délais contractuellement prévus ou y a-t-il eu des retards de facturation ou des contestations de la qualité du travail fourni ?*

Jusqu'à récemment, l'Etat avait pour exigence que les paiements interviennent dans les 60 jours. Le CHUV a toujours respecté le délai, d'éventuels retards s'expliquant pas des erreurs de facturation de la part des entreprises. Depuis une année, les paiements doivent s'effectuer dans les 30 jours à compter de la réception de factures correctement établies. Du point de vue de la technique comptable, le CHUV honore ses factures dans les 10 jours.

#### **4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS**

L'analyse de l'EMPD fait ressortir certaines questions auxquelles le département répond de la façon suivante :

- *La participation financière de CHF 2,5 millions de la Fondation Lancaster est-elle comprise dans le coût total des travaux ou doit-elle être ajoutée à ce coût ?*

Le crédit d'ouvrage accordé par décret, à charge de l'Etat, se monte à CHF 5'185'500.-. A cela s'ajoute la participation de CHF 2,5 millions de la Fondation Lancaster, portant le crédit d'investissement total à CHF 7'685'500.-. La Fondation Lancaster n'a pas participé au financement des plus-values. La subvention (CHF 100'000.- par an pendant 5 ans) promise par la Fondation Lancaster pour l'exploitation soignante (non pas pour l'exploitation de l'infrastructure) a été versée. Actuellement, le CHUV n'encaisse plus cette subvention.

- *De quelle manière la Fondation Lancaster a-t-elle été remerciée pour son engagement ?*

Une lettre de remerciement a bien sûr été envoyée et une manifestation inaugurale a été organisée sur place. Suivant la volonté de discrétion de la fondation, aucune plaquette à son nom n'a été installée.

- *Comment s'explique les importantes hausses avant contrat (CHF 662'521.45) ? Une information plus détaillée préviendrait une telle question.*

Il s'agit précisément du renchérissement correspondant à l'écart indiciel (indices de l'Office fédéral de la statistique concernant les prix de la construction) entre le devis de référence et le moment de la conclusion du contrat (date de l'offre contractuelle). Les hausses contractuelles ne s'élèvent qu'à CHF 27'979.05 et portent prioritairement sur l'augmentation du prix du cuivre.

En réponse aux demandes de plusieurs députés qui souhaitent bénéficier d'une lecture plus claire, le CHUV fournit après séance, pour le projet examiné ainsi que pour l'EMPD 30, le journal des hausses, la situation financière détaillée ainsi que la situation financière résumée.

#### **5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET ET VOTES**

##### **5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE**

L'art. 1 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'art. 2 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'art. 3 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

#### **6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET**

Le projet de décret tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité des membres présents.

#### **7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET**

*La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité des membres présents.*

Yverdon-les-Bains, le 9 avril 2018.

*Le président :*  
*(Signé) Vassilis Venizelos*

**RAPPORT FINAL DE BOUCLEMENT ET  
EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET**

**accordant un crédit additionnel lié au renchérissement de CHF 1'358'878.15 pour le boucllement du crédit d'étude de CHF 970'000.-, accordé par le Grand Conseil le 10 novembre 1997, et du crédit d'investissement de CHF 11'610'000.- accordé par le Grand Conseil le 6 décembre 2000, pour financer les études et les travaux de transformation du bâtiment de la Maternité, destinée à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV**

**1 PRESENTATION DU PROJET**

**1.1 Préambule**

Le présent EMPD de boucllement a pour but de régulariser le renchérissement lié à la demande de crédit d'étude octroyée par le Grand Conseil le 10 novembre 1997 (EMPD N° 288, N°EOTP I.000075.01) et la demande de crédit d'ouvrage octroyée par le Grand Conseil le 6 décembre 2000 (EMPD N° 224, N°EOTP I.000075.02) pour la réinstallation de la division de néonatalogie du CHUV.

La directive d'exécution n° 23 de la loi sur les Finances (LFIN) précise la nature et les démarches propres à la demande d'un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement lorsque ce dernier se révèle insuffisant. Ainsi, une demande de crédit additionnel peut découler de deux causes différentes, de la modification du projet initial et/ou de l'indexation due au renchérissement. Elle doit être sollicitée, selon ces causes et dans deux calendriers différents soit sans délai ou à la fin du projet. En fonction du montant, elle est accordée par diverses instances soit le Conseil d'Etat sur préavis de la Commission des finances soit par le Grand Conseil.

En effet, dans le cadre des constructions financées par le budget d'investissement de l'Etat, il est autorisé de valoriser le renchérissement au budget octroyé et d'en admettre l'usage dans la limite de ce nouveau plafond. Ces dépenses additionnelles doivent être régularisées au boucllement de l'objet. S'agissant de la demande de crédit, l'indice de référence des prix, recensé par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), doit être renseigné. Ainsi, le renchérissement peut être calculé et se traduit par une hausse avant contrat qui est calculée sur l'écart entre l'indice de référence (mentionné dans la demande de crédit) et celui édicté par l'OFS au moment de la signature du contrat, soit à la date de l'offre contractuelle. Ces hausses sont ensuite intégrées à la situation financière et si l'usage s'avère nécessaire régularisées, comme précisé, au boucllement de l'objet.

Le renchérissement se base sur l'indice du devis de référence (il y a deux indices OFS publiés annuellement en avril et en octobre) et correspond à l'écart indiciel entre le devis de référence et le moment de la conclusion du contrat soit de la date de l'offre contractuelle. Ainsi, à titre illustratif la hausse se calcule par code de frais de la construction (CFC) à deux chiffres, par exemple CFC 25 poste

sanitaire comme suit :

$(100/\text{indice de base au moment du devis de référence}) \times (\text{indice de réf de l'offre contractuelle}) = \text{indice de la hausse}$ $(\text{indice de la hausse}) \times (\text{montant de l'offre contractuelle}) = \text{Hausse avant contrat}$
---

	CFC 25	calcul	indice HAC
Indice OFS avril 2010	143.08	100/143.08	0.70
Indice OFS avril 2015	146.86	146.86 x 0.70	102.64
Contrat	100'000.00		
Hausse enregistrée		100'000.00 x 2.64%	2'641.88

Ainsi pour une offre contractuelle d'avril 2015 alors que le devis de référence a été établi 5 ans plus tôt, la hausse avant contrat est de 2.64% ce qui correspond à la variation de la valeur du marché sur la période.

Il convient encore de spécifier que la nature du renchérissement peut être induite par des hausses avant contrat (HAC) qui ont été explicitées ci-dessus, ou par des hausses contractuelles (HC) ou encore des hausses sur les taxes sur la valeur ajoutée. Concernant les hausses contractuelles, les travaux ne sont soumis à ces dispositions que s'il en a été convenu ainsi dans le cadre du contrat et si ce dernier n'est pas forfaitaire. De la sorte, les HC sont des droits que l'entreprise peut actionner si le contrat le prévoit. Ces HC peuvent concerner :

- les salaires et charges sur salaires ;
- les prix courants des matériaux ; à défaut les prix usuels du marché ;
- les prix de transport des personnes et des matériaux, selon le barème en vigueur dans la branche des transports automobiles ou selon les tarifs des entreprises publiques de transport ;
- les prix courants des installations de chantier ; à défaut les prix usuels du marché ;
- les taxes légales.

Dans le cadre du projet de la réinstallation de la division de néonatalogie du CHUV, sachant que le périmètre des travaux et la nature du projet ont été respectés, il convient de régulariser au bouclage le renchérissement soit essentiellement les HAC et certaines HC, objet du présent EMPD.

## 1.2 Historique du projet

Le 2 juillet 1997, le Conseil d'Etat accordait un crédit d'études préalable de CHF 360'000.-, permettant d'engager l'étude d'une transformation du bâtiment de la Maternité destinée à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV, installé dans un pavillon provisoire trop exigü et vétuste, et à la modernisation des salles d'accouchement de la Maternité.

En novembre 1997, sur la base de l'EMPD N° 288, le Grand Conseil approuvait la poursuite de l'étude en accordant un crédit d'études de CHF 970'000.- (N°EOTP I.000075.01 – Maternité, transformation – Crédit d'études, englobant pour régularisation les CHF 360'000.- du crédit d'études préalable). Cet octroi était officialisé par décret du 10 novembre 1997.

La demande de crédit d'ouvrage a été octroyée par le Grand Conseil le 6 décembre 2000 (EMPD N° 224 de novembre 2000) pour un montant de CHF 11'610'000.- (N°EOTP I.000075.02 – Maternité, transformation – Crédit d'ouvrage) permettant :

- la relocalisation et l'extension de la Division de la néonatalogie pour assurer le fonctionnement optimal d'un Centre de médecine périnatale constitué du Service d'obstétrique et de la Division de néonatalogie du CHUV ; un tel centre réunit toutes les activités médicales entourant la naissance d'un enfant, dans le but d'optimiser les soins donnés à la femme enceinte, à la nouvelle mère et à son enfant nouveau-né ;
- l'ajout d'une salle d'accouchement et la rénovation du secteur ;

- le regroupement de l'hôpital d'un jour proche des urgences ;
- le déplacement de la consultation spécialisée d'urodynamique pour agrandir la surface insuffisante des consultations générales ambulatoires.

### **1.3 Résumé succinct des problèmes**

Le bâtiment de la Maternité a été construit en 1916, puis agrandi en 1938 et en 1964-65. Il a fait ultérieurement l'objet de quelques transformations intérieures en 1991 et 1998. La distribution des espaces et les concepts d'accueil et d'utilisation des surfaces correspondaient à la médecine de l'époque dont les techniques et les possibilités d'intervention étaient très éloignées de celles d'aujourd'hui.

Les salles d'accouchement n'étaient plus adaptées aux pratiques obstétriques. Elles étaient en nombre insuffisant, vétustes et mal conçues. La Maternité du CHUV était l'une des très rares maternités de Suisse où deux patientes étaient amenées à accoucher en même temps dans la même pièce. Les patientes qui accouchaient au CHUV exprimaient très fréquemment leur étonnement, voire leur consternation, face à l'état des locaux.

De plus, il n'y avait pas de place pour les consultations non planifiées, celles-ci s'improvisaient dans les salles d'accouchement posant souci lors d'urgences. Certaines installations techniques étaient tellement anciennes qu'il était impossible d'obtenir des pièces de rechange, ce qui occasionnait un partage d'équipements mobiles entre plusieurs salles d'accouchement.

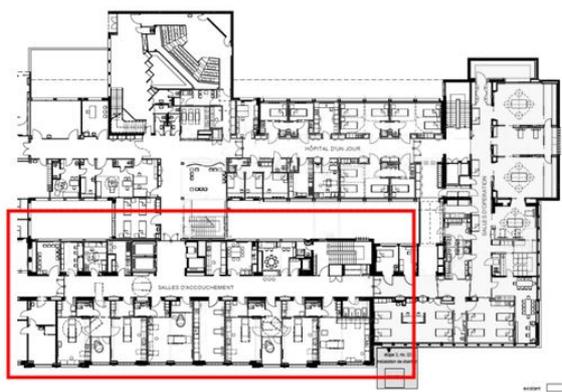
Dès le début des années 1980, il y a lieu de rappeler que le Pavillon des prématurés construit en 1966 était devenu trop exigü pour abriter convenablement les activités d'hospitalisation de la Division de néonatalogie et qu'un projet de transformation de l'ancienne Clinique infantile avait été développé mais finalement rejeté en terme de financement. Comme il fallait, malgré tout, trouver une solution rapide à la situation de congestion du Pavillon des prématurés, ce dernier fut agrandi en urgence en 1987-1988.

### **1.4 Restructuration proposée**

D'une manière générale, l'objectif du projet et de la réorganisation globale qu'il implique était d'assurer la dimension et l'organisation optimale des locaux, la sécurité adéquate des soins et un meilleur environnement pour les patientes et les équipes médico-infirmières. Plus précisément, il s'agissait d'assurer :

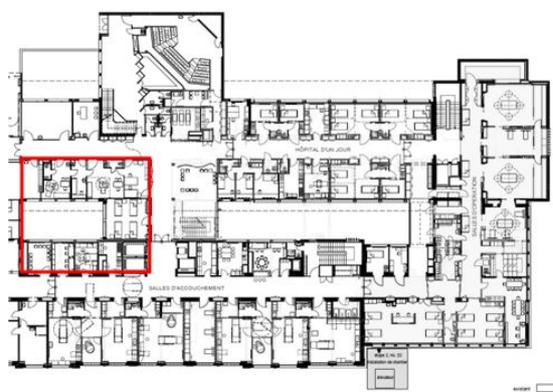
- la sécurité des patientes et des nouveau-nés ;
- les besoins des médecins et des soignants ;
- la sécurité d'approvisionnement en électricité et en fluides médicaux ;
- la conformité aux normes actuelles d'hygiène hospitalière et de confort ;
- la conformité aux nouvelles exigences de l'Ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (ODIM).





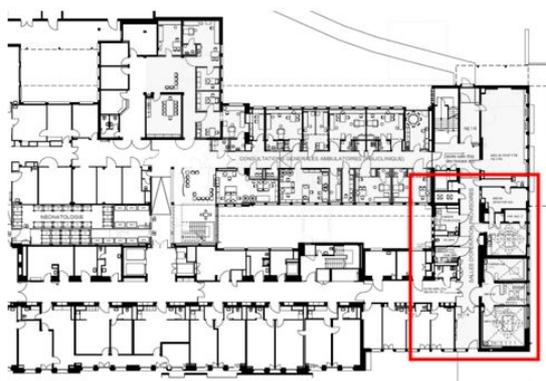
Hôpital d'un jour (Service d'obstétrique)

L'objectif du projet était de regrouper en un seul lieu, proche des urgences, les activités de l'Hôpital d'un jour, actuellement dispersées.



Consultation spécialisée d'urodynamique (Service de gynécologie)

L'objectif du projet était d'agrandir la surface insuffisante des consultations générales ambulatoires par un transfert de la consultation spécialisée d'urodynamique.



**2 MODE DE CONDUITE DU PROJET**

**2.1 Déroulement des études et des travaux**

Le présent exposé des motifs et projet de décret concerne le bouclage des comptes :

- du décret octroyant le crédit d'études accordé en 1997 ;
- du décret octroyant le crédit d'ouvrage accordé en 2000.

Les études ont été effectuées dès 1998 et les travaux se sont déroulés de 2003 à avril 2004 pour les salles d'accouchement et les travaux pour la néonatalogie se sont achevés en février 2006.

Cet objet présente un déficit comptable supérieur à CHF 400'000.-. En conséquence, il requiert un

crédit additionnel d'investissement. La proposition de bouclage présentée ci-dessous est conforme aux instructions du Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI) du Département des Finances et des relations extérieures (DFIRE).

Sur cette base, la proposition de bouclage est la suivante :

- Un crédit additionnel de bouclage lié au renchérissement de CHF 1'358'878.15 est accordé au Conseil d'Etat pour couvrir le dépassement intervenu sur l'objet EOTP I.000075 "Maternité (néonatalogie), transformation".

Le tableau ci-après donne une vue d'ensemble résumée faisant apparaître le crédit total octroyé (Vaud, Confédération et Tiers = VCT), les dépenses totales, le solde disponible ou dépassement, ainsi que les références à l'exposé des motifs et au décret.

Objet N° EOTP	Désignation	Exposé des motifs			Décret		Crédit Vaud Confédération Tiers (VCT)	Dépenses totales	Solde disponible ou dépassement par rapport au crédit total (VCT)
		N°	Mois	Année	Date	Etudes Ouvrage			
I.000075.01	Maternité (néonatalogie), transformation	288	Novembre	1997	10.11.1997	Etudes Ouvrage	970'000.-	13'938'878.15	-1'358'878.15
I.000075.02		224	Novembre	2000	06.12.2000		11'610'000.-		

Cet objet qui totalise un dépassement de : CHF -1'358'878.15  
est structuré comme suit :

- Les hausses avant contrat et légales représentent CHF -1'361'538.75
- Le bonus technique représente CHF +2'660.60

Cet objet ne bénéficiait d'aucune subvention ou participation locale.

## 2.2 Coût de l'ouvrage et comparaison avec le devis

### 2.2.1 Devis de référence

Le devis figurant dans l'EMPD basé sur l'indice des coûts de construction d'avril 1999 se montait à CHF 12'580'000.- selon détail ci-après :

CFC	Libellé	1	2	3	4	5	6	Solde	Ecart entre le devis yc hausses et les dépenses %
		Montant TTC inscrit dans l'EMPD (avec TVA à 7.5)	Devis de référence TTC sur IDB	Hausses avant contrat	Hausses contractuelles	Devis de référence TTC sur IDB, y.c. hausses	Dépenses effectives TTC		
						2 + 3 + 4		5 - 6	6 / 5
1	Travaux préparatoires	653'000.00	741'696.00	84'927.15	0.00	826'623.15	1'046'082.25	-219'459.10	126.5%
2	Bâtiment	10'430'000.00	9'791'211.00	939'285.55	268'573.20	10'999'069.75	11'866'384.95	-867'315.20	107.9%
3	Equipements d'exploitation	253'000.00	1'269'720.00	52'955.10	13'235.10	1'335'910.20	654'761.60	681'148.60	49.0%
5	Frais secondaires, taxes	211'000.00	482'213.00	0.00	0.00	482'213.00	312'277.10	169'935.90	64.8%
7	Equip. d'expl. médicaux fixes	414'000.00	295'160.00	2'562.65	0.00	297'722.65	59'372.25	238'350.40	19.9%
9	Assemblage fixe	619'000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0%
	<b>Total sur la base du devis de référence sur IDB</b>		<b>12'580'000.00</b>	<b>1'079'730.45</b>	<b>281'808.30</b>	<b>13'941'538.75</b>	<b>13'938'878.15</b>	<b>2'660.60</b>	<b>100.0%</b>
	<b>Total sur la base du décret sur SAP N°EOTP I.000075.01/02</b>	<b>12'580'000.00</b>					<b>13'938'878.15</b>	<b>-1'358'878.15</b>	

### 2.2.2 Evolution entre le devis de référence et les coûts finaux

Le périmètre de base du projet n'a pas évolué et les travaux ont été menés tels que décrits dans la demande d'investissement. Toutefois, les montants devisés ont évolué jusqu'au décompte final ce qui est usuel et cela est dû aux prix du marché à l'affinement des choix constructifs, aux divers et imprévus et aux optimisations recherchées. Cela se traduit par un journal des mutations qui transfère les montants nécessaires entre divers code de frais de construction (CFC) pour assurer un suivi financier rigoureux.

En synthèse, le projet s'est déroulé comme convenu dans le cadre de base donné avec les aléas usuels conduisant à des mutations liées aux tolérances des estimatifs du devis général et aux imprévus liés essentiellement aux transformations et à l'affinement du projet.

### 2.2.3 Coût final

Le coût final se monte à **CHF 13'938'878.15**.

### 2.2.4 Part des hausses sur le coût final

Le crédit a été géré avec le système IDB qui fournit le résultat suivant :

Hausses avant contrat	CHF	1'079'730.45
Hausses légales	CHF	281'808.30
<b>Part des hausses sur le coût final</b>	<b>CHF</b>	<b>1'361'538.75</b>

### 2.2.5 Contrôle technique des coûts (comparaison entre le devis et le coût final hausses déduites, soit bonus ou malus technique

Les chiffres ci-après font ressortir un bonus technique de **CHF 2'660.60** :

<b>Devis de référence</b>		<b>CHF 12'580'000.00</b>
Coût final de l'ouvrage	CHF	13'938'878.15
Hausses à déduire	CHF	-1'361'538.75
<b>Coût final de l'ouvrage, hausses déduites</b>	<b>CHF</b>	<b>12'577'339.40</b>
<b>Bonus théorique</b>	<b>CHF</b>	<b>2'660.60</b>

### 2.2.6 Solde ou déficit comptable

Le bouclage fait apparaître un déficit comptable de CHF **1'358'878.15** (déficit inférieur aux hausses) selon les chiffres après :

Crédit d'études accordé (EMPD 288, décret du 10.11.1997)	CHF	970'000.00
Crédit d'ouvrage accordé (EMPD 224, décret du 06.12.2000)	CHF	11'610'000.00
Subventions encaissées	CHF	0.00
<b>Total des crédits d'investissement accordés</b>	<b>CHF</b>	<b>12'580'000.00</b>
Coût final de l'ouvrage	CHF	-13'938'878.15
<b>Déficit comptable</b>	<b>CHF</b>	<b>-1'358'878.15</b>

Il est proposé de couvrir ce déficit par un crédit additionnel d'investissement de CHF 1'358'878.15.

## 3 CONSEQUENCES DU PROJET DE DECRET

### 3.1 Conséquences sur le budget d'investissement

Un crédit additionnel de CHF 1'358'878.15 est sollicité sur le budget d'investissement de l'Etat de Vaud (EOTP N° I.000075.03) avec la répartition temporelle suivante :

Intitulé	En milliers de francs				
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
a) Transformations immobilières : dépenses brutes	1'358.9				+1'358.9
a) Transformations immobilières: recettes de tiers					-
<b>a) Transformations immobilières : dépenses nettes à charge de l'Etat</b>	<b>1'358.9</b>				<b>+1'358.9</b>
b) Informatique : dépenses brutes					+
b) Informatique : recettes de tiers					-
<b>b) Informatique : dépenses nettes à charge de l'Etat</b>					<b>+</b>
c) Investissement total : dépenses brutes	1'358.9				+1'358.9
c) Investissement total : recettes de tiers					-
<b>c) Investissement total : dépenses nettes à la charge de l'Etat</b>	<b>1'358.9</b>				<b>+1'358.9</b>

### **3.2 Amortissement annuel**

Cet investissement sera amorti en 5 ans pour coïncider avec l'amortissement résiduel du décret qui devrait échoir en 2021. L'amortissement annuel sera de CHF 271'800.– dès l'année 2017.

### **3.3 Charges d'intérêt**

La charge annuelle d'intérêt sera de CHF 29'900.– dès l'année 2017.

### **3.4 Conséquences sur l'effectif du personnel**

Néant.

### **3.5 Autres conséquences sur le budget de fonctionnement**

Néant.

### **3.6 Conséquences sur les communes**

Néant.

### **3.7 Conséquences sur l'environnement, le développement durable et la consommation d'énergie**

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

### **3.10 Conformité de l'application de l'article 163 Cst-VD**

Ces dépenses étant décidées par des décrets exécutoires, elles doivent être considérées comme "dépenses liées", si bien que le présent décret n'est pas soumis à référendum.

### **3.11 Découpage territorial (conformité à DecTer)**

Néant.

### **3.12 Incidences informatiques**

Néant.

### **3.13 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Néant.

### **3.14 Simplifications administratives**

Néant.

### **3.15 Protection des données**

Néant.

### 3.16 Récapitulation des conséquences du projet sur le budget de fonctionnement

En milliers de francs

Intitulé	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
Pers onnel supplémentaire (EIP)	-	-	-	-	-
Frais d'exploitation	-	-	-	-	-
Charge d'intérêt	29.9	29.9	29.9	29.9	119.60
Amortissement	271.8	271.8	271.8	271.8	1'087.20
Prise en charge du service de la dette	-	-	-	-	-
Autres charges supplémentaires	-	-	-	-	-
<b>Total augmentation des charges</b>	<b>301.7</b>	<b>301.7</b>	<b>301.7</b>	<b>301.7</b>	<b>1'206.80</b>
Diminution de charges	-	-	-	-	-
Revenus supplémentaires	-	-	-	-	-
<b>Total net</b>	<b>301.7</b>	<b>301.7</b>	<b>301.7</b>	<b>301.7</b>	<b>1'206.80</b>

#### 4 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de décret ci-après :

## **PROJET DE DÉCRET**

**accordant au Conseil d'Etat un crédit additionnel de CHF 1'358'878.15 pour le bouclage du crédit d'étude de CHF 970'000.-, accordé par le Grand Conseil le 10 novembre 1997, et du crédit d'investissement de CHF 11'610'000.- accordé par le Grand Conseil le 06 décembre 2000, pour financer les études et les travaux de transformation du bâtiment de la Maternité, destinée à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV**

du 15 novembre 2017

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décète*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> Un crédit additionnel de CHF 1'358'878.15 pour le bouclage du crédit d'étude de CHF 970'000.-, accordé par le Grand Conseil le 10 novembre 1997, et du crédit d'investissement de CHF 11'610'000.- accordé par le Grand Conseil le 6 décembre 2000, pour financer les études et les travaux de transformation du bâtiment de la Maternité, destinée à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV.

### **Art. 2**

<sup>1</sup> Ce montant sera prélevé sur le compte Dépenses d'investissement et amorti à la même échéance que le crédit initial.

### **Art. 3**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 2, lettre b) de la Constitution cantonale. Le présent décret entrera en vigueur dès sa publication.

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

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

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

**Rapport final de boucllement et exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit additionnel lié au renchérissement de CHF 1'358'878.15 pour le boucllement du crédit d'étude de CHF 970'000.-, accordé par le Grand Conseil le 10 novembre 1997, et du crédit d'investissement de CHF 11'610'000.- accordé par le Grand Conseil le 6 décembre 2000, pour financer les études et les travaux de transformation du bâtiment de la Maternité, destinés à la réinstallation de la Division de néonatalogie du CHUV**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 26 janvier 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, Guy Gaudard (en remplacement de Philippe Vuillemin), Vassilis Venizelos (présidence), Marc Vuilleumier. Excusés : MM. Thierry Dubois, Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ; Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV.

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

Le département rappelle le cadre donné par la directive d'exécution n° 23 de la loi sur les finances (LFin) qui précise la nature et les démarches propre à la demande d'un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement lorsque ce dernier se révèle insuffisant. Ainsi, une demande de crédit additionnel peut découler de deux causes différentes, de la modification du projet initial et/ou de l'indexation due au renchérissement. Dans le cadre des constructions financées par le budget d'investissement de l'Etat, il est autorisé de valoriser le renchérissement au budget octroyé et d'en admettre l'usage dans la limite de ce nouveau plafond. Ces dépenses additionnelles doivent être régularisées au boucllement de l'objet.

Le présent EMPD de boucllement a pour but de régulariser le renchérissement lié à la demande de crédit d'étude octroyée par le Grand Conseil le 10 novembre 1997 (EMPD N° 288, N°EOTP I.000075.01) et la demande de crédit d'ouvrage octroyée par le Grand Conseil le 6 décembre 2000 (EMPD N° 224, N°EOTP I.000075.02) pour la réinstallation de la division de néonatalogie du CHUV.

Le projet prévoyait :

- la relocalisation et l'extension de la Division de la néonatalogie pour assurer le fonctionnement optimal d'un Centre de médecine périnatale ;
- l'ajout d'une salle d'accouchement et la rénovation du secteur ;
- le regroupement de l'hôpital d'un jour proche des urgences ;
- le déplacement de la consultation spécialisée d'urodynamique pour agrandir la surface insuffisante des consultations générales ambulatoires.

Les études ont été effectuées dès 1998 et les travaux se sont déroulés de 2003 à avril 2004 pour les salles d'accouchement et les travaux pour la néonatalogie se sont achevés en février 2006.

Le périmètre de base du projet n'a pas évolué et les travaux ont été menés tels que décrits dans la demande d'investissement. Toutefois, les montants devisés ont évolué jusqu'au décompte final, ce qui est usuel et cela est dû aux prix du marché, à l'affinement des choix constructifs, aux divers et imprévus et aux optimisations recherchées. Le bouclage fait apparaître un déficit comptable de CHF 1'358'878.15. Il est proposé de couvrir ce déficit par un crédit additionnel d'investissement de CHF 1'358'878.15.

### 3. DISCUSSION GENERALE

Il est précisé que les « hausses négatives » des indices de renchérissement ne se traduisent pas par une baisse des budgets concernés. En effet, selon le Contrôle cantonal des finances (CCF), les dispositions légales applicables ne parlent que du renchérissement. Aussi, seul le renchérissement est valorisé, pas une éventuelle baisse. Le département a identifié une douzaine de projets dont le bouclage de crédits devra faire l'objet d'une régularisation. D'autres projets en cours, non terminés ou pour lesquels les décomptes finaux n'ont pas encore été établis pourraient venir s'ajouter à la liste.

La discussion générale soulève les questions suivantes :

- *Le nouvel Hôpital des enfants remet-il d'une quelconque manière en cause les travaux réalisés de transformation du bâtiment de la Maternité et de réinstallation/agrandissement de la Division de néonatalogie ?*

La néonatalogie, dans sa configuration actuelle et en particulier pour ce qui concerne les soins intensifs de néonatalogie, reste au sein du bâtiment de la Maternité. La construction du nouvel Hôpital des enfants ne remet donc pas du tout en cause les travaux réalisés au bâtiment de la Maternité et en lien avec la Division de néonatalogie. De même, les soins intensifs de pédiatrie restent au sein du Bâtiment hospitalier principal (BH). Le nouvel Hôpital des enfants n'abritera donc pas de soins intensifs supplémentaires mais des salles d'opération.

- *Suite à la construction du nouvel Hôpital des enfants, que vont devenir les locaux de l'actuel Hôpital de l'enfance (site de Montétan) ?*

La réflexion sur la réaffectation du bâtiment est en cours et des pourparlers se tiennent en particulier avec le Service de la santé publique (SSP). Le site est propriété de la Fondation de l'Hôpital de l'enfance et toute décision concernant le devenir du lieu appartient au Conseil de fondation.

- *Le temps est particulièrement long entre le vote du crédit d'investissement et la présentation du crédit additionnel pour le bouclage des dossiers. Le CHUV dispose-t-il dès lors de suffisamment de ressources pour gérer l'ensemble des projets en cours ?*

Le chef du DSAS assure qu'il n'y a pas de problème de ressources en la matière. Comme d'autres services de l'Etat, le CHUV n'a tout simplement pas priorisé la régularisation de projets achevés. Le Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI), qui a une vue d'ensemble des crédits ouverts, a demandé à chacun de procéder à un nettoyage. Une fois le retard rattrapé dans la clôture des vieux dossiers, le bouclage des projets du CHUV interviendra plus rapidement. Au demeurant, en ce qui concerne les hausses dites légales, les principes et mécanismes appliqués sont connus du Grand Conseil au moment de l'octroi du crédit d'investissement. Il reste au final que devrait être vérifiée la pertinence de passer, pour un simple bouclage, par l'élaboration d'un décret et par un débat au Parlement. A ce titre, un changement du cadre légal pourrait être envisagé en vue de plus de souplesse en la matière.

- *Ne conviendrait-il pas d'intégrer explicitement, dans les crédits d'investissement, un poste « Divers et imprévu » (par exemple 5% du montant total de l'investissement considéré) ?*

Un tel poste est toujours incorporé dans les crédits d'investissement (en général 8% du montant de l'investissement dans les cas de transformation et 5% dans les cas de construction neuve). Ce poste est

toutefois séparé de la valorisation du renchérissement qui porte sur la variation du prix par rapport à la valeur du marché (hausses légales, hausses contractuelles).

- *Les entreprises concernées ont-elles été payées dans les délais contractuellement prévus ou y a-t-il eu des retards de facturation ou des contestations de la qualité du travail fourni ?*

Jusqu'à récemment, l'Etat avait pour exigence que les paiements interviennent dans les 60 jours. Le CHUV a toujours respecté le délai, d'éventuels retards s'expliquant pas des erreurs de facturation de la part des entreprises. Depuis une année, les paiements doivent s'effectuer dans les 30 jours à compter de la réception de factures correctement établies. Du point de vue de la technique comptable, le CHUV honore ses factures dans les 10 jours.

#### **4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS**

En réponse aux demandes de plusieurs députés qui souhaitent bénéficier d'une lecture plus claire, le CHUV fournit après séance, pour le projet examiné ainsi que pour l'EMPD 29, le journal des hausses, la situation financière détaillée ainsi que la situation financière résumée.

#### **5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET ET VOTES**

##### **5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE**

L'art. 1 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'art. 2 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'art. 3 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

#### **6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET**

Le projet de décret tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité des membres présents.

#### **7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET**

*La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité des membres présents*

Yverdon-les-Bains, le 9 avril 2018.

*Le président :*  
*(Signé) Vassilis Venizelos*

**RAPPORT FINAL DE BOUCLEMENT ET  
EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET**

**accordant un crédit additionnel de CHF 3'179'280.65 pour le boucllement du crédit  
d'investissement de CHF 21'620'000.– accordé par le Grand Conseil le 18 mai 1999 pour  
financer la construction du nouveau Centre de traitements psychiatriques du Secteur Nord à  
Yverdon-les-Bains**

**1 PRÉSENTATION DU PROJET**

**1.1 Préambule**

Le présent EMPD de boucllement a pour but de régulariser le renchérissement lié à la demande de crédit d'étude et achat d'un terrain par décret accordé le 4 mars 1991 et la demande de crédit d'ouvrage octroyée par le Grand Conseil le 18 mai 1999 (EMPD N° 80, N°EOTP I.000074.01) pour la construction du futur Centre de traitements psychiatriques du Secteur nord (CTP) qui devait regrouper le nouvel hôpital et le Centre psychosocial d'Yverdon-les-Bains.

La directive d'exécution n° 23 de la loi sur les Finances (LFIN) précise la nature et les démarches propres à la demande d'un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement lorsque ce dernier se révèle insuffisant. Ainsi, une demande de crédit additionnel peut découler de deux causes différentes, de la modification du projet initial et/ou de l'indexation due au renchérissement. Elle doit être sollicitée, selon ces causes et dans deux calendriers différents soit sans délai ou à la fin du projet. En fonction du montant, elle est accordée par diverses instances soit le Conseil d'Etat sur préavis de la Commission des finances, soit par le Grand Conseil.

En effet, dans le cadre des constructions financées par le budget d'investissement de l'Etat, il est autorisé de valoriser le renchérissement au budget octroyé et d'en admettre l'usage dans la limite de ce nouveau plafond. Ces dépenses additionnelles doivent être régularisées au boucllement de l'objet. S'agissant de la demande de crédit, l'indice de référence des prix, recensé par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), doit être renseigné. Ainsi, le renchérissement peut être calculé et se traduit par une hausse avant contrat qui est calculée sur l'écart entre l'indice de référence (mentionné dans la demande de crédit) et celui édicté par l'OFS au moment de la signature du contrat, soit à la date de l'offre contractuelle. Ces hausses sont ensuite intégrées à la situation financière et si l'usage s'avère nécessaire régularisées, comme précisé, au boucllement de l'objet.

Le renchérissement se base sur l'indice du devis de référence (il y a deux indices OFS publiés annuellement en avril et en octobre) et correspond à l'écart indiciel entre le devis de référence et le moment de la conclusion du contrat soit de la date de l'offre contractuelle. Ainsi, à titre illustratif la hausse se calcule par code de frais de la construction (CFC) à deux chiffres, par exemple CFC 25 poste

sanitaire comme suit :

$(100/\text{indice de base au moment du devis de référence}) \times (\text{indice de réf de l'offre contractuelle}) = \text{indice de la hausse}$
$(\text{indice de la hausse}) \times (\text{montant de l'offre contractuelle}) = \text{Hausse avant contrat}$

	CFC 25	calcul	indice HAC
Indice OFS avril 2010	143.08	100/143.08	0.70
Indice OFS avril 2015	146.86	146.86 x 0.70	102.64
Contrat	100'000.00		
Hausse enregistrée		100'000.00 x 2.64%	2'641.88

Ainsi pour une offre contractuelle d'avril 2015, alors que le devis de référence a été établi 5 ans plus tôt, la hausse avant contrat est de 2.64% ce qui correspond à la variation de la valeur du marché sur la période.

Il convient encore de spécifier que la nature du renchérissement peut être induite par des hausses avant contrat (HAC) qui ont été explicitées ci-dessus, ou par des hausses contractuelles (HC) ou encore des hausses sur les taxes sur la valeur ajoutée. Concernant les hausses contractuelles, les travaux ne sont soumis à ces dispositions que s'il en a été convenu ainsi dans le cadre du contrat et si ce dernier n'est pas forfaitaire. De la sorte, les HC sont des droits que l'entreprise peut actionner si le contrat le prévoit. Ces HC peuvent concerner :

- les salaires et charges sur salaires ;
- les prix courants des matériaux ; à défaut les prix usuels du marché ;
- les prix de transport des personnes et des matériaux, selon le barème en vigueur dans la branche des transports automobiles ou selon les tarifs des entreprises publiques de transport ;
- les prix courants des installations de chantier ; à défaut les prix usuels du marché ;
- les taxes légales.

Dans le cadre du projet du futur Centre de traitements psychiatriques du Secteur nord du CHUV, sachant que le périmètre des travaux et la nature du projet ont été respectés, il convient de régulariser au bouclage le renchérissement soit essentiellement les HAC et certaines HC, objet du présent EMPD, ainsi qu'un crédit additionnel.

En effet, un crédit additionnel urgent a été sollicité afin de pallier les dysfonctionnements du dispositif de façade. Ce dernier devait à la fois répondre aux contingences de sécurité pour limiter les risques suicidaires et à la fois jouer son rôle de protection thermique. Dès lors, un dispositif de stores intégrés entre vitrage a été retenu. Cette réalisation était encore à l'état de prototype et a montré des dysfonctionnements majeurs auxquels il a fallu remédier en urgence après la période de canicule de 2006.

## 1.2 Historique du projet

Dès la fin des années 80, le Conseil d'Etat et le Grand Conseil étaient conscients de la vétusté et de l'inconfort de l'Hôpital de Bellevue. Une rénovation de l'Hôpital de Bellevue ne s'avérait pas pertinente, car la typologie même du bâtiment ne permettait pas de l'adapter aux exigences actuelles. Dans le cadre des réflexions pour une nouvelle localisation, une situation urbaine avait été retenue pour déstigmatiser au mieux la psychiatrie, et pour rendre plus facile la réintégration sociale des malades hospitalisés. C'était aussi l'occasion d'offrir une meilleure continuité entre les soins en milieu hospitalier et les consultations ambulatoires en réunissant dans un même lieu l'hôpital et le Centre psychosocial au cœur du réseau sanitaire du Secteur psychiatrique nord.

Ainsi, l'objectif du crédit d'ouvrage (N° d'EOTP I.000074.01 – Centre psychiatrique à Yverdon – Construction) validé par le Grand Conseil le 18 mai 1999 visait à :

- offrir aux patients des conditions de séjour décentes et mettre à disposition du personnel soignant des locaux et des équipements permettant une pratique des soins conforme aux connaissances actuelles de la psychiatrie ;
- regrouper dans un contexte de vie active les soins hospitaliers et les soins ambulatoires pour favoriser les complémentarités et permettre de limiter la durée et le nombre des séjours hospitaliers.

Le montant des coûts de construction est de CHF 22'220'000.- couvert pour CHF 21'620'000.- par la demande de crédit d'ouvrage et pour CHF 600'000.- par un financement de la Société immobilière Suisse SA s'agissant d'un partenariat pour la réalisation du parking souterrain.

### 1.3 Développement du projet

#### 1.3.1 Choix du site

Alors que l'EMPD pour le crédit d'études de 1991 faisait état d'un terrain acheté au lieu dit "sur le Buron" pour la réalisation du futur hôpital, le développement de l'étude et des consultations des spécialistes du domaine a montré qu'une implantation plus urbaine s'avère être plus favorable. L'EMPD a développé les avantages du changement de terrain du point de vue de la psychiatrie et, accessoirement, indiquait les économies ainsi réalisées.

Ainsi, après différentes tractations, une implantation dans le quartier des anciennes usines HPI a été trouvée, ceci en accord avec la Municipalité. Les membres du Grand Conseil sont avertis le 6 mars 1995 par courrier du changement de terrain pour cette réalisation. Le changement a ensuite été officialisé sous la forme d'un changement du crédit prévu dans l'EMPD du 4 mars 1991 dans le cadre de l'EMPD du crédit d'ouvrage.



#### 1.3.2 Orientation de la politique sanitaire en psychiatrie et objectifs du projet

Les orientations et les objectifs pour réaliser ce futur lieu d'accueil de la psychiatrie nord se sont basés sur les orientations émises pour les réseaux en soins psychiatriques définis dans le cadre des Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS) voulue par le Conseil d'Etat. Six grands objectifs avaient été assignés au projet :

1. Regrouper dans un même lieu les deux organismes de soins qu'étaient l'hôpital et le Centre psychosocial d'Yverdon-les-Bains pour favoriser les complémentarités et permettre, le plus souvent possible, d'évaluer dès l'admission à l'hôpital une possible alternative ambulatoire, permettant ainsi de limiter le nombre et la longueur des séjours hospitaliers.
2. Localiser les centres de soins dans un endroit accessible pour l'ensemble de la population du secteur et facilitant la coopération avec les familles, les proches, ainsi que le réseau sanitaire et médico-social.

3. Localiser les centres de soins dans un contexte de vie active, la marginalisation du patient étant d'autant plus réduite que le caractère du lieu était banalisé.
4. Offrir aux patients des conditions de séjour décentes correspondant au niveau de confort actuel, notamment en matière d'espaces, de lumière naturelle et d'équipements sanitaires, dans un bâtiment adapté à toutes les normes de sécurité.
5. Mettre à la disposition du personnel soignant un bâtiment dont le contenu et les équipements permettraient une pratique des soins conforme aux connaissances actuelles de la psychiatrie.
6. Permettre au Secteur psychiatrique nord de faire face à tous ses besoins en matière d'hospitalisation.

### *1.3.3 Concours d'architecture et description du projet*

Un concours restreint a été organisé sur la base d'une procédure de préqualification. Au terme du concours, le jury a proposé au Conseil d'Etat de retenir le projet " Une chambre à soi " du bureau I. Lamunière et P. Devanthery, à Lausanne.

Le programme des besoins, les caractéristiques générales du projet et le descriptif des unités n'est pas repris dans cet EMPD, car il a été très largement décrit dans la demande de crédit d'ouvrage.



### *1.3.4 Déroulement des études et des travaux*

Les travaux de construction se sont déroulés conformément à l'EMPD de novembre 1999 à mai 2003. La remise en état du dispositif de protection solaire de mai 2007 à juin 2008.

## **1.4 Manquements dans la qualité d'exécution des chapes et dans la réalisation du concept de protection solaire**

Dans le cadre de cette réalisation, deux problèmes majeurs se sont présentés, à savoir des manquements dans la qualité d'exécution des chapes et dans celle de l'enveloppe thermique, en particulier des fenêtres et du système de protection solaire.

Concernant les chapes, l'entreprise n'a pas dosé correctement la teneur en ciment, ce qui a pour incidence un manque de résistance des chapes. Dès lors, ces dernières se désagrègent prématurément, se fissurent et ne résistent pas bien aux charges requises. La conclusion apportée à la suite de diverses expertises a été, qu'au vu de l'avancement du chantier et du fait que le système de chauffage est intégré dans la chape, une remise en état globale était disproportionnée. Toutefois, une moins-value sur l'ouvrage a été admise étant entendu que les frais d'entretien seraient plus conséquents et que la pérennité de l'ouvrage réduite.

En date du 6 novembre 2010, pour solde de tous comptes et de toutes prétentions entre parties, en capital, intérêts, frais et dépens, à raison des rapports contractuels, objet de la cause pendante, devant la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois, selon demande du 1<sup>er</sup> septembre 2005, Zurich Compagnie d'Assurances SA verse à l'Etat de Vaud CHF 61'212.30 et Zucchet SA verse à l'Etat de Vaud CHF 29'905.25, soit un total de CHF 91'117.55. Ce montant a été provisionné sur un compte

d'entretien qui est sollicité pour la remise en état de ces chapes.

En psychiatrie, le dispositif architectural doit limiter les risques pour les patients. En effet, tout élément pouvant inciter ou faciliter les actes suicidaires doit être évité. Dès lors, les rideaux étant une source de risque, le concept prévoyait un store intégré entre 2 vitrages, officiant comme protection solaire et obscurcissant. Ce dispositif, relativement nouveau, a très vite montré des défaillances de motorisation (l'alimentation des moteurs, conçus en 5V, s'est avérée insuffisante pour synchroniser les commandes). La responsabilité de ces dysfonctionnements relève de l'entreprise adjudicataire qui, entre-temps, a fait faillite ainsi que de l'entreprise étrangère à qui elle avait sous-traité la réalisation des vitrages et leur entraînement.

Des études ont été menées depuis l'automne 2006 pour trouver la solution optimale devant garantir un confort thermique satisfaisant en été et un niveau de luminosité adéquat, assurer une sécurité appropriée et permettre d'obscurcir les chambres. L'option devait également éviter des infrastructures techniques trop lourdes d'entretien et gourmandes en énergie. La réfection du système existant ou le remplacement de celui-ci par un dispositif identique ont été abandonnés. Les coûts estimés, respectivement de CHF 1.32 mios et de CHF 1.9 mios, n'offraient pas les garanties suffisantes pour assurer un fonctionnement pérenne. Il faut également souligner qu'il existe peu de littérature dans ce domaine et les expériences faites dans d'autres établissements présentent également des difficultés d'emploi.

L'étude pour la pose d'un store toile a également été menée. Son coût important, estimé à CHF 1.54 mios, est principalement lié à l'alimentation électrique. Le principal obstacle demeure cependant dans l'implantation du bâtiment en bout de lac qui l'expose à de forts vents.

La proposition qui a été retenue est le changement des verres en les remplaçant par des verres sélectifs (qui renvoient les rayons infrarouges) et qui garantissent une luminosité suffisante. Pour optimiser ces critères, les verres doivent être différenciés selon l'orientation des façades. Ce dispositif rend les stores extérieurs inutiles. Néanmoins, un système de rafraîchissement par le sol doit être réalisé pour atteindre des températures et un facteur de lumière du jour acceptables. Un rideau intérieur doit être posé pour garantir l'obscurcissement des chambres.

Cette option a fait l'objet d'une proposition de crédit complémentaire au Conseil d'Etat. Le Conseil d'Etat a néanmoins demandé au CHUV de conduire une enquête administrative pour s'assurer que la responsabilité de l'architecte ou d'un autre tiers n'est pas également engagée. Le CHUV a sollicité un cabinet d'architecte pour mener cette expertise.

Le rapport d'expertise conclut aux points suivants :

- Le système des vitrages isolants en façade avec stores intégrés motorisés à commande électronique était, en 2000, neuf sur le marché, voire en phase d'industrialisation.
- C'est un dispositif technologiquement délicat pour le domaine du bâtiment à cause de l'imbrication des éléments dans une situation stratégique en façade. En effet, cette localisation fait qu'un seul élément doit répondre à l'isolation thermique, à la protection solaire, à la transmission énergétique, à la luminosité naturelle et à l'étanchéité à l'air et à l'eau.
- Il exige une démarche coordonnée en réunissant les différentes compétences, ceci depuis la planification jusqu'à la réception de l'ouvrage avec un cahier des charges et des descriptifs précis.
- Les principaux intervenants n'ont pas pris les dispositions suffisantes pour explorer, avant la mise en œuvre, les tenants et les aboutissants du produit. Les modifications apportées et, par conséquent, le côté expérimental s'est déroulé pour l'essentiel pendant le chantier alors qu'il fallait impérativement suivre le rythme du calendrier des travaux.
- Les défauts résultent donc de la qualité des fournitures, du produit et de sa mise en œuvre ainsi que du concept.

En l'état de la documentation transmise et des informations obtenues à ce jour, l'expert estime que les responsabilités sont les suivantes :

- L'entreprise (adjudicataire) qui a fait faillite, endosse avec son sous-traitant la responsabilité la plus importante de ce défaut, ceci pour un ordre de grandeur de la moitié.
- L'architecte mandaté, ainsi que le représentant du Maître de l'ouvrage représenté par l'Office des constructions, endossent chacun une responsabilité de deuxième importance, mais également pour un ordre de grandeur de ¼ chacun.
- Le bureau d'ingénieurs électriciens et mandataire spécialisé, n'endosse quant à lui qu'une responsabilité très accessoire.

Une convention avec les architectes a été conclue précisant la participation des architectes pour un montant de CHF 51'070.15, ainsi que de 160'000.- de la part des assurances soit un montant total de CHF 211'070.15.

## 2 MODE DE CONDUITE DU PROJET

### 2.1 Bilan financier

Le présent exposé des motifs et projet de décret concerne le bouclage des comptes d'un objet de construction dont le décret octroyant le crédit d'ouvrage a été accordé en mai 1999. Il régularise le renchérissement ainsi qu'un crédit additionnel rendu nécessaire pour corriger les problèmes liés à l'inconfort intérieur dû à un mauvais dispositif de l'enveloppe du bâtiment.

Cet objet présente un déficit comptable supérieur à 400'000 francs. En conséquence, il requiert un crédit additionnel d'investissement. La proposition de bouclage présentée ci-dessous est conforme aux instructions du Service d'analyse et de gestion financières (SAGEFI) du Département des Finances et des relations extérieures (DFIRE).

Sur cette base, la proposition de bouclage est la suivante :

- Un crédit additionnel de bouclage de CHF 3'179'280.65 (EOTP I.000074.02) est accordé au Conseil d'Etat pour couvrir le dépassement intervenu sur l'objet I.000074.01 - " Centre psychiatrique à Yverdon - Construction " lié au renchérissement et à l'adaptation de l'enveloppe thermique du bâtiment.

Le tableau ci-après donne une vue d'ensemble résumée faisant apparaître le crédit total octroyé (Vaud, Confédération et Tiers = VCT), les dépenses totales, le solde disponible ou dépassement, ainsi que les références à l'exposé des motifs et au décret.

Objet N°	Désignation	Exposé des motifs			Décret		Crédit Vaud Confédération Tiers (VCT)	Dépenses totales	Solde disponible ou dépassement par rapport au crédit total (VCT)
		N°	Mois	Année	Date	Etudes Ouvrage			
I.000074.01	Centre de traitement psychiatrique à Yverdon, construction	80	Mai	1999	18.05.1999	Ouvrage	21'620'000.-	25'399'280.65	-3'179'280.65

Cet objet qui totalise un dépassement de : CHF - 3'179'280.65

est structuré comme suit :

- Les hausses avant contrat et légales représentent CHF - 2'404'076.40
- Le crédit additionnel autorisé par le CE et la COFIN se monte à CHF - 1'070'000.00
- Le bonus technique représente CHF + 294'795.75

La Société immobilière Suisse SA, venderesse du terrain, a financé 30 places de parc pour un montant de CHF 600'000.-. Le devis général comprend le coût de construction d'une trentaine de places de parc souterraines qui doivent être réalisées simultanément à la construction du bâtiment. Elles résultent d'une obligation du plan de quartier dans lequel s'inscrit le futur bâtiment. Ces places de parc seront à disposition des utilisateurs des bâtiments voisins, qui, selon les règles du plan de quartier doivent disposer de 60% de leurs places de parc en souterrain.

## 2.2 Coût de l'ouvrage et comparaison avec le devis

### 2.2.1 Devis de référence

Pour mémoire (page 24 de l'EMPD N° 80 de mai 1999), le terrain du Buron initialement prévu pour la construction du CTP a été acheté par l'Etat le 15 novembre 1990 par prélèvement sur le Fonds d'acquisition de droits réels et d'immeubles de réserve.

Par décret du 4 mars 1991, le Grand Conseil accordait un crédit de CHF 8'030'000.-, dont CHF 6'130'000.- pour le terrain du CTP, CHF 1'700'000.- pour les études et CHF 200'000.- pour l'organisation d'un concours d'architecture.

Le tableau ci-dessous résume les coûts envisagés en 1991, ceux prévus par l'EMPD proposé, et par déduction, le crédit d'ouvrage demandé.

	1	2	3	4	5	6 = 3-4-5
	Opération telle que prévue en 1991	Crédit accordé en 1991	Opérations proposées dans le présent EMPD	Dépensé sur crédit de 8'030'000.- accordé en 1991	Encore à dépenser sur crédit accordé en 1991	Crédit d'ouvrage demandé dans le présent EMPD
Concours d'architecture	200'000.-	200'000.-	141'000.-	141'000.-	0.-	0.-
Achat terrain	6'130'000.-	6'130'000.-	3'950'000.-	0.-	3'950'000.-	0.-
Coût construction estimé (y compris études)	18'000'000.-	1'700'000.- (études jusqu'au devis général)	22'918'000.-	1'298'000.-	0.-	21'620'000.-
<b>Total</b>	<b>24'330'000.-</b>	<b>8'030'000.-</b>	<b>27'009'000.-</b>	<b>1'439'000.-</b>	<b>3'950'000.-</b>	<b>21'620'000.-</b>
Solde actuel = 2-4 :		6'591'000.-				
Solde après achat terrain = solde actuel -5 :		2'641'000.-				
Différence entre prévision 1991 et projet 1999 = 1-3 :		2'679'000.-				

L'EMPD de crédit d'ouvrage indiquait (en page 22), un apport de CHF 600'000.- de la Société immobilière Suisse SA pour financer 30 places de parc dont le coût de construction était inclus dans le devis de référence qui se montait à **CHF 22'220'000.-**

### 2.2.2 Crédit additionnel

Comme évoqué, le Conseil d'Etat, dans sa séance du 18 avril 2007, et la COFIN, dans sa séance du 24 mai 2007, ont autorisé un crédit additionnel de CHF 1'070'000.-, pour la poursuite du projet qui ne souffrait aucun délai (travaux de remise en état du dispositif de protection solaire CFC 6).

### 2.2.3 Récapitulatif du coût de l'ouvrage

Le devis (indexé à avril 1996) se montait à	CHF	21'620'000.-
Financement de la Société immobilière Suisse SA	CHF	600'000.-
Soit un total de	CHF	22'220'000.-
Crédit additionnel autorisé par le Conseil d'Etat et la COFIN	CHF	1'070'000.-
Total du devis de référence	CHF	23'290'000.-

Le tableau ci-après mentionne le détail du coût de l'ouvrage :

CFC	Libellé	1	2	3	4	5	6	Solde	Ecart entre le devis y.c hausses et les dépenses %
		Montant TTC inscrit dans l'EMPD	Devis de référence TTC sur IDB	Hausses avant contrat	Hausses contractuelles	Devis de référence TTC sur IDB, y.c. hausses	Dépenses effectives		
						2 + 3 + 4	TTC	5 - 6	6 / 5
1	Travaux préparatoires	448'000.-	400'321.-	33'558.50	7846.05	441'525.55	388'779.05	52'746.50	88.1%
2	Bâtiment	19'802'000.-	18'851'393.-	1'879'718.35	332'996.70	21'064'108.05	21'457'035.05	-392'927.00	101.9%
3	Équipement d'exploitation	373'000.-	350'720.-	27'542.70	6359.40	384'622.10	392'267.65	-7'645.55	102.0%
4	Amenagements extérieurs	737'000.-	706'041.-	59'883.15	312'10.05	797'234.20	725'805.00	71'429.20	91.0%
5	Frais secondaires, taxes	13'73'000.-	13'72'040.-	10'207.80	40.40	13'82'288.20	11'74'230.75	2'08'057.45	84.9%
9	Ameublement fixe	374'000.-	361'263.-	9'027.90	16.70	370'307.60	100'532.95	269'774.65	27.1%
9	Animation artistique	178'000.-	178'222.-	4242.95	1'525.75	183'990.70	164'187.85	19'802.85	89.2%
6	Crédit additionnel autorisé par le CE et la COFIN		1'070'000.-			1'070'000.00	99'6442.35	73'557.65	93.1%
<b>Total sur la base du devis de référence sur IDB</b>			<b>23'290'000.-</b>	<b>2'024'081.35</b>	<b>379'995.05</b>	<b>25'694'076.40</b>	<b>25'399'280.65</b>	<b>294'795.75</b>	<b>98.9%</b>
Total selon ventilation p. 23 de l'EMPD 80 (TVA 1998 à 6.5%)		23'285'000.-							
Total selon p. 23 de l'EMPD 80 (TVA 1999 à 7.5%)		23'518'000.-							
Financement SCI		-600'000.-							
Dépense s crédit de 8'030'000.- (objet 300027 clôturé)		-12'98'000.-							
Montant total décret		21'620'000.-							
Financement SCI		600'000.-							
<b>Total sur la base du décret sur SAP EOTP N°1.000074.01</b>		<b>22'220'000.-</b>					<b>25'399'280.65</b>	<b>-3'179'280.65</b>	

#### 2.2.4 Evolution entre le devis de référence et les coûts finaux

Le résultat total est inférieur de 1.1% par rapport au devis de référence indexé des hausses légales. Il est usuellement demandé, lors des bouclements, de détailler et d'expliquer les variations entre le devis général et le décompte final. Cela devrait se faire par position de code de frais de la construction (CFC). Néanmoins, il est normal que les montants provisionnés évoluent jusqu'au décompte final en fonction de modifications de projet, d'optimisation, d'une mise en concurrence serrée, etc. Un tel exercice s'avère peu utile si le cadre global du projet est respecté. Seuls les faits marquants ont fait l'objet de précisions à savoir les manquements dans la qualité des chapes et du dispositif de protection solaire.

#### 2.2.5 Coût final

Le coût final se monte à **CHF 25'399'280.65**.

#### 2.2.6 Part des hausses sur le coût final

Le crédit a été géré avec le système IDB qui fournit le résultat suivant :

Hausses avant contrat	CHF	2'024'081.35
Hausses légales	CHF	379'995.05
<b>Part des hausses sur le coût final</b>	<b>CHF</b>	<b>2'404'076.40</b>

#### 2.2.7 Contrôle technique des coûts (comparaison entre le devis et le coût final hausses déduites, soit bonus ou malus technique)

Les chiffres ci-après font ressortir un bonus technique de **CHF 294'795.75**:

<b>Devis de référence</b>		<b>CHF 23'290'000.00</b>
Coût final de l'ouvrage	CHF	25'399'280.65
Hausses à déduire	CHF	-2'404'076.40
<b>Coût final de l'ouvrage, hausses déduites</b>		<b>CHF 22'995'204.25</b>
<b>Bonus théorique</b>		<b>CHF 294'795.75</b>

### 2.2.8 Solde ou déficit comptable

Le bouclage fait apparaître un déficit comptable de CHF **3'179'280.65** selon les chiffres après (déficit inférieur aux hausses légales si l'on rajoute les CHF 1'070'000.– autorisés par le Conseil d'Etat et la COFIN) :

Crédit d'ouvrage accordé (EMPD 80, décret du 18.05.1999)	CHF	21'620'000.00
Subventions encaissées, versement Société immobilière Suisse SA	CHF	600'000.00
<b>Total des crédits d'investissement accordés</b>	<b>CHF</b>	<b>22'220'000.00</b>
Coût final de l'ouvrage	CHF	-25'399'280.65
<b>Déficit comptable</b>	<b>CHF</b>	<b>-3'179'280.65</b>

Il est proposé de couvrir ce déficit par un crédit additionnel d'investissement de CHF 3'179'280.65.

## 3 CONSÉQUENCES

### 3.1 Conséquences sur le budget d'investissement

Un crédit additionnel de CHF 3'179'280.65 (EOTP I.000074.02) est sollicité et prélevé sur le budget d'investissement de l'Etat de Vaud avec la répartition temporelle suivante :

en milliers de francs					
Intitulé	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
a) Transformations immobilières : dépenses brutes	3'179.28				+3'179.28
a) Transformations immobilières : recettes de tiers					-
<b>a) Transformations immobilières : dépenses nettes à charge de l'Etat</b>	<b>3'179.28</b>				<b>+3'179.28</b>
b) Informatique : dépenses brutes					+
b) Informatique : recette de tiers					-
<b>b) Informatique : dépenses nettes à charge de l'Etat</b>					<b>+</b>
c) Investissement total : dépenses brutes	3'179.28				+3'179.28
c) Investissement total : recettes de tiers					-
<b>c) Investissement total : dépenses nettes à la charge de l'Etat</b>	<b>3'179.28</b>				<b>+3'179.28</b>

### 3.2 Amortissement annuel

Ce crédit additionnel sera amorti en 8 ans pour coïncider avec l'amortissement du décret qui devrait échoir en 2024. L'amortissement annuel sera de CHF 397'500.– dès l'année 2017.

### 3.3 Charges d'intérêt

La charge annuelle d'intérêt sera de CHF 70'000.– dès l'année 2017.

### 3.4 Conséquences sur l'effectif du personnel

Néant.

### 3.5 Autres conséquences sur le budget de fonctionnement

Néant.

### 3.6 Conséquences sur les communes

Néant.

### 3.7 Conséquences sur l'environnement, le développement durable et la consommation d'énergie

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

### 3.10 Conformité de l'application de l'article 163 Cst-VD

Ces dépenses étant décidées par des décrets exécutoires, elles doivent être considérées comme "dépenses liées", si bien que le présent décret n'est pas soumis à référendum.

### 3.11 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

### 3.12 Incidences informatiques

Néant.

### 3.13 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

### 3.14 Simplifications administratives

Néant.

### 3.15 Récapitulation des conséquences du projet sur le budget de fonctionnement

En milliers de francs

Intitulé	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Total
Personnel supplémentaire (ETP)	-	-	-	-	-
Frais d'exploitation	-	-	-	-	-
Charge d'intérêt	70.0	70.0	70.0	70.0	280.0
A mortissement	397.5	397.5	397.5	397.5	1'590.0
Prise en charge du service de la dette	-	-	-	-	-
Autres charges supplémentaires	-	-	-	-	-
<b>Total augmentation des charges</b>	<b>467.5</b>	<b>467.5</b>	<b>467.5</b>	<b>467.5</b>	<b>1'870.0</b>
Diminution de charges	-	-	-	-	-
Revenus supplémentaires	-	-	-	-	-
<b>Total net</b>	<b>467.5</b>	<b>467.5</b>	<b>467.5</b>	<b>467.5</b>	<b>1'870.0</b>

## 4 CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de décret ci-après :

# PROJET DE DÉCRET

**accordant au Conseil d'Etat un crédit additionnel de  
CHF 3'179'280.65 pour le bouclage du crédit d'investissement de  
CHF 21'620'000.– accordé par le Grand Conseil le 18 mai 1999 pour  
financer la construction du nouveau Centre de traitements psychiatriques  
du Secteur Nord à Yverdon-les-Bains**

du 15 novembre 2017

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décète*

## **Art. 1**

<sup>1</sup> Un crédit additionnel de CHF 3'179'280.65 est accordé au Conseil d'Etat pour le bouclage du crédit d'investissement de CHF 21'620'000.– accordé par le Grand Conseil le 18 mai 1999 pour financer la construction du nouveau Centre de traitements psychiatriques du Secteur Nord à Yverdon-les-Bains.

## **Art. 2**

<sup>1</sup> Ce montant sera prélevé sur le compte Dépenses d'investissement et amorti à la même échéance que le crédit initial.

## **Art. 3**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 2, lettre b) de la Constitution cantonale. Le présent décret entrera en vigueur dès sa publication.

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

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

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

**Rapport final de boucllement et exposé des motifs et projet de décret accordant un crédit additionnel de CHF 3'179'280.65 pour le boucllement du crédit d'investissement de CHF 21'620'000.– accordé par le Grand Conseil le 18 mai 1999 pour financer la construction du nouveau Centre de traitements psychiatriques du Secteur Nord à Yverdon-les-Bains**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 26 janvier 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, Guy Gaudard (en remplacement de Philippe Vuillemin), Vassilis Venizelos (présidence), Marc Vuilleumier. Excusés : MM. Thierry Dubois, Philippe Vuillemin.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Catherine Borghini Polier, Directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat ; Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV.

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

Le département rappelle le cadre donné par la directive d'exécution n° 23 de la loi sur les finances (LFin) qui précise la nature et les démarches propre à la demande d'un crédit additionnel destiné à compléter un crédit d'investissement lorsque ce dernier se révèle insuffisant. Ainsi, une demande de crédit additionnel peut découler de deux causes différentes, de la modification du projet initial et/ou de l'indexation due au renchérissement. Dans le cadre des constructions financées par le budget d'investissement de l'Etat, il est autorisé de valoriser le renchérissement au budget octroyé et d'en admettre l'usage dans la limite de ce nouveau plafond. Ces dépenses additionnelles doivent être régularisées au boucllement de l'objet.

Le présent EMPD de boucllement a pour but de régulariser le renchérissement lié à la demande de crédit d'étude et achat d'un terrain par décret accordé le 4 mars 1991 et la demande de crédit d'ouvrage octroyée par le Grand Conseil le 18 mai 1999 (EMPD N° 80, N°EOTP I.000074.01) pour la construction du futur Centre de traitements psychiatriques du Secteur nord (CTP) qui devait regrouper le nouvel hôpital et le Centre psychosocial d'Yverdon-les-Bains.

Le projet prévoyait d'offrir aux patients des conditions de séjour décentes et mettre à disposition du personnel soignant des locaux et des équipements permettant une pratique des soins conforme aux connaissances actuelles de la psychiatrie. Il a été décidé de déplacer dans un nouveau bâtiment au centre-ville les activités qui se trouvaient en périphérie de la ville et de regrouper les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. Les travaux de construction se sont déroulés conformément à l'EMPD de novembre 1999 à mai 2003. La remise en état du dispositif de protection solaire de mai 2007 à juin 2008.

Deux problèmes se sont présentés dans la réalisation du projet :

1. des manquements dans la qualité d'exécution des chapes : les assureurs ont versé CHF 91'117.55.- à l'Etat de Vaud ;
2. des manquements dans la qualité d'exécution du système de protection solaire :
  - le Conseil d'Etat et la Commission des finances(COFIN) ont autorisé en avril et mai 2007 un crédit additionnel de CHF 1'070'000.- pour la poursuite du projet ;
  - la part de la responsabilité des architectes ainsi que des assurances a été de CHF 211'070.15 ;
  - la part relevant de l'entreprise n'a pas pu être activée, cette dernière ayant fait faillite ;
  - les vitrages ont dû être remplacés ; un système de rafraîchissement par le sol a également dû être réalisé pour garantir le confort thermique.

Le bouclement fait apparaître un déficit comptable de CHF 3'179'280.65 (déficit inférieur aux hausses légales si l'on rajoute les CHF 1'070'000.- autorisés par le Conseil d'Etat et la COFIN). Il est proposé de couvrir ce déficit par un crédit additionnel.

### 3. DISCUSSION GENERALE

Un commissaire s'étonne qu'il faille encore déstigmatiser la psychiatrie. Il est vrai que le projet a été imaginé dans les années 1990 et que, à l'époque, la perception du domaine psychiatrique n'était sans doute pas la même qu'actuellement.

Un autre commissaire regrette un bouclement tardif du dossier, d'autant plus que le dépassement de crédit se montre de l'ordre de 15%.

### 4. EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSE DES MOTIFS

L'analyse de l'EMPD suscite les questions et remarques suivantes :

- *Quel a été le coût des études nécessaires au changement de site choisi ?*

L'acquisition du terrain ne relève pas du crédit d'investissement mais d'un financement passant par l'Unité des opérations foncières (UOF) du Service des immeubles, patrimoine et logistique (SIPAL). Le coût des études du projet tel que réalisé est resté identique (CHF 1,7 millions) à celui annoncé dans le crédit d'étude obtenu.

Le président précise que l'emplacement initial était situé en zone industrielle et artisanale. La localisation actuelle, en face d'un terrain de football et à proximité de l'école d'ingénieurs, semble dès lors plus appropriée et participe d'une meilleure cohérence urbanistique de la ville.

- *Dans l'optique d'une gestion la plus rigoureuse possible des deniers publics, le département ne s'est-il pas montré trop conciliant vis-à-vis des mandataires impliqués dans les manquements constatés dans la réalisation des travaux ?*

Le chef du DSAS souligne que les procédures judiciaires qu'il serait alors nécessaire d'engager s'avèrent souvent longues, épuisantes et onéreuses. D'ailleurs, l'Etat n'avait jusqu'à peu pas droit à des dépens lorsqu'il gagnait la cause. De surcroît, les décisions de justice se montrent rarement favorables à l'Etat, tant la protection de l'intérêt privé prime en général. Dès lors, il convient de ne pas forcément judiciariser les problèmes rencontrés et de privilégier autant que possible les solutions de conciliation. La directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV estime que, pour ce qui concerne le système de protection solaire, l'Etat ne s'est pas montré exagérément arrangeant, aucune autre alternative ne s'offrant à lui. En effet, l'entreprise qui endosse la responsabilité la plus importante dans ce dossier a fait faillite et n'a donc pas pu être mise en demeure.

- *Afin de remédier aux risques liés aux faillites en cours de travaux, une garantie ne devrait-elle pas être exigée avant le début des travaux (dépôt par l'entreprise adjudicataire sur un compte bloqué d'une somme s'élevant généralement à 10% du montant de l'adjudication) ?*

Une telle procédure est mise en œuvre de nos jours, pas à l'époque.

## **5. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET ET VOTES**

### **5.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE**

L'art. 1 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'art. 2 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'art. 3 du projet de décret est adopté à l'unanimité des membres présents.

### **6. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET**

Le projet de décret tel que discuté par la commission est adopté à l'unanimité des membres présents.

### **7. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET**

*La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité des membres présents.*

Yverdon-les-Bains, le 9 avril 2018.

*Le président :  
(Signé) Vassilis Venizelos*



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-JNI-003

Déposé le : 08.05.18

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

**Sortir les produits agricoles de l'accord avec le Mercosur pour la survie de notre agriculture et la santé de nos enfants**

## Texte déposé

Le Grand Conseil demande au Conseil d'Etat d'exercer le droit d'initiative du Canton auprès de l'Assemblée fédérale afin de sortir les produits agricoles et produits de l'élevage du futur accord de libre-échange avec les pays du Mercosur (Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay).

## Commentaire(s)

Le ministre de l'Economie Johann Schneider-Ammann négocie actuellement les conditions d'un futur accord de libre-échange avec les pays du Mercosur (Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay).

Or ces pays produisent à bas prix grâce à des domaines agricoles bien plus étendus et avec nettement moins de contraintes et d'exigences que les domaines agricoles suisses, notamment au niveau sanitaire. Ils cultivent des OGM (Organismes Génétiquement Modifiés) à large échelle et augmentent le rendement de leurs élevages grâce notamment à des hormones de croissance et des traitements préventifs du bétail aux antibiotiques. Les signataires souhaitent grâce à cette initiative parlementaire agir en faveur de la santé publique en garantissant aux citoyens suisses des produits de qualité. Ils souhaitent également éviter que les agriculteurs suisses ne fassent les frais d'une trop grande ouverture.

D'un point de vue écologique, il semble également insensé que, pour des raisons économiques, les produits que l'on consomme en Suisse parcourent des milliers de kilomètres pour finir dans nos assiettes.

En effet, dans un pays où entre trois et quatre exploitations agricoles disparaissent chaque jour et où le revenu paysan se situe autour des 45'000 francs par année, l'ouverture du marché suisse représente la mort de l'agriculture indigène.

Cette démarche serait donc bénéfique tant pour les consommateurs qui sauraient ainsi ce qu'ils mettent dans leur assiette que les producteurs qui ne subiraient pas une concurrence déloyale qui conduirait à leur perte.

### Conclusions

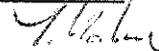
Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

- (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 :

Yvan Pahud au nom de l'UDC Vaud

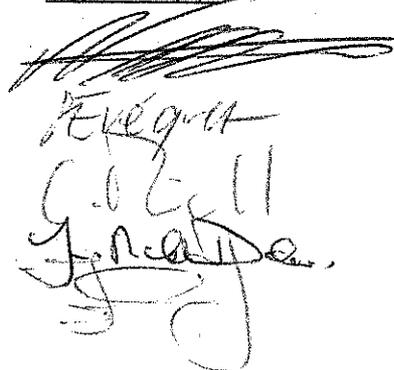
### Signature :



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

Nicolas Rochat Fernandez, PS

### Signature(s) :



Séverine Evequoz, Les Verts

Claire Richard, V'L

Jean-Michel Dolivo, EàG

Jérôme Christen, AdC

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

Initiative : Soutien les produits agricoles de l'accord avec le Mercosur pour la sécurité de l'agriculture et la santé de nos enfants

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

**Postulat Didier Lohri et consorts – Réseaux de santé, le Grand Conseil se doit de clarifier la situation pour l'avenir de tous nos concitoyens, clients potentiels aux soins à domicile !**

*Texte déposé*

Les réseaux de soins procèdent actuellement à la validation de leurs budgets 2018. Les assemblées intercommunales ont pris connaissance des différents points en attente de décision suite à la présentation de l'avant-projet sur les réseaux de soins à domicile.

Des instructions ont été données, pour que le 30 juin 2018, les directeurs d'offices régionaux puissent mettre en place des mesures allant dans, nous semble-t-il, le sens de l'avant-projet mis en consultation en février 2017.

Sans reprendre le contenu complet de cet avant-projet, il nous semble important que le Grand Conseil puisse prendre ses responsabilités de législateur en temps voulu. Ce dernier se doit peut-être d'avoir une ligne cohérente. Le Conseil d'Etat attend, peut-être, un signal fort en dépassant les querelles des intervenants du système. Le but recherché par l'avant-projet n'est pas contesté. Personne n'ose déclarer que le maintien le plus tardif possible de la population à domicile et non dans les établissements hospitaliers, est une aberration crasse. Les réponses aux différentes motions Wyssa et autres permettront de démontrer leurs avantages sur le plan psychologique et du point de vue financier sur la facture sociale.

L'uniformisation des prestations indépendamment du lieu de domicile est logique. Son effet contribue à la diminution de la facture sociale. Le problème de cette politique de soins à domicile réside par le fait que dans la pratique le canton pilote, impose et définit les standards. Il demande l'avis des communes, mais celles – ci ne sont qu'un office de validation avec presque aucun pouvoir. Par contre, le mode de financement est totalement inadapté à la réalité de nos concitoyens. Les soins à domicile sont une anticipation aux soins hospitaliers et ils doivent être financés par les mêmes règles et méthodes de calculs.

Après les différentes réponses obtenues en période de consultation, il s'avère que c'est notamment le principe de financement qui fasse peur à tous.

Pour exemple, comment justifier que le contribuable vaudois, doit assurer sa prestation financière aux soins à domicile par une ponction de son impôt allant de 0.5 point d'impôt jusqu'à 6 points d'impôt en fonction de son lieu de domicile.

Nous estimons que le Grand Conseil devrait accompagner les acteurs locaux dans la définition d'un système de financement solidaire, qui pourrait être par exemple aligné sur le système CANTONAL des soins généraux hospitaliers à la population.

Pour atteindre les objectifs essentiels pour le financement de notre système de santé et respecter la volonté de maîtriser les coûts de la santé, nous avons l'honneur de demander au Conseil d'Etat d'étudier :

- les effets d'une répartition des coûts des réseaux de santé en adéquation avec la Loi sur les péréquations intercommunales (LPIC),
- les effets d'un report financier complet des charges des réseaux de santé au niveau cantonal.

*Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures.*

*(Signé) Didier Lohri  
et 21 cosignataires*

### *Développement*

**M. Didier Lohri (VER)** : — J'ajouterai quelques commentaires au texte du postulat mais, pour commencer, je tiens à remercier les personnes qui ont soutenu la démarche, en vue d'étudier la possibilité de reporter directement le financement des soins à domicile, par le biais de la Loi sur les péréquations intercommunales (LPIC), ou en vue de faire une étude pour savoir s'il faut reporter entièrement les frais sur le canton.

Je ne veux pas m'étendre sur la question financière, sur la valeur du point d'impôt ou sur les habitants qui financent des soins, dont tout le monde reconnaît l'utilité par rapport à une hospitalisation. J'estime sincèrement que le Grand Conseil doit donner quelques directives complémentaires sur le mode de financement des réseaux de soins. Je vous remercie de votre attention et remercie déjà le Conseil d'Etat d'étudier la possibilité évoquée.

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

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

**Postulat Didier Lohri et consorts – Réseaux de santé, le Grand Conseil se doit de clarifier la situation pour l'avenir de tous nos concitoyens, clients potentiels aux soins à domicile !**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie à Lausanne le lundi 22 janvier 2018, à la Salle de la Cité, rue Cité-Devant 13, à Lausanne. Elle était composée de Mesdames les Députées Claire Attinger Doepper, Sonya Butera, Florence Gross, Monique Ryf, Aliette Rey-Marion et Léonore Porchet, ainsi que de Messieurs les Députés Didier Lohri, Olivier Petermann, Werner Riesen. Monsieur Gérard Mojon a été confirmé dans son rôle de président / rapporteur. Madame Circé Fuchs est excusée.

Ont également participé à cette séance, Madame Stéphanie Monod, Cheffe du Service de la Santé Publique (SSP) et Monsieur Pierre-Yves Maillard, Chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Mesdames Gaëlle Corthay et Sophie Métraux ont assuré la tenue de la séance et en ont rédigé les notes, ce dont elles sont vivement remerciées.

**2. REMARQUE GENERALE**

Afin de bien comprendre les intentions du postulant et la portée de son dépôt, il faut d'emblée préciser que trois éléments sont clairement ressortis des discussions.

1. Ce ne sont pas les réseaux de santé qui sont concernés par le postulat mais bien l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) et les Associations/Fondations régionales d'aide et de soins à domicile (A/F).
2. La gouvernance de ces entités ne fait également pas l'objet du présent postulat ; seule la répartition de leur financement le faisant.
3. Finalement ce n'est pas la répartition de la charge entre le canton et les communes qui est mise en question, mais bien et exclusivement celle de la solidarité entre les diverses communes du canton à cet égard.

**3. POSITION DU POSTULANT**

Plusieurs séances récentes d'associations de soins à domicile révèlent que l'augmentation permanente des coûts rend le financement actuel de l'AVASAD de plus en plus difficile à assumer pour de nombreuses communes. Le postulant se pose donc la question de l'opportunité du système de financement actuel de cette association et de la solidarité entre contribuables vaudois.

En appui de ses déclarations, le postulant présente le fichier Power Point qui est joint au présent rapport.

Le postulant tient à préciser que les soins à domicile permettent de réduire la durée des séjours hospitaliers.

Il lui semblerait plus judicieux de s'inspirer de l'exemple de la Gendarmerie vaudoise dont le financement par les communes est basé sur les points d'impôts. Il remarque que le nombre de points d'impôts qu'une commune doit consacrer au financement de l'AVASAD varie de 0.11 à 5.50 points. Il compare également deux moyennes : 1.84 point d'impôt cantonal suffirait à financer l'AVASAD alors que le même financement requiert une moyenne de 2.48 points d'impôt communal. Cela représente donc à ses yeux un plus grand effort pour les communes, défavorisées par la notion d'écrêtage. Le postulant souligne finalement que les communes s'acquittent de la facture de l'AVASAD avec des valeurs différentes en points d'impôts alors que l'AVASAD touche l'ensemble de la population.

En conclusion, le postulant souhaiterait un traitement équitable des contribuables vaudois au sein du canton. Il espère que cette réflexion permette de résoudre une partie de la problématique de la facture sociale.

#### **4. POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

Le Conseiller d'Etat en charge du Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) rappelle tout d'abord que l'AVASAD coûte actuellement 250 millions de francs (hors part assureurs), dont 100 millions à charge des communes. Si les 15-20 francs par habitant que représentait ce financement à l'origine, il y a une dizaine d'années, ne justifiait pas un système péréquatif, il admet qu'avec le montant actuel de CHF 95.- par habitant, la question peut être posée.

Le Conseiller d'Etat (CE) reconnaît également que l'augmentation des soins à domicile permet une réduction des hospitalisations, donc une diminution des coûts de la santé, l'Etat supportant 55% des coûts de l'hospitalisation (les 45% restants sont à charge des assureurs). La limite est cependant médicale, seuls peuvent être maintenus à domicile les patients présentant un diagnostic excluant toute complication, les médecins ne se déplaçant plus à domicile. Il précise que c'est pour cette raison que le Conseil d'Etat cherche actuellement à développer un système dans lequel le médecin doive à nouveau se déplacer à domicile.

Le Conseil d'Etat souhaite estimer dès 2019 le nombre d'hospitalisations évitées grâce aux soins à domicile. La somme correspondante pourrait alors être redistribuée par le Service de la Santé Publique (SSP) aux A/F. Cela ne règlera toutefois pas le problème soulevé par le postulant.

Le Conseiller d'Etat ne voit pas d'objection à se pencher sur la question posée mais précise qu'aller dans le sens du postulant impliquerait une bascule d'impôt. Il rappelle également qu'entre 2015 et 2017 les prestations de l'AVASAD ont augmenté de 30%, sans augmentation correspondante du nombre de patients et que celles-ci n'incluent pas que des soins à domicile mais également des prestations sociales.

#### **5. DISCUSSION GENERALE**

A une députée qui s'inquiète que le développement des soins à domicile ne mette en péril certains hôpitaux régionaux, le CE répond qu'une même entreprise de santé peut regrouper hôpital et soins à domicile, ce qui permet de pérenniser les structures, pour autant que la masse critique le permette.

A une autre se demandant s'il n'y a pas lieu d'accélérer le processus par l'utilisation d'outils parlementaires plus rapides, il répond que le choix appartient aux députés tout en rappelant que toute proposition de nouvelle dépense doit être accompagnée d'une proposition de financement correspondante.

Le postulant précise que l'étude de motions plus précises est en cours.

Le Conseiller d'Etat souligne que, globalement parlant, les communes présentent aujourd'hui une situation financière aussi bonne que celle de l'Etat. Ce dernier a accepté de mettre en œuvre la RIE III cantonale. Les communes pourraient, de leur côté, mettre en œuvre une solidarité intercommunale (fond de solidarité). Aucune loi nouvelle n'est nécessaire à cet effet, les acteurs étant existants.

Il précise cependant que si le postulat devait être envoyé au Conseil d'Etat sous sa forme actuelle, faisant mention "d'un système de financement solidaire, qui pourrait être par exemple aligné sur le système CANTONAL des soins...", des questions de gouvernance se poseraient nécessairement, l'Etat, seul payeur, étant alors légitimé à imposer la sienne.

Le postulant rappelle l'urgence à traiter ce postulat, des dossiers tels la RIE III et les péréquations intercommunales étant actuellement ouverts.

## **6. VOTE DE LA COMMISSION**

*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.*

Le Mont, le 5 février 2018

*Le rapporteur :*

*Gérard Mojon*

### **Annexe :**

Un fichier Power Point préparé et présenté par le postulant



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-POS-060

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 118 et 119 LGC** Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.

Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat 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 du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

## Titre du postulat

**La vision du Conseil d'Etat sur l'innovation et sa stratégie subséquente**

## Texte déposé

Le Conseil fédéral dans un récent rapport datant de février 2018 « Vision d'ensemble de la politique d'innovation » dit, en substance, que la politique d'innovation de la Suisse est fortement ancrée dans le fédéralisme et ne nécessite pas de pilotage par la Confédération. De cela découle le fait qu'il n'y a pas lieu de créer actuellement un masterplan ou une loi spécifique sur l'innovation au niveau fédéral. La question relève donc de l'affaire des cantons.

Dans notre canton, l'innovation on en parle beaucoup. On l'invoque, à juste titre, lorsqu'on décrit la dynamique de succès des start-up issues de nos Hautes écoles ou de celle des entreprises vaudoises performantes. Le vocable a même été inclus dans la nouvelle dénomination d'un département celui du DEIS (Département de l'Economie, de l'Innovation et du sport), mais en réalité que recouvre cette notion en termes de vision gouvernementale, de stratégie et de processus de mise en œuvre ?

Le canton consacre beaucoup de moyens à l'éducation, au soutien aux entreprises naissantes, à l'appui au développement économique. Tout cela est à saluer, mais en quoi cela consiste-t-il ? Certes, Innovaud, le DEV existent, la promotion économique aussi, mais encore ?

Le but de ce postulat est d'inviter de Conseil d'Etat à établir un rapport étayé en regard de l'innovation comprenant notamment les éléments suivants :

- Sa vision de l'innovation
- Sa stratégie pour la mettre en place durablement
- Les domaines qu'il souhaite privilégier

- Les mesures d'accompagnement qu'il envisage
- Les moyens de mise en œuvre tant administratifs que financiers qu'il souhaite y consacrer, notamment le financement à cet effet figurant dans le programme de législature et sa concrétisation annoncée à hauteur de de CHF 75 millions lors de la publication des comptes 2017 de l'Etat de Vaud
- Les collaborations envisagées avec d'autres cantons
- Son avis sur le partenariat public-privé pour la soutenir

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 :

Catherine Labouchère

Signature :

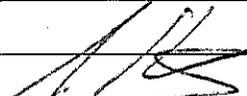
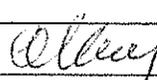
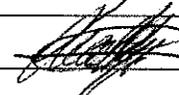
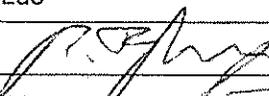
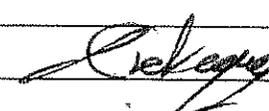
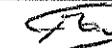
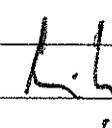
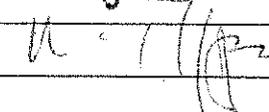
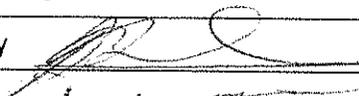
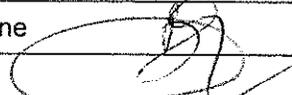
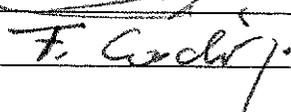


Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-POS-061

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 118 et 119 LGC** Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.

Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat 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 du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

## Titre du postulat

Optimisation dans le domaine de l'action sociale, où en est-on ?

## Texte déposé

Au mois de mai 2016 Monsieur le Député Jean-Marie Surer déposait une interpellation interrogeant le Conseil d'Etat sur les mesures en place dans l'administration cantonale afin d'assurer l'efficacité du suivi des dossiers des bénéficiaires de prestations sociales. Ceci afin de développer le potentiel de rationalisation et d'optimisation des procédures.

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

1. Quelles mesures de formation ont été prises auprès des employés des CSR afin d'améliorer l'optimisation de la prise en charge des bénéficiaires ?
2. Quelles mesures d'optimisation des procédures ont été prises afin d'améliorer les procédures de prises en charge de bénéficiaire ?
3. Quel est le calendrier du Conseil d'Etat afin de généraliser sur le plan cantonal, l'exemple lausannois de mise en commun des ressources des CSR et ORP pour les bénéficiaires du RI à la recherche d'une activité lucrative.

## 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 :

Florence Gross

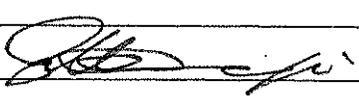
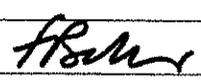
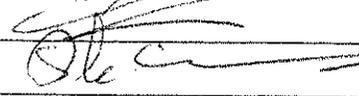
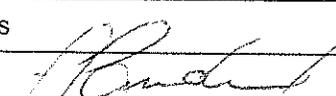
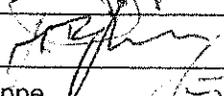
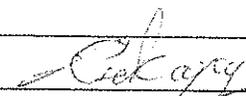
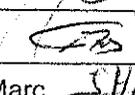
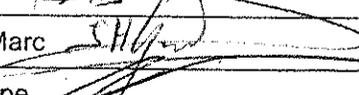
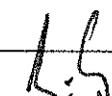
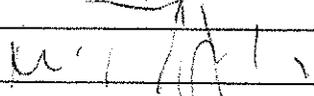
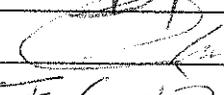
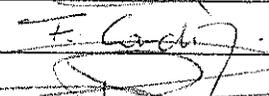
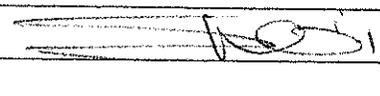
Signature :

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](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)**

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 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 Alette

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

Rydlö Alexandre

Ryf Monique

Schaller Graziella

Schelker Carole

Schwaar Valérie

Schwab Claude

Simonin Patrick

Sonnay Eric

Sordet Jean-Marc

Stürner Felix

Suter Nicolas

Tafelmacher Pauline

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

# Postulat

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-POS-062

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 118 et 119 LGC** Le postulat charge le CE d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier (attention : le postulat n'impose pas au CE de légiférer, contrairement à la motion et à l'initiative) et de dresser un rapport. Il porte sur une compétence propre ou déléguée du CE. Motivé, le postulat doit exposer clairement la mesure souhaitée ou l'objet du rapport demandé.

Il peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le postulant demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct du postulat 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 du postulat ; suite au vote du GC, le postulat est soit renvoyé au CE, soit classé.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

Titre du postulat

**Violences en marge des matchs, jusqu'où ira l'escalade ?**

Texte déposé

En 2011, j'avais interpellé le Conseil d'Etat concernant la problématique des « hooligans » dans le sport. En ce qui concerne l'intérieur et les alentours des stades, les clubs gèrent de mieux en mieux la situation grâce notamment aux équipements vidéo et à la présence d'observateurs (snoopers), même si la sécurité à Lausanne (Pontaise) vient de démontrer le contraire le dimanche 13 mai dernier.

- Fin avril, après la rencontre de foot LS – GC, lors du départ du train spécial qui reconduisait les supporters zurichois, des problèmes sont survenus en gare de Lausanne, (frein d'arrêt d'urgence actionné à de multiples reprises, jets d'objets et même des sièges du train sur le quai). Mais le plus grave se déroulera après la gare de Chavornay, lorsque les deux seuls agents de la police des transports ont dû actionner eux-mêmes l'arrêt d'urgence afin de fuir les voyous qui les menaçaient en défonçant les portes des wagons. Les deux pilotes ont également quitté le train !!! Situation incroyable, digne d'une scène de guerre en pleine campagne vaudoise sur la ligne CFF. Malheureusement ce genre de situation n'est pas si isolée, lors des déplacements des supporters en Suisse. Elles ont également lieu sur les aires d'autoroutes où des shops ou restos ont déjà été saccagés.

- Lors de mon interpellation, j'avais demandé certaines informations en relation avec ces gros problèmes lors des déplacements de supporters. Aujourd'hui, suite à ces événements très graves, je constate que la situation et la sécurité n'est pas maîtrisée et que les effectifs d'accompagnement sont largement insuffisants.

Le postulant soussigné demande au Conseil d'Etat qu'il présente un rapport sur les points suivants :

a) Quelles sont les mesures prises conjointement avec les Directeurs cantonaux de la sécurité ?

b) Quelles sont les discussions effectuées avec les clubs concernés pour organiser les déplacements et l'accompagnement ?

c) Qu'il soit étudié que des clubs suisses se responsabilisent totalement envers leurs fans lors des déprédations ou autres dégâts ?

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

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

X

(b) renvoi à une commission sans 20 signatures

┐

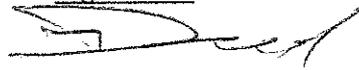
(c) prise en considération immédiate

┐

Nom et prénom de l'auteur :

Durussel José

Signature :



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

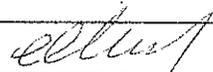
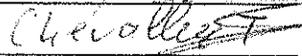
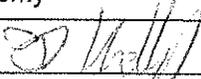
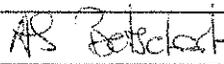
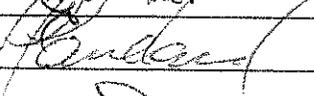
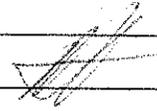
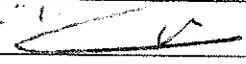
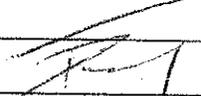
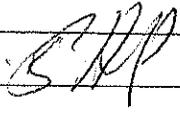
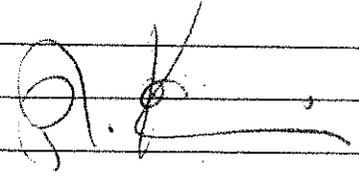
Ducenne, Philipe

Signature(s) :

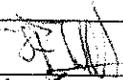
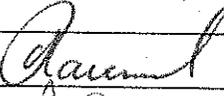
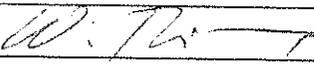
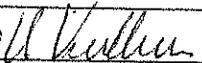
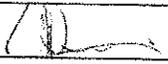
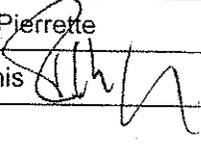
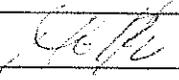


**Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin :** [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL**  
**sur le postulat Christa Calpini et consorts pour un centre de médecines complémentaires en**  
**phase avec les besoins des patients du CHUV**

***Rappel du postulat***

*Les patients font largement recours aux médecines complémentaires. Environ 30% de la population suisse y a recours au moins une fois par année. L'offre dans ce domaine est pléthorique, parfois efficace, mais aussi parfois délétère pour les patients. Tout récemment, le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) a accepté l'introduction de diplômes en médecines alternatives, en Suisse.*

*Le CHUV et la Faculté de biologie et médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL) ont reconnu l'utilisation importante de médecines complémentaires par la population. Dans ce contexte, la sensibilisation aux médecines complémentaires (MC) fait partie, depuis 1992, du programme des études de médecine à Lausanne. Suite à la votation fédérale de mai 2009 (nouvel article constitutionnel concernant les médecines complémentaires) et à une demande de l'Association romande pour le développement et l'intégration des médecines complémentaires (RoMedCo), le Conseil d'Etat du canton de Vaud a chargé le CHUV et la FBM de proposer un concept pour une sensibilisation et un enseignement dans le domaine des MC. Le CHUV et la FBM ont proposé une perspective descriptive et critique des MC selon les critères de la médecine factuelle, pour l'enseignement, la recherche, l'évaluation, et l'information. En 2010 deux médecins agréés, chargés de cours à l'UNIL (0.6 EPT) ont été engagés par la FBM et par le CHUV (Département Formation et Recherche) dont les activités étaient supervisées par la Commission FBM-CHUV des médecines complémentaires, présidée par le Professeur Eric Bonvin. Depuis début 2014, le groupe de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires (Gremec) fait partie de l'unité d'évaluation des soins de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), sous la direction du Professeur Bernard Burnand.*

***Situation actuelle***

*Depuis le mois de juin 2015, un nouveau développement est mis en place avec la création d'un centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC).*

*Ce nouveau centre aura trois missions :*

- enseignement (essentiellement en prégradué) ;*
- recherche (recherche sur les services de santé) ;*
- services (coordination des soins et de l'information sur les médecines complémentaires au CHUV et à la PMU).*

*Plusieurs projets de recherche sont en cours, dont un qui vient d'être soutenu financièrement par*

*l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) dans un cadre compétitif et expertisé (Fondation Bangerter) à hauteur de 90'000 francs. Concernant le budget, 325'000 francs sont alloués au CEMIC pour 2015 et 2016. Une nouvelle évaluation sera effectuée en 2017 en vue de la pérennisation et d'une augmentation du financement.*

*Ce qui a été mis en place au CHUV depuis la votation populaire de 2009 est à saluer. Nous constatons cependant que ce centre ne fournira pas de prestations cliniques, mais uniquement des conseils lors de la mise en place de projets de développement dans le domaine des médecines complémentaires au sein des départements du CHUV et de la PMU et des informations générales sur les médecines complémentaires. Il n'est donc pas prévu d'offrir des soins ou même des conseils aux patients. Par comparaison, l'Institut de médecine complémentaire de l'Université de Berne offre des soins aux patients depuis 1995 et celui de l'Université de Zurich depuis 1994. Le centre de médecine intégrative de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall en offre également depuis 2009. L'offre est inexistante dans les hôpitaux publics de Suisse romande.*

*La responsabilité de la mise en place, de la gestion et de la supervision clinique d'interventions relevant des médecines complémentaires revient aux services cliniques. Il est intéressant de souligner que c'est exactement la même décision qui avait été prise dans les années 1980 au sujet des soins palliatifs au CHUV : " chaque équipe doit assumer jusqu'à la mort la vie d'un patient hospitalisé " ; cette demi-mesure obligeait les patients à quitter le CHUV pour se rendre à Rive-Neuve s'ils souhaitaient des soins palliatifs. L'histoire montre qu'en 2002, le Grand Conseil a donc dû rectifier en adoptant un décret pour renforcer les soins palliatifs, afin de garantir enfin à tous un accès à des soins de qualité.*

*Le projet actuel des médecines complémentaires au CHUV qui laisse chaque service décider de son offre va certainement entraîner la poursuite de la situation actuelle, à savoir une offre hétéroclite et non structurée. Un patient peut recevoir un soin de médecine complémentaire, dans un service, pour un problème de santé, et ne pas le recevoir dans un autre service, pour le même problème de santé. Aujourd'hui, l'ostéopathie n'est proposée qu'en gynécologie obstétrique, alors que certains patients hospitalisés dans d'autres services pourraient en bénéficier. Un service peut décider de ne plus offrir un soin, par exemple, suite au changement d'un chef de service. Cette option est d'autant plus surprenante qu'un médecin du CHUV a été envoyé par sa direction générale pour se former aux USA (Mayo Clinic, Rochester, MI, Professeur Bauer) dans le but d'appliquer un concept d'intégration réussie de la médecine complémentaire dans un hôpital universitaire de médecine conventionnelle. Pourquoi dès lors ne pas s'inspirer d'un système qui fonctionne ?*

*Offrir des médecines complémentaires au CHUV peut donner l'impression de peu d'utilité. Il faut d'abord savoir que de nombreux patients ont déjà recours à des médecines complémentaires, pendant qu'ils sont au CHUV, notamment en automédication, avec les risques que cela comporte en termes d'interactions. Une offre coordonnée et des conseils individuels leur permettraient de faire des choix plus adéquats. Par ailleurs, les médecines complémentaires offrent des approches non pharmacologiques très intéressantes. Ainsi, des somnifères sont souvent introduits chez les patients pendant leur hospitalisation, médicaments difficiles à arrêter par la suite. Il serait certainement utile d'offrir d'autres approches, par exemple de l'hypnose, aux patients pendant qu'ils sont hospitalisés. La problématique est similaire avec la douleur. On ne peut toutefois pas avoir un spécialiste de l'hypnose dans chaque service : une offre de consultants, comme c'est le cas pour les autres spécialités, serait une option intéressante. Enfin, le CHUV pourrait être le lieu où soignants et patients peuvent recevoir des informations objectives et basées sur les données scientifiques, alors que trop souvent les informations sur les médecines complémentaires peuvent être biaisées notamment par des objectifs de vente ou des croyances.*

*Le CHUV devrait s'inspirer des expériences d'autres hôpitaux, notamment aux Etats-Unis : le projet*

actuel n'est pas novateur, vu qu'il n'offre aucun soin aux patients. L'évolution des soins palliatifs au CHUV pourrait être un exemple.

Dès lors, nous demandons au Conseil d'Etat :

1. qu'un véritable Centre de Médecines complémentaires soit offert avec des soins aux patients et que ceux-ci y aient accès quel que soit le service dans lequel ils se trouvent. Cela dès que le recensement des compétences internes et fonctionnant déjà à satisfaction aura été réalisé au sein du CHUV.
2. Une pérennité de ce Centre en lui accordant les moyens financiers nécessaires.
3. Un délai raisonnable pour le mettre en fonction, soit idéalement fin 2016 ou début 2017.

### **Modification du point 1 du postulat lors de la Commission thématique de la santé publique**

Lors de la discussion de ce postulat à la commission thématique de la santé publique en date du 6 novembre 2015, le point 1 du postulat a été reformulé de la manière suivante (point 6, vote de la commission):

" Le président résume l'interprétation retenue de la demande no 1 du postulat : assurer, selon des modalités à examiner, l'équité d'accès pour les patients du CHUV aux médecines complémentaires ; renforcer la promotion des pratiques dont l'efficacité a été démontrée, notamment les médecines complémentaires déjà offertes au CHUV actuellement.

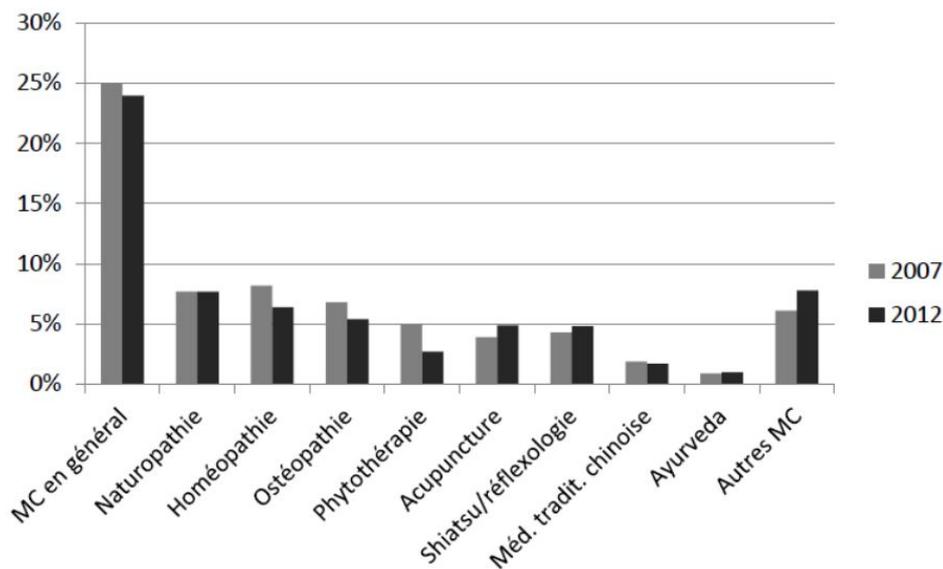
La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat dont la première demande a été reformulée, à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'Etat. "

C'est cette reformulation du point 1 qui a ensuite été présentée au Grand Conseil.

## **RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT**

### **1 INTRODUCTION**

Les patients, tant en Suisse que dans d'autres pays, font largement appel aux médecines complémentaires (MC). En Suisse, près de la moitié de la population a fait recours au moins une fois dans sa vie à une MC et une personne sur quatre a été au moins une fois dans l'année en consultation de MC (Wolf U. et al., ForschKompl 2006 ; Klein MC. Et al., PlosOne 2015). Les personnes atteintes de maladies chroniques font davantage recours aux MC (Klein MC. Et al., PlosOne 2015). En ce qui concerne l'oncologie, un tiers des patients atteints de cancer ont recours aux MC (Molassiotis A. et al., AnnOncol 2005).



*Table 1. Recours aux médecines complémentaires dans les 12 derniers mois (Enquête suisse sur la santé) (%)*

De nombreuses définitions des médecines complémentaires existent. La définition des MC utilisée par le CHUV est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon laquelle les médecines complémentaires "se rapportent à un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant". Cette définition est également utilisée aux Etats-Unis par le National Institute of Health (NIH). Ainsi, des thérapies comme l'hypnose ou l'art-thérapie sont considérées comme MC, car elles répondent à cette définition. Le CHUV a également décidé de ne pas se focaliser uniquement sur les MC remboursées par l'assurance obligatoire de soins, mais de s'intéresser aux MC dans leur ensemble.

Contrairement à l'idée fortement répandue, il existe une très grande diversité des MC en termes de recherche, de formation et d'implémentation. Certaines thérapies font l'objet de recherches poussées et ont démontré leur efficacité dans certaines indications comme par exemple l'acupuncture dans le traitement de la douleur, alors que d'autres n'ont jamais fait l'objet de recherche (bain de pieds quantique par exemple). Il existe des formations structurées pour certaines MC, comme par exemple l'ostéopathie qui est désormais enseignée en Suisse dans une HES [*Bachelor of science HES-SO en ostéopathie, Haute Ecole de santé, Fribourg*], alors que l'on peut se former en un week-end à d'autres thérapies. L'ostéopathie est bien implémentée en Suisse romande dans le domaine ambulatoire, mais quasi absente des hôpitaux.

Les différentes enquêtes menées par le Centre de médecine intégrative et complémentaire du CHUV/PMU (CEMIC) ont montré que le recours aux MC est fréquent parmi les patients suivis au CHUV et intéresse les soignants.

- Une enquête auprès des infirmiers, médecins, sages-femmes et physiothérapeutes du CHUV a montré que plus de 90% (n=1247, taux de réponse 25%) adresseraient leur patient pour un traitement de médecine complémentaire contre la douleur si ces traitements étaient offerts au CHUV, avec une préférence pour l'hypnose, l'acupuncture et l'ostéopathie. Toutefois, 63% disent ne pas avoir assez de connaissances sur les MC (Aveni E. et al., *Explore* 2016).
- Une enquête auprès des médecins de famille du canton de Vaud a montré que 92% (n=109) d'entre eux pensaient que la mise à disposition d'une consultation d'orientation et de conseil sur les MC dans le canton pourrait aider leurs patients (Schneider S. et al., *Pédagogie Médicale* 2014).
- En ce qui concerne les patients, une étude récente menée en oncologie au CHUV a démontré que 46% des patients en cours de traitement de chimiothérapie utilisent également des approches complémentaires.
- Une autre étude a montré que 10% des patients hospitalisés en médecine interne au CHUV ont recours à de la MC pendant leur hospitalisation, bien qu'elle ne soit pas offerte dans ce service, ce qui pose notamment de possibles problèmes d'interactions entre la prise de phytothérapie et de médicaments.

## **2 ETAT DES LIEUX DES OFFRES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE**

### **2.1 Etat des lieux dans les hôpitaux en Suisse et dans le monde occidental**

De nombreuses facultés de médecine en Amérique du Nord et quelques-unes en Europe, ont créé des centres ou instituts chargés de mener des recherches, d'organiser un enseignement pré et post-gradué dans ce domaine et d'offrir des soins de médecine complémentaire aux patients. En Suisse, les Universités de Berne et de Zurich ont mis en place des chaires de MC depuis les années 2000, avec de la recherche, de l'enseignement et de la clinique. L'hôpital de St-Gall a ouvert un centre de médecine intégrative en 2012 (Schlaeppli M., Primary Care 2012).

### **2.2 Etat des lieux au CHUV**

La sensibilisation aux médecines complémentaires fait partie, depuis de nombreuses années, du programme des études de médecine à Lausanne. Suite à la votation fédérale sur l'article constitutionnel concernant les MC en 2009 et la réorganisation de l'enseignement à la Faculté de Biologie et Médecine (FBM) de l'Université de Lausanne, le Décanat a mis sur pied un groupe de travail chargé de réorienter la formation pré-gradué, post-gradué et continue dispensée dans le domaine des MC et d'évaluer la place des médecines complémentaires au CHUV. Fin 2010, le Décanat de la FBM et la Direction du CHUV ont décidé de mettre sur pied une Commission permanente des médecines complémentaires ayant pour tâche d'observer, conseiller et commenter les activités liées aux MC au CHUV et à la FBM. Depuis début 2014, le groupe de recherche et d'enseignement sur les médecines complémentaires a été intégré à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

Le Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) a été créé en juin 2015, actuellement rattaché à l'IUMSP (Dir. Prof. F. Paccaud), en l'Unité d'évaluation des soins (Prof. B. Burnand) ; une antenne de coordination clinique est basée à la PMU (Dir. Prof. J. Cornuz). Cette antenne a créé en 2015 un réseau de coordination regroupant des cadres, infirmiers et médecins, issus de chaque département clinique du CHUV.

Le personnel régulier du CEMIC comprend actuellement 2 EPT, dont 1.5 EPT pour la recherche et l'enseignement et la coordination du CEMIC et 0.5 EPT pour les services cliniques. Le Dr P.-Y. Rodondi, est engagé à 0.5 EPT comme Médecin associé responsable des activités du CEMIC. Pour le moment, le CEMIC n'offre ni conseils cliniques, ni soins aux patients, mettant la priorité sur les activités de recherche et d'enseignement, ainsi que le recensement cité plus bas. L'enseignement a rapidement dépassé le seul enseignement aux étudiants en médecine et aux médecins (formation continue et postgrade), puisque de nombreux enseignements ont également été donnés dans les filières de soins infirmiers, diététiciens et sages-femmes. Le CEMIC ne peut d'ailleurs pas répondre à la demande actuelle, tant elle est importante. Les médias sollicitent également fréquemment les membres du CEMIC.

## **3 RECENSEMENT DE L'OFFRE AU CHUV ET PISTES DE DÉVELOPPEMENTS**

### **3.1 Offres de médecines complémentaires au CHUV**

Sur demande du Directeur général du CHUV, le CEMIC a effectué début 2016 un recensement des offres de médecine complémentaire au CHUV. L'objectif était de connaître l'offre actuelle de MC au CHUV, d'obtenir l'avis des Directions de département concernant les MC, et de créer un registre des thérapeutes de MC au CHUV.

Un total de 63 offres de médecine complémentaire a été recensé, comprenant 21 types différents de MC (Tableau 2). L'hypnose, suivie du massage, de la réflexologie, du reiki et de l'art-thérapie sont les MC qui comprennent le plus grand nombre d'offres dans l'institution. En revanche, d'autres offres sont uniques telles que l'acupuncture et l'ostéopathie et ne sont offertes chacune que par un seul

thérapeute à temps partiel, rendant l'accès à ces soins très limité pour les patients du CHUV et une absence d'offre pendant leurs absences. La grande majorité des thérapeutes sont internes à l'institution. Les infirmiers représentent la majorité des professionnels pratiquant des MC dans l'institution, suivis des physiothérapeutes. Le nombre d'offres est très variable entre les départements (de 21 offres dans un département à l'absence d'offre dans un autre). La plupart des offres de MC sont dédiées à un département, voire à un service du CHUV. Ainsi, l'accès aux MC diffère selon le service clinique.

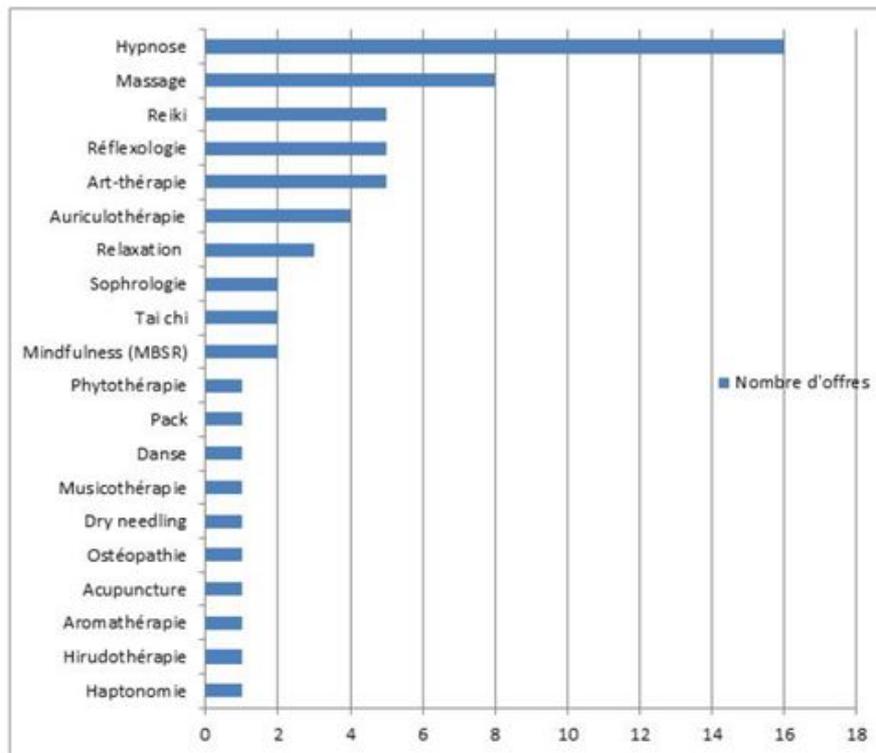


Tableau 2. Nombre d'offres par type de MC, CHUV, 2016.

NB : En raison de l'hétérogénéité de l'offre, il existe une grande variation de disponibilité de ces différentes offres pour les patients, rendant impossible le calcul des EPT dédiés à une thérapie (une offre d'hypnose peut par exemple varier dans un service à moins d'un patient traité par semaine à plusieurs par jour dans un autre).

### 3.2 Besoins et attentes concernant les médecines complémentaires au CHUV

Des entretiens ont été réalisés par le CEMIC avec toutes les Directions médicales et de soins cliniques du CHUV, ainsi que la majorité des thérapeutes exerçant une MC au CHUV, afin de mieux comprendre les besoins et les problèmes liés aux MC au CHUV. Trois thèmes ont été mis en évidence par l'analyse des entretiens, qui indiquaient des avis très proches des membres des différentes Directions rencontrées et des thérapeutes.

- Le premier thème concerne les pratiques de MC à l'intérieur du CHUV. Des projets ont émergé suite à des situations de soins difficiles, où les professionnels se retrouvent démunis face à la souffrance des patients, comme c'est le cas pour l'hypnose utilisée lors des soins des grands brûlés (contrôle des douleurs). Certaines MC sont offertes dans le cadre du temps de travail du professionnel alors que pour d'autres, un pourcentage est contractuellement dédié. La majeure partie des MC sont dispensées par des professionnels engagés au CHUV. Elles sont pratiquées dans le cadre de l'engagement du professionnel souvent sans que cela fasse l'objet d'une description dans son cahier des charges. La formation en MC des différents thérapeutes est très hétérogène.

- Le deuxième thème concerne les obstacles. L'offre est relativement précaire. En effet, lorsqu'aucun pourcentage de travail fixe n'est octroyé, il arrive que le soin de MC ne puisse être offert, les soins réguliers étant priorisés. Plusieurs offres de MC dépendent en partie ou totalement du financement de divers fonds privés (fondations ou associations). Une fois mises en place, les offres ne sont pas forcément pérennisées, soit que le collaborateur n'est pas remplacé en cas d'absence prolongée ou de départ définitif du service, soit que la nouvelle direction souhaite ne pas prolonger l'offre. Par ailleurs, l'équité d'accès à un soin n'est pas garantie puisqu'elle dépend de la disponibilité de l'offre dans le service. Enfin, pour les prestations ambulatoires, les MC ne sont souvent remboursées que par l'assurance complémentaire. Ainsi, certains soins ne sont pas disponibles pour les patients qui n'ont pas d'assurance complémentaire ou ne peuvent pas s'offrir le soin. Il existe aussi un certain nombre de réticences des soignants face aux MC, notamment en ce qui concerne les risques d'interactions avec les traitements conventionnels.
- Le troisième thème porte sur les pistes d'interventions. Face à ces différents éléments, diverses pistes ont été abordées avec les Directions des départements. La proposition de la création d'une consultation de conseils sur les MC est unanimement souhaitée par les Directions de départements, de même que la mise en place d'une équipe mobile à disposition des différents départements du CHUV, comme cela se fait pour les autres spécialités au CHUV. Cette offre transversale permettrait un lieu d'information sur les MC, une équité d'accès des patients à certains soins et une amélioration de la qualité de l'offre, avec des soignants spécialisés dans leur thérapie. Enfin, une information contenant les bénéfices, les risques, les interactions et contre-indications devraient, selon les Directions, être à la disposition des professionnels de santé du CHUV.

En ce qui concerne l'avis des patients, la demande est importante, alors que la communication médecin-patient est déficiente. Dans une enquête en oncologie au CHUV, 74% des patients pensaient que les MC n'avaient pas d'effets secondaires et la moitié des patients pensaient être suffisamment informés sur les bénéfices et risques des MC, mais il faut souligner que leurs sources d'informations étaient en majorité les amis et la famille. Le manque de communication sur les MC était important avec 86% des patients à qui leur oncologue ne leur avait pas demandé s'ils recourent à des MC. Une autre étude en médecine interne au CHUV a montré que 96% des patients n'avaient pas eu de questions du médecin sur leur recours à des MC, 32% auraient souhaité recevoir des informations sur les MC durant leur hospitalisation et 75% auraient essayé une MC si elle leur avait été proposée durant leur hospitalisation. Selon des témoignages recueillis auprès de l'espace Patients et Proches du CHUV, des patients se sont plaints de ne pas avoir été informés ou référés à des MC.

Une étude en pédiatrie à l'hôpital de Zurich a montré que 56% des parents souhaitaient avoir accès à un médecin spécialisé en MC pour des conseils (Zuzak TJ et al. EurJPed 2009). Les patients souhaitent donc parler de ce sujet et l'évolution rapide des données scientifiques ne laisse pas le temps à chaque médecin d'être également au courant des données sur les MC. C'est pour cette raison que de nombreux hôpitaux, aux Etats-Unis notamment, ont développé une consultation de conseils sur les MC.

### **3.3 Coûts et financement**

Comme c'est aussi souvent le cas dans le domaine de la médecine conventionnelle, il existe peu d'études de coût-efficacité des MC. Toutefois, il existe par exemple des études qui montrent que l'acupuncture a un bon profil coût-efficacité pour les lombalgies (Herman PL et al., BMJOpen 2012). Une étude réalisée au CHUV chez les grands brûlés a montré une économie de 19'000.- par patient traité par hypnose (Berger M. et al., Burns 2010).

Un autre aspect concerne la possibilité qu'une prestation de MC soit remboursée par l'assurance

obligatoire de soins. En ce qui concerne les prestations ambulatoires, seules certaines prestations de MC effectuées par des médecins sont remboursées par l'assurance de base. Certaines prestations délivrées par des infirmiers, des psychologues ou des physiothérapeutes peuvent probablement, dans certaines conditions, être remboursées par l'assurance de base, mais ceci nécessite une évaluation plus poussée. Les autres prestations sont soit remboursées par l'assurance complémentaire, soit à charge du patient. En ce qui concerne les prestations hospitalières, une évaluation réalisée au CHUV a mis en évidence que les prestations de MC n'ont pratiquement aucune influence sur le DRG, en d'autres termes, elles ne sont pas valorisables dans la facturation.

Enfin, si certaines prestations étaient offertes uniquement sur la base de partenariats financiers avec des fondations, il y a un risque qu'uniquement certains types de patients (" patientèle " particulière de ces fondations) y aient accès, comme par exemple la pédiatrie ou l'oncologie.

Ainsi, la facturation aux assurances, tout comme les financements autres (fondations notamment), n'offrent que peu de possibilités et ceci constitue un obstacle au développement des MC. Ainsi, comme hôpital public, d'un côté il est difficilement défendable que les patients sans assurance complémentaire ou aux ressources financières limitées ne puissent pas avoir accès à certains soins et d'un autre côté une prestation qui a montré son efficacité devrait être proposée aux patients, même si elle n'est pas remboursée par l'assurance de base. Ainsi le CHUV offre déjà actuellement par exemple l'hypnose chez les grands brûlés ou le tai chi pour prévenir les chutes chez les personnes âgées, bien que ces prestations ne soient pas remboursées.

### **3.4 Projet de développement d'une offre de médecine complémentaire au CHUV**

Suite à ce recensement et à l'avis des Directions de départements, le CHUV a étudié et évalué les modalités possibles de mise en place d'une offre de MC pour les patients du CHUV. Cette offre ne doit pas se faire au détriment d'autres offres de soins de médecine conventionnelle. Par ailleurs, il convient de se baser avant tout sur les problèmes de santé rencontrés concrètement par les patients plutôt que d'adopter *ex nihilo* une approche complémentaire donnée. Par exemple, cette enquête a montré qu'il n'y aurait aucun sens à créer des lits de médecine complémentaire au CHUV : l'offre doit être disponible là où le patient se trouve dans le CHUV et en coordination avec les autres soins. C'est pour ces raisons que le recensement de l'offre et des besoins était une priorité.

L'option choisie par le CHUV, à savoir d'aller recueillir les besoins de tous les départements cliniques dans le domaine des médecines complémentaires, est pour un hôpital universitaire une première en Europe. Berne, par exemple, a mis en place des démarches opposées à celle du CHUV, en choisissant certaines médecines complémentaires sans tenir compte des réels besoins des hôpitaux. Berne offre aux patients ambulatoires principalement, et parfois aux patients hospitalisés, les médecines suivantes : l'homéopathie, la thérapie neurale, la médecine traditionnelle chinoise et la médecine anthroposophique, en raison de leur remboursement par l'assurance de base. Zurich offre, en principe aux patients ambulatoires seulement, la phytothérapie, puis depuis 2014, également l'acupuncture, les techniques psycho-corporelles et l'ostéopathie. L'hôpital cantonal de St-Gall a ouvert une consultation de médecine intégrative en 2012, tout d'abord centrée sur l'oncologie, puis pour la rhumatologie et la neurologie notamment. Cette approche peut être considérée comme un modèle.

L'offre clinique de MC au CHUV est prévue sur trois axes : offrir une consultation de conseils sur les MC, proposer des soins de MC définis à tous les patients de l'institution, former et informer à propos des MC (formation pré, postgrade et continue).

- Le premier axe, offrir une consultation de conseils sur les MC, consistera à expliquer la nature des interventions de MC, leur efficacité selon les preuves scientifiques existantes et, leurs risques. Cette consultation permettra également d'explorer les raisons pour lesquelles les patients souhaitent recourir à des MC et de poser une éventuelle indication à un traitement de MC. Cette

consultation sera disponible tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Compte tenu de la forte demande des médecins installés, elle devrait également leur être ouverte, à terme.

- Le deuxième axe, l'offre de soins de MC définis à tous les patients de l'institution, comprend des MC considérées comme efficaces ou utiles dans des indications spécifiées. Les soins actuellement envisagés sont l'acupuncture, l'hypnose, l'aromathérapie, l'art-thérapie et le massage/relaxation. L'ostéopathie pourrait aussi être envisagée. Le choix exact nécessite encore une analyse détaillée et des discussions avec les différents départements du CHUV, qui auront lieu courant 2017. Ces offres doivent être accessibles tant aux patients hospitalisés qu'ambulatoires, tout en mettant une priorité sur l'hospitalier. Néanmoins, en oncologie, par exemple, 80% des patients sont traités en ambulatoire : ils doivent aussi pouvoir accéder à des prestations de MC. Par ailleurs, le recours à ces thérapies doit comporter une indication médicale validée par les cadres médico-infirmiers du CEMIC, afin que les patients qui en ont le plus besoin puissent y avoir accès.
- Le troisième axe concerne la formation et l'information. Le CEMIC continuera à participer aux formations des professionnels de santé tant en prégradué que postgradué. Il s'agira aussi de créer un site internet d'information pour les professionnels de santé. Les services pourront développer d'autres offres de soins en MC, mais elles devront faire l'objet d'un préavis du CEMIC, puis d'une validation par la Direction générale du CHUV.

En outre, le registre des thérapeutes complémentaires agréés par le CHUV sera mis à jour régulièrement et les profils professionnels des thérapeutes exerçant au CHUV seront définis, profils qui préciseront les formations et expérience nécessaires à dispenser des MC aux patients du CHUV. Les thérapeutes complémentaires se rencontreront régulièrement sous l'égide du CEMIC pour un partage d'expérience et pour la formation continue.

Le résumé dans le tableau 3 ci-dessous montre, pour différents aspects, les résultats de l'enquête menée au CHUV et les actions de développements possibles. Cette enquête a montré qu'il ne faut pas agir uniquement sur l'offre de soins de MC au CHUV, mais également sur d'autres aspects (formation, information, profils professionnels,...). En effet, l'offre de MC doit se positionner en termes de soins aux patients, et non d'une offre de bien-être, ce qui entraîne des exigences identiques à celles d'interventions de médecine conventionnelle.

Ce concept, appelé médecine intégrative, vise à offrir les meilleurs soins aux patients, qu'ils soient issus de médecine conventionnelle ou complémentaire. C'est uniquement si le développement des MC est appliqué de cette manière qu'une offre clinique de MC a du sens dans un hôpital universitaire comme le CHUV. Un tel concept, fort présent dans les hôpitaux universitaires aux Etats-Unis, est pratiquement inexistant en Europe. Toutefois, au CHUV, les aspects recherche et enseignement restent indispensables, exigence qui ne s'applique pas de la même manière à St Gall. Enfin, la méthode utilisée au CHUV, à savoir de consulter tous les Départements de l'hôpital est unique en Europe.

De cette manière, le CHUV développe une véritable vision pour les MC : il s'agit, non pas de donner aux patients un droit à des traitements par des MC au CHUV, mais d'améliorer, avec les MC, l'offre globale de soins aux patients dans le cadre du plan thérapeutique de chaque patient.

Concepts	Résultats de l'enquête	Mesures
Connaissance des soignants Information des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soignants ne sachant souvent pas répondre aux questions des patients sur les MC</li> <li>Méconnaissance des patients et soignants sur les risques d'interactions entre plantes et médecine conventionnelle</li> <li>Patients se plaignant de ne pas recevoir d'information sur les MC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Créer une consultation spécialisée en MC</li> <li>✓ Développer des sites intra/internet et des flyers</li> </ul>
Offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hétérogénéité des offres entre les services</li> <li>Précarité et variations d'accès aux soins MC</li> <li>Manque de continuité des soins</li> <li>Complexité clinique de certains patients hospitalisés au CHUV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Développer une offre transversale (équipe mobile)</li> <li>✓ Choisir les MC proposées et leurs indications</li> <li>✓ Centraliser l'information sur les offres</li> <li>✓ Privilégier des thérapeutes internes avec formations en santé</li> <li>✓ Créer une communauté d'échange d'expérience des thérapeutes.</li> </ul>
Profils des thérapeutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hétérogénéité des formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Créer et maintenir à jour un registre des thérapeutes</li> <li>✓ Développer des profils professionnels spécifiques et leur descriptif de fonction respectif</li> </ul>
Coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins hospitaliers entraînant un coût supplémentaire sans recettes correspondantes</li> <li>Soins ambulatoires : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ équité d'accès si MC dans la LAMal</li> <li>○ iniquité d'accès si à charge du patient ou dans la LCA</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluer la manière de facturer selon les DRG et l'impact sur les coûts globaux</li> <li>✓ Mener des recherches coûts-efficacité</li> <li>✓ Trouver un modèle de financement qui permette une équité d'accès</li> <li>✓ Déterminer le coût résiduel à charge de l'Etat, en tant que subvention.</li> </ul>
Dossier médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disparité des notes de suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Créer un formulaire uniforme dans le dossier informatisé patient</li> <li>✓ Etablir des indicateurs de soins de MC (utilisation, coûts, qualité, sécurité)</li> </ul>

Tableau 3. Résumé de l'enquête réalisée au CHUV quant à la situation 2016 concernant les MC, avec les pistes d'action possibles dans le domaine clinique.

## 4 OBJECTIFS, RESSOURCES ET FINANCEMENT

### 4.1 1ère étape : 2017 - 2018

La recherche et l'enseignement sont établis depuis plusieurs années ; l'évaluation des pratiques au sein de l'institution ainsi que l'étude d'une implémentation d'un Centre des médecines complémentaires (CEMIC) a été réalisée. Le Centre peut ainsi initier une nouvelle phase du projet.

Cette phase a pour objectif principal, en plus de l'enseignement et la recherche, de mettre en place une activité de coordination des soins en médecine complémentaire pour les patients hospitalisés et

d'agréer, ou non, les différents professionnels actifs dans ce domaine ; cette activité prévoit également une offre de conseil et de soins aux patients hospitalisés. La partie ambulatoire de cette offre sera mise en œuvre en oncologie grâce aux soutiens de la Fondation Spicher et de la Fondation Denantou dans le cadre d'une phase pilote de la mise en place de l'équipe mobile du CEMIC.

Le budget et les sources de financement se constituent selon trois activités :

1. Activité clinique hospitalière : coordination de la pratique et des offres de soins aux patients hospitalisés
2. Activité d'enseignement et de recherche

C'est par une réallocation budgétaire du CHUV et de l'UNIL que ces 2 premières activités peuvent être réalisées. Le budget atteint au total CHF 440'000 par année.

3. Activité clinique oncologique : offre de soins aux patients hospitalisés et ambulatoires par l'équipe mobile.

L'activité en oncologie est rendue possible grâce aux deux fondations précitées qui ont offert la somme de CHF 250'000 au total, répartie sur 2 ans et demi (2017 à mi-2019).

#### **4.2 2ème étape : dès 2019**

Le développement d'une offre clinique structurée et qui soit accessible à tous les patients du CHUV nécessite une augmentation substantielle du personnel du CEMIC, ainsi que des locaux sur le site du CHUV. Cette nouvelle phase sera envisagée après le bilan de l'expérience en oncologie et en fonction des résultats globaux de la phase 2017-2018.

Elle exigera une coordination et une supervision plus importantes ; un médecin cadre à 1 EPT, au lieu de 0.5 EPT actuellement, sera ainsi nécessaire. Le CEMIC consolidera son équipe mobile afin d'élargir progressivement son offre de soins pour les patients hospitalisés et ambulatoires ; ceci notamment pour assurer une continuité de prise en charge de patients qui changent d'unités au sein de l'institution. Ces activités cliniques permettent de générer des revenus qui compenseront partiellement les charges du Centre.

L'activité d'enseignement et recherche reste inchangée par rapport aux années précédentes.

Les prestations offertes à l'oncologie par les soutiens des Fondations Spicher et Denantou s'arrêtent en cours d'année 2019. Une demande devra être réitérée, afin d'obtenir un financement pour un poste de psychologue en oncologie par exemple.

Un déploiement immédiat sur tout le CHUV est à risque dans ce domaine sensible. L'ouverture du CHUV aux MC ne doit pas être une ouverture à toutes les MC de manière exhaustive, mais bien uniquement à certaines avec des potentiels bénéfiques cliniques pour les patients, démontrés scientifiquement. Le CEMIC doit pouvoir mettre en place une collaboration très étroite avec les départements, afin que les messages soient cohérents.

Offrir à terme une équité d'accès aux soins de MC pour les patients du CHUV, comme cela se fait pour d'autres spécialités, est un objectif possible pour 2023. Le développement d'une collaboration avec le secteur privé permettra d'adresser des patients ambulatoires en ville lorsque le suivi au CHUV ne sera pas nécessaire. Enfin, ce projet devrait se faire dans une collaboration plus étroite et formalisée avec un hôpital de renom comme par exemple une intensification de la collaboration avec la Mayo Clinic, Rochester (USA).

## 5 RÉPONSES AUX QUESTIONS DU POSTULAT

1. *Assurer, selon des modalités à examiner, l'équité d'accès pour les patients du CHUV aux médecines complémentaires ; renforcer la promotion des pratiques dont l'efficacité a été démontrée, notamment les médecines complémentaires déjà offertes au CHUV actuellement. Cela dès que le recensement des compétences internes et fonctionnant déjà à satisfaction aura été réalisé au sein du CHUV*

Au cours de l'année 2016, le CHUV a évalué la pertinence des prestations de MC déjà offertes, ainsi que les besoins des différents départements. Tant les patients que les soignants ont confirmé un besoin d'offre coordonnée de conseils et de soins dans ce domaine. Il existe effectivement un manque d'équité d'accès à certaines prestations de MC, qui sera corrigée avec les projets de développements actuels. Le CHUV a décidé de centrer son offre sur certaines prestations, qui peuvent d'ailleurs évoluer au cours du temps en fonction des données scientifiques et des besoins. Ces prestations seront, à terme, offertes de manière transversale, par des professionnels agréés, à tous les patients du CHUV chez qui il existe une indication médicale. Le déploiement progressif permettra d'ajuster l'offre selon les expériences du terrain.

2. *La pérennité de ce centre en lui accordant les moyens financiers nécessaires*

La mise en place de prestations cliniques de MC nécessite des moyens supplémentaires qui ne pourront pas s'auto-financer par une facturation des prestations, même si des études ont montré que certaines MC peuvent réduire les coûts globaux d'hospitalisation (par exemple : hypnose chez les grands brûlés au CHUV (op. cit.) et MC en oncologie (Kligler B., Am J Managed Care 2011)). De manière générale, et par définition, l'introduction des MC auprès des patients hospitalisés ne permet pas de facturer davantage, elles ne sont donc pas remboursées en tant que telles.

Il existe aussi certaines prestations non remboursées par l'assurance de base (pour ce qui est de l'ambulatoire), mais qui ont montré un effet coût-efficacité favorable. Par exemple le tai-chi réduit les risques de chute chez les patients avec maladie de Parkinson, de manière coût-efficace (Li F., New Engl J Medicine, 2012 ; Li F., Prev Chron Dis 2015). Limiter l'offre de MC uniquement à celles remboursées par l'assurance de base serait un non-sens du point de vue scientifique.

La poursuite d'une activité de recherche et d'enseignement est nécessaire, soutenue financièrement par le CHUV et l'UNIL. De plus, un partenariat avec les HES est envisagé favorablement de part et d'autre, afin de renforcer la collaboration interprofessionnelle dans le domaine des MC. Des moyens financiers supplémentaires sont donc nécessaires, par exemple selon un modèle de financement mixte qui pourrait être envisagé par l'Etat et une/des fondations.

3. *Un délai raisonnable pour le mettre en fonction, soit idéalement fin 2016 ou début 2017*

Ce délai est trop court. L'année 2017 doit servir à préparer l'information, recruter et former le personnel nécessaire et mettre en place certaines prestations sous forme d'expériences pilotes dans différents services du CHUV. La montée en puissance au niveau du CHUV dépendra des moyens financiers. Toutefois, un déploiement trop rapide pourrait entraîner des difficultés à corriger le tir, alors qu'un déploiement trop lent pourrait entraîner la mise en place de prestations

non coordonnées à l'intérieur de l'institution. L'offre clinique débutera dans le courant de l'année 2017 et se déploiera progressivement d'ici 2022.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 avril 2017.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

**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 Christa Calpini et consorts pour un  
centre de médecines complémentaires en phase avec les besoins des patients du CHUV**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 1er septembre 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Carole Dubois, Florence Gross, Rebecca Joly, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Pauline Tafelmacher. MM. Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Jean-Marc Genton (en remplacement d'Alain Bovay), Laurent Miéville, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé : M. Alain Bovay.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Pierre-François Leyvraz, Directeur général du CHUV, Philipp Müller, Directeur administratif et financier du CHUV, Pierre-Yves Rodondi, Responsable du Centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) du CHUV.

**2. RAPPEL DU POSTULAT CALPINI**

Déposé en juin 2015, le postulat Calpini demandait au Conseil d'Etat la création un véritable centre de médecines complémentaires au sein du CHUV, en lui octroyant les moyens financiers nécessaires pour assurer sa pérennité. La postulante s'appuyait notamment sur les exemples bernois, zurichoïses ou saint-gallois pour justifier sa requête. Bien que la création d'un centre de médecine intégrative et complémentaire (CEMIC) en 2015 ait permis de développer la recherche et la formation dans le domaine, le centre ne fournit pas de prestations cliniques, contrairement à plusieurs hôpitaux universitaires ou cantonaux en suisse alémanique. Le but de ce postulat était « d'assurer l'équité d'accès aux médecines complémentaires pour les patients du CHUV ».

En commission, le postulat a été reformulé de la façon suivante :

« Le Grand Conseil demande au Conseil d'Etat :

- d'assurer, selon des modalités à examiner, l'équité d'accès pour les patients du CHUV aux médecines complémentaires ;
- de renforcer la promotion des pratiques dont l'efficacité a été démontrée, notamment les médecines complémentaires déjà offertes au CHUV actuellement ».

**3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

Le chef du département relève le défi qui consiste à demander à une institution de médecine « classique » de développer les médecines complémentaires (MC) qui, par définition, constituent des pratiques pas toujours admises par la médecine standard. Aussi, la solution consiste à travailler sur la frontière mouvante entre médecine classique et MC, les pratiques jugées scientifiquement efficaces des MC devant au final être intégrées à l'offre de la médecine standard. Dans ce contexte, selon le chef du DSAS, il convient en priorité de créer du savoir, de l'expertise et donc de développer la recherche et la formation en matière de MC.

Du point de vue clinique, il importe dans un premier temps de recenser l'offre de MC présente au CHUV puis d'infuser dans l'institution les pratiques de MC dont l'utilité est éprouvée. Le chef du DSAS préconise donc le développement d'une approche clinique de façon mesurée.

Le directeur général du CHUV rappelle quant à lui les éléments suivants :

Les mentalités dans le milieu médical évoluent : les MC, dont l'efficacité a été démontrée, ne sont plus rejetées systématiquement. Pour preuve, le développement dans les hôpitaux, en Suisse et à l'étranger, d'une offre structurée en MC. Il en va de même au CHUV qui propose avec succès, par exemple, l'hypnose en pédiatrie ou pour les grands brûlés. On observe un changement de mentalité au sein du corps médical et l'apparition d'une génération de praticiens plus ouverts aux MC et plus en phase avec la réalité de la population qui souhaite de plus en plus avoir recours à ce type de prestations.

Le personnel soignant (médecins, infirmiers) et les étudiants ont un faible niveau de connaissance en MC. Il est donc nécessaire de focaliser l'action sur l'information et la formation tant pré- que post-grade. La première étape de la réalisation de cet objectif est accomplie avec le développement des activités du CEMIC.

Le directeur général reconnaît que l'offre clinique en MC au CHUV est pauvre en regard de la demande. De plus, l'offre est très hétérogène au sein des services, tant du point de vue de la disponibilité de l'offre que de la qualification des praticiens concernés. Il est donc nécessaire de passer à une vitesse supérieure et de développer des équipes capables d'intervenir de manière transversale au sein de l'institution, ainsi que de consolider la partie ambulatoire des MC, en oncologie tout particulièrement. Dans cette perspective, un projet en cours vise à transformer le Centre d'antalgie du CHUV, actuellement rattaché à l'anesthésiologie, en véritable service incluant une unité structurée de MC.

#### **4. DISCUSSION GENERALE**

##### *Une approche scientifique rigoureuse*

Le directeur général du CHUV souligne que les MC développées au CHUV font au préalable l'objet d'une sélection implacable. Les praticiens de MC devront obligatoirement être au bénéfice de compétences reconnues et l'exercice de leur art sera scrupuleusement encadré par le CEMIC. L'objectif consiste en effet à englober les MC dans le programme thérapeutique du patient. Le responsable du CEMIC se porte garant de la rigueur de l'approche scientifique adoptée par le CHUV en la matière.

Il convient d'ailleurs de bien distinguer les MC des médecines alternatives. Les MC (hypnose, acupuncture, etc.) constituent des aides dans le cadre des traitements, sans pour autant soigner une pathologie de façon directe. Les médecines alternatives visent quant à elle, directement, à tort ou à raison, la guérison d'une maladie. Dans ce contexte, l'existence s'avère cruciale d'un centre hospitalier en mesure de lutter efficacement contre les pratiques douteuses qui peuvent circuler, notamment par le biais d'internet et les réseaux sociaux.

##### *Des formations de qualité*

L'enquête menée au CHUV a montré que la formation des praticiens de MC s'avérait extrêmement hétérogène, même fluctuante au gré de l'apparition/disparition rapide de certaines pratiques. De manière générale, le cadre de formation dans ces disciplines n'est pas réglementé. Au niveau fédéral, des diplômes sont en cours d'élaboration. Pour les praticiens en MC officiant au CHUV, il est prévu de réglementer étroitement la formation.

Il existe des cursus de formation intégrés tant chez les médecins que chez les infirmiers (6 heures obligatoires au CHUV pour les médecins, cours à option de 36 heures). A cela s'ajoutent les informations fournies, notamment en lien avec l'évolution des évidences scientifiques, dans le cadre de la formation post-grade ou continue des professionnels. Pour une commissaire, il importe que les étudiants puissent de même assister à des consultations de MC.

### ***Le financement de l'offre en MC est-il suffisant ?***

Certains commissaires considèrent que l'offre clinique de MC prévue au CHUV est insuffisante et que son financement est précaire. Le plan de développement des différentes prestations cliniques de MC est jugé insuffisant.

Pour le chef du DSAS, les moyens consentis en période de déficit budgétaire pour le CHUV ne sont pas négligeables. D'autre part, le développement des MC dans le secteur stationnaire n'implique pas obligatoirement d'y consacrer plus d'argent, en particulier lorsque l'usage de MC permet de réaliser des économies dans le cadre de forfaits SwissDRG stables (effet de substitution progressive de pratiques conventionnelles par des pratiques complémentaires efficaces meilleur marché).

Quant au développement massif au CHUV des MC ambulatoires, il signifierait une forme de « subventionnement public » de ce type de prestations, donc un marché faussé des activités de MC dans le secteur ambulatoire. En effet, si les prestations dans le domaine stationnaire sont couvertes par les forfaits SwissDRG, les prestations hospitalières dans le domaine ambulatoire sont en principe facturées au patient/à son assurance à l'instar de ce qui se fait dans le secteur ambulatoire en général. Sauf cas très exceptionnel, il n'y a ainsi pas intention du Conseil d'Etat d'allouer au CHUV une enveloppe budgétaire pour que ce dernier fournisse gratuitement ou à des tarifs abaissés des prestations ambulatoires de MC.

Le directeur général du CHUV ajoute que, dans le cadre du projet pilote en oncologie, le patient en ambulatoire nécessitant un soin de MC est soit traité sur place par un praticien du CHUV, soit aiguillé en ville chez un praticien reconnu par le CHUV.

### ***Financements externes***

Aujourd'hui, les activités cliniques, d'enseignement et de recherche bénéficient du soutien financier de deux fondations. Certains commissaires se demandent comment seront financées ces prestations lorsque ces soutiens externes disparaîtront.

Le directeur administratif et financier du CHUV indique que l'institution devra statuer sur son engagement financier pour la suite (priorisation/allocation de moyens internes à l'hôpital). De nouveaux financements externes pourraient par ailleurs être recherchés.

Dans l'attente du renforcement de la dotation en personnel du CEMIC, comment les besoins sont-ils satisfaits ? Le directeur général du CHUV précise à ce titre que, dans l'immédiat, un poste de chef de clinique a été attribué afin d'appuyer le responsable du CEMIC. A terme, l'intégration du CEMIC au sein d'un service d'antalgie concourra à améliorer les choses, grâce à la mutualisation des ressources. Il n'est en outre pas exclu que le responsable du CEMIC, malgré l'importance qu'il accorde à sa pratique médicale de terrain en cabinet, finisse par rejoindre le CEMIC à un taux d'occupation de 100%. Si tel ne devait pas être le cas au final, le financement du poste entier reste acquis, permettant la mise en œuvre d'une solution alternative.

### ***Dotation en personnel du CEMIC***

Une commissaire estime que la dotation en personnel du CEMIC (2 EPT actuellement, 2,5 EPT à terme) est faible en regard de l'ampleur de ses tâches de recherche, enseignement, conseil et coordination.

Le responsable du CEMIC rappelle les chiffres qui reflètent un processus progressif qui en est pour l'instant à ses débuts : 4,6 EPT actuellement pour l'ensemble du dispositif, dont 2 EPT pour la partie clinique de l'activité. La dotation de la partie recherche et enseignement paraît suffisante. Concernant la partie clinique, tout dépend de la vitesse des évolutions en la matière et de la réponse souhaitée pour les patients. Le chef du DSAS évoque, toujours au sujet de la partie clinique de l'activité, la nécessité de trancher entre constituer une équipe spécialisée en MC et former le personnel soignant « standard » aux techniques de MC.

Une commissaire souscrit à la vision du Conseil d'Etat, à savoir en particulier consolider les compétences des praticiens afin d'assurer la sécurité des soins, renforcer à l'interne les formations plutôt que gonfler les effectifs.

### ***Intégration des MC au sein des hôpitaux régionaux***

Il n'est en l'état pas prévu de déployer dans les hôpitaux de zone des répliques du CEMIC. Cela ne veut pas dire que des actions en matière de MC ne se réalisent pas déjà ou ne se réaliseront pas dans les hôpitaux régionaux. De plus, l'action du CHUV en matière de formation ou d'enseignement impacte la pratique clinique des hôpitaux régionaux.

### ***Ancrer les objectifs de développement des MC dans le plan stratégique du CHUV***

Plus généralement, comment les objectifs avancés dans le rapport du Conseil d'Etat en matière de MC s'intégreront-ils à la stratégie du CHUV et à celle de la FBM ? Quelles sont les garanties que la vision présentée dans le rapport assurera concrètement l'équité d'accès au MC au sein du CHUV ?

Le développement progressif des MC tel qu'évoqué dans le rapport (pages 8 et 9) figurera dans le prochain plan stratégique du CHUV actuellement en cours d'élaboration. Le chef du DSAS ajoute que la réponse du Conseil d'Etat au postulat ne doit pas être considérée comme épuisant le sujet et fournissant la stratégie à long terme en matière de MC. Le plan stratégique du CHUV, qui sera soumis au Grand Conseil dans le courant de l'année 2018, inclura les éléments de stabilisation/pérennisation, y compris financière, pour la législature concernant le développement des MC.

## **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 6 janvier 2018.

*Le président :  
(Signé) Vassilis Venizelos*



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-MOT066

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 120 à 126a LGC** La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion 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.**

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

**Important :** sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

## Titre de la motion

**Pour un bon compromis suisse autour de la valeur du point tarifaire (VPT)**

## Texte déposé

### **Développement**

Dans le canton de Vaud aussi, les coûts de l'assurance-maladie augmentent de manière démesurée. De plus en plus de familles et de personnes âgées sont contraintes de demander des prestations complémentaires pour les primes d'assurance maladie. En conséquence, les services administratifs qui s'en occupent ne cessent de se développer. Mais la réduction des primes ne s'attaque qu'aux symptômes ; le mal n'est pas traité à la racine ! En plus de la croissance notoire du volume des prestations dans les hôpitaux et dans les cabinets médicaux, les valeurs des points tarifaires sont supérieures (0.95) à la moyenne et font aussi grimper les coûts de santé dans notre canton. Seules celles en vigueur dans les cantons de Genève (0.96) et du Jura (0.97) sont légèrement plus élevées. Dans le canton de Berne, dont les structures sont comparables aux nôtres, la VPT s'élève à 0.86.

Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

Il est vrai que tous les cantons ne sont pas comparables : dans certains d'entre eux, les médecins délivrent des médicaments, augmentant ainsi leur revenu. Cette pratique est interdite dans notre canton, raison pour laquelle j'ai suggéré en vain une solution favorable aux médecins et aux patients lors de la révision de 2014 de la loi sur la santé publique (EMPL 119) : l'introduction de la Propharmacie restrictive. Il s'agit d'un système dont dispose notamment le canton de Berne.

C'est pourquoi il serait excessif de demander à nos médecins d'employer la valeur du point tarifaire la plus basse, celle en vigueur dans le canton du Valais par exemple. En préconisant d'appliquer la valeur moyenne suisse (0.89) aux médecins libres praticiens tout comme aux services hospitaliers ambulatoires, une solution pragmatique est proposée. La VPT serait d'environ 6% inférieure à celle actuellement en vigueur mais néanmoins d'à peu près 8% supérieure aux VPT les plus basses (LU, VS, ZG). Après une hausse des coûts de 106% dans le canton de Vaud entre 1997 et 2016 au niveau des médecins en libre pratique et des services hospitaliers ambulatoires, une correction modérée est souhaitable ! Par ailleurs, un monitoring ciblé devrait permettre d'identifier à temps si les nouvelles mesures prises sont contournées par une augmentation du volume des prestations.

### **Motion**

En conséquence, j'ai le privilège d'inviter le Conseil d'Etat, dans le cadre de ses compétences en matière de conventions tarifaires ambulatoires applicables aux médecins en libre pratique et aux services hospitaliers ambulatoires, et dans un délai de trois ans au plus après la transmission de cette motion :

- a) à faire baisser progressivement les valeurs excessives dans notre canton, sauf pour la médecine de famille
- b) à mettre en place un monitoring permettant de contrôler que les mesures ne sont pas contournées par une hausse du volume des prestations.

### 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 et renvoi au CE
- (d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire

Nom et prénom de l'auteur :

Riesen Werner

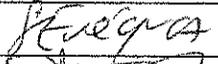
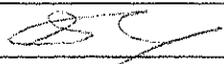
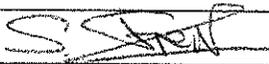
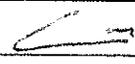
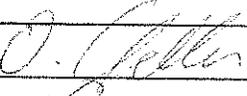
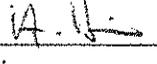
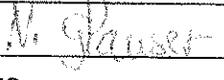
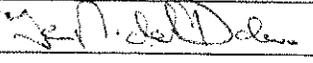
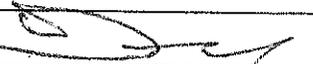
Signature :



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

Signature(s) :

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 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

Tafelmacher Pauline

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

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL**  
**sur le postulat Jacques-André Haury et consorts invitant le Conseil d'Etat à proposer des**  
**mesures visant à endiguer l'explosion des coûts de l'ambulatoire hospitalier**

***Rappel du postulat***

*Si l'on se base sur la publication "Santé et soins : chiffres clés", édition 2014 (la plus récente à notre disposition), les coûts de la santé dans notre canton ont évolué de la façon suivante de 2007 à 2012 :*

- Libre pratique : + 3,5% en moyenne annuelle*
- Hospitalisation : + 5,8% en moyenne annuelle*
- **Ambulatoire hospitalier : + 7,4% en moyenne annuelle***

*Ce sont donc les coûts de l'ambulatoire hospitalier qui connaissent la plus forte progression.*

*On dénomme "ambulatoire hospitalier" les prestations facturées selon le tarif ambulatoire TARMED par les hôpitaux publics et privés. Les chiffres en notre possession — le dernier rapport publié par le CHUV porte sur l'année 2013 — indiquent que le CHUV à lui seul représente 42% de l'ensemble de l'ambulatoire hospitalier. Si l'on y ajoute les prestations fournies par les autres hôpitaux publics du canton, on peut sans risque estimer que l'ensemble des hôpitaux publics facture au moins 60 à 70% de l'ensemble des prestations fournies par l'ambulatoire hospitalier. Si le canton parvenait à agir sur les coûts de l'ambulatoire hospitalier des hôpitaux publics qu'il contrôle, il agirait sur la plus grande partie des coûts dans ce secteur.*

*Le Conseil d'Etat travaille, actuellement, en introduisant une clause du besoin pour les équipements médicaux lourds, à limiter l'offre dans le domaine ambulatoire, avec un poids principal sur le secteur privé. En lui proposant d'agir sur l'activité ambulatoire hospitalière des hôpitaux publics, nous l'engageons à poursuivre son effort, mais en agissant sur le secteur public.*

*Les pistes ne sont pas simples à définir, car le système de financement des prestations, par DRG (diagnosis related groups) pour l'hospitalier et par TARMED pour l'ambulatoire, est conçu dans une logique qui incite à reporter sur l'ambulatoire, plus rentable, les prestations mal valorisées dans les DRG. Par exemple, si un patient hospitalisé pour une fracture de la hanche a besoin d'une gastroscopie ou d'un bilan cardiaque, il est plus rentable pour l'hôpital d'abrèger le séjour et de faire revenir le patient pour subir ces examens ambulatoirement. De même pour certaines chimiothérapies onéreuses. Dans le même esprit, il est beaucoup plus avantageux de pratiquer ambulatoirement tous les examens préopératoires, puis d'hospitaliser le patient le jour même de l'opération, plutôt que de le faire entrer un ou deux jours plus tôt pour compléter son bilan. Car telle est la logique du système.*

*On ajoutera que, lorsqu'un patient hospitalisé doit être examiné par plusieurs spécialistes différents, l'ensemble des investigations est compris dans le forfait hospitalier. En revanche, si le patient vient faire ces investigations ambulatoirement, de son domicile, chaque consultation spécialisée fait l'objet de facturations qui s'additionnent. A ce sujet, l'ouverture prochaine de l' "Hôtel des patients", sur le*

site du CHUV, risque encore d'accentuer ce phénomène.

*Une des pistes consisterait à faire entrer ces prestations "ambulatoires" dans le forfait de l'hospitalisation, considérant que celle-ci débute par le bilan préopératoire et se poursuit jusqu'à la fin des investigations ou du traitement ambulatoire, tout au moins pendant une période définie à la suite de l'hospitalisation.*

*En pratique, il serait probablement plus simple et conforme à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) de réintroduire dans le secteur hospitalier public une forme d'enveloppe globale comprenant l'hospitalier et l'ambulatoire, les bénéficiaires supplémentaires de l'activité ambulatoire retournant à l'Etat — par exemple pour financer son soutien aux primes d'assurance.*

*Une autre piste encore consisterait à réduire le financement des "prestations d'intérêt général" selon la croissance des revenus ambulatoires. On rappelle que, outre les revenus provenant de la facturation de leurs activités, les hôpitaux publics bénéficient d'une subvention directe de l'Etat pour leurs activités "d'intérêt général" : formation, obligation d'admettre tous les patients et accueil permanent des urgences. S'agissant des urgences, il faut toutefois considérer que, dans un grand hôpital — le CHUV, Yverdon, Morges, Chablais-Riviera bientôt — l'activité d'urgence est prospère, en raison du grand nombre de patients admis et des nombreuses prestations ambulatoires pour lesquelles les patients sont reconvoqués après leur passage aux urgences.*

*On doit enfin se demander si la multiplication des consultations ambulatoires spécialisées dans un même hôpital — qui seraient critiquées si un médecin en libre pratique demandait systématiquement autant d'avis à d'autres confrères — ne devrait pas se trouver plafonnée, le tarif TARMED n'ayant pas, au départ, été conçu pour rétribuer l'activité ambulatoire d'un hôpital. On relèvera par exemple que le CHUV, qui dispose de plusieurs laboratoires spécialisés, peut ainsi distribuer le sang d'un même patient dans divers laboratoires qui facturent, chacun, la taxe de prise en charge.*

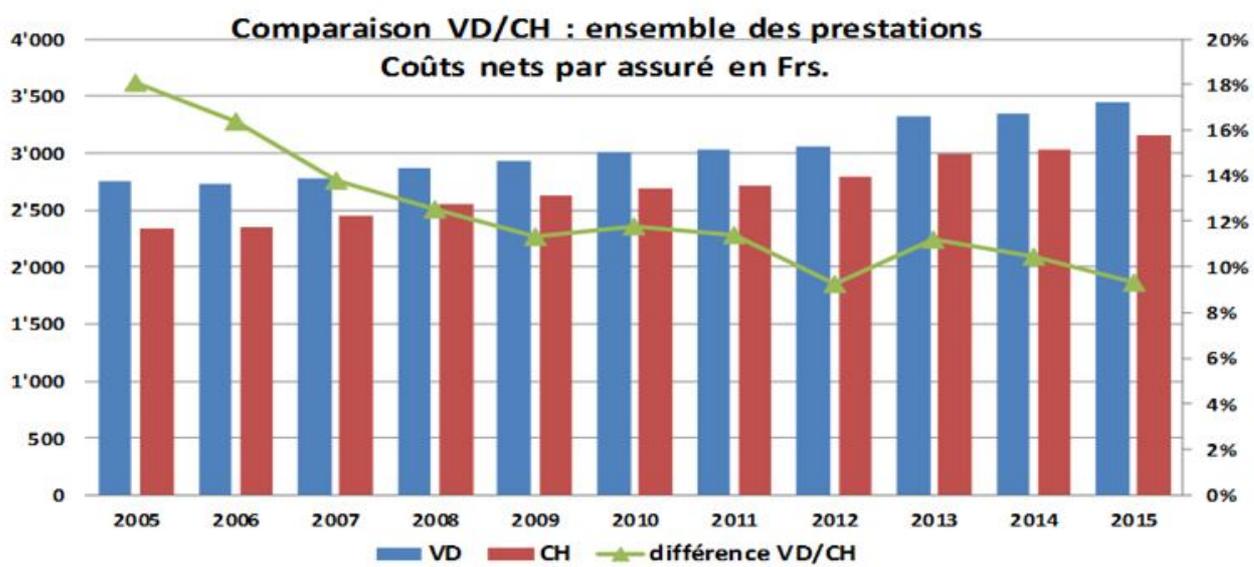
*Dans ce domaine, nous le savons, la législation fédérale ne permet pas aux cantons n'importe quelle intervention. Mais il nous paraît néanmoins utile d'inciter le Conseil d'Etat à bien définir sa marge de manœuvre et à l'appliquer afin de contenir, dans l'intérêt des finances publiques et des assurés, la progression des coûts dans le secteur ambulatoire des hôpitaux publics.*

## **Rapport du Conseil d'Etat**

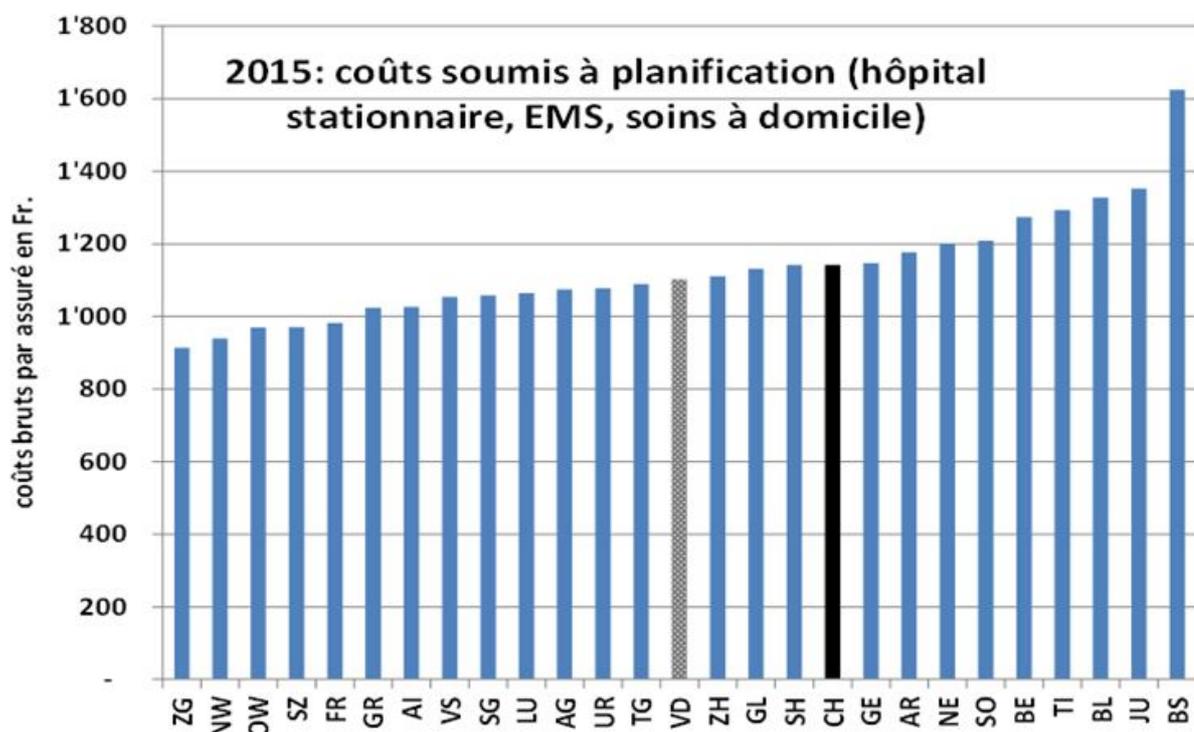
### **1 EVOLUTION DES COÛTS DE LA SANTÉ, EN PARTICULIER DANS LE DOMAINE AMBULATOIRE**

Dans son postulat, le député Haury fait mention d'une problématique qui préoccupe beaucoup le Conseil d'Etat, à savoir l'évolution des coûts de la santé, en particulier ceux à charge de l'assurance-maladie et donc des primes.

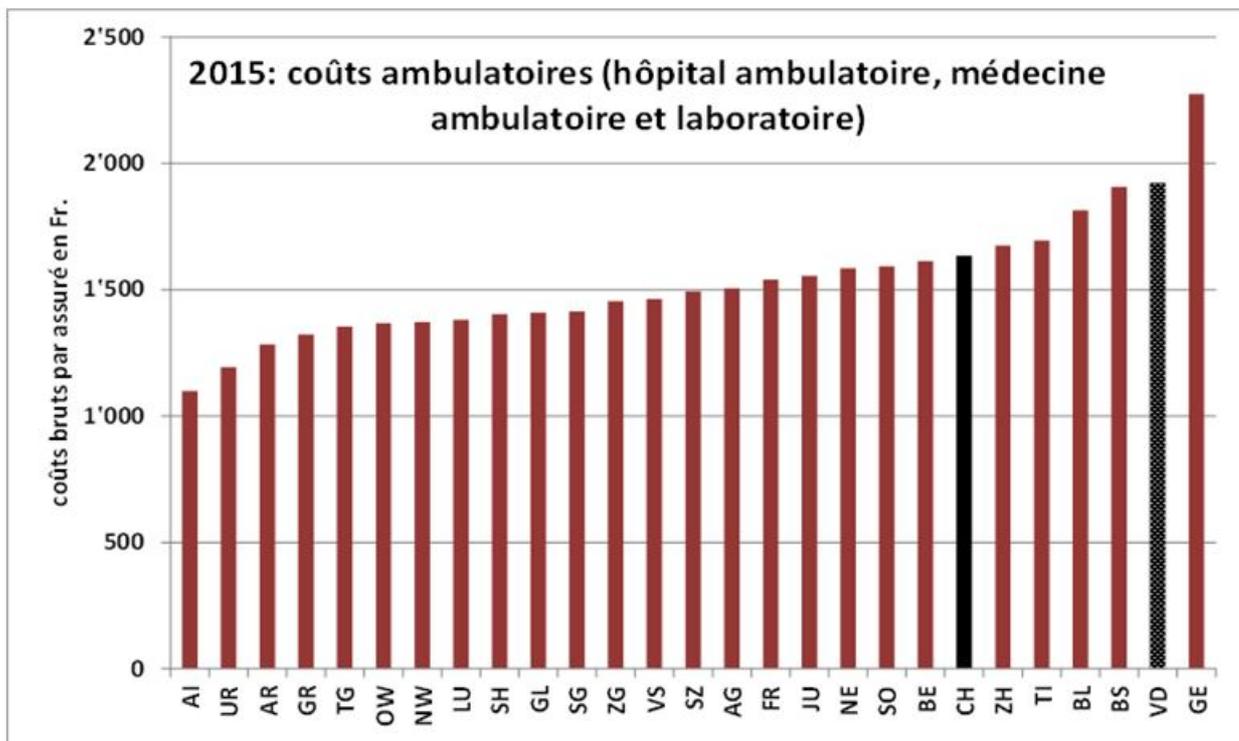
Longtemps classé en fin de liste des cantons au niveau des coûts par assuré, le canton de Vaud s'est rapproché année après année de la moyenne suisse, même si l'écart semble s'être stabilisé depuis 2012 :



Cette évolution relativement favorable au canton de Vaud en comparaison nationale est principalement due aux diverses actions menées dans les secteurs soumis à planification. Ainsi, pour ces domaines, les coûts bruts par assuré sont inférieurs à la moyenne suisse:

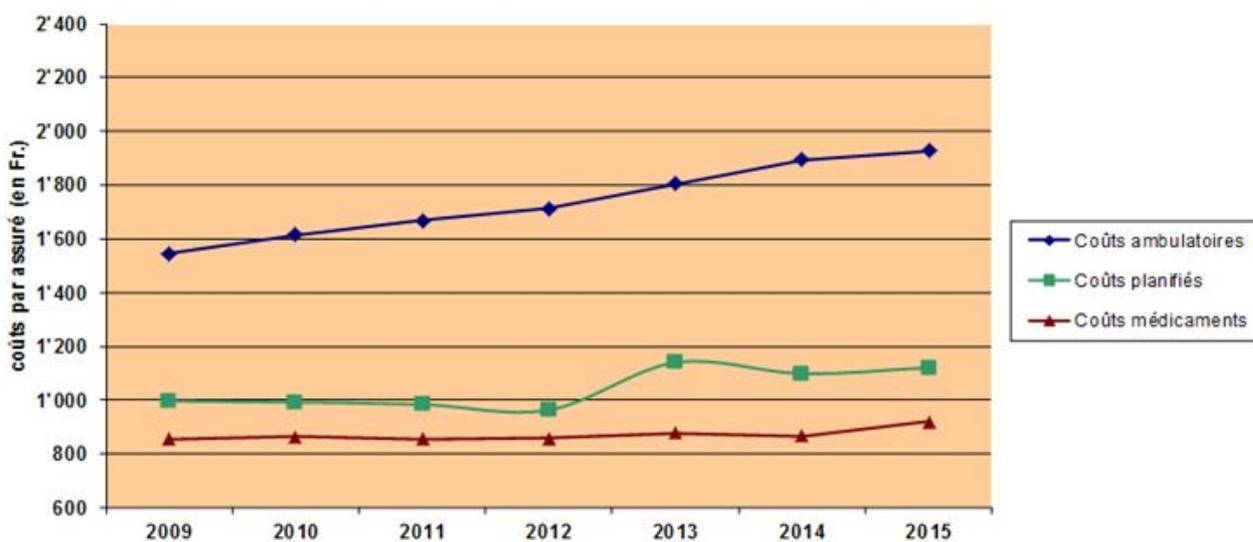


En revanche, dans le domaine ambulatoire, à savoir non seulement dans l'ambulatoire hospitalier, mais également pour la médecine ambulatoire et les prestations de laboratoire, les coûts bruts par assuré sont nettement supérieurs à la moyenne nationale dans le canton de Vaud, qui n'est dépassé que par le canton de Genève :

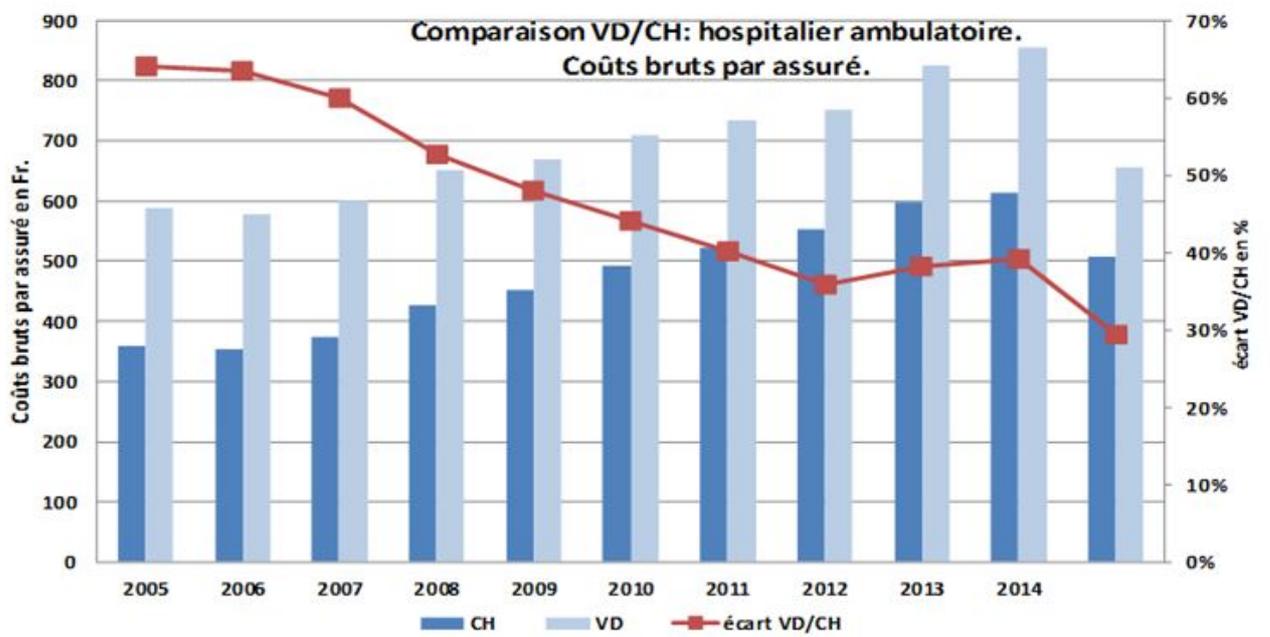


La hausse annuelle moyenne des coûts par assuré vaudois sur la période 2009-2015 (6 ans) illustre cette différence. Durant la période sous revue, on observe une augmentation de 2% dans les domaines soumis à planification alors qu'elle s'est élevée à +3.8% dans le domaine ambulatoire. A noter également la relative faible augmentation (+1.2%) pour les médicaments et les moyens auxiliaires :

VD: dépenses domaines soumis à planification et dépenses pour l'ambulatoire



S'agissant spécifiquement du domaine ambulatoire hospitalier, les coûts bruts par assuré du canton de Vaud se sont progressivement rapprochés de la moyenne suisse (hausse annuelle moyenne 2006-2014 de +4.2% pour le canton de Vaud et +6.1% en Suisse), mais demeurent sensiblement plus élevés que la moyenne nationale en 2015 (+29%) :



Il est donc prioritaire aux yeux du Conseil d'Etat d'intervenir sur l'évolution des coûts de l'ensemble du secteur ambulatoire, en particulier de l'ambulatoire hospitalier.

## 2 DIFFICULTÉS ET LIMITES DES INTERVENTIONS DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

Le Conseil d'Etat entend donc faire tout son possible pour limiter l'augmentation des coûts dans ce secteur. La démarche est toutefois délicate et ceci pour plusieurs raisons.

### 2.1 Fiabilité des informations

Les données qui servent au suivi et au pilotage du système issues de la base de données des assureurs (datenpool) sont difficilement utilisables, puisqu'il subsiste de nombreuses incertitudes sur la qualité et l'exhaustivité des informations collectées. Les informations relevant des comptes des assureurs sont plus fiables et permettent des comparaisons entre cantons et avec la Suisse, raison pour laquelle le Conseil d'Etat s'y réfère dans les tableaux ci-dessus. Mais elles ne sont disponibles que deux ans plus tard et elles sont sujettes à des changements de comptabilisation susceptibles d'influencer leurs résultats. Il y a ainsi par exemple eu une rupture de série en 2015, imposée suite à un audit sur les frais comptabilisés sous "hospitalier ambulatoire". Depuis cette date, ces frais sont les mêmes pour tous les assureurs, mais ce n'était pas le cas auparavant. La question du périmètre n'est donc pas toujours réglée clairement et il peut y avoir des comptabilisations différentes d'un assureur à l'autre, en l'occurrence entre les domaines "ambulatoire hospitalier" et "laboratoire". D'autre part, la frontière entre ambulatoire hospitalier et médecine ambulatoire n'est pas totalement étanche. Des institutions et des cabinets médicaux installés géographiquement sur des sites hospitaliers ont, par le passé, changé de communauté tarifaire avec pour conséquence de fausser les interprétations.

Enfin, les factures de l'ambulatoire hospitalier sont acquittées par les assureurs-maladie selon le système du tiers payant alors qu'en pratique libérale, le système du tiers garant est la règle. Il en résulte une meilleure exhaustivité du recensement des dépenses dans le premier alors que pour le second, les factures payées par les patients dans leur franchise ne sont en grande partie pas transmises aux

assureurs.

## **2.2 Vases communicants entre ambulatoire hospitalier et ambulatoire en cabinet**

Toute action visant à réguler un des deux secteurs porte le risque de se solder par un transfert d'activité de l'un vers l'autre. Une baisse du tarif TARMED pour l'ambulatoire hospitalier par exemple fera fuir les médecins de l'hôpital vers les cabinets privés avec, pour conséquences, une résultante nulle sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, mais une augmentation des difficultés de recrutement de médecins pour les hôpitaux.

## **2.3 Hôpital comblant les lacunes des cabinets**

Les pénuries de médecins constatées dans certaines régions et/ou dans certaines spécialités induisent un report des patients vers les urgences de l'hôpital. L'augmentation de l'activité ambulatoire hospitalière n'est donc pas toujours le résultat d'une volonté de développer des activités rentables, mais découle de l'obligation pour les hôpitaux de prendre en charge toutes les situations qui se présentent en urgence.

## **2.4 Stratégie de transfert de l'activité stationnaire vers l'ambulatoire**

Les séjours hospitaliers sont particulièrement onéreux et le Conseil d'Etat incite les hôpitaux à réaliser en ambulatoire toutes les prestations qui peuvent l'être dans le respect des règles de l'art. Cela signifie que toute l'augmentation des dépenses dans ce secteur ne doit pas être par définition combattue et qu'une certaine pratique doit être soutenue.

Il faut également relever que, dans son postulat, M. le député Haury n'évoque pas la question de l'activité hospitalière conventionnée des cliniques privées. Même s'il impacte les coûts à charge de l'AOS, ce domaine échappe au contrôle du Conseil d'Etat, mais il serait intéressant de voir si l'importance des rémunérations issues des hospitalisations remboursées par les assurances complémentaires n'induit pas une tendance à hospitaliser des patients qui pourraient être traités en ambulatoire. Certains chiffres évoqués par l'Office fédéral de la santé publique laissent en tout cas à penser que la tendance à multiplier les prestations en faveur de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire n'est pas une vue de l'esprit.

Dans tous les cas, pour être efficace et ne pas créer d'effets pervers, les mesures doivent englober ou tout au moins tenir compte de tous les secteurs d'activité (hospitalisation, ambulatoire hospitalier et en cabinet).

## **2.5 Moyens d'intervention limités pour l'Etat dans le domaine ambulatoire**

La marge de manœuvre du Conseil d'Etat dans le domaine ambulatoire est restreinte. En effet, la LAMal donne l'essentiel des compétences dans ce domaine aux partenaires tarifaires, limitant le rôle des cantons à la ratification des tarifs.

Comme il a plusieurs fois eu l'occasion de l'exprimer (notamment dans l'exposé des motifs et projet de décret sur la régulation des équipements lourds), le Conseil d'Etat est favorable à une adaptation de la structure tarifaire TARMED, qui attribue un nombre de points à chaque prestation médicale. Malheureusement, les cantons n'ont aucun moyen d'intervention sur cette structure, qui est de la compétence des partenaires tarifaires au niveau national (médecins, hôpitaux et assureurs), avec un pouvoir d'intervention du Conseil fédéral dans certaines conditions (cf. art. 43 al. 5bis LAMal). Les cantons ne peuvent intervenir que sur la fixation de la valeur du point, qu'il leur appartient d'approuver lorsqu'elle a été convenue entre les partenaires tarifaires, voire de fixer en l'absence de convention.

Le Conseil d'Etat entend donc faire tout son possible pour limiter l'augmentation des coûts dans ce

secteur. La démarche est toutefois délicate et ceci pour plusieurs raisons.

### **3 MESURES DÉJÀ MISES EN ŒUVRE PAR LE CONSEIL D'ETAT**

Nonobstant les difficultés et limites évoquées ci-dessus, différentes mesures visant à réguler l'activité ambulatoire ont déjà été prises dans le canton de Vaud :

- a. La première tient à la mise en œuvre du Décret sur la régulation des équipements lourds, adopté par le Grand Conseil le 29 septembre 2015, qui a pour objectif de veiller à ce que l'offre dans certains équipements lourds (IRM, CT-scan, PET, SPECT, etc) n'excède pas les besoins des patients. Si ce décret touche autant les hôpitaux que les cabinets privés, il permet donc de limiter l'installation de nouveaux équipements sur le territoire cantonal et, partant, d'agir sur l'évolution des coûts. Cela étant, cette mesure ne déploiera pleinement ses effets que dans les années à venir.
- b. En deuxième lieu, pour limiter l'admission de nouveaux médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine ambulatoire, la loi fédérale urgente du 17 juin 2016 a permis au Conseil d'Etat de prolonger de trois ans, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016, les dispositions légales actuellement en vigueur. Cette mesure a prouvé son efficacité, comme le Conseil d'Etat a eu l'occasion de le montrer en février 2016 dans sa réponse à l'interpellation de M. le député Montangero. Le Conseil d'Etat a décidé d'appliquer cette limitation également dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier.
- c. Troisièmement, conformément à la détermination adoptée par le Grand Conseil le 1<sup>er</sup> novembre 2016 encourageant le Conseil d'Etat à prendre toutes les mesures adéquates pour maîtriser les coûts des prestations de santé afin de contenir la hausse des primes LAMal, le DSAS est intervenu auprès des partenaires tarifaires pour les inviter à mettre en place des mécanismes de maîtrise de l'évolution de l'activité ambulatoire. Il a ainsi averti par courrier ces partenaires qu'il ne pourrait soutenir un maintien de la valeur du point TARMED à un niveau particulièrement élevé dans le canton de Vaud que s'ils intégraient dans les conventions tarifaires des mesures concrètes capables de maîtriser les volumes de prestations facturées. Il s'agirait par exemple de prévoir des mécanismes de tarifs dégressifs à partir d'un certain volume. Il faut en effet relever que les tarifs TARMED qui permettent la facturation des prestations ambulatoires sont particulièrement élevés dans le canton de Vaud, avec des valeurs du point à 96 centimes pour les médecins en libre pratique et à 93 centimes dans les hôpitaux sachant que la moyenne suisse se situe au-dessous des 90 centimes.

Des discussions se sont engagées sur cette base avec les représentants des fournisseurs de prestations concernés (Société vaudoise de médecine, Fédération des hôpitaux vaudois et CHUV) et des assureurs. Elles sont actuellement toujours en cours.

### **4 AUTRES MESURES À PRENDRE OU PISTES À ÉTUDIER**

Dans son postulat, Monsieur le Député Haury fait mention de plusieurs pistes intéressantes qui méritent d'être analysées :

- a. La première consiste à introduire dans le forfait DRG le bilan préopératoire et le traitement post hospitalisation. Selon les règles d'application de la structure tarifaire, déterminées par l'agence nationale SwissDRG, ces examens et traitements font bien partie du séjour hospitalier. Dans la pratique, la fragmentation du séjour hospitalier afin de facturer en ambulatoire des prestations comprises dans le forfait ne semble pas rare. Pour preuve, le fait que le coût des hospitalisations réalisées en urgence est en moyenne plus élevé que celui des hospitalisations planifiées, ceci pour une même prestation DRG. Malheureusement, l'Etat n'a pas de moyen de détecter ces pratiques. Seuls les assureurs maladie peuvent agir dans ce domaine car ils sont en possession des factures stationnaires et ambulatoires qui doivent nécessairement être accouplées pour un même patient.

- b. La mesure qui propose une réduction du montant des "prestations d'intérêt général" selon la croissance des revenus ambulatoires est peu pertinente. En effet, le financement des prestations d'intérêt général consiste à rémunérer les hôpitaux reconnus d'intérêt public pour des prestations demandées par l'Etat que ces hôpitaux n'effectueraient pas s'ils étaient libres de les réaliser. Il n'y a donc aucun lien entre le volume de l'ambulatoire hospitalier et ces prestations. Aussi, une action joignant financièrement ces deux objets ne pourrait générer que des effets pervers et risquerait d'amener les hôpitaux à abandonner la fourniture de certaines prestations nécessaires à la population comme le maintien d'un service d'urgence, la formation des médecins assistants.
- c. L'idée de limiter la multiplication des consultations spécialisées ou de mieux organiser la répartition des analyses de laboratoires doit être approfondie. La première se heurte à la liberté thérapeutique des médecins, mais le Conseil d'Etat est ouvert à soutenir le lancement d'audits portant sur la pertinence de certaines indications médicales. Quant à la seconde, elle n'est pas pertinente s'agissant du CHUV, dont les laboratoires ne pratiquent pas la multiple facturation des taxes de prise en charge. On peut d'ailleurs se demander si cette pratique n'est pas de mise dans les cliniques privées.
- d. La réintroduction d'une enveloppe globale incluant non seulement l'hospitalier, mais également l'ambulatoire, qui a fait ses preuves durant la précédente décennie, est séduisante et mérite d'être analysée. Cette démarche, qui présente l'avantage d'agir sur les volumes, est très utile pour réguler le (ou les) domaine(s) soumis à enveloppe. Une telle enveloppe ne pourrait toutefois être mise en œuvre que pour les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Elle permettrait donc et inciterait même à un transfert de l'activité hospitalière publique sur l'ambulatoire hospitalier des cliniques privées et sur l'ambulatoire en cabinet ou en policlinique, qui seraient largement favorisés par une action de ce type de la part de l'Etat. Enfin, une réintroduction du principe de l'enveloppe budgétaire nécessite l'engagement coordonné de l'Etat et des assureurs.
- e. La question soulevée par le député Haury s'agissant du subventionnement des services des urgences est sur le point d'être réglée. Si un service d'urgence peut être financièrement autoporteur à partir d'un certain volume d'activité, il est admis qu'une telle prestation doit être soutenue à l'aide de PIG dans des régions périphériques. Un modèle de financement a été développé en collaboration avec les cantons romands. Il s'agit en l'occurrence de déterminer sur des bases objectives le montant des PIG nécessaires au bon fonctionnement d'un tel service en fonction de l'activité réalisée. Ce modèle est aujourd'hui en phase pilote dans notre canton. Il devrait pouvoir être généralisé dès l'année 2018. Dans tous les cas, le Département de la santé suit avec attention cette question.

En outre, au-delà des mesures déjà prises et des pistes évoquées par M. le député Haury, le Conseil d'Etat entend poursuivre les réflexions et les actions suivantes :

- Une réorganisation profonde du système de santé est nécessaire pour faire face aux défis démographiques et épidémiologiques actuels. A ce propos, le Conseil d'Etat a autorisé le DSAS à mettre en consultation un exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de santé. Cette réorganisation doit permettre de passer d'un système de soins centré sur l'hôpital à un système centré sur la communauté. Ce changement de paradigme aura des conséquences sur l'évolution de l'activité hospitalière stationnaire, mais également dans le domaine ambulatoire hospitalier, ainsi que sur l'évolution de l'activité de la médecine en libre pratique. Ainsi, parmi les processus identifiés comme prioritaires dans ce cadre figurent notamment le renforcement des capacités des médecins de premier recours, ainsi que la réponse à l'urgence.
- Sous l'angle de la formation des médecins assistants, le Conseil d'Etat est favorable à l'instauration d'un système de financement différencié de la formation postgraduée des médecins vers les disciplines où le besoin est le plus important. Il s'agit pour cela de mettre en place des cursus de formation cohérents et organisés, au niveau romand. L'objectif est de disposer de

médecins formés en fonction des besoins de la population, notamment en matière de médecine de premier recours. Cette mesure permettra également d'agir sur la quantité et la pertinence des prestations médicales.

- Pour terminer, on entend depuis quelques temps des médecins à titre individuel et certaines sous-sociétés médicales, que la morale professionnelle n'est pas toujours irréprochable. De l'avis du Conseil d'Etat, les sociétés médicales suisses devraient développer des directives ou recommandations portant notamment sur les traitements ou investigations à éviter, dont les évidences scientifiques montrent qu'ils n'offrent peu ou pas de bénéfices pour les patients, comportent des risques d'effets secondaires et sont pourtant fréquemment prescrits par les médecins des disciplines concernées. Le département de la santé entend lancer en 2017 des audits ciblés sur certains types de traitements chirurgicaux afin d'évaluer l'ampleur du problème.

## **5 CONCLUSION**

Le Conseil d'Etat est donc conscient de la problématique, des enjeux et des difficultés. Il n'est pas resté inactif jusqu'à aujourd'hui. Il a entrepris plusieurs actions dans les limites de ses possibilités et entend continuer à utiliser toute la marge de manœuvre à sa disposition pour essayer de maîtriser l'évolution de l'offre ambulatoire.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 26 avril 2017.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

**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 Jacques-André Haury et consorts  
invitant le Conseil d'Etat à proposer des mesures visant à endiguer l'explosion des coûts de  
l'ambulatoire hospitalier**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 1er septembre et le 23 octobre 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, Jean-Marc Genton (en remplacement d'Alain Bovay le 01.09.2017), Laurent Miéville, 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, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mme Rebecca Joly (le 23.10.2107). MM. Alain Bovay (le 01.09.2017), Thierry Dubois (le 23.10.2017), Laurent Miéville (le 23.10.2017).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéphanie 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 (le 23.10.2017).

**2. RAPPEL DU POSTULAT**

Déposé en 2015, le postulat Haury (15\_POS\_128) demandait au Conseil d'Etat d'établir un rapport sur différentes pistes qui permettraient de contenir la progression des coûts dans le secteur ambulatoire des hôpitaux publics.

**3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

Le chef du département rappelle tout d'abord que les coûts vaudois du secteur planifié (stationnaire hospitalier, EMS, soins à domicile) sont inférieurs à la moyenne suisse. Les coûts de l'ambulatoire et des médicaments sont par contre nettement supérieurs à la moyenne nationale. Entre 2009 et 2015 les domaines soumis à planification ont augmenté de 2%, alors que l'augmentation s'est élevée à 3,8% dans le domaine ambulatoire.

Selon le chef du département, cette augmentation s'explique notamment par :

- l'introduction en 2012 dans la LAMal de la libre circulation des patients qui a conduit à une dépense supplémentaire d'un milliard des cantons et un milliard de plus payé par l'assurance obligatoire des soins, ceci au profit des assurances complémentaires et des cliniques privées ;
- l'absence durant 18 mois de moratoire sur l'installation des nouveaux médecins, conduisant à un accroissement important du nombre de médecins spécialisés dans le canton.

Le chef du département relève encore qu'entre 2013 et 2016, la densité médicale dans le canton a augmenté de 15%, principalement par l'implantation de spécialistes. A titre d'exemple, la Suisse est le pays au monde qui compte la plus forte densité de psychiatres au monde, le deuxième Etat de la liste étant la Finlande qui compte une densité deux fois moins importante que la Suisse.

Le rapport du Conseil d'Etat rappelle les limites des interventions possibles dans le secteur ambulatoire (p. 5 et 6 du rapport) :

- la fiabilité des informations ne peut pas toujours être garantie, ce qui rend le pilotage du système difficile ;
- toute action visant à réguler l'ambulatoire hospitalier porte le risque de se solder par un transfert vers l'ambulatoire en cabinet ;
- la marge de manœuvre du Conseil d'Etat dans le domaine ambulatoire est restreinte. La LAMal donne l'essentiel des compétences dans ce domaine aux partenaires tarifaires.

Malgré ces contraintes, le chef du département rappelle les différentes mesures possibles au niveau de la tarification des prestations de soins ambulatoires et du modèle de financement des hôpitaux d'intérêt public :

- une baisse du prix du point TARMED : fixé en l'état à 92 centimes pour le CHUV, à 93 centimes pour les hôpitaux membre de la FHV et les cliniques privées, et à 96 centimes pour les médecins installés, des discussions sont en cours pour rapprocher le prix du point appliqué par les établissements de la FHV de celui pratiqué par le CHUV. Pour ce qui concerne la médecine en cabinet, l'absence d'accord entre partenaires sur la valeur du point impliquerait une décision de l'Etat en la matière ;
- l'introduction éventuelle de deux valeurs de point : 92 centimes pour les hôpitaux et les médecins spécialistes en cabinet (les prestations de ces derniers s'apparentant à la pratique hospitalière) et 96 ou 95 centimes pour les médecins généralistes en cabinet. La validité d'un tel dispositif doit encore être évaluée du point de vue juridique ;
- l'instauration d'une valeur de point mobile, en relation avec des volumes de prestations prédéfinis ;
- le retour éventuel aux enveloppes globales pour le financement hospitalier, prévoyant une diminution du financement cantonal des prestations stationnaires en cas d'augmentation de l'activité ambulatoire de l'hôpital.

Par ailleurs, pour pallier à l'accusation de biais de concurrence dans le domaine ambulatoire du fait que l'Etat paye certains investissements des hôpitaux reconnus d'intérêt public, le chef du DSAS plaide en faveur d'une facturation claire, dans l'ambulatoire hospitalier, prévoyant une part dévolue aux investissements.

Enfin, concernant l'acquisition de nouveaux équipements médico-techniques lourds, le marché n'est faussé en aucune manière puisque la clause du besoin cantonale en la matière s'applique tant aux acteurs privés que (para)étatiques.

#### **4. DISCUSSION GENERALE**

##### *Actes médicaux pré- et post-opératoires*

Une commissaire relève qu'il existe un **biais de la facturation de l'ambulatoire hospitalier**, les forfaits SwissDRG pour le stationnaire devant inclure plus de prestations en lien avec les actes médicaux pré- et postopératoires (examens préopératoires, suivi postopératoires, antibiothérapies à domicile effectuées par des équipes mobiles, etc.). Si le transfert des actes médicaux du stationnaire à l'ambulatoire est bénéfique pour la santé et le confort du patient, les coûts de l'ambulatoire sont à charge de l'assurance sans participation du canton, gonflant d'autant les primes. L'absence de réintroduction des actes médicaux pré- et postopératoires dans les forfaits SwissDRG, comme le proposait le postulant, impliquerait alors d'instaurer un système de participation du canton au coût de l'ambulatoire.

Le chef du département relève à ce propos que les cantons participent au financement de l'ambulatoire par le truchement du subventionnement croissant des primes d'assurance maladie.

### *Contrôle de la facturation*

Selon certains commissaires, il conviendrait de disposer **véritable contrôle de la facturation ambulatoire hospitalière**, au même titre qu'il existe un contrôle interne du codage de la facturation stationnaire. A ce propos, le chef du département souligne que le contrôle de la facturation ambulatoire relève de la prérogative des assureurs qui, en la matière, agissent avec plus ou moins de succès.

### *Valeur du point TARMED*

Un commissaire estime qu'une baisse du prix du point pour la médecine en cabinet n'a pas d'incidence sur les coûts de l'ambulatoire hospitalier. Par ailleurs, la valeur du point pour les médecins installés dans le canton (96 centimes) apparaît comme la plus élevée de Suisse pour la seule raison que cette valeur a mal été fixée à l'origine d'un système dont la mise en place devait respecter le principe de la neutralité des coûts. De même, le commissaire estime que l'abaissement du prix du point de l'ambulatoire hospitalier (93 centimes) au niveau de celui du CHUV (92 centimes) n'engendrerait que de faibles économies.

Pour le chef du département, la frontière s'avère floue entre ambulatoire hospitalier et ambulatoire en cabinet : parfois le cabinet du médecin se trouve à l'hôpital. Dans ce contexte, une convergence des tarifs s'impose. Par ailleurs, la valeur élevée du point en Suisse romande en médecine de cabinet s'explique pour partie par le fait que, contrairement à la Suisse alémanique, la propharmacie n'est pas autorisée en Suisse romande, empêchant les médecins de tirer des revenus de la vente de médicaments.

Un commissaire rappelle que la valeur du point dans le canton de Vaud pour la médecine de cabinet (96 centimes) se montre particulièrement élevée en comparaison intercantonale. Ainsi, dans un canton comparable comme Berne (système mixte qui voit la propharmacie autorisée uniquement pour la médication d'urgence ou en campagne), la valeur du point se monte à 86 centimes.

Le chef du département évoque les vives réactions de la part des professionnels concernés que provoque toute baisse de la valeur du point. Il convient dès lors, en la matière, de procéder par étapes et, notamment, de ne **pas trop abaisser la valeur du point pour les médecins généralistes dont les activités doivent être particulièrement soutenues**. Pour ce qui est du canton de Berne, suite au litige entre partenaires tarifaires, la justice a finalement fixé la valeur du point à un niveau inférieur à ce que les assureurs eux-mêmes demandaient !

Quoi qu'il en soit, pour le chef du département, l'essentiel du problème des coûts de l'ambulatoire ne se situe pas tant dans la valeur du point que dans le volume des prestations délivrées et la densité médicale en lien.

### *Dossier patient informatisé (DPI)*

Un commissaire se demande si l'avènement du DPI ne pourrait pas entraîner une baisse des coûts, en particulier à travers une meilleure communication entre professionnels et ainsi la réduction du nombre des examens médicaux réalisés à double.

Le chef du département souhaite modérer l'optimisme en la matière. Il a fallu dix ans d'un processus compliqué pour mettre en place le dossier patient hospitalier informatisé, et sans doute en faudra-t-il autant pour mettre en œuvre le dossier patient ambulatoire informatisé. Les mauvaises habitudes se montrent souvent tenaces. Par exemple, certains professionnels refusent de faire confiance aux autres prestataires de soins, répétant ainsi des procédures pourtant déjà effectuées, sans que les raisons de cette attitude soient toujours claires. La cheffe du SSP abonde en ce sens : la mise en place d'un véritable dialogue interdisciplinaire et l'établissement de processus adaptés doivent impérativement précéder et accompagner la mise en œuvre d'outils comme le DPI. En effet, les moyens proprement techniques ne sont rien pour eux-mêmes.

Un commissaire demande si le département pourrait envisager des actions plus coercitives au cas où le changement des mentalités et les bonnes pratiques devaient peiner à s'installer.

Le chef du département répond par l'affirmative. Les systèmes d'information hospitaliers/médicaux présentent des aspects de contrôle (traçabilité/visibilité des actes effectués) et de prescription

(indication des procédures à suivre), et revêtent des enjeux de hiérarchie et de pouvoir, ce qui inquiète les praticiens et provoque parfois leur résistance. En la matière (« police » des pratiques professionnelles médicales), c'est toutefois à l'hôpital plutôt qu'à l'Etat de donner orientations et instructions.

Un commissaire souligne quant à lui, la qualité de l'informatique du CHUV et les remarquables progrès réalisés depuis 5 ans (lettres de sortie bien faites, réduction notable des examens réalisés à double).

## **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 13 mars 2018.

*Le président :*  
*(Signé) Vassilis Venizelos*



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-NOT-040

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 120 à 126a LGC** La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion 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.**

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

**Important :** sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

## Titre de la motion

**Violation de l'obligation d'informer les locataires en cas de travaux dans leur immeuble, quelle conséquence ?**

## Texte déposé

La Loi sur la préservation et la promotion du parc locatif (LPPPL) dispose à son article 6 alinéa 3 que le maître d'ouvrage ou son mandataire a l'obligation d'informer au préalable et par écrit les locataires et de les consulter lorsqu'il a l'intention d'exécuter des travaux de démolition, transformation ou rénovation d'un bâtiment existant. Il leur expose son projet et les informe de la répercussion probable sur leurs loyers. Il leur impartit un délai de trente jours au moins pour présenter leurs observations et suggestions.

L'article 10 du Règlement d'application de la LPPPL précise les modalités de cette information aux locataires. A son alinéa 2 il précise que le département et la commune peuvent demander au propriétaire qu'il leur communique les démarches entreprises auprès des locataires, l'autorité étant en droit de requérir du propriétaire qu'il lui communique les réponses reçues des locataires.

Il appert toutefois que l'absence de conséquences concrètes pour les propriétaires du non-respect de cette obligation d'informer les locataires permet de contourner trop facilement la volonté du législateur: rappelons que cette disposition de la LPPPL avait été adoptée

notamment parce que l'information et la consultation des locataires sont essentielles en cas de travaux, d'une part, pour tenter d'éviter des litiges liés au projet de travaux prévus, et, d'autre part, pour permettre aux locataires de s'exprimer sur les travaux prévus dans leur immeuble, et, le cas échéant également, de faire des propositions quant à leur planification.

Afin que cette obligation d'informer et de consulter les locataires devienne effectivement la règle, les député-e-s soussigné-e-s proposent l'ajout suivant à l'article 6 alinéa 3 LPPPL, après la dernière phrase dudit alinéa :

«A réception de ces observations et suggestions, le maître d'ouvrage ou son mandataire les transmet à l'autorité compétente. En cas de violation de cette obligation, celle-ci n'entre pas en matière sur la demande d'autorisation de transformation ou de rénovation ».

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| (a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (b) renvoi à une commission sans 20 signatures                                | <input type="checkbox"/>            |
| (c) prise en considération immédiate et renvoi au CE                          | <input type="checkbox"/>            |
| (d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire | <input type="checkbox"/>            |

Nom et prénom de l'auteur :

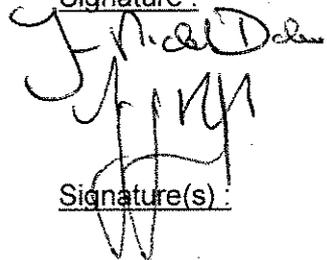
Dolivo Jean-Michel

Baehler Bech Anne

Jaccoud Jessica

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

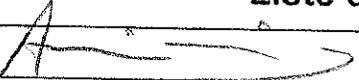
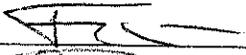
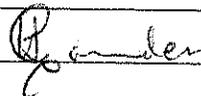
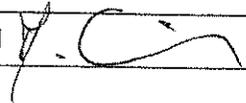
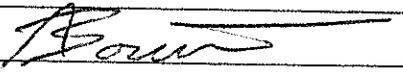
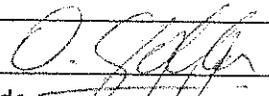
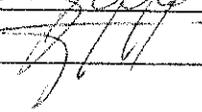
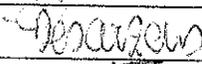
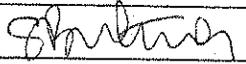
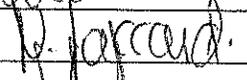
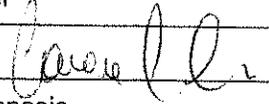
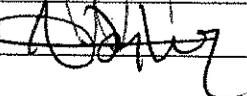
Signature :



Signature(s) :

**Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)**

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-NOT-062

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 120 à 126a LGC** La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion 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.**

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

**Important :** sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

## Titre de la motion

**Pour des baisses d'impôt en faveur de la population sans pertes fiscales pour l'Etat**

## Texte déposé

Une partie de la droite du Grand Conseil demande par voie de motion une baisse de l'impôt sur le revenu. Pour le groupe *Ensemble à gauche*, cette proposition est inacceptable car, compte tenu du caractère progressif de l'impôt sur le revenu, elle favoriserait avant tout les contributables les plus aisés, c'est-à-dire ceux qui ont le moins besoin de tels allègements fiscaux. Une telle baisse d'impôt aggraverait les inégalités de revenu alors même que celles-ci ont déjà augmenté ces dernières années dans le canton ; comme le souligne le *Rapport social vaudois 2017* : « En 2006, les revenus des 10 % des ménages les plus riches étaient 3,9 fois plus élevés que ceux des 10 % les plus pauvres. En 2014, ce rapport interdécile\* a légèrement augmenté d'environ 7 % pour atteindre 4,2. Autrement dit, les inégalités de revenus entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus riches ont sensiblement augmenté entre 2006 et 2014 » (p. 46).

En revanche, le groupe *Ensemble à gauche* considère qu'il serait juste d'alléger la charge fiscale qui pèse sur les habitants du canton aux revenus bas et moyens. Pour elles et eux en effet, la facture d'impôt limite de manière souvent importante le pouvoir d'achat et

contraint à renoncer à des dépenses utiles, voire parfois à s'endetter. Mais pour éviter que de tels allègements pèsent sur le nécessaire développement des services publics, le groupe *Ensemble à gauche* estime que ceux-ci devraient être entièrement compensés par une progressivité plus forte de l'impôt, soit par une mise à contribution plus importante des contribuables aisés. Cela permettrait aussi de limiter l'augmentation des inégalités de revenu constatées par le Rapport social vaudois 2017.

Cette motion demande en conséquence une modification du barème de l'impôt sur le revenu dans le sens suivant :

- 1) Introduire une plus forte progressivité pour les revenus imposables de plus de 180 000 francs par an, permettant d'atteindre un taux de 14% pour 300 000 francs de revenu imposable (contre 12,3% actuellement), 16% dès 400 000 de revenu imposable et 18% dès 500 000 francs
- 2) Utiliser les recettes fiscales dégagées par la modification du barème prévue au point (1) pour alléger l'imposition des contribuables dont le revenu est inférieur au revenu médian vaudois (p. ex. env. 72 000 francs brut par an pour une personne seule)
- 3) Viser autant que possible à ce que les modifications du barème prévues aux points (1) et (2) soient sans impact sur les recettes du canton et des communes, donc que les recettes de (1) compensent les allègements de (2)

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| (a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (b) renvoi à une commission sans 20 signatures                                | <input type="checkbox"/>            |
| (c) prise en considération immédiate et renvoi au CE                          | <input type="checkbox"/>            |
| (d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire | <input type="checkbox"/>            |

Nom et prénom de l'auteur :

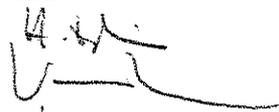
Buclin, Hadrien, Ensemble à gauche

Keller, Vincent, Ensemble à gauche

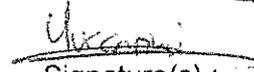
Luccarini, Yvan, Ensemble à gauche

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

Signature :

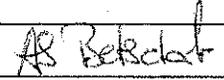
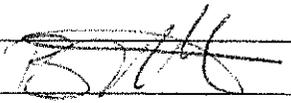
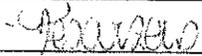
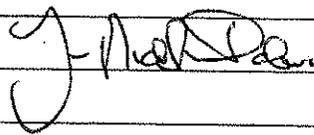
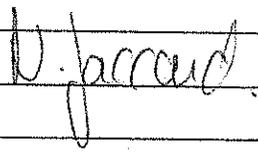
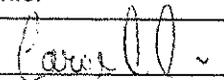


Signature(s) :

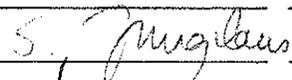
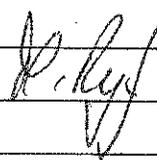
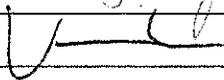
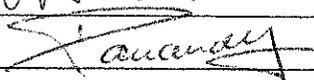
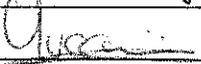
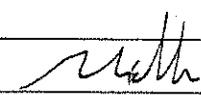
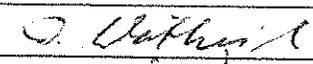
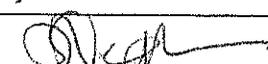
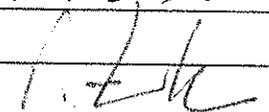


**Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)**

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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



Grand Conseil  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18-HOT.043

Déposé le : 15.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 120 à 126a LGC** La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion 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.**

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

**Important :** sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

Titre de la motion (auteur : Régis Courdesse)

**Maintien des droits à bâtir en cas de cession de terrain lors d'expropriation.**

Texte déposé

Lorsque des projets d'équipement cantonaux ou communaux, spécialement routiers (route nouvelle ou modifiée, trottoirs, aménagements d'espaces publics), touchent des terrains privés, il arrive que l'Etat ou les communes doivent acquérir ces terrains par voie d'expropriation. L'article 1 de la loi vaudoise sur l'expropriation indique que : "*L'expropriation est la procédure par laquelle une personne est contrainte de céder sa propriété ou tout autre droit sur un immeuble ou sur un meuble totalement ou partiellement.*" Même si la procédure se base sur la loi sur l'expropriation, notion a priori repoussante pour les propriétaires, la plupart du temps, il s'agit d'acquisition des terrains à l'amiable, avec accord entre l'expropriant et l'exproprié. S'il n'y a pas d'accord, cela résulte en général d'un refus du projet routier lui-même, d'où le refus de céder son terrain à la collectivité.

La fixation de la valeur du terrain exproprié dépend évidemment des possibilités de bâtir ou non sur la parcelle touchée. Le même article de la loi précise que "*L'expropriation ne peut avoir lieu que moyennant pleine indemnité, en cas d'intérêt public préalablement et légalement constaté.*" Toutefois, l'intérêt de la collectivité qui exproprie est d'acquérir les terrains à la valeur la plus basse, voire même par cession gratuite.

L'intérêt public est souvent accompagné d'un intérêt privé, par exemple meilleure sécurité routière aux abords de la parcelle, trottoir, aménagements d'espaces publics valorisant. Le propriétaire privé est alors enclin à céder son terrain à une valeur plus basse que la valeur du marché. Certains règlements communaux sur la police des constructions et l'aménagement du territoire incitent les expropriés à céder leur terrain gratuitement ou à une valeur symbolique (au plus les 20% de la valeur réelle) et, pour cela, ils leur maintiennent les droits à bâtir de la partie expropriée. Mais il faut relever que les accords amiables sont des actes relevant de l'expropriation et qu'ils n'ont pas de publicité relative au droit de la police des constructions. Que peut alors faire un exproprié qui veut utiliser pour une nouvelle construction les droits à bâtir maintenus sur une surface dont il n'est plus propriétaire ? Il devra opposer à la Municipalité l'accord amiable montrant la volonté de maintenir les droits à bâtir. Et si l'Etat est l'expropriant, la Commune voudra-t-elle maintenir les droits ?

Afin de redonner une base légale qui a été supprimée de la LATC en 2018 (suppression de l'article 47 LATC ancien) et une publicité liée à la foi publique au maintien des droits à bâtir, il est proposé de modifier la loi sur l'expropriation et de créer un **article 73 bis nouveau** :

*« En cas de cession gratuite des terrains expropriés et pour autant que le règlement communal sur le plan d'affectation (PGA ou plan spécial) le prévoit, les droits à bâtir des terrains expropriés sont reportés sur le solde de la parcelle touchée. Afin de concrétiser ce report, il est procédé à l'inscription d'une mention au Registre foncier aux frais de l'expropriant (Etat ou communes), mention contresignée par la Commune si l'expropriant est l'Etat. »*

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

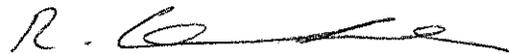
(c) prise en considération immédiate et renvoi au CE

(d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire

Nom et prénom de l'auteur :

COURDESSE Régis

Signature :



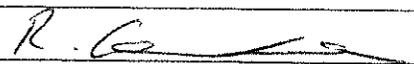
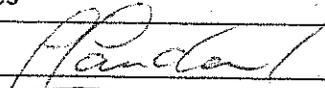
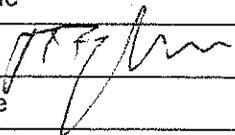
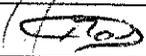
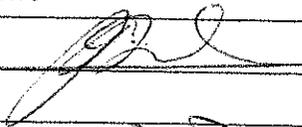
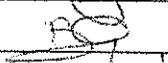
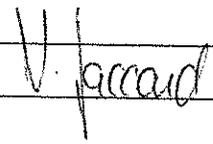
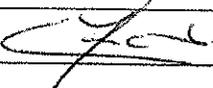
Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

Signature(s) :

**Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin :** [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

Motion Courdesse  
(Droits à bâtir)

Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Maurice Neyroud et consorts - Les coûts de la santé : des données pour réfléchir à des solutions

#### **Rappel de l'interpellation**

*Les coûts de la santé interpellent tout le monde. Il est temps d'essayer de mieux comprendre pourquoi ils sont chaque année à la hausse. Certes, les arguments reviennent en boucle, comme le vieillissement de la population, les effets des nouvelles technologies, les médicaments etc. Si les coûts liés à l'activité hospitalière stationnaire dans notre canton semblent relativement stables et dans la moyenne suisse voire légèrement en dessous, ceux de l'ambulatoire et particulièrement de l'ambulatoire hospitalier à la charge de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) paraissent augmenter. Les points par prestation sont définis par le TARMED et ce dernier dépend de la Confédération. Mais la valeur du point est fixée par les cantons.*

*Si l'Etat intervient dans la prise en charge des coûts dans l'hospitalier, ce n'est pas le cas pour l'ambulatoire qui est à la charge des patients et des assurances. Le système est donc complexe et il serait utile d'avoir quelques éléments chiffrés avant d'envisager des solutions. Il y a, par exemple, un manque criant de données statistiques sur l'activité des médecins en ambulatoire. Connaître objectivement l'activité des médecins aiderait politiques, administratifs, patients et médecins à construire ensemble une politique raisonnable pour assurer de manière pérenne l'accessibilité et la qualité de la prise en charge médicale. Cela éviterait aussi certaines polémiques stériles sur l'activité et le salaire de certains médecins qui ne sont pas représentatives de l'ensemble des médecins du canton.*

*Il serait nécessaire d'obtenir des précisions notamment sur les points suivants :*

- Mode de calcul de la valeur du point TARMED dans le canton ;*
- Tableau des valeurs du point 2016 et comparatif intercantonal ;*
- Nombre de médecins indépendants par région dans le canton en fonction de leur type d'activité (premiers recours vs spécialistes). A ce titre, l'exemple valaisan mené en 2014 en commun par le Service de la santé publique valaisan, l'observatoire valaisan de la santé et la société médicale du Valais est intéressant (cf Bulletin des médecins suisses 2016 ; 97 (12-13) : 456-459) ;*
- Outil futur permettant d'évaluer l'activité des médecins (par exemple : organisme indépendant, d'évaluation) organisé en collaboration avec l'Etat et la Société Vaudoise de Médecine (SVM).*

#### **Réponses au Conseil d'Etat**

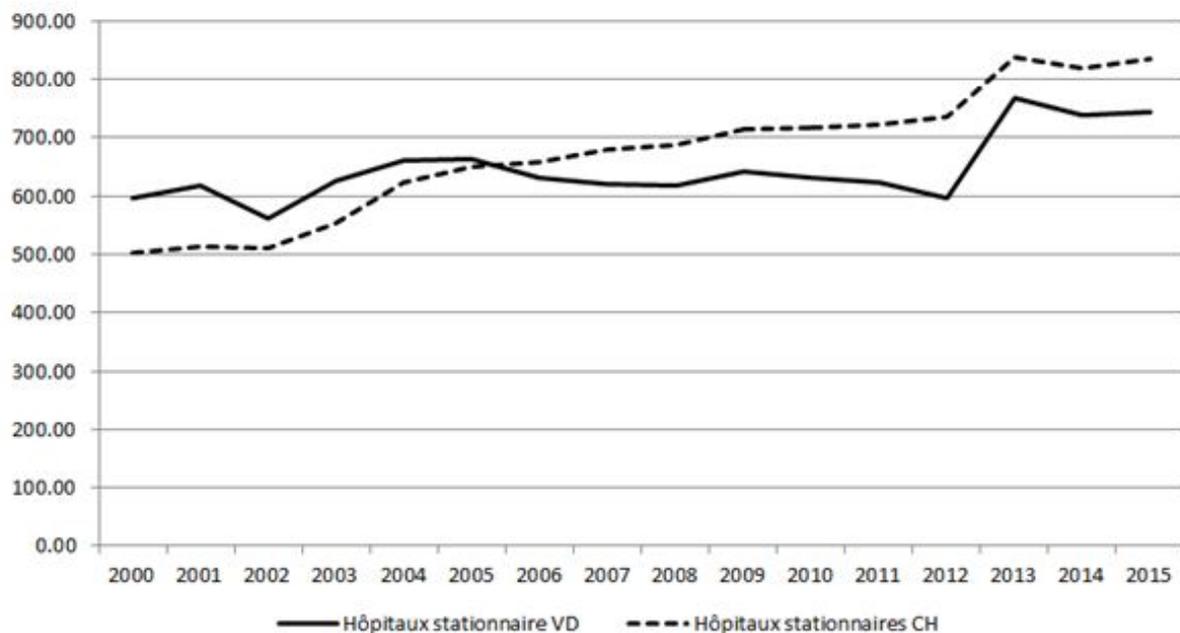
##### **Evolution des coûts de la sante (hospitalisation et activité ambulatoire)**

Le Conseil d'Etat est particulièrement sensible à l'évolution des coûts de la santé. En 2014 les coûts

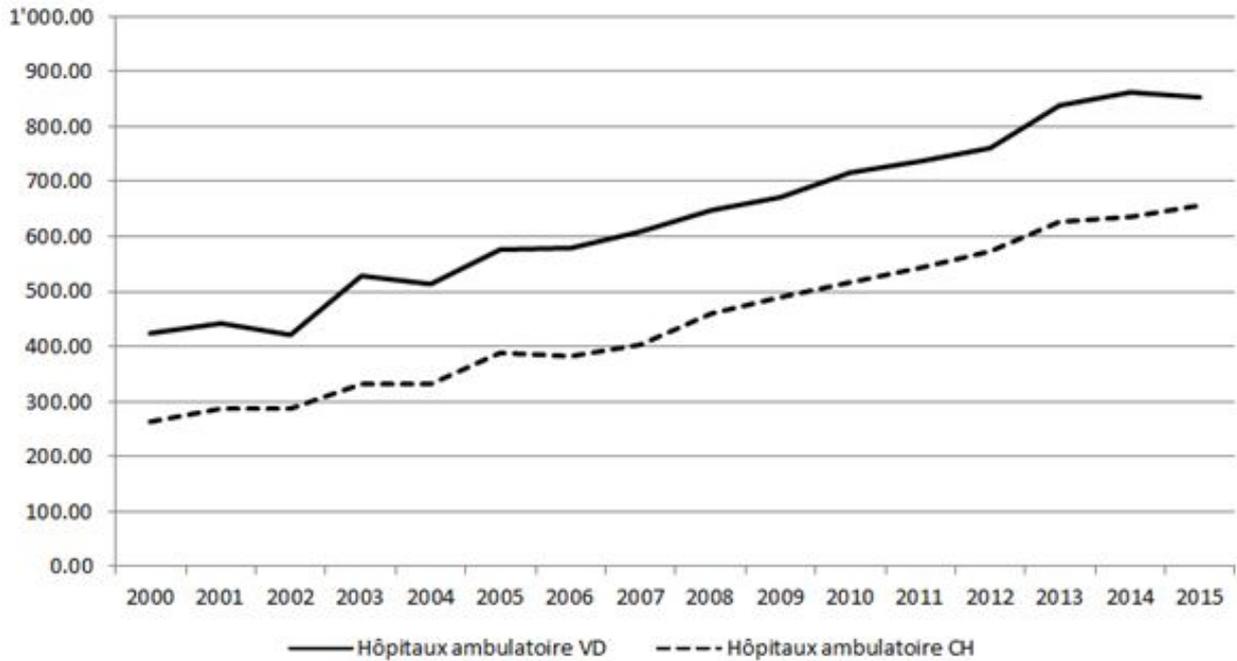
vaudois ont représenté plus de 7 milliards de francs. La croissance annuelle moyenne des coûts entre 2009 et 2014 a été de 4.1% (source : statistique Vaud). L'activité ambulatoire représente, dans notre canton, près de la moitié des coûts totaux de la santé, soit 10% des coûts totaux pour l'ambulatoire hospitalier et 37% pour l'ambulatoire en libre pratique (source : Statistique Vaud).

Une grande partie des coûts de la santé sont à charge de l'Assurance Obligatoire des Soins (AOS) dont le financement est assuré principalement par l'Etat et les assureurs-maladie. Comme cela est justement mentionné dans l'interpellation du député Neyroud, les coûts vaudois de l'hospitalisation stationnaire sont moins élevés en 2015 que les coûts moyens suisses, alors que c'est l'inverse pour les secteurs de l'ambulatoire hospitalier et de l'ambulatoire en cabinet. Si l'évolution des coûts ambulatoires est similaire entre Vaud et la moyenne suisse, ce n'est pas le cas des coûts hospitaliers stationnaires, dont la maîtrise dans le Canton de Vaud a permis de faire fléchir leur évolution dès 2004. A noter que 2012 correspond à l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement des hospitalisations par DRG.

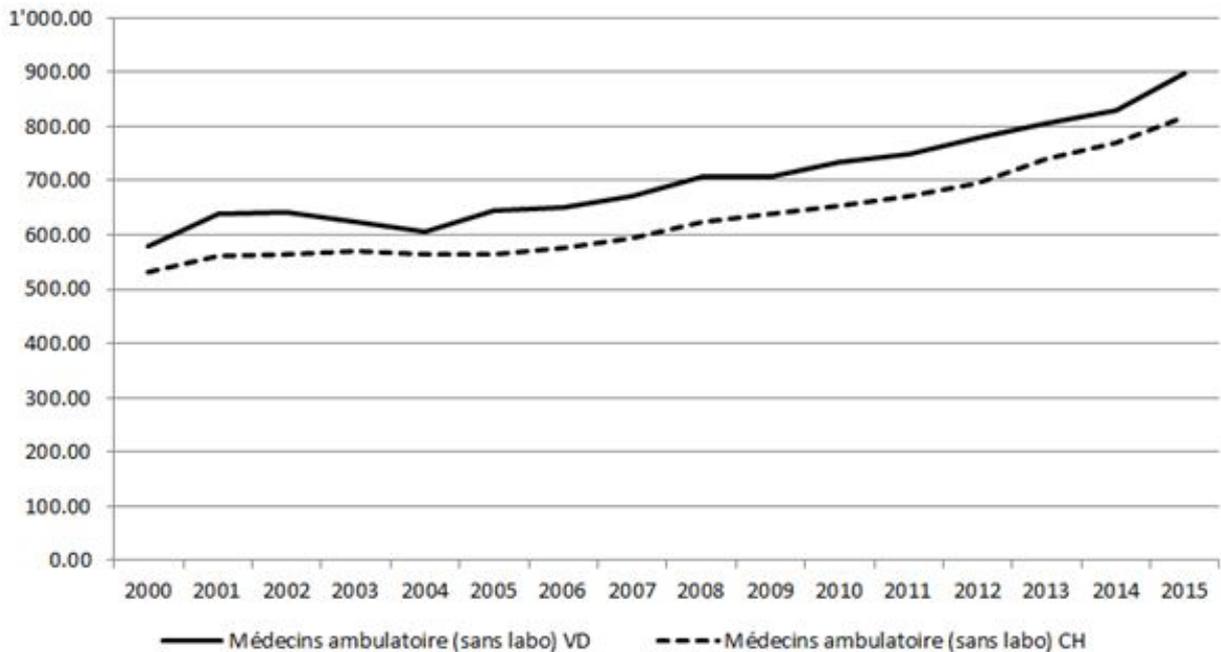
**Figure 1 : Hôpitaux, activité stationnaire, évolution des coûts brut AOS en CHF par assuré, source OFSP**



**Figure 2 : Hôpitaux, activité ambulatoire, évolution des coûts bruts AOS en CHF par assuré, source OFSP**



**Figure 3 : Médecins, activité ambulatoire en libre pratique, évolution des coûts bruts AOS en CHF par assuré, source OFSP**



Le domaine ambulatoire, connaissant une croissance soutenue, échappe en grande partie à la planification et au contrôle de l'Etat, les assureurs-maladie assurant l'entier du financement des prestations ambulatoires LAMal. Contrairement à ce qui est mentionné dans l'interpellation du député Neyroud, la valeur du point TARMED n'est pas fixée par les cantons mais celle-ci est négociée entre

les partenaires (assureurs et médecins).

La croissance des coûts de la santé à charge de l'AOS devrait être maîtrisée étant donné sa répercussion directe sur la hausse des primes, sur le subventionnement étatique et par conséquent sur chaque citoyen en tant qu'assuré et contribuable. Aujourd'hui, si la croissance du domaine stationnaire est relativement maîtrisée dans le Canton de Vaud, notamment par le rôle actif pris par le canton dans ce domaine, ce n'est pas le cas du domaine ambulatoire. Dans ce secteur d'activité, les cantons n'ont que peu de moyens de régulation à disposition et aucune statistique exhaustive et régulière ne couvre ce domaine, rendant difficile la mise en œuvre de moyens de régulation, que ce soit au niveau fédéral ou au niveau cantonal. Des données issues de la facturation des prestataires existent auprès des assureurs mais ne sont disponibles que sous forme agrégée ne permettant pas un monitoring de l'activité médicale.

Ci-après les éléments de réponse disponibles à ce jour, directement en lien avec les points soulevés dans l'interpellation du député Neyroud.

## **1 MODE DE CALCUL DE LA VALEUR DU POINT TARMED DANS LE CANTON**

La structure tarifaire TARMED a été introduite dans le domaine de la LAMal dès le 01.01.2004. Depuis, malgré des modifications annuelles, la nécessité d'une réforme en profondeur est avérée afin d'adapter la structure tarifaire aux changements de pratique et de technologie. Des négociations entre les partenaires ont débuté en ce sens en 2010 pour échouer en 2016 malgré l'injonction fédérale. Au niveau cantonal, les tarifs TARMED sont actuellement fixés via des négociations entre les associations de professionnels et les assureurs. Dans ce processus, le rôle de l'Etat consiste à ratifier les tarifs conclus. Cependant, le DSAS est intervenu auprès des partenaires tarifaires pour les inviter à mettre en place des mécanismes de maîtrise de l'évolution de l'activité ambulatoire. Il a ainsi averti par courrier ces partenaires qu'il ne pourrait soutenir un maintien de la valeur du point TARMED à un niveau particulièrement élevé dans le canton de Vaud que s'ils intégraient dans les conventions tarifaires des mesures concrètes capables de maîtriser les volumes de prestations facturées.

## **2 TABLEAU DES VALEURS DU POINT 2016 ET COMPARATIF INTERCANTONAL**

La société Newindex est impliquée dans les négociations tarifaires en soutenant les médecins. Cette société publie de manière transparente sur son site internet des tableaux avec les valeurs de point cantonales disponibles depuis 2013. Cf. <http://www.newindex.ch/Valeurs-de-point-tarifaire-94>. Les tarifs TARMED qui permettent la facturation des prestations ambulatoires sont en effet particulièrement élevés dans le canton de Vaud avec des valeurs de points à 96 centimes pour les médecins en libre pratique et 93 centimes dans les hôpitaux, sachant que la moyenne suisse se situe au-dessous des 90 centimes.

A relever que, dans notre canton, la propharmacie n'est pas pratiquée, ce qui peut expliquer un tarif TARMED élevé.

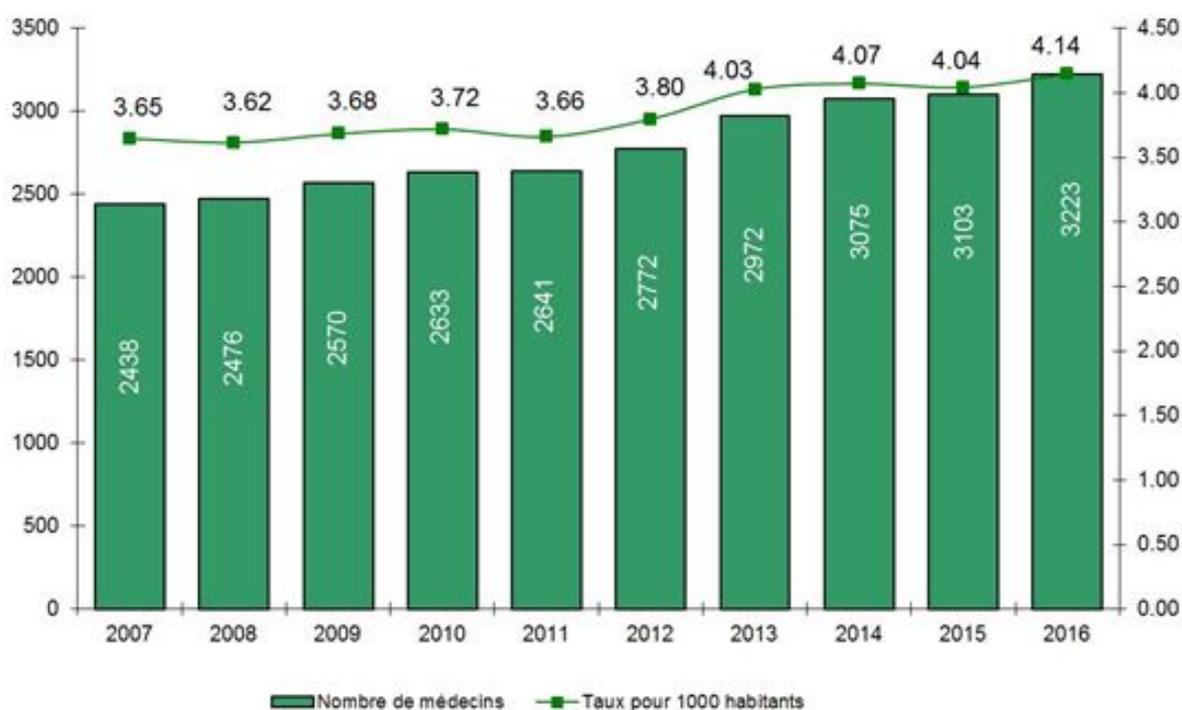
**Tableau 1 : valeurs de point tarifaire cantonales, médecine ambulatoire en cabinet (source : Newindex)**

	2017 (par 1.1.2017)
AG	0.89
BE	0.86
BL	0.91
BS	0.91
FR	0.91
GE	0.96
JU	0.97
LU	0.82
NE	En négociation
SO (HSK)	0.85
SO (tarifesuisse)	0.84
SZ	0.82
TI	0.93
VD	0.96
VS	0.82
ZG	0.82
ZH	0.89
OST*	0.83
UNO**	0.86

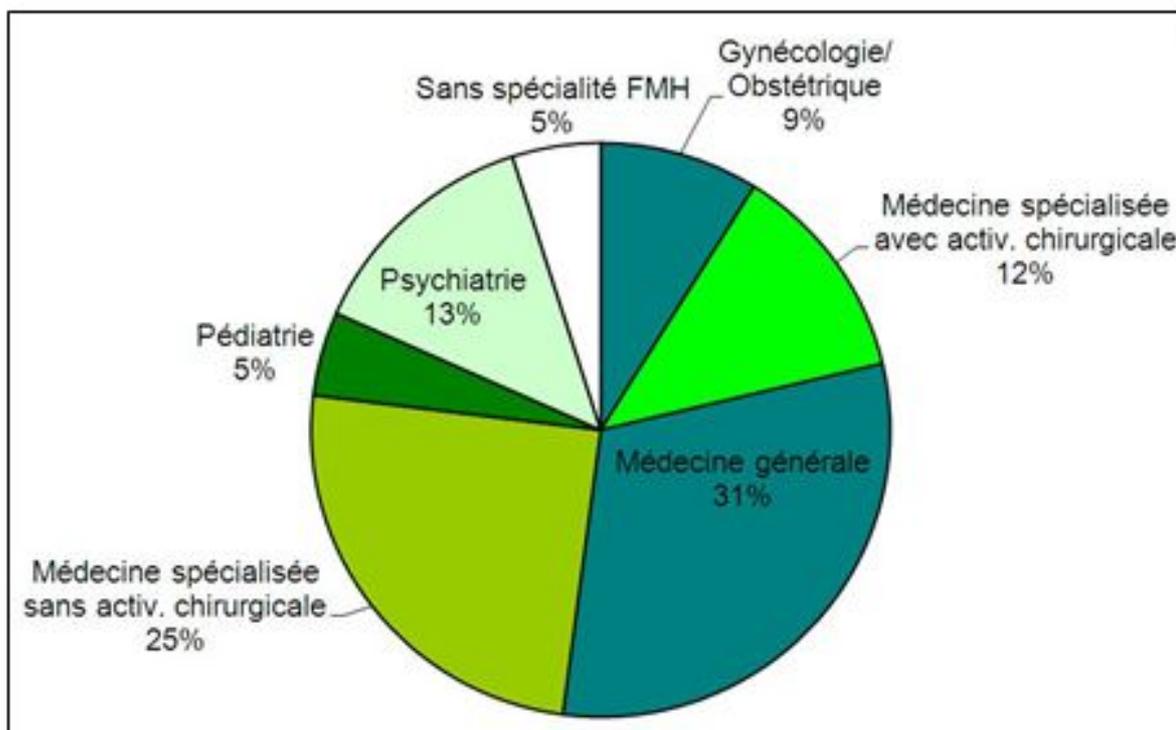
### 3 NOMBRE DE MÉDECINS INDÉPENDANTS PAR RÉGION DANS LE CANTON EN FONCTION DE LEUR TYPE D'ACTIVITÉ (PREMIERS RECOURS VS SPÉCIALISTES)

Actuellement, les données à disposition de l'Etat proviennent des autorisations de pratiquer délivrées par l'Etat. Ces données ne contiennent pas d'information sur les taux d'activité ni sur les spécialités réellement exercées par les médecins ayant obtenus leurs diplômes pour plusieurs spécialisations. De plus, les médecins n'ayant pas annoncé à l'Etat leur départ ou leur cessation d'activité y figurent également.

**Figure 1 : Evolution du nombre de médecins au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant et taux pour 1000 habitants, Vaud, 2007-2015 (source : SSP)**



**Figure 2 : Répartition par spécialité des médecins au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant, Vaud, 2015 (source : SSP)**



En 2016, le DSAS a mené des travaux conséquents pour fiabiliser cette information issue des autorisations de pratiquer, en envoyant un courrier et un questionnaire à chaque médecin les enjoignant à vérifier et modifier si nécessaire leurs données administratives. Dans ce cadre, un rappel a également été fait sur l'obligation légale pour les praticiens d'informer l'Etat de toutes les informations concernant un changement d'activité (changement d'adresse, départ du canton, cessation d'activité, etc.). Bien que les taux de réponses soient relativement satisfaisants, cette mise à jour ne permet pas de fournir des données fiables sur l'activité des médecins, n'indiquant que le nombre de médecins et non leur activité propre. De nombreuses tentatives de collaboration avec la Société Vaudoise de Médecine ont eu lieu ces 10 dernières années pour réaliser une enquête d'activité auprès des médecins, sur le modèle valaisan, mais aucune d'elles n'a pu se concrétiser.

#### **4 OUTIL FUTUR PERMETTANT D'ÉVALUER L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS (PAR EX. ORGANISME INDÉPENDANT D'ÉVALUATION ORGANISÉ EN COLLABORATION AVEC L'ÉTAT ET LA SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE (SVM))**

##### **Projet MARS**

Au niveau national, suite au " rapport santé 2020 " et dans sa volonté de combler le manque de données relatives à l'activité ambulatoire, la Confédération a lancé dès 2011 le projet MARS (Module ambulatoire des relevés sur la santé) mené par l'Office fédéral de la statistique. Le projet a pour bases légales l'art. 59a LAMal et l'art. 30 OAMal qui stipulent, que les données d'offre et d'activité des prestataires de soins doivent être transmises à l'OFS. Il est précisé que ces données pourront être

transmises à l'OFSP et aux autorités cantonales compétentes afin d'accomplir leurs missions définies dans la LAMal. Cette récolte et ce flux d'information est d'ailleurs déjà en place pour le domaine hospitalier stationnaire, pour l'hébergement et pour les soins à domicile.

#### **Travaux réalisés (source : OFS)**

- Le projet partiel "données structurelles du secteur ambulatoire hospitalier" a été réalisé dans le cadre de la statistique des hôpitaux avec le relevé des données 2013. Ce projet fournit aux cantons de nouvelles statistiques concernant l'offre du secteur ambulatoire hospitalier.
- Le premier relevé des données sur les patients du secteur ambulatoire hospitalier a été réalisé pour les données de l'année civile 2014[1 :Le canton de Vaud (Statistique Vaud) ne dispose pas encore de ces données, d'une part parce que la qualité de l'information d'un premier relevé de routine de cette importance n'est pas garantie et d'autre part parce que la prise en charge et l'exploitation d'une nouvelle source d'information en provenance de l'OFS nécessitent d'important travaux informatiques pour les cantons. Ces travaux seront mis en œuvre dès que possible, sur les set de données fiabilisés.].
- Les données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires ont été relevées pour la première fois dès novembre 2016 (uniquement à des fins statistiques pour l'OFS et non transmises aux autorités de surveillance). Le Canton de Vaud a collaboré activement avec l'OFS, notamment pour fournir les données administratives des médecins les plus à jour pour notre canton.

Le projet MARS permettra de récolter les données structurelles et d'activité du domaine médical ambulatoire, tant à l'hôpital qu'en cabinet, afin de couvrir tout un secteur très mal renseigné au niveau statistique. La position du canton, et celle en particulier du Service de la santé publique, consiste à soutenir et à encourager cette démarche nationale plutôt que de recréer une statistique cantonale ad hoc, avec les enjeux que représentent une mise à jour régulière et le surplus de collecte de données auprès des professionnels.

A relever que le succès du projet MARS dépend fortement de la collaboration active de la part des praticiens et des sociétés faîtières qui les représentent. Si dans un premier temps, la SVM n'a pas souhaité collaborer malgré la demande du DSAS, un récent courrier de celle-ci invite ses membres à répondre positivement à l'enquête, en tout cas dans sa phase de test. Le Conseil d'Etat souhaite vivement pouvoir compter sur la collaboration de la SVM pour la suite de ce projet important.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 29 mars 2017.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Frédéric Borloz - Ristourne des primes "payées en trop" : l'oxymore "subventionnés remboursés" pour bientôt ?

#### **Rappel de l'interpellation**

*Nous avons appris la semaine passée que les Vaudois, tout comme les assurés d'autres cantons, se verront rembourser les primes d'assurance-maladie " versées en trop " pendant plusieurs années au titre de l'assurance-maladie obligatoire. Dans notre canton, la ristourne s'élèvera à CHF 119.70. Selon les indications lues dans la presse, la somme sera déduite de la prime ou versée séparément. Si le montant est connu et le procédé de remboursement plus ou moins clair, la question des bénéficiaires elle, reste ouverte, notamment la situation des assurés subventionnés. Logiquement, ces derniers ne devraient rien toucher, à contrario des assurés qui ont versé, de leur poche, un excédent de prime.*

*Afin de lever le voile sur cette question, je prie le Conseil d'État de répondre aux questions suivantes :*

- Qui seront les bénéficiaires directs du remboursement évoqué ci-dessus ? Tous les assurés, une partie des assurés ?*
- Dans ce contexte, le Conseil d'Etat entend-il verser un montant aux assurés subventionnés ?*
- Et sur quels éléments le Conseil d'Etat fonde sa décision ?*

#### **Réponse du Conseil d'Etat**

En préambule, il convient de donner à M. l'interpellateur quelques explications s'agissant du système de réduction des primes tel qu'il existe dans le canton de Vaud.

A la fin 2014, on comptait dans le canton 189'400 personnes touchant une aide de l'Etat pour le paiement de leurs primes d'assurance maladie. Parmi ceux-ci, on en comptait 61'900 pour lesquelles le subside couvrait théoriquement l'intégralité de la prime puisqu'il s'agit d'enfants, de personnes touchant le revenu d'insertion ou au bénéfice des prestations complémentaires. Le Conseil d'Etat rappelle que le fait de toucher le revenu d'insertion ou une prestation complémentaire n'est pas synonyme de prise en charge intégrale des primes par l'Etat. En effet, comme l'aide du régime des subsides est plafonnée, environ un tiers d'entre eux doivent tout de même mensuellement s'acquitter d'une part à charge, essentiellement parce qu'ils sont restés affiliés à un assureur aux primes élevées.

Le solde des personnes subsidiées – soit 127'500 personnes - ne percevait qu'une aide partielle qui s'échelonne en 2015 entre 20 et 331 francs par mois. En conclusion, il est erroné de considérer que les personnes au bénéfice d'un subside ne paient rien pour leurs primes puisque près de 136'000 personnes doivent tous les mois assumer à partir de leurs ressources propres une part de prime.

La synecdoque utilisée par l'interpellateur qui assimile à tort subside à subside intégral le conduit à avoir un oxymore alors qu'il n'y en a pas.

Le Conseil d'Etat tient à préciser que les personnes au bénéfice d'une aide de l'Etat en 2015 ne l'étaient pas forcément durant la période 1996 à 2013. En effet, sur les 200'000 personnes qui ont touché un mois ou un autre un subside en 2015, seuls 420 adultes ont bénéficié d'un subside intégral durant l'entier de cette période. Il s'agit en majorité de bénéficiaires de PC AVS/AI âgés de plus 65 ans. Dès lors, le lien que fait l'interpellateur n'est pas opportun puisqu'il reviendrait à ne pas faire bénéficier un assuré vaudois des primes payées en trop par lui-même durant ces années au motif qu'aujourd'hui il touche une aide partielle pour l'aider à payer ses primes LAMal. Adopter cette logique exigerait donc de retracer l'historique de tous les assurés concernés afin d'identifier lesquels figuraient au rang des subsidiés durant ces années, et pour quelle somme, pour déterminer ensuite qui aurait droit à un remboursement et qui n'y aurait pas droit, en tenant compte de la durée de présence de chacun dans le régime et de l'ampleur de l'appui reçu. Fort de ces éléments et soucieux de la charge administrative en regard d'un remboursement maximum de 119 francs pour chaque assuré, le Conseil d'Etat a

opté pour ne pas tenir compte de cet élément dans la redistribution. Cela étant, les mécanismes usuels de restitution s'appliquent pour les bénéficiaires des régimes sociaux avec un subventionnement complet.

Finalement, le principe de la redistribution s'appuie sur un modèle simple, fruit d'un consensus laborieux entre autorités fédérales, cantonales et assureurs sanctionné par une loi. Elle vise à introduire une mesure correctrice globale des facturations excessives du passé et ne fait pas de lien avec la situation actuelle des assurés.

Cela étant, le Conseil d'Etat répond ainsi aux questions de l'interpellateur.

### **1 QUI SERONT LES BÉNÉFICIAIRES DIRECTS DU REMBOURSEMENT ÉVOQUÉ CI-DESSUS ? TOUS LES ASSURÉS, UNE PARTIE DES ASSURÉS ?**

Conformément aux dispositions applicables relevant du droit fédéral (art. 106 à 106c LAMal et ordonnance sur la correction des primes du 12.09.2014), ont droit au remboursement tous les assurés LAMal domiciliés dans le canton au moment de la correction des primes, à savoir entre le 1er janvier 2015 et le 1er juillet 2017. Dans le commentaire de septembre 2014 sur l'ordonnance précitée (cf. art. 6 al. 2, p. 8), il est précisé que "ont droit à la diminution de prime et au remboursement de primes, les personnes assurées, même si elle ne paient pas elles-mêmes l'intégralité de leur prime (bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI, assurés bénéficiant d'une réduction de prime et personnes au bénéfice de l'aide sociales). Chaque année, la diminution de prime et le remboursement de primes sont accordées en une seule fois. L'assureur les prend en compte sur la facture de prime du mois de juin ou les verse à l'assuré séparément au mois de juin".

L'Office fédéral de la santé publique a rappelé ce qui précède par écrit dans divers écrits aux cantons, tout comme il a confirmé que les cantons n'ont pas le droit de demander aux assureurs que ceux-ci leur versent directement les montants de la correction des primes. Nous renvoyons également au document "FAQ" du 12.09.2014 publié par l'OFSP : "Les personnes qui ne paient pas elles-mêmes l'intégralité de leurs primes (bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI, d'une réduction de prime ou de l'aide sociale) reçoivent-elles le remboursement ? Oui, le remboursement est accordé aux assurés, même s'ils ne paient pas eux-mêmes leurs primes".

### **2 DANS CE CONTEXTE, LE CONSEIL D'ETAT ENTEND-IL VERSER UN MONTANT AUX ASSURÉS SUBVENTIONNÉS ?**

### **3 ET SUR QUELS ÉLÉMENTS LE CONSEIL D'ETAT FONDE SA DÉCISION ?**

Le Conseil d'Etat est compétent pour désigner le cercle des ayants droit à la réduction individuelle des primes (RIP) en application du droit fédéral (art. 65 LAMal). Le législateur vaudois a posé le cadre de cette compétence en édictant la LVLAMal (Loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie).

A l'inverse, comme exposé ci-avant s'agissant de l'opération du remboursement des primes, faute de base légale, le Conseil d'Etat ne dispose pas de la capacité de décider dans le sens de la question posée par l'interpellateur.

Par contre, autre est la question des requérants d'asile, assurés collectivement par le canton (EVAM, via le courtier HPR), en tant qu'obligation du droit fédéral. En effet, ceux-ci ne se sont jamais acquittés d'une seule prime LAMal et n'ont donc jamais été exposés au risque de payer un surplus de prime. Il ne se justifie donc pas, selon le Conseil d'Etat, qu'ils puissent bénéficier de la rétrocession citée en objet. Au demeurant, comme tous les flux administratifs et financiers relatifs aux frais de santé sont gérés par l'EVAM et le courtier HPR, c'est auprès de ces deux entités que le Conseil d'Etat dispose d'un levier d'action. Pour la catégorie particulière d'assurés précités, le Conseil d'Etat - par le Chef du DSAS - a donc écrit aux assureurs dans le but de les informer que la rétrocession doit être opérée entre les mains de l'Etat.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 25 mars 2015.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Julien Sansonnens et consorts - Contenir les coûts de la santé en réduisant la surmédicalisation

#### **Rappel de l'interpellation**

*La maîtrise des coûts de la santé représente un défi majeur pour les pouvoirs publics. L'évolution des pratiques médicales et hospitalières, les exigences de patients et, dans une moindre mesure, le vieillissement de la population, expliquent en grande partie l'augmentation régulière des coûts.*

*Une partie des dépenses de santé n'ont pas de valeur ajoutée. Une étude parue en 2012 [Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. JAMA. 2012 ; 307(14) : 1513-1516. doi :10.1001/jama.2012.362] estime que 30% des coûts sans valeur ajoutée sont dus au surtraitement médical, c'est-à-dire à l'application d'un traitement médical inutile et/ou nuisible.*

*L'initiative "Choosing wisely" est un mouvement international qui vise à aider les médecins et les patients à engager une réflexion au sujet des examens, traitements et interventions qui ne sont pas nécessaires. L'initiative "Smarter Medicine" va dans le même sens, et propose une liste d'interventions à éviter en médecine interne générale.*

*Des preuves scientifiques existent quant à la surutilisation de certaines interventions coûteuses. Contenir le nombre de ces interventions — ne les pratiquer que lorsque l'intérêt médical est démontré — participe ainsi à la nécessaire maîtrise des coûts de la santé.*

*Sur la base de ces éléments, je remercie par avance le Conseil d'Etat pour ses réponses aux questions suivantes :*

- 1. En Suisse, la mise en œuvre des principes des initiatives "Choosing wisely" et "Smarter Medicine" semble s'effectuer lentement. Qu'en est-il dans le canton de Vaud, en particulier dans les hôpitaux publics ?*
- 2. Des conflits d'intérêts peuvent exister dès lors qu'un praticien ou un établissement de soins est incité financièrement à réaliser certains actes non strictement nécessaires. De même, un praticien peut être amené à réaliser certains actes ou tests non strictement nécessaires afin de se protéger d'éventuels conflits juridiques. Quelles sont les mesures proposées ou mises en œuvre afin de réduire la portée de tels conflits d'intérêts ?*
- 3. Le Conseil d'Etat a-t-il la compétence, respectivement la volonté, de décider qu'un certain nombre d'interventions médicales, dont il a été démontré scientifiquement qu'elles sont inutiles, ne doivent plus faire l'objet d'un remboursement ?*
- 4. La formation des médecins joue un rôle crucial dans la réduction de la surmédicalisation. Cette problématique est-elle intégrée au cursus de l'école lausannoise de médecine, le cas échéant sous quelle forme ?*

5. *Le patient a également un rôle important à jouer dans la réduction de la surmédicalisation. Un concept d'information existe-t-il dans le canton ? Du matériel a-t-il été développé ou repris ?*
6. *Les connaissances scientifiques sont insuffisantes en ce domaine, en particulier concernant les patients multimorbides. Des projets de recherche sur la surmédicalisation sont-ils en cours, ou prévus dans le canton ?*
7. *Dans les EMS, le dosage, ainsi que le nombre des médicaments administrés aux pensionnaires ne sont, semble-t-il, pas toujours optimaux. Le Conseil d'Etat dispose-t-il d'un concept concernant cette problématique ? Le cas échéant, quelles mesures sont ou seront prises ?*

## **Réponses du Conseil d'Etat**

### **1 INTRODUCTION**

Les motifs de l'augmentation des coûts des prestations du système de soins font débat autant dans les milieux politiques que scientifiques. Les raisons principales identifiées sont, tout d'abord, le développement des technologies (augmentation des moyens diagnostiques, modalités de traitement), puis les effets de la démographie (augmentation globale de la population, maladies chroniques et vieillissement) et le changement de comportement des patients comme celui des professionnels.

Des initiatives comme "Choosing Wisely" et "Smarter Medicine" ont été lancées aux Etats Unis (en 2012 pour Choosing Wisely) dans le but de favoriser une discussion ouverte entre patients et médecins sur le thème de la surmédicalisation, de diminuer le gaspillage en médecine et d'éviter l'exposition du patient à des risques inutiles. Elles consistent en un processus d'élaboration rigoureux de recommandations basées sur une évidence scientifique solide. Emanant du corps médical, avec la participation des associations de patients, elles tiennent compte autant du patient que du contexte médical et économique global ; elles ont un fort potentiel d'acceptation. A relever que ces initiatives s'inscrivent dans un changement de paradigme dans le domaine des soins selon lequel davantage de prestations ne garantit pas un meilleur état de santé, voire même peut avoir des effets délétères sur la situation d'une personne.

Les recommandations de "Choosing Wisely" ou "Smarter Medicin " doivent être formulées par chaque discipline médicale. En Suisse, la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) a pris l'initiative d'éditer les premières listes pour la médecine interne hospitalière et ambulatoire. Ces listes, datant de 2014 pour l'ambulatoire, et 2016 pour l'hospitalier, ont été publiées au niveau national dans la presse médicale (Bulletin des médecins suisses en 2014 et Swiss medical Forum en 2016), présentées dans des congrès médicaux. Des médias de presse écrite, radio et télévision ont également relayé ces informations. Les recommandations se limitent à cinq actes fréquemment pratiqués, de nature autant diagnostiques que thérapeutiques. Elles visent une meilleure qualité de prise en charge pour le patient et renforcent chez le médecin une réflexion critique en matière d'exams diagnostiques ou de prescription. L'impact des listes "Top 5" sur les coûts de la santé ou la prescription est actuellement difficilement perceptible. La démarche a toutefois le mérite de stimuler la discussion sur la surmédicalisation et permet une réflexion plus large sur l'approche médicale.

Un site [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch) a été créé, avec des informations pour les médecins et le public non-médical. D'autres disciplines médicales devraient suivre prochainement avec leurs propres listes. Actuellement, l'Académie Suisse des Sciences Médicales reprend l'initiative avec le projet de créer une fondation pour la promotion de "Smarter Medicine", ensemble avec la SSMIG, l'Association Suisse des Patients et l'Association Suisse des Consommateurs.

## 2 RÉPONSES AUX QUESTIONS

### **2.1 En Suisse, la mise en œuvre des principes des initiatives "Choosing wisely" et "Smarter Medicine" semble s'effectuer lentement. Qu'en est-il dans le canton de Vaud, en particulier dans les hôpitaux publics ?**

Ces listes sont apparues très récemment dans le paysage médical. Au niveau hospitalier, les recommandations ont été largement diffusées au CHUV, avec des colloques de sensibilisation dans l'enseignement postgrade et une forte implication des cadres médicaux, infirmiers et physiothérapeutes pour susciter leur application. Les recommandations font partie des objectifs prioritaires d'application au sein du Service de médecine interne (rapport annuel 2016). Des procédures sont en phase d'application avec la participation des physiothérapeutes et infirmières (par exemple la mobilisation précoce) et avec des projets de recherche appliqués (par exemple la pose de sonde urinaire, les infections nosocomiales). La polymédication est également étudiée et des projets de recherche sont en cours (par exemple sur la réconciliation médicamenteuse entre pré et intra-hospitalier).

Au sein du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), suite à l'interpellation du député Haury (2015) [Interpellation Jacques-André Haury – Surmédicalisation des patients âgés : que se passe-t-il à Cery (15\_INT\_337)], une consolidation du suivi multidisciplinaire de la prescription médicamenteuse a été instaurée avec des formations pour les infirmières et les médecins et l'appui d'une pharmacienne-clinicienne ; un renforcement des approches thérapeutiques non-pharmacologiques a également été mis en place.

Dans les hôpitaux de la FHV, il n'y a pas à proprement parler d'initiatives intitulées "Choosing wisely" ou "Smarter Medicine" en cours. Les démarches qualité-sécurité menées actuellement par les hôpitaux touchent néanmoins à certains des aspects promus par ces recommandations internationales.

Au niveau ambulatoire, les médecins en formation de spécialisation de médecine interne générale à la Policlinique médicale universitaire (PMU) bénéficient d'un module de formation "raisonnement clinique – evidence based medicine" au cours duquel les enjeux de la liste "Smarter Medicine" sont abordés, en particulier dans la manière d'inclure le patient dans le processus décisionnel. Un certain nombre de futurs médecins de famille effectuent leur formation en dehors des centres universitaires : les cursus régionaux de formation (p.ex. ForOm NV) permettent l'enseignement et l'application de ces principes.

Quant aux praticiens installés, une recherche récente (C. Cohidon et al. in Rev Med Suisse 2017 ;13 :285-7) réalisée en Suisse a montré que la campagne "Smarter Medicine" semble largement connue par les médecins de famille, avec une bonne adhésion aux recommandations, ce qui permet d'être optimiste pour la mise en œuvre de ces principes.

### **2.2 Des conflits d'intérêt peuvent exister dès lors qu'un praticien ou un établissement de soins est incité financièrement à réaliser certains actes non strictement nécessaires. De même, un praticien peut être amené à réaliser certains actes ou tests non strictement nécessaires afin de se protéger d'éventuels conflits juridiques. Quelles sont les mesures proposées ou mises en œuvre afin de réduire la portée de tels conflits d'intérêt ?**

De manière générale, dès qu'une attitude clinique est basée sur des recommandations, telles celles de "Smarter Medicine", reflétant les "bonnes pratiques", le risque de conflits juridiques est minime. En plus, la pratique de la décision partagée avec le patient est encouragée pour diminuer l'attitude défensive des médecins.

Dans le domaine de l'ambulatoire, le financement à l'acte relève uniquement de la LAMal. Formellement, les contrôles en la matière relèvent en premier lieu des caisses maladie (LAMal art 56 - principe de l'économicité). La loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd du 23 juin 2006 - art 40) responsabilise toutefois les praticiens sur l'aspect financier des traitements prodigués. Ainsi,

dans le canton de Vaud, les médecins de famille ont mis en place certains mécanismes visant à revoir leurs pratiques dans des cercles de qualité auxquels une grande majorité d'entre eux adhèrent (plus de 80% selon une enquête OBSAN de 2012). Plus généralement, en tant qu'autorité de surveillance, via les autorisations de pratiquer délivrées aux médecins, du respect de leurs devoirs professionnels, le DSAS pourrait être amené à intervenir.

En outre, en matière ambulatoire, l'évolution globale des coûts préoccupe le Conseil d'Etat : dans le cadre des négociations tarifaires, le DSAS a demandé aux médecins et aux assureurs de mettre en place des mécanismes de maîtrise des volumes de prestations. Dans la mesure où les partenaires tarifaires ne parviennent pas à répondre à cette demande, le Conseil d'Etat pourrait fixer ces modalités.

Dans le domaine hospitalier aigu stationnaire, une étude de l'OFSP, intitulée "Excédent de prestations stationnaires pour les personnes avec une assurance complémentaire" (2016) met en évidence que pour certaines interventions électives (sans caractère urgent et planifiable), et en particulier dans le domaine des maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique, les hôpitaux sont incités à intervenir davantage pour des patients disposant d'une assurance complémentaire par rapport à ceux ne bénéficiant que de l'assurance de base. Actuellement, le DSAS étudie la possibilité de faire des audits afin de déterminer la pertinence de certaines interventions (en collaboration avec la société AssesSurgery).

Enfin, il convient de relever que le système forfaitaire (DRG - Diagnosis related groups) de financement hospitalier stationnaire n'incite pas l'hôpital, une fois que l'hospitalisation a eu lieu, à produire des actes qui ne sont pas nécessaires.

### **2.3 Le Conseil d'Etat a-t-il la compétence, respectivement la volonté, de décider qu'un certain nombre d'interventions médicales, dont il a été démontré scientifiquement qu'elles sont inutiles, ne doivent plus faire l'objet d'un remboursement ?**

Au vu de la complexité du domaine touchant exclusivement l'expertise médicale, le Conseil d'Etat n'est pas favorable à s'engager dans une telle démarche. Le caractère des recommandations cliniques, issues d'un consensus d'experts, exclut d'imposer ou d'interdire formellement des pratiques. Le DSAS soutient différentes mesures émanant des milieux professionnels (cf. cercles de qualité pour les EMS) ; le département va également développer des revues effectuées par des pairs (démarche prospective visant à faire vérifier les indications et la prise en charge par des professionnels – pairs) en chirurgie hospitalière : ici aussi, le but sera d'agir sur la qualité et la sécurité des soins.

Le Conseil d'Etat observe avec attention les intentions de certains cantons alémaniques d'édicter une liste des interventions pour lesquelles le remboursement ne serait effectué qu'en ambulatoire. L'Office fédéral de la Santé Publique mène actuellement des travaux, relayés récemment par la presse, allant dans la même direction. Cas échéant, des mesures similaires pourront être prises dans le canton de Vaud.

**2.4 La formation des médecins joue un rôle crucial dans la réduction de la surmédicalisation. Cette problématique est-elle intégrée au cursus de l'école lausannoise de médecine, le cas échéant sous quelle forme ?**

La Faculté de biologie et de médecine (FBM) de Lausanne suit le catalogue fédéral de la formation médicale pré-graduée qui définit en matière d'enseignement les obligations des facultés de médecine. La FBM a introduit en 2ème année de Master des cours autour de problématiques déontologiques dont un cours relatif à l'initiative "Smarter Medicine" dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale. Durant cette période de leur formation, les futurs médecins abordent, à travers l'étude de cas, le raisonnement clinique. Celui-ci conduit à une réflexion sur l'adéquation de la décision médicale, comprenant également les aspects d'économicité du traitement et de respect des valeurs du patient. Des masters médicaux spécialisés vont probablement voir le jour, tels que la médecine de premier recours à l'université de Fribourg ou l'économie de la santé à celle de St-Gall. Ces développements seront suivis avec intérêt par le Conseil d'Etat.

La formation va se poursuivre ensuite au niveau post-grade. La coordination entre la formation pré-graduée et la formation post-graduée est une priorité tant pour le Décanat que pour la Direction du CHUV ; elle est assurée par la Direction de L'Ecole de Formation Pré-Graduée. Les aspects pratiques tels que l'éthique et la déontologie médicale, le droit de la santé sont à ce moment de la formation abordés plus en détails (cf. à ce propos la réponse à la question 1).

La formation continue est sous l'égide des différentes spécialités médicales ; les formations suivies par les praticiens sont validées par l'Institut suisse de formation postgrade et continue (ISFM) rattaché à la Fédération des médecins suisses (FMH). Les sociétés médicales cantonales, telle la Société vaudoise de médecins (SVM), organisent certaines de ces formations. Dans son rôle régalién, le canton contrôle dans certaines situations les certificats de formation permanente.

**2.5 Le patient a également un rôle important à jouer dans la réduction de la surmédicalisation. Un concept d'information existe-t-il dans le canton ? Du matériel a-t-il été développé ou repris ?**

Pour le moment, le public a été informé par la presse et les médias sur l'initiative "Smarter Medicine". Une démarche de communication est en train de se mettre en place sur le plan suisse avec la création de la fondation pour la promotion de "Smarter Medicine", sur laquelle le Conseil d'Etat compte s'appuyer.

**2.6 Les connaissances scientifiques sont insuffisantes en ce domaine, en particulier concernant les patients multimorbides. Des projets de recherche sur la surmédicalisation sont-ils en cours, ou prévus dans le canton ?**

La multimorbidité est un axe de recherche prioritaire de l'Institut universitaire de Médecine de famille, Lausanne ; une étude est actuellement en cours sur les problèmes de la multimorbidité chez la personne âgée (étude AGE). Le centre de pharmacie communautaire à la Policlinique médicale universitaire lance actuellement un projet de recherche, financé par le Fonds national suisse (FNS), sur la déprescription dans les EMS. D'autres études ont lieu dans diverses institutions universitaires en Suisse. Parmi celles-ci, l'institut de médecine de famille de Berne dirige un projet européen (étude OPERAM : OPTimising therapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly, <http://operam-2020.eu/>).

**2.7 Dans les EMS, le dosage, ainsi que le nombre des médicaments administrés aux pensionnaires ne sont-ils pas toujours optimaux. Le Conseil d'État dispose-t-il d'un concept concernant cette problématique ? Le cas échéant, quelles mesures sont ou seront prises ?**

La mise en place de cercles de qualité impliquant médecins, pharmaciens et personnel des EMS, par l'analyse des ordonnances médicales et l'adoption de consensus de prescription, a permis d'augmenter la qualité des médications tout en entraînant une diminution des coûts. Dans son Rapport sur la politique sanitaire 2008 – 2012, le Conseil d'État a déjà inclus comme action n° 7 le soutien de la mise en place de cercles de qualité. L'ensemble des EMS vaudois devrait y être intégré en 2017. En plus de l'optimisation de la qualité des prescriptions médicamenteuses et de la satisfaction des acteurs par la collaboration interprofessionnelle à l'interne des cercles, la démarche a pour corollaire un effet significatif sur les coûts des médicaments, qui ont diminué de 4 à 7% par an selon les missions des établissements. En 2016, les économies cumulées sur cinq ans se montent à 3,5 millions de francs. En 2017, le DSAS allouera 2 millions de francs au programme cercles de qualité-assistance pharmaceutique dans les EMS.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 14 juin 2017.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Claire Attinger Doepper - Société de longue vie... oui, mais dans quelles conditions ?

### **Rappel de l'interpellation**

*Dans le portrait des seniors vaudois édité par le Service cantonal de recherche et d'information statistique (SCRIS), on nous informe que plus le temps passe plus la part des très âgés (80 ans et +) augmente : elle représente 29 % de la population contre 13 % en 1950. D'ici à 2040, le nombre devrait même doubler (+ 107 %).*

*Une grande évolution dans l'approche de ces besoins a permis de développer différentes mesures pour le maintien à domicile le plus longtemps possible : divers soins à domicile, livraison de repas ; les Centres d'accueil temporaires (CAT), les courts séjours, etc. Le placement en établissement médico-social (EMS) intervenant en dernier ressort.*

*Notons que les personnes atteintes de démence sont particulièrement fragilisées par le fait que tout repère disparaît à chaque changement. Leurs besoins deviennent ainsi cumulatifs.*

*Dès lors, une fois que les différentes étapes permettant le maintien à domicile sont écoulées, se pose la question du lieu de résidence encadré et permanent. Le choix de l'EMS devient donc impératif. Pour ces patients et leur famille, pouvoir demeurer dans un environnement connu jusqu'alors fréquenté la journée (CAT) devrait être privilégié.*

*Mais est-ce le cas ?*

*Partant, je me permets de poser les questions suivantes :*

- 1. Les Centres médico-sociaux (CMS) connaissent souvent ces situations en amont et ont un lien avec les familles : quels processus et coordination sont mis en place entre les CMS, les EMS et les familles en vue d'un placement longue durée (coordination, anticipation, etc.) ?*
- 2. La centralisation des demandes de placement en EMS tient-elle compte des besoins spécifiques des personnes concernées et quel est son rôle dans la répartition/l'offre proposée à la famille ?*
- 3. Si une demande de placement dans un lieu de séjour particulier a été exprimée, comment les familles / les personnes concernées sont-elles soutenues dans cette démarche (respecter ou tenir compte du choix émis, accompagnement, stratégie et coordination avec la famille, etc.) ?*
- 4. Quel est le pilotage mis en place dans les EMS pour anticiper les demandes et répondre au mieux aux besoins de leurs résidents (processus d'anticipation, de coordination, etc.) ?*

*Je remercie le Conseil d'Etat pour ses réponses.*

### **Réponses du Conseil d'Etat**

Dans son interpellation, Mme la députée aborde la question de l'accompagnement des personnes, la plus souvent âgée, lorsque l'état de santé ou de vulnérabilité ne permet plus la poursuite de la vie à domicile.

Dans ces situations, il est vrai que la coordination entre les différents intervenants est importante afin d'assurer la continuité de la prise en charge et l'accompagnement des proches.

La réponse à cette interpellation donne l'occasion au Conseil d'Etat de présenter les différentes étapes de cette phase d'institutionnalisation.

Ceci étant posé, le Conseil d'Etat répond ainsi aux questions posées.

**Question 1 : quels processus et coordinations sont mis en place entre les CMS, les EMS et les familles en vue d'un placement de longue durée (coordination, anticipation, etc...) ?**

Conformément à la Charte des CMS, ceux-ci doivent respecter l'autonomie et l'indépendance des clients sans exercer de

contrainte à leur égard ou décider à leur place d'une entrée en EMS [*Le client est responsable de son projet de vie à domicile. Il participe à l'élaboration des objectifs, aux choix des moyens d'intervention visant à favoriser son autonomie et son indépendance, et aux activités qui en découlent. Les ressources et disponibilités de l'entourage du client sont prises en compte et sont sollicitées avec l'accord du client à toutes les étapes de l'intervention. Le client assume les risques éventuels découlant des décisions qu'il a prises en connaissance de cause dans le choix de son maintien à domicile, etc.*].

Dans le dispositif d'accompagnement mis en place par les CMS, plusieurs processus de coordination se succèdent dans le suivi clinique du client ; ils peuvent se dérouler pendant de nombreux mois.

Parmi les processus, on peut relever :

**L'évaluation régulière** : elle s'appuie sur des outils (RAI HC, grilles pour la santé mentale, les risques de chutes ou de dénutrition) et des observations pluridisciplinaires, collectées par les intervenants du CMS. Des restitutions sont prévues par le professionnel référent auprès de l'utilisateur et de ses proches. Les constats portent notamment sur la capacité de la personne et de son entourage à faire face à sa vie quotidienne et à ses besoins de soins, d'aide ou de socialisation.

**L'attribution d'un référent CMS auprès du client** permet d'unifier les points de contacts entre les intervenants. **Les professionnels des CMS** informent l'utilisateur et ses proches des risques pris à domicile, des limites sécuritaires, des besoins en surveillance continue, des perspectives d'évolution de la maladie ou de l'incapacité, des conditions à remplir pour permettre le maintien à domicile et, in fine, des limites à la prise en charge. Cette démarche permet d'évoquer les raisons qui justifient la proposition d'institutionnalisation. Durant cette période, des entretiens réguliers sont organisés avec les professionnels, l'utilisateur et ses proches pour définir les priorités et prendre des décisions adaptées aux valeurs du client, à ses capacités et à son environnement social et matériel. A ces rencontres, chacun est invité à s'exprimer, à partager son point de vue, à poser des questions afin de pouvoir s'accorder sur les prestations à mettre en place. Ces réunions permettent aussi, le cas échéant, de convenir d'une décision de placement en long séjour si les conditions du maintien de la vie à domicile ne sont plus remplies.

Pour les personnes qui n'ont pas tout leur discernement, l'évaluation est conduite par le médecin traitant et le représentant de l'utilisateur. En cas de risques importants, un contrat spécifique peut être passé entre les protagonistes pour valider la prise de risque commune.

**Les professionnels du CMS** et le médecin traitant sont les acteurs de l'orientation de l'utilisateur vers les prestations du réseau parmi lesquelles figurent notamment le centre d'accueil temporaire (CAT), le court séjour, la consultation mémoire, la relève à domicile, l'intervention d'équipes mobiles, des groupes d'entraide ou d'éventuelles prestations privées. **L'assistant social du CMS** peut alors être mobilisé pour apporter des informations sociales sur les droits du client et de ses proches, donner des réponses aux questions financières et accompagner les démarches auprès du BRIO (pour une place en court séjour ou en long séjour en EMS). Lorsque la solution convenue (CAT, court séjour, etc.) prend du temps à se mettre en place, le CMS renforce ses prestations et sa coopération avec le médecin traitant et les proches.

Dans ces phases, les professionnels du CMS suscitent le plus possible le **partenariat avec les proches** avec l'accord de l'utilisateur. A noter que depuis deux ans, le Service des assurances sociales et de l'hébergement a mandaté l'AVASAD pour déployer une **prestation spécifique de soutien au proche aidant**, par une personne ressource formée. L'entier du canton sera couvert à fin 2018.

Lors d'un placement en EMS, les familles appelées à prendre des décisions de placement pour le client, sont souvent - dans un premier temps en tout cas - réticentes à l'idée d'avoir à financer le placement avec l'argent du patrimoine du client et de sa famille ou les avis peuvent diverger entre les différents proches.

**Question 2 : La centralisation des demandes de placement en EMS tient-elle compte des besoins spécifiques des personnes concernées et quel est son rôle dans la répartition/l'offre proposée à la famille ?**

La centralisation des demandes de placement en EMS est gérée par les professionnels (infirmier de coordination, de liaison et assistant social) des Bureaux régionaux d'information et d'orientation (ci-après les BRIOs) des réseaux de santé, dont la mission est aussi d'informer les usagers et les professionnels sur l'offre médico-sociale d'hébergement et les moyens d'y accéder, d'orienter les patients et d'organiser la liaison d'un lieu de prise en charge à l'autre.

Tout au long du processus d'intervention, qui va de l'identification des signes précurseurs au besoin d'hébergement jusqu'au placement, les professionnels du BRIO analysent et évaluent la situation globale de l'utilisateur en tenant compte prioritairement de ses choix (région et EMS) et attentes spécifiques, ainsi que de ceux de son représentant thérapeutique et de sa famille.

Les professionnels du BRIO tiennent aussi compte, dans leur évaluation, de l'état de santé physique et psychique de la personne, de son niveau d'autonomie, de son habitat, de ses habitudes de vie, de ses besoins (aide pour se déplacer, se lever la nuit, structure fermée ou ouverte, etc.), des éventuels risques (chutes, dénutrition – malnutrition, mise en danger du patient et/ou de son entourage), de la situation de l'entourage (présent, absent, épuisé-malade-hospitalisé, etc.), etc.

Enfin, il s'agit également de composer avec le fait que tous les EMS ne sont pas adaptés pour accueillir n'importe quel usager. Ainsi, certaines prises en charge exigent des unités fermées ou sécurisées qui n'existent pas partout. De même, des

personnes agressives ou souffrantes d'alcoolisation ne peuvent pas non plus être hébergées dans tous les EMS. Pour ces raisons, un EMS peut donc refuser d'héberger tel ou tel usager. Le refus peut aussi se justifier pour d'autres motifs touchant l'architecture, l'indisponibilité d'une chambre à un lit, la lourdeur déjà excessive des situations hébergées, etc. Un EMS peut accepter un usager, mais ne pas avoir encore de lit disponible. Dans ce cas, il peut être proposé de passer par une structure de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS (SPAH). Globalement, le canton connaît une demande en lits plus élevée que l'offre. Cette situation a nécessité l'élaboration de critères de priorisation dans l'attribution des places [*Une priorisation cantonale a été mise sur pied, dans le but d'attribuer les lits disponibles de manière juste et équitable. S'il y a une mise en danger de la personne ou d'autrui, la situation est prioritaire. Les personnes présentant les caractéristiques suivantes sont aussi prioritairement hébergées : usager à domicile dans une situation précaire (Centre d'accueil temporaire, court-séjour, soins à domicile dépassés), usager dans une institution qui n'arrive plus à le prendre en charge en raison d'une péjoration de son état de santé ou usager hospitalisé en attente d'un placement (priorité 1 – réponse dans les 6 jours maximum). Enfin, l'hébergement de personnes placées provisoirement dans un autre EMS que celui de leur choix et qui n'arrivent pas à s'intégrer, ou celles dont les limites du maintien à domicile sont quasiment atteintes (priorité 2 – réponse dans les 30 jours maximum), sont plus prioritaires que celles qui sont déjà en institution, mais qui souhaitent changer d'EMS, ou encore que celles à domicile qui ont refusé plusieurs propositions (priorité 3 - réponse dans les 6 mois maximum)*].

Ainsi, dans le réseau lausannois, en 2015, le délai moyen entre la demande et l'hébergement était de 49.6 jours en moyenne (27 jours délai médian). Les demandes ont débouché sur un hébergement dans un délai de 4 à 14 jours dans 25% des cas, de 15 à 27 jours dans 25% des cas, de 28 à 55 jours dans 25% des cas et de plus de 55 jours dans 25% des cas. Dans 90.1% des cas, la personne va ou va être placée dans l'établissement de son choix.

L'interpellation aborde les personnes atteintes de démences. Au vu de ce qui précède, il se peut qu'il ne soit malheureusement pas possible de trouver une place d'hébergement dans un lieu connu et fréquenté la journée (CAT), soit par manque de place au vu de la nécessité de placement ou parce que l'EMS n'est pas fermé.

**Question 3 : Si une demande de placement dans un lieu de séjour particulier a été exprimée, comment les familles/les personnes concernées sont-elles soutenues dans cette démarche (respecter ou tenir compte du choix émis, accompagnement, stratégie et coordination avec la famille, etc.) ?**

Toute démarche de prise en charge d'un usager par les professionnels inclut le représentant thérapeutique et sa famille, si l'usager l'accepte. Chacun participe alors à l'évaluation de la situation, aux séances de réseaux (consultations réunissant les différents professionnels concernés, l'usager et son entourage) et au choix de l'EMS.

Si un usager, son représentant thérapeutique et sa famille demandent un hébergement dans un EMS particulier, le dossier est présenté à l'EMS en question, même s'il n'y a pas encore ou plus de place disponible. Le souhait de la personne est présenté à l'EMS concerné. En cas de disponibilité, ce dernier en tiendra compte dans sa décision.

Toute personne est libre de refuser les propositions faites, puisqu'aucune base légale ne peut contraindre une personne à aller dans une institution contre son gré (sauf à fin d'assistance). Les professionnels concernés sont d'ailleurs tenus de placer les usagers dans les structures correspondant le mieux à leurs besoins de prise en charge.

**Question 4 : Quel est le pilotage mis en place dans les EMS pour anticiper les demandes et répondre au mieux aux besoins de leurs résidents (processus d'anticipation, de coordination, etc.) ?**

Avant d'entrer dans un CAT, une visite d'une heure et une journée d'observation ont généralement lieu [*N.B. Les prestations et processus de travail peuvent être différents d'un CAT à l'autre*], dans le but de déterminer les besoins de l'usager et de lui permettre, ainsi qu'à son entourage, de décider s'il souhaite bénéficier de cette prestation et à quelle fréquence. La question de l'hébergement en long-séjour peut aussi être abordée à ce moment-là, sur demande de l'usager ou de son entourage. Le passage par un CAT permet donc à l'EMS de connaître l'usager et sa famille et, le cas échéant, d'apporter sa contribution lorsqu'une décision de placement doit être prise, plusieurs mois ou années plus tard.

Des EMS ouvrent aussi leurs portes à la population et aux personnes concernées, dans le but d'anticiper de futurs hébergements. Le passage par le SPAH permet aussi d'appréhender la logique institutionnelle et de faciliter l'entrée en EMS.

En définitive, la question de l'orientation vers un hébergement en EMS reste une question très sensible, douloureuse, propre à chaque histoire de vie. C'est un moment difficile, lié à la perte d'autonomie, à la souffrance, à une rupture dans un parcours de vie. Chaque entrée en EMS est donc singulière et les meilleurs des processus ne pourront jamais s'adapter à toutes les situations qui se présentent, jour après jour.

En conclusion, le Conseil d'Etat remercie les professionnels qui s'engagent au jour le jour pour que cette phase de l'existence se déroule du mieux possible.

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

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Catherine Roulet " Mise à mal d'un système institutionnel, écartelé entre exigences et moyens "

### **Rappel de l'interpellation**

*Dans les années quatre-vingt, la grande majorité des personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou atteintes de troubles psychiques étaient prises en charge en établissements psychiatriques. Dans les établissements socio-éducatifs (ESE) et afin de gérer au mieux les cas les plus complexes, il était possible d'actionner des mesures de contrainte — l'enfermement, par exemple.*

*Au début des années 2000, la mise en avant de la dignité des personnes et du droit de chacun-e à l'autodétermination, une prise de conscience collective, l'application des Droits des personnes handicapées, de nouvelles recommandations et une nouvelle législation — la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (LAIH) de 2003 — ont abouti à l'abandon bienvenu des mesures de contraintes et des placements non désirés des personnes handicapées mentales vieillissantes en institution psycho-gériatrique.*

*Dix ans plus tard, le Conseil d'Etat adoptait le plan stratégique handicap 2011. Celui-ci demandait la création d'alternatives à l'institutionnel. Le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour les personnes en situation de handicap (DCIS-H), a ainsi été créé dans le but d'améliorer l'information aux familles et l'aide à la recherche de solutions de placement, que ce soit en institution ou en milieu alternatif. Parallèlement, naissait également le projet Réseau d'accompagnement du handicap en milieu ordinaire (RAHMO) dont la visée était le maintien ou le retour en milieu ordinaire. Ces mesures ont eu pour effet de libérer un certain nombre de places en institutions.*

*Ces évolutions sont globalement positives. Elles s'accompagnent cependant également de nouveaux défis, qui n'ont peut-être pas été suffisamment anticipés*

*Si de plus en plus de personnes avec autonomie sont sorties des milieux institutionnels, elles ont été remplacées par des personnes aux pathologies mentales et psychiatriques complexes. De plus, la population des ESE est aussi, en moyenne, devenue plus âgée et les situations à gérer sont devenues compliquées, demandant un accompagnement quasi continu. Le vieillissement implique aussi une augmentation des pathologies et des troubles liés à l'âge avancé.*

*Le renoncement aux mesures de contrainte oblige à trouver d'autres moyens pour gérer l'agressivité, la violence, etc., qui vont nécessairement de pair avec ce type de handicap. Sans oublier que l'agitation et surtout l'agressivité peuvent se retourner non seulement envers les éducateur-trices, mais aussi envers les autres résidents qui deviennent des victimes de leurs colocataires.*

*En résumé, le niveau des demandes augmente de toute part et la mise en regard des problématiques et des exigences débouche sur le constat que les ESE ne disposent plus des moyens suffisants pour atteindre les objectifs fixés. S'il y a risque pour les résidents, cela aggrave également le risque que les accompagnants abandonnent face à la pénibilité du travail. On constate un essoufflement général, une augmentation des burn-out du personnel qui s'oriente souvent vers des postes moins exigeants.*

*A travers ces constats, je pose les questions suivantes au Conseil d'Etat et le remercie d'avance pour ses réponses :*

- 1. Vu le nombre toujours plus important de cas complexes et, de ce fait, d'une demande importante d'éducateur-trices spécialisé-e-s pour l'accompagnement de ces personnes, le Conseil d'Etat compte-t-il mettre au point un instrument d'évaluation de l'intensité des prestations et de la dotation nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés ?*
- 2. Si le personnel accompagnant des ESE suit des formations continues en lien avec l'évolution des connaissances et des pratiques dans l'accompagnement de personnes en situation complexe, le Conseil d'Etat compte-t-il demander aux écoles pour éducateur-trice-s, d'améliorer la formation de base en donnant davantage d'outils pour s'adapter à ces nouvelles données que sont l'accompagnement des cas avec problèmes psychiatriques, ainsi que les soins de base*

et les actes médicaux délégués ?

3. Au vu de la montée des demandes en soins aussi bien somatiques que psychiatriques dans les ESE, le Conseil d'Etat ne pense-t-il pas qu'une réflexion devrait avoir lieu afin d'analyser si une transformation de certains lieux de vie en lieux thérapeutiques ne permettrait pas d'améliorer la vie dans les ESE ?
4. Afin de reconnaître les exigences élevées et la pénibilité du travail du personnel accompagnant des ESE, il serait indispensable de mieux le valoriser. Le Conseil d'Etat pense-t-il revoir la grille salariale en adaptant les salaires au niveau de ceux des cantons du Valais, de Fribourg ou de Genève ?

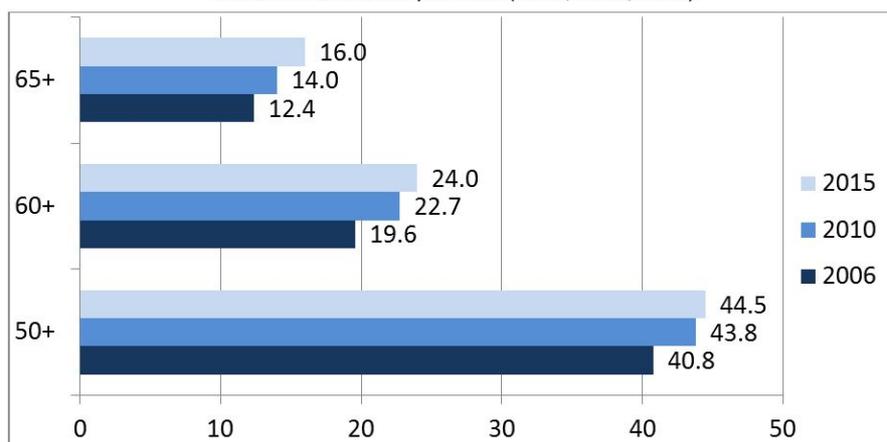
## Réponse du Conseil d'Etat

### Introduction

Le domaine des établissements socio-éducatifs (ESE) pour personnes adultes en situation de handicap connaît des profondes transformations depuis plusieurs décennies. En effet, les personnes accueillies sont touchées par plusieurs phénomènes.

Tout d'abord, on constate une augmentation notable de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap. S'il est très satisfaisant de constater que ces dernières bénéficient des progrès de la médecine, la question du vieillissement pose des défis conséquents au niveau de leur accompagnement (DSAS/SPAS (2013), *Rapport final du GT " Vieillissement "*, Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud, Lausanne, 49 p. [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/spas/fichiers\\_pdf/Rapport\\_final\\_GT\\_vieillissement\\_CCDMA.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/spas/fichiers_pdf/Rapport_final_GT_vieillissement_CCDMA.pdf)).

Pourcentage de bénéficiaires de 50 ans et plus, 60 ans et plus et 65 ans et plus hébergés dans les ESE du domaine du handicap mental (2006, 2010, 2015)



Données : enquête SOMED, Statistique Vaud.

Au vieillissement des personnes accueillies en ESE s'ajoute la problématique de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap à domicile. Dans ce deuxième cas, c'est le vieillissement des proches aidants – le plus souvent les parents – et leur incapacité à poursuivre l'accompagnement de la personne en situation de handicap qui sont à l'origine du besoin d'accéder aux prestations d'hébergement délivrées par les ESE.

D'autre part, on assiste à une complexification et à un alourdissement des situations accueillies en ESE. En effet, grâce à une politique incitative visant à favoriser - lorsque c'est possible et souhaité - le maintien à domicile, les personnes en situation de handicap bénéficient d'un plus grand panel de possibilités permettant de trouver des solutions alternatives à l'hébergement en ESE. Par conséquent, les personnes qui ont recours aux prestations d'hébergement en institution présentent moyennement des profils plus complexes.

Enfin, on constate une progression des comorbidités psychiques, somatiques ou neurologiques des personnes accueillies en ESE. La déficience intellectuelle et/ou physique initiale ne constitue souvent plus la seule problématique de la personne en situation de handicap.

Les trois phénomènes décrits ci-dessus sont bien évidemment en partie corrélés entre eux et se renforcent mutuellement. Face à ceux-ci le Canton a pris une série d'options et de mesures qui sont décrites ci-dessous.

### Réponse aux questions

**1. Vule nombre toujours plus important des cas complexes et de ce fait d'une demande importante d'éducatrices spécialisées pour l'accompagnement de ces personnes, le Conseil d'Etat compte-t-il mettre au point un instrument**

### ***d'évaluation de l'intensité des prestations et de la dotation nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés ?***

De part ses contacts étroits avec les établissements dont il a la haute surveillance, le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) connaît bien les défis engendrés par la complexification de la situation des personnes accueillies en ESE. Afin d'y faire face, des efforts considérables ont été effectués au cours de la dernière décennie pour renforcer les équipes qui accompagnent les résident-e-s présentant des profils complexes.

Entre autres démarches, des renforts individuels à l'encadrement ont été octroyés pour les situations particulières qui exigent un accompagnement nettement plus important que la moyenne. Plus de 50 résident-e-s bénéficient actuellement d'une mesure de ce type dans le réseau des ESE du domaine du handicap.

Cette démarche a également permis de réduire fortement les mesures de contrainte (attachement, enfermement, etc.) dans le domaine qui sont, par principe, interdites par la loi (art. 6g de la loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées - LAIH). En atteste, la diminution du nombre de cas annoncés au Comité de révision des mesures de contrainte (CoRev) qui a passé de 86 en 2008 à 19 en 2017.

Le modèle de financement des ESE actuellement en vigueur a permis une transition dans la continuité suite à l'entrée en vigueur de la RPT en 2008 et la fin du financement par l'OFAS de ce domaine (ancien art. 73 LAI). Le développement d'offres adaptées aux besoins individuels des personnes en situation de handicap (flexibilisation, création de groupes spécialisés, etc.) n'est plus compatible avec ce modèle de financement qui atteint ses limites. Pour cette raison, le SPAS conduit, depuis le début de l'année 2017, un projet qui vise à réviser ce modèle. Le projet a comme objectif d'identifier un outil d'évaluation des besoins individuels d'accompagnement reconnu et validé qui soit adapté aux différents publics-cibles ainsi qu'aux différentes prestations offertes par les ESE. Cet outil constituera l'élément de base dans le futur nouveau modèle de financement dont les principaux objectifs sont de :

- Favoriser l'équité du modèle de financement par une meilleure prise en compte des besoins individuels des personnes accompagnées ;
- Faciliter la détermination des montants financiers nécessaires pour accompagner des personnes présentant des situations particulièrement complexes ;
- Adopter des modalités de financement qui favorisent la flexibilisation des prestations des ESE (accueil temporaire et temps partiel) ainsi que les alternatives (accompagnement à domicile).

Après l'identification et la comparaison des outils d'évaluation des besoins individuels existants au niveau national et international, des tests seront effectués sur un échantillon de bénéficiaires au cours de l'été 2017 à l'aide des deux outils présélectionnés. Le nouveau modèle de financement devrait pouvoir être introduit par paliers dès 2019-2020.

***2. Si le personnel accompagnant des ESE suit des formations continues en lien avec l'évolution des connaissances et pratiques dans l'accompagnement de personnes en situation complexe, le Conseil d'Etat compte-t-il demander aux écoles pour éducatrices d'améliorer la formation de base en donnant davantage d'outils pour s'adapter à ces nouvelles données que sont l'accompagnement de cas avec problèmes psychiatriques, ainsi que les soins de base et les actes médicaux délégués ?***

Les formations actuelles dans le domaine social, notamment celles pour les futur-e-s éducateurs et éducatrices, doivent être améliorées pour intégrer davantage, dans le cursus de base, les dimensions de la santé et des soins ainsi que celles des troubles psychiques, compte tenu de l'évolution du profil des personnes accueillies dans les ESE pour personnes en situation de handicap. Si l'Etat est consulté lors de la révision des plans d'études cadre de la formation d'éducateur social (HES et ES) ou du profil de compétences des assistant-e-s socio-éducatifs-ves, il n'a pas la responsabilité de leur adoption. Ainsi, le SPAS participe à différents groupes de travail et émet des recommandations aux écoles et aux Organisations du monde du travail (OrTras nationales) qui sont responsables de l'adoption de ces cadres normatifs.

Il convient de signaler que toute une série de formations continues qui permettent d'acquérir des compétences dans ces domaines ont vu le jour au cours des dernières années. A titre d'exemple, au niveau de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), il existe plusieurs CAS spécifiques :

- CAS en intervention en situation complexe d'accompagnement : entre déficience intellectuelle et troubles psychiques ;
- CAS en troubles du spectre de l'autisme : mieux comprendre pour mieux intervenir ;
- CAS autisme : diagnostic, intervention et recherche ;
- CAS en santé mentale et psychiatrie sociale.

A cela s'ajoute un nombre important de formations internes développées par les ESE souvent en collaboration avec des intervenants externes.

L'importance de la politique de formation du personnel des ESE est également ancrée dans la Convention collective de travail dans le secteur social parapublic vaudois (CCT Social) (<http://www.cctsocial-vaud.ch>) qui prévoit notamment à l'article 5.3 que " *chaque institution alloue au moins un pour-cent de sa masse salariale annuelle au financement de la*

*formation et au développement des compétences ; en principe, 75% de ce financement est attribué à la formation continue".*

Cela dit, si les compétences du personnel éducatif doivent évoluer, une meilleure prise en compte des soins et des troubles psychiques passe également par une diversification des profils des professionnels qui assurent l'accompagnement dans les ESE. En d'autres termes, la pluridisciplinarité des équipes doit être favorisée et la collaboration entre personnel éducatif et personnel soignant doit être promue. A ce jour, les ESE comptent plus de 100 ETP de thérapeutes (dont 43% d'infirmiers-ères, 13% d'ergothérapeutes, etc.). La pluridisciplinarité est particulièrement importante dans les groupes spécialisés dans l'accompagnement des personnes vieillissantes et des situations complexes (troubles du spectre de l'autisme, troubles du comportement, comorbidités psychiques, etc.).

A cela s'ajoute également l'importance de la collaboration avec le réseau et notamment l'équipe mobile de la Section de psychiatrie du développement mental (SPDM) du CHUV. Cette équipe pluridisciplinaire mobile de crise et de liaison est spécialisée dans la prise en charge psychiatrique des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme et peut intervenir dans les ESE. De même, une collaboration étroite entre le SPAS et le Centre cantonal autisme (CCA) du CHUV est en cours de démarrage avec comme objectif d'améliorer le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme auprès des adultes, l'investigation de situations complexes, l'audit des unités des ESE spécialisées dans l'autisme ainsi que la formation des collaboratrices et collaborateurs des ESE.

***3. Au vu de la montée des demandes en soins aussi bien somatiques que psychiatriques dans les ESE, le Conseil d'Etat ne pense-t-il pas qu'une réflexion devrait avoir lieu afin d'analyser si une transformation de certains lieux de vie en lieux thérapeutiques, ne permettrait pas d'améliorer la vie dans les ESE ?***

En plus de ce qui a été énoncé aux points précédents, des unités ou des secteurs spécialisés dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap avec un profil spécifique (troubles du spectre de l'autisme, troubles du comportement, personnes vieillissantes, etc.) ont été développées en fonction des besoins dans le réseau vaudois des ESE.

Pour les personnes vieillissantes en particulier, le Canton a appliqué le principe de la continuité du lieu de vie. En d'autres termes, les personnes en situation de handicap qui vivent dans les ESE doivent pouvoir continuer à y résider une fois atteint l'âge de la retraite. Pour cela, plusieurs ESE ont développé ou développent actuellement des secteurs spécifiquement dédiés aux personnes vieillissantes.

Ces lieux ont des caractéristiques communes. Tout d'abord, les infrastructures doivent être adaptées et permettre une accessibilité en cas de mobilité réduite. Les équipes sont pluridisciplinaires et intègrent du personnel éducatif et soignant. De plus, des activités de jour adaptées aux besoins et souhaits sont proposées généralement sous la forme de centre de jour. Enfin, l'accès aux soins et aux mesures de prévention est priorisé.

Il est rappelé que dans le cadre du projet de nouvel hôpital de Cery une unité d'hospitalisation psychiatrique de crise et une unité d'hospitalisation de jour pour des patient-e-s avec un handicap mental (UPCHM) sera créée. Son ouverture est prévue en 2021. Celle-ci répondra à la nécessité de mettre en place des structures de prise en charge adaptées aux personnes handicapées mentales souffrant de troubles psychiatriques. Elle permettra notamment de professionnaliser les soins, d'améliorer la formation du personnel spécialisé et de développer la recherche dans le domaine.

***4. Afin de reconnaître les exigences élevées et la pénibilité du travail du personnel accompagnant des ESE, il serait indispensable de mieux le valoriser. Le Conseil d'Etat pense-t-il revoir la grille salariale en adaptant les salaires au niveau de ceux des cantons du Valais, Fribourg et Genève ?***

Au cours des dernières années, le Canton a mené d'importants travaux pour améliorer les conditions de travail du personnel des ESE vaudois. Suite à l'entrée en vigueur de la CCT du secteur sanitaire parapublic en 2008, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) ont invité les partenaires sociaux à réfléchir à un dispositif analogue pour le secteur social permettant une harmonisation des conditions de travail dans les établissements subventionnés.

La CCT du secteur social parapublic (CCT Social) a été signée en décembre 2013 par l'Association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficulté (AVOP) et 13 associations professionnelles et syndicales (Bureau d'information et de communication (19.11.2015), *Une CCT qui améliore les conditions de travail de 6'000 collaborateurs du secteur social parapublic*, Note à la presse, Etat de Vaud, Lausanne). Elle couvre 6'000 collaborateurs engagés dans une soixantaine d'établissements pour adultes et mineurs, dont plus d'un tiers ne disposaient pas de conventions collectives de travail précédemment. Les principales améliorations sont:

- Introduction d'un salaire minimal à CHF 3'748.- (x13) pour un équivalent plein temps ;
- Garantie du salaire net en cas d'empêchement de travailler pour cause de maladie ou d'accident ;
- Uniformisation du temps de travail annuel pour tous les collaborateurs sur une base hebdomadaire de 41.5 heures pour 5 semaines de vacances ;
- Montants des indemnités pour le travail de nuit, du dimanche et du week-end similaires au secteur sanitaire ;

- Une semaine de vacances supplémentaire dès 50 ans ;
- Financement de la formation continue à hauteur de 1% de la masse salariale.

L'entrée en vigueur a été progressive jusqu'à fin 2016. Les coûts de ce projet, avoisinant les 15 millions, ont été financés dans le cadre du budget ordinaire porté par les trois services de l'Etat : le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), le Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAP), ainsi que le Service de protection de la jeunesse (SPJ).

Les travaux menés ont porté sur l'ensemble des conditions de travail (y compris congés, vacances, formation, etc.), dont la grille salariale n'est qu'un aspect. En regard de l'ensemble des paramètres pris en considération par les partenaires, cette CCT offre des conditions de travail harmonisées et satisfaisantes sur un plan intercantonal pour tout le personnel des établissements socio-éducatifs, y compris dans les institutions anciennement non-conventionnées. Elle contribue ainsi à une prise en charge de qualité pour plus de 6'500 personnes mineures et majeures en situation de handicap ou en grands difficultés sociales qui sont prises en charge quotidiennement dans les établissements socio-éducatifs du secteur du handicap et des grandes difficultés sociales.

L'attribution de renforts individuels à l'encadrement par les SPAS pour les personnes présentant des situations particulièrement complexes contribue également à soulager les équipes chargées d'accompagner ces personnes.

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

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

**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 prises 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 réglementaires 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 thématiquée 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 reconnaît 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 événements 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 mises 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 significatifs. 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 thématiqué 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 maîtrisable. 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 :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*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 extraits 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 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 aînés : 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.

\*\*\*\*\*

## **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<sup>1</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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
<b>total Canton</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>32</b>

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

<sup>2</sup> 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 entraîner 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 connaît 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 relatives.

#### **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 événements 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 récurrence 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<sup>3</sup> 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

---

<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

#### **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**

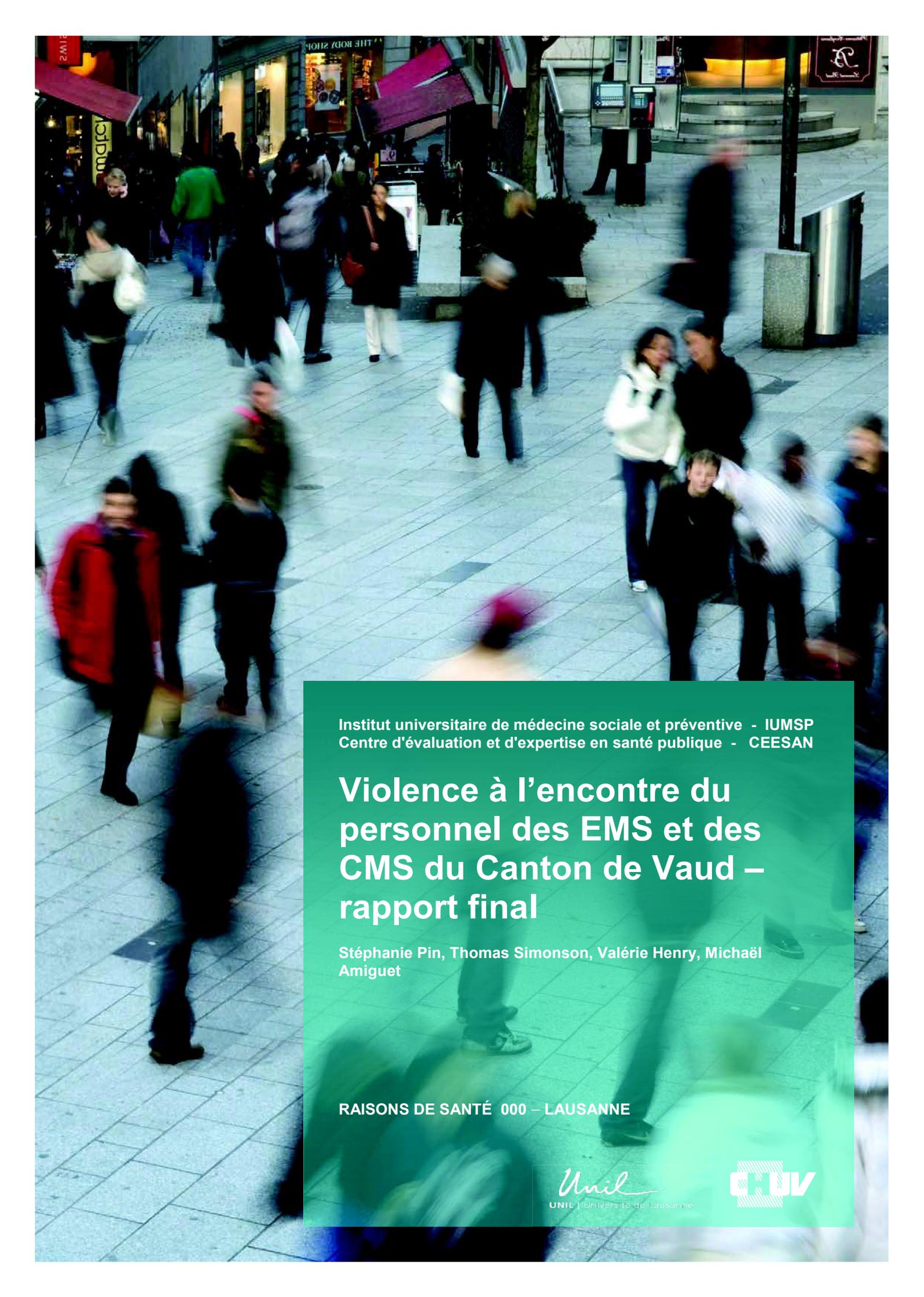
Le Dispositif DATI introduit en 2016 devra être évalué auprès des équipes de CMS.

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*  
UNIL | Université de Lausanne



## 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

# Table des matières

<b>1</b>	<b>L'essentiel.....</b>	<b>7</b>
1.1	Le contexte .....	10
1.2	La méthode.....	10
1.3	Les principaux résultats .....	11
1.4	Discussion et conclusions .....	12
<b>2</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>14</b>
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
<b>3</b>	<b>Objectifs et périmètre de l'enquête .....</b>	<b>22</b>
3.1	Objectifs .....	24
3.2	Périmètre .....	24
<b>4</b>	<b>Méthodes .....</b>	<b>25</b>
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
<b>5</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>36</b>
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
<b>6</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>68</b>
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 <sup>1, 2</sup>. 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 <sup>3</sup>, 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 <sup>4-6</sup> 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 <sup>7</sup>. 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* » <sup>8</sup> :

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<sup>9, 10</sup>. 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 Événements 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<sup>11</sup> 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<sup>12</sup>.

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 : impolitesse (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<sup>5,6</sup>, **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<sup>4</sup>. 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<sup>13</sup>, **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<sup>a</sup> 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* »<sup>14</sup>. 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<sup>14</sup>.

### 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 :

---

<sup>a</sup> 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 faïtières. 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)* »<sup>4</sup>. 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 faitières 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 faitières, 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 le 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<sup>15, 16</sup> et les données de l'étude menée en Suisse allemande<sup>4</sup>, 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	Faitière	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
<b>TOUS</b>			<b>117</b>	<b>100.0</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>

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	%
<b>Grandes Associations ou Fondations</b>		<b>60</b>	<b>85.7</b>	<b>12</b>	<b>85.7</b>
	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
<b>Petites Associations</b>		<b>10</b>	<b>14.3</b>	<b>2</b>	<b>14.3</b>
	ABSMAD – Broye Vully	4	5.7	1	7.1
	APREMADOL – Ouest lausannois	6	8.6	1	7.1
<b>TOUS</b>		<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>

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<sup>4</sup> tout comme lors des précédentes enquêtes menées par l'IUMSP auprès des EMS<sup>15, 16</sup>, 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.

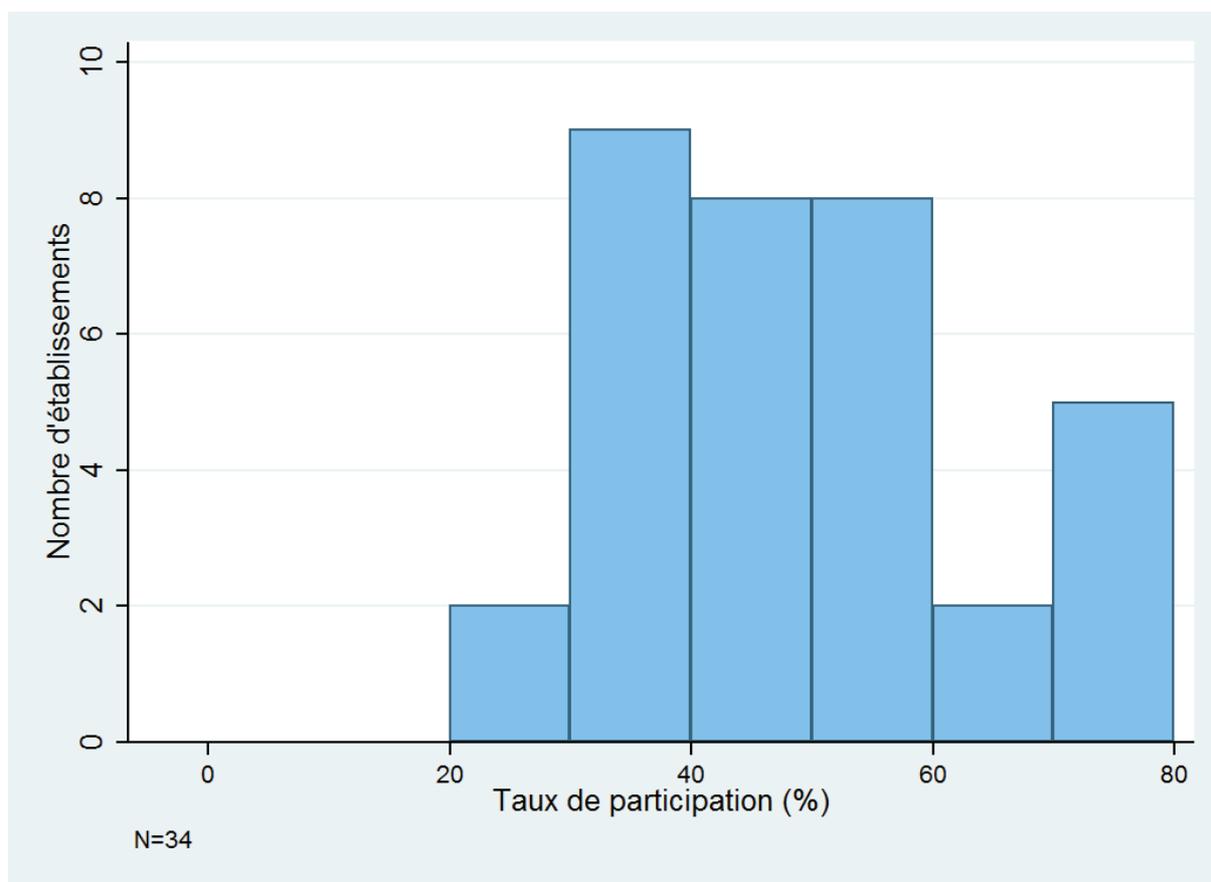
Pour les EMS, et afin de faciliter la participation à l'enquête de l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices, **l'enquête a donc été réalisée au moyen de questionnaires papiers**. Ceux-ci, assortis d'une enveloppe-réponse préaffranchie, mis sous plis et préaffranchis, ont été adressés par lots aux directions des EMS qui se sont chargés ensuite de les diffuser à leurs collaborateurs et collaboratrices.

Une lettre-annonce signée par Mme Stéphanie 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'explicitier 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



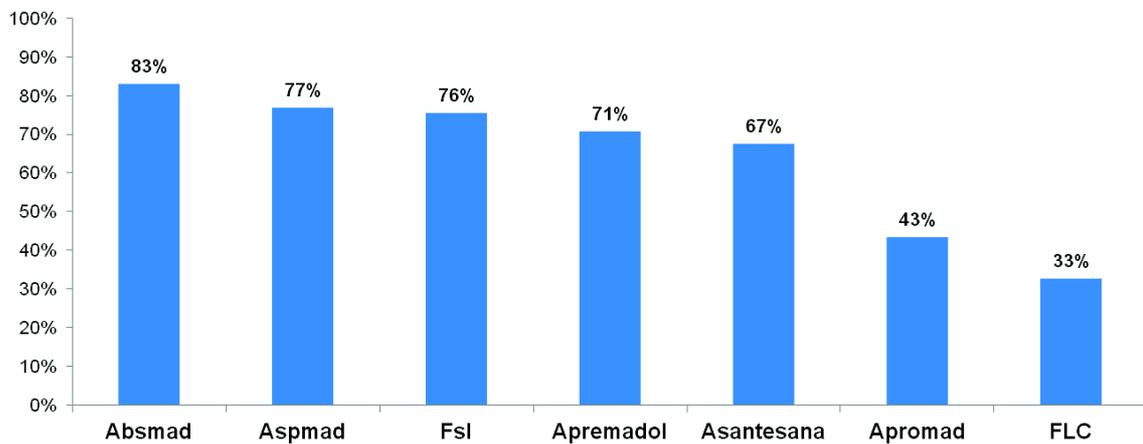
### 4.3.2 Enquête au sein des CMS

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 ;
- Fautière : 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<sup>b</sup> 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 infirmier-ères 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%).

<sup>b</sup> 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/etablisements-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 <i>*Différence significative au seuil de 0.05</i>	Tous EMS		EMS gériatriques		EMS de psychiatrie de l'âge avancé	
	N = 1'040		N = 669		N = 371	
	N	%	N	%	N	%
<b>Groupes professionnels</b>						
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
<b>Collaborateur / -trice en cours de formation</b>	<b>142</b>	<b>14.8</b>	<b>79</b>	<b>12.8</b>	<b>63</b>	<b>17.4</b>
<b>Collaborateur/ -trice exerçant une fonction de cadre</b>	<b>166</b>	<b>17.8</b>	<b>99</b>	<b>16.2</b>	<b>67</b>	<b>20.0</b>
<b>Taux d'activité</b>						
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
<b>Proportion du temps de travail passé directement en contact avec les résident-e-s</b>						
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
<b>Ancienneté dans le poste de travail actuel</b>						
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*
<b>Sexe</b>						
Femmes	809	80.9	524	81.7	285	79.9
Hommes	186	19.1	114	18.3	72	20.1
<b>Âge</b>						
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	%
<b>Groupes professionnels</b>		
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
<b>Collaborateur / -trice en cours de formation</b>	49	9.7
<b>Collaborateur/-trice exerçant une fonction de cadre</b>	42	8.3
<b>Taux d'activité</b>		
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
<b>Ancienneté</b>		
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
<b>Sexe</b>		
Femmes	449	91.1
Hommes	46	0.9
<b>Age</b>		
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			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 638			N = 358			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)		Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte est nécessaire dans leur activité		Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs	
	N = 979		N = 976		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
<i>ST soignant-e-s</i>	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
<i>ST non-soignant-e-s</i>	71	18.7	289	76.2	147	40.0
<b>TOTAL répondant-e-s</b>	<b>200</b>	<b>20.2</b>	<b>846</b>	<b>84.9</b>	<b>439</b>	<b>45.5</b>

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)		Collaborateurs/-trices estimant qu'une formation courte est nécessaire dans leur activité		Collaborateurs/-trices se sentant suffisamment formé-e-s pour faire face aux comportements agressifs	
	N = 494		N = 494		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
<i>ST soignant-e-s</i>	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
<i>ST non-soignant-e-s</i>	13	9.8	97	77.5	55	44.7
<b>TOTAL répondant-e-s</b>	<b>92</b>	<b>17.8</b>	<b>387</b>	<b>78.6</b>	<b>257</b>	<b>52.9</b>

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			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 650			N = 358			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** Établissements 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		EMS gériatriques		EMS de psychiatrie de l'âge avancé	
	N=34		N=21		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			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 642			N = 350			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%.

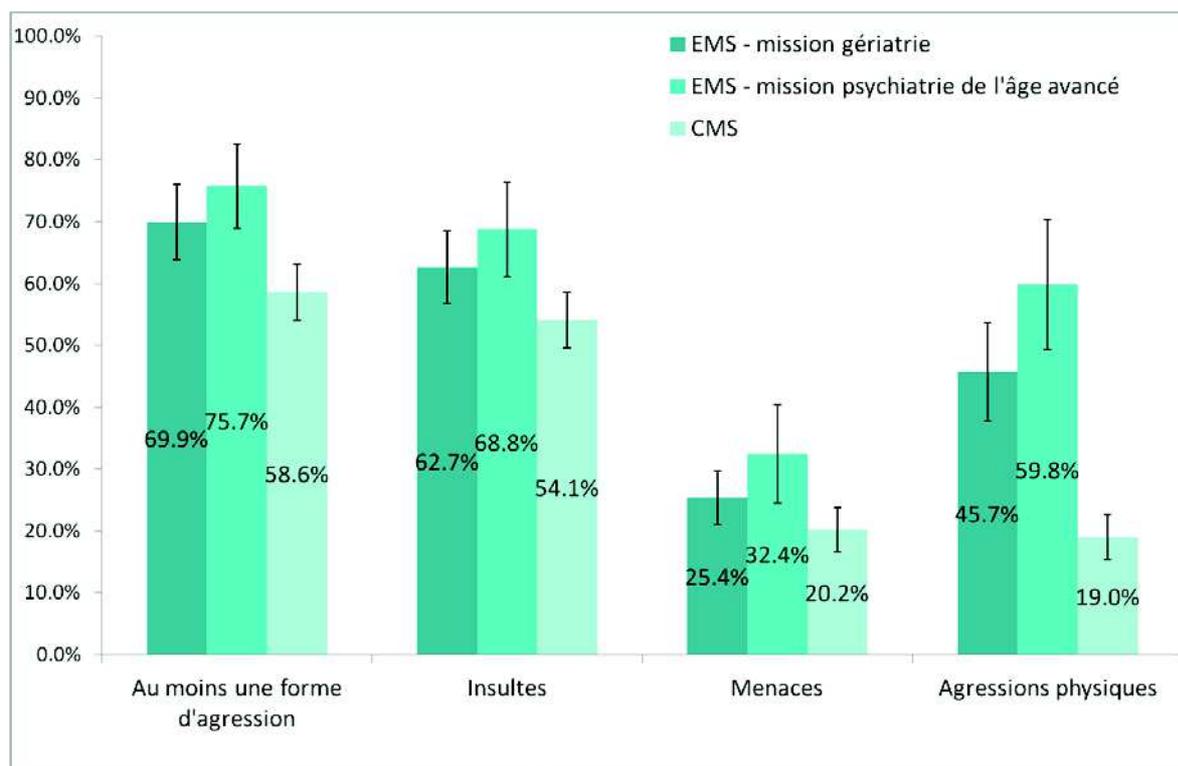
## 5.3 Expérience d'actes agressifs

### 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
<i>ST soignant-e-s</i>	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
<i>ST non-soignant-e-s</i>	159	42.9	53	14.3	86	23.6	189	50.3
<b>TOTAL répondant-e-s</b>	<b>630</b>	<b>65.3</b>	<b>275</b>	<b>28.4</b>	<b>497</b>	<b>51.7</b>	<b>703</b>	<b>72.4</b>

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
<i>ST soignant-e-s</i>	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
<i>ST non-soignant-e-s</i>	62	50.1	16	12.5	5	4.8	64	51.8
<b>TOTAL répondant-e-s</b>	<b>276</b>	<b>54.1</b>	<b>104</b>	<b>20.2</b>	<b>84</b>	<b>19.0</b>	<b>299</b>	<b>58.6</b>

Notes : ST = sous-total.

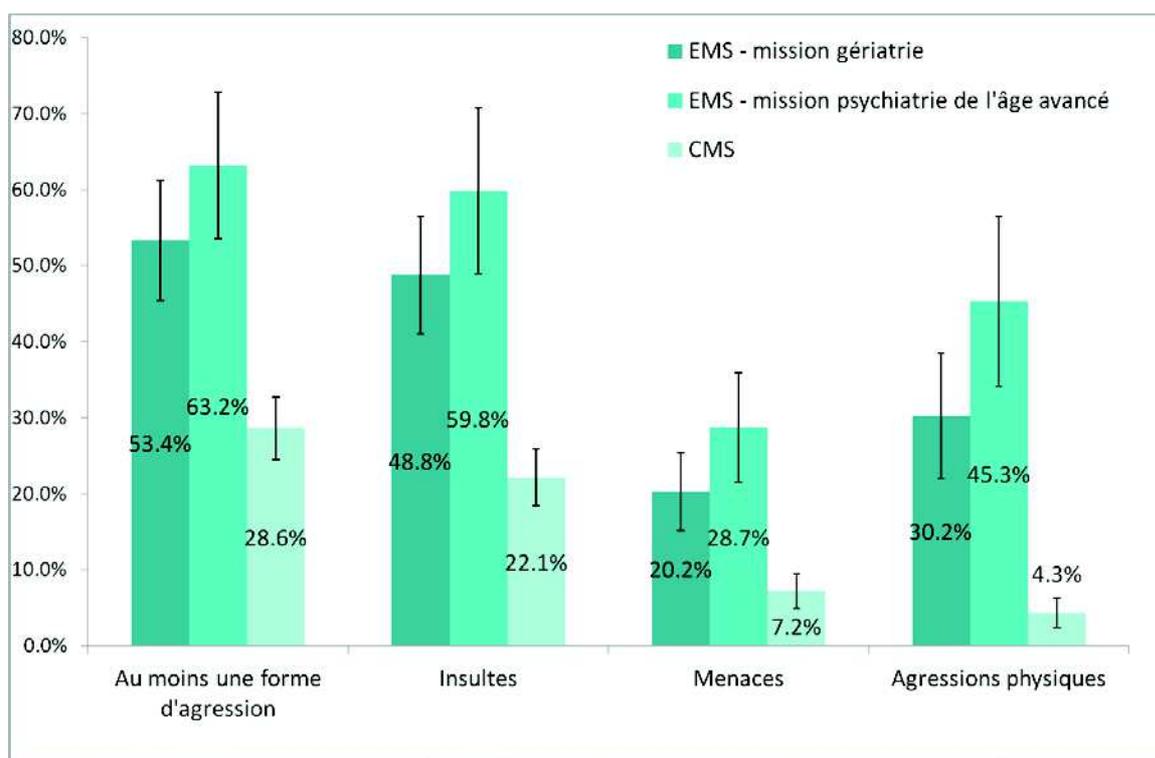
### 5.3.2 Expérience d'actes agressifs durant les douze derniers mois et suites

#### 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			EMS de psychiatrie de l’âge avancé			CMS		
	N = 652			N = 363			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
<b>Insultes subies par des résident-e-s ou de client-e-s, dont :</b>	<b>269</b>	<b>47.4</b>	<b>[40.2-54.7]</b>	<b>203</b>	<b>58.3</b>	<b>[46.9-69.7]</b>	<b>100</b>	<b>17.0</b>	<b>[13.6-20.4]</b>
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]
<b>Insultes subies par des proches, dont :</b>	<b>62</b>	<b>10.0</b>	<b>[8.1-11.8]</b>	<b>49</b>	<b>15.1</b>	<b>[11.1-19.1]</b>	<b>62</b>	<b>11.4</b>	<b>[8.6-14.3]</b>
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			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 652			N = 363			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
<b>Agressions physiques subies par des résident-e-s / client-e-s, dont :</b>	<b>203</b>	<b>30.2</b>	<b>[24.1-36.4]</b>	<b>157</b>	<b>45.3*</b>	<b>[37.0-53.5]</b>	<b>19</b>	<b>4.1</b>	<b>[2.5-5.8]</b>
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]
<b>Agressions physiques subies par des proches, dont :</b>	<b>7</b>	<b>1.0</b>	<b>[0.2-1.8]</b>	<b>5</b>	<b>1.4</b>	<b>[0.1-2.6]</b>	<b>5</b>	<b>0.7</b>	<b>[0.0-1.5]</b>
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			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 652			N = 363			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
<b>Menaces subies par des résident-e-s ou de client-e-s, dont :</b>	<b>131</b>	<b>19.2</b>	<b>[15.5-22.9]</b>	<b>97</b>	<b>27.6</b>	<b>[21.0-34.2]</b>	<b>35</b>	<b>6.7</b>	<b>[3.8-9.6]</b>
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]
<b>Menaces subies par des proches, dont :</b>	<b>26</b>	<b>3.8</b>	<b>[2.4-5.2]</b>	<b>24</b>	<b>6.8</b>	<b>[4.9-8.6]</b>	<b>14</b>	<b>2.7</b>	<b>[0.8-4.6]</b>
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
<i>ST soignant-e-s</i>	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
<i>ST non-soignant-e-s</i>	105	28.8	36	9.6	42	11.8	117	31.8
<b>TOTAL répondant-e-s</b>	<b>512</b>	<b>53.5</b>	<b>235</b>	<b>23.9</b>	<b>345</b>	<b>36.7</b>	<b>555</b>	<b>57.6</b>

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

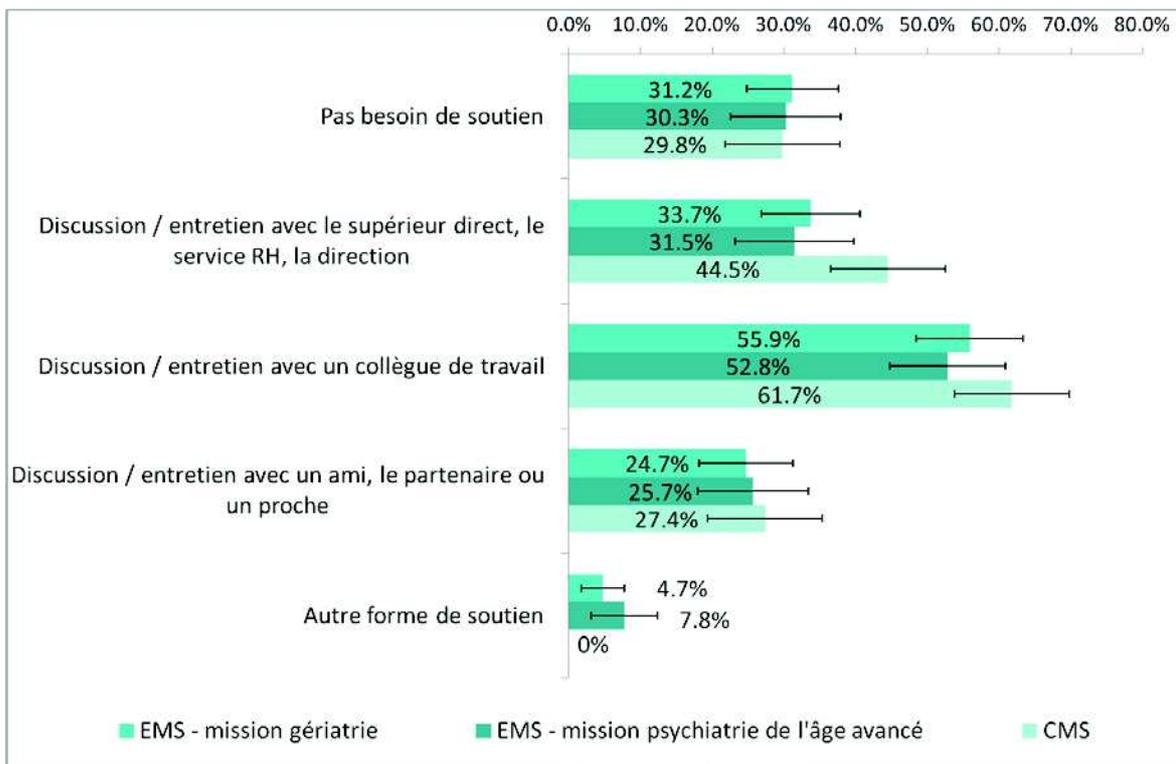
% pondérés N =	Insultes		Menaces		Agressions physiques		Au moins une forme d'agression	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infirmier-ère	43	29.8	16	12.8	7	5.8	54	39.4
Aide-soignant-e, auxiliaire de santé, assistant-e en soins de santé communautaire, auxiliaire polyvalent-e, aide infirmier-ère, infirmier-ère assistant-e	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
<i>ST soignant-e-s</i>	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
<i>ST non-soignant-e-s</i>	31	23.6	8	6.8	0	0.0	34	27.0
<b>TOTAL répondant-e-s</b>	<b>124</b>	<b>22.1</b>	<b>36</b>	<b>7.2</b>	<b>29</b>	<b>4.3</b>	<b>153</b>	<b>28.6</b>

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 faïtière. 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**

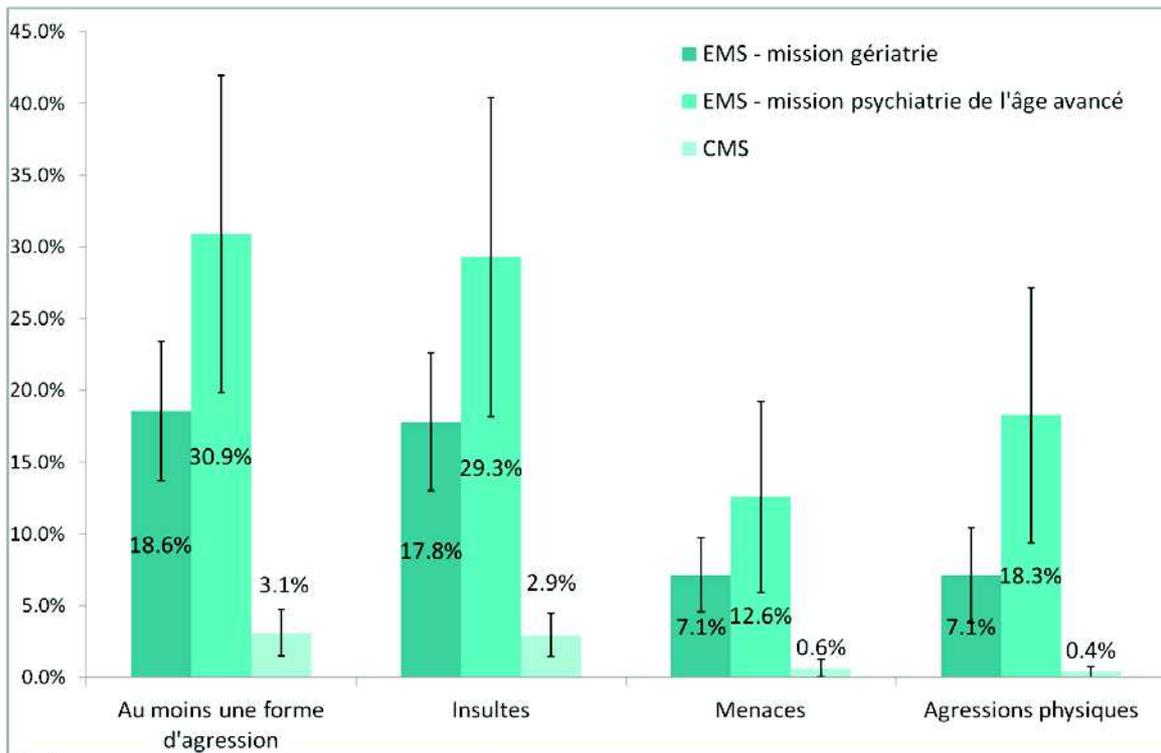
Suite aux violences subies durant les douze derniers mois, seul un petit nombre de répondant-e-s a dû être arrêté : 14 collaborateurs ou collaboratrices dans les EMS de psychiatrie de l'âge avancé (6.5% des victimes), 5 dans les CMS (2.8%) et 14 dans les EMS gériatriques (4.0%).

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			EMS de psychiatrie de l'âge avancé			CMS		
	N = 650			N = 362			N = 552		
	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
<b>Insultes subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s</b>	<b>118</b>	<b>17.5</b>	<b>[13.2-21.8]</b>	<b>102</b>	<b>28.9</b>	<b>[18.1-39.7]</b>	<b>14</b>	<b>2.7</b>	<b>[0.8-4.6]</b>
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]
<b>Insultes subies de la part de proches</b>	<b>15</b>	<b>2.2</b>	<b>[1.1-3.3]</b>	<b>12</b>	<b>3.6</b>	<b>[1.5-5.7]</b>	<b>5</b>	<b>0.9</b>	<b>[0.0-1.9]</b>
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]
<b>Menaces subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s</b>	<b>46</b>	<b>6.9</b>	<b>[4.2-9.5]</b>	<b>46</b>	<b>12.2</b>	<b>[6.4-17.9]</b>	<b>4</b>	<b>0.6</b>	<b>[0.0-1.2]</b>
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]
<b>Menaces subies de la part de proches</b>	<b>10</b>	<b>1.5</b>	<b>[0.5-2.4]</b>	<b>8</b>	<b>2.3</b>	<b>[0.7-4.0]</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.0-0.5]</b>
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]
<b>Agressions physiques subies de la part de résident-e-s ou de client-e-s</b>	<b>51</b>	<b>7.1</b>	<b>[4.2-10.1]</b>	<b>66</b>	<b>18.3</b>	<b>[10.7-25.9]</b>	<b>2</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.0-0.6]</b>
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]
<b>Agressions physiques subies de la part de proches</b>	<b>2</b>	<b>0.3</b>	<b>[0.0-0.7]</b>	<b>7</b>	<b>2.0</b>	<b>[0.5-3.6]</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>	<b>[0.0-0.05]</b>
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 infirmier-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
<b>Dernière insulte</b>	240	77.6	[71.7-83.6]	122	62.1*	[53.7-70.5]	185	64.0	[58.1-69.9]
<b>Dernière menace</b>	125	77.8	[69.2-86.3]	80	69.5	[58.6-80.3]	73	65.2	[54.9-75.6]
<b>Dernière agression physique</b>	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 faitière. 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<sup>6</sup> 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.<sup>4</sup> 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 jours, 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<sup>5, 6, 17</sup>. Les données provenant de PLAISIR montrent ainsi qu'environ un tiers des résident-e-s vaudois-e-s présentent des signes d'agressivité verbale<sup>c</sup> et/ou physique<sup>d</sup>, 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<sup>e</sup> ou sévère<sup>f</sup>. 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<sup>18</sup>, 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<sup>19</sup>.

Dans leur rapport transmis au Service de la santé publique<sup>14</sup>, 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

<sup>c</sup> Injures, insultes, cris, jurons, gros mots, obscénités dirigés contre autrui (personnel, visiteur, autre résident)

<sup>d</sup> 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.

<sup>e</sup> 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.

<sup>f</sup> 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<sup>9</sup> 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<sup>14</sup>.

## 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<sup>5, 6, 17, 21</sup>.

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 élevés.

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)<sup>5, 6, 21</sup>. Ces situations d'interaction, où la sphère personnelle du résident ou de la résidente est touchée, semblent particulièrement à risque.

---

<sup>9</sup> 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)<sup>20</sup>.

**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<sup>5</sup> 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<sup>5, 22, 23</sup>.

## 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 <sup>14</sup>.

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<sup>5, 6</sup>, 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 faïtières 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* »<sup>14</sup>. 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](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](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 québécoise 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. Lausanne: 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. Amsterdam 2012.
- 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.





**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 Stéphanie 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, démuné 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 faitières 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*

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Julien Sansonnens et consort – Places en EMS : les besoins futurs seront-ils satisfaits ?

### *Rappel de l'interpellation*

*Statistique Vaud a publié en décembre 2016 un rapport intitulé " Estimation des besoins en lits pour les EMS Période 2015-2040, Canton de Vaud ". Celui-ci doit servir à établir une planification des futurs besoins en lits en Etablissement médico-social (EMS).*

*Trois scénarii d'estimation des besoins ont été considérés, basés notamment sur trois scénarii démographiques.*

*Je remercie ainsi par avance le Conseil d'Etat de répondre aux questions suivantes :*

- 1. Entre 2014 et 2020, l'augmentation nécessaire du nombre de places en EMS est estimée à 8.8 %, selon le scénario moyen. Les projections effectuées dans d'autres cantons, sur la base de leurs propres données démographiques, indiquent une augmentation parfois nettement plus importante. Statistique Vaud ne s'est-il pas montré ici trop " optimiste " ? Le Conseil d'Etat ne craint-il pas que les besoins soient sous-estimés ?*
- 2. Le taux de recours aux soins en EMS est supposé diminuer selon les projections établies dans le rapport. De même, les effets de l'évolution favorable de la morbidité se matérialiseraient dès 2015, alors que d'autres cantons estiment que ceux-ci ne se manifesteront que plus tard, par exemple dès 2025. Ici encore, le canton de Vaud n'est-il pas trop optimiste ?*
- 3. La planification cantonale sera-t-elle basée sur les projections établies dans ce rapport, et le cas échéant sur la base de quel scénario (moyen, EMS+ ou EMS-) ?*
- 4. Quel est le concept cantonal en matière de lits d'attente ? Comment ce concept est-il amené à évoluer entre aujourd'hui et 2040 ?*
- 5. En 2014, les 5'889 places en EMS vaudois étaient occupées à 100 % au 31.12 : comment le Conseil d'Etat interprète-t-il ce chiffre ?*

## Réponses du Conseil d'Etat

**1 ENTRE 2014 ET 2020, L'AUGMENTATION NÉCESSAIRE DU NOMBRE DE PLACES EN EMS EST ESTIMÉE À 8.8 %, SELON LE SCENARIO MOYEN. LES PROJECTIONS EFFECTUÉES DANS D'AUTRES CANTONS, SUR LA BASE DE LEURS PROPRES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, INDIQUENT UNE AUGMENTATION PARFOIS NETTEMENT PLUS IMPORTANTE. STATISTIQUE VAUD NE S'EST-IL PAS MONTRÉ ICI TROP " OPTIMISTE " ? LE CONSEIL D'ETAT NE CRAINT-IL PAS QUE LES BESOINS SOIENT SOUS-ESTIMÉS ?**

Les besoins en lit d'EMS dépendent de deux paramètres dont le premier revêt une importance prépondérante :

- la population âgée, qui est en augmentation,
- la proportion de personnes âgées ayant recours aux EMS, qui a tendance à diminuer.

Du point de vue de la population âgée, Vaud se trouve dans une situation plus favorable que la moyenne des cantons. Selon le scénario moyen des perspectives démographiques cantonales réalisées par l'Office fédéral de la statistique [Tableau "Scénarios de l'évolution de la population des cantons de 2015 à 2045 - Nombre de personnes par classes d'âge dans les cantons selon 3 scénarios". Ce tableau permet une comparaison entre les cantons], la croissance de la population âgée de 80 ans et plus, groupe dont sont issues la grande majorité des personnes résidant en EMS, y serait de +13,8% entre 2014 et 2020 contre +17,4% pour la Suisse. Vaud connaîtrait ainsi l'accroissement le plus réduit parmi les 14 cantons les plus peuplés (évolution des cantons voisins : Genève : +19% / Valais : +22% / Fribourg : +16%) et seuls les cantons de Bâle-Ville (+4%), de Neuchâtel (+8%) et de Glaris (+10%) se trouveraient dans une situation significativement plus favorable.

Par ailleurs, notons que l'effectif des personnes âgées de 80 ans et plus dans le canton est mieux anticipé par les perspectives de Statistique Vaud (+1180 personnes entre fin 2014 et fin 2016, contre +1250 en réalité) que par celles de l'OFS (+1460) personnes.

Finalement, le taux de croissance projeté pour les lits en EMS entre 2014 et 2020 (+8,9%) est de peu inférieur à celui de la croissance attendue de l'effectif des personnes âgées de 80 ans et plus (+10,6%) selon les perspectives démographiques vaudoises établies par Statistique Vaud (rapport " Perspectives de population 2015-2040, Vaud et ses régions "). L'écart entre ces croissances s'explique par la diminution des taux de recours aux EMS, observée depuis plus de 20 ans, et qui est prolongée de façon atténuée.

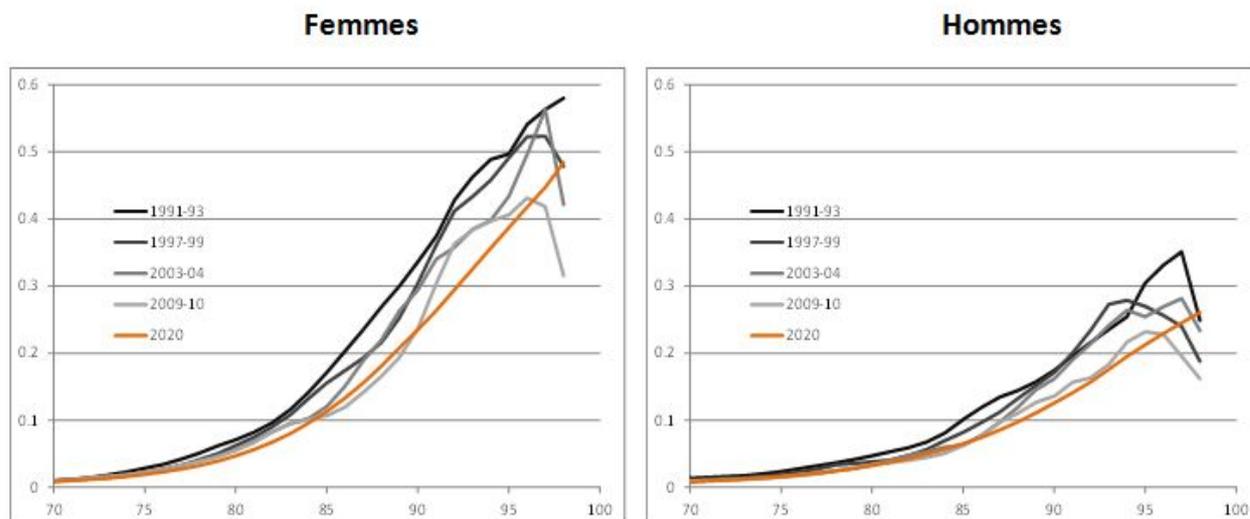
Pour ces différentes raisons, les projections vaudoises indiquent une augmentation parfois nettement moins importante que dans d'autres cantons. Sur la base des éléments à sa disposition, le Conseil d'Etat ne craint donc pas que les besoins en nombre de places en EMS soient sous-estimés.

**2 LE TAUX DE RECOURS AUX SOINS EN EMS EST SUPPOSÉ DIMINUER SELON LES PROJECTIONS ÉTABLIES DANS LE RAPPORT. DE MÊME, LES EFFETS DE L'ÉVOLUTION FAVORABLE DE LA MORBIDITÉ SE MATÉRIALISERAIENT DÈS 2015, ALORS QUE D'AUTRES CANTONS ESTIMENT QUE CEUX-CI NE SE MANIFESTERONT QUE PLUS TARD, PAR EXEMPLE DÈS 2025. ICI ENCORE, LE CANTON DE VAUD N'EST-IL PAS TROP OPTIMISTE ?**

Les taux d'hébergement par âge de personnes en EMS n'ont cessé de diminuer ces 20 dernières années (dans les graphiques ci-après les courbes les plus basses sont les plus récentes). Par conséquent, Statistique Vaud table sur l'hypothèse que ces taux vont continuer à diminuer d'ici à 2020. Toutefois, comme ces taux d'hébergement comptent déjà parmi les plus bas de Suisse, Statistique Vaud ne table que sur une baisse marginale par rapport à ces dernières années.

Ainsi, selon les hypothèses retenues, le taux rapportant les personnes en EMS à la population âgée de 80 ans et plus devrait atteindre 17,7% à la fin 2020 contre 17,9% en 2014. Cette baisse de 0,2 point de pourcent en 6 ans (-0,03 point par an) est modeste relativement à celle qui a eu lieu entre 1991 et 2014 : durant cette période, ce taux est passé de 24,1% à 17,9% (-0,27 point par an).

### Taux d'hébergement en EMS par âge et sexe, canton de Vaud, observations et projection en 2020



Remarque : il s'agit ici de moyennes mobiles sur 3 ans pondérées sur les effectifs correspondants

D'un point de vue plus technique, l'évolution de la morbidité (qui est incertaine selon les pays ou même incohérente en Suisse selon que l'on s'intéresse à l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité) n'est pas directement prise en compte. Néanmoins, notons que la méthode utilisée correspond au final, avec une diminution des taux d'hébergement, à la " tendance à l'élévation de l'âge d'entrée " en EMS qui est un scénario jugé réaliste à l'avenir [François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn, La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, Scénarios actualisés pour la Suisse, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, 2011].

En effet, la détermination de ces taux d'hébergement repose sur un compromis entre deux approches :

- des taux par âge constants (vision pessimiste) d'une part,
- des taux par durée qui reste à vivre constants [On suppose que les personnes à qui il reste à vivre un nombre x d'années (et dont l'âge augmente dans le temps, avec l'allongement de la longévité), ont un taux d'hébergement en EMS constant] (qui correspondent à des taux par âge diminuant à un rythme optimiste) d'autre part.

Le compromis entre ces deux approches, utilisé dans les perspectives de Statistiques Vaud , est celui qui permet de coller à l'effectif observé des personnes en EMS en fin d'année 2014 en partant de l'année 2006. Cette façon empirique de procéder se fonde ainsi sur une méthode qui a fait ses preuves sur une durée de huit ans. L'estimation des besoins en lits pour les EMS postule ainsi qu'à l'avenir l'adéquation ou la tension entre offre et demande de lits restera identique à celle observée au cours de la période de référence (période 2006-2014), et donc implicitement que le système de prise en charge des personnes âgées restera similaire le long de la période de projection.

L'évolution de la morbidité (qui est incertaine selon les pays ou même incohérente en Suisse selon que l'on s'intéresse à l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité) n'est ainsi pas directement prise en compte, mais notons que la méthode utilisée correspond à " la tendance à l'élévation de l'âge d'entrée " en EMS qui est un scénario jugé réaliste à l'avenir [François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn, La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée,

Scénarios actualisés pour la Suisse, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, 2011].

Le Conseil d'Etat ne considère donc pas que Statistique Vaud ait péché par optimisme pour établir ses perspectives. Par ailleurs, le Conseil d'Etat a l'intention de renforcer encore davantage la prise en charge des personnes âgées à domicile et de prendre des mesures pour limiter les effets des maladies chroniques sur l'autonomie fonctionnelle des personnes : l'effet ces mesures contribuera à repousser l'âge d'entrée en EMS et limiter la croissance du parc de lits d'EMS.

### **3 LA PLANIFICATION CANTONALE SERA-T-ELLE BASÉE SUR LES PROJECTIONS ÉTABLIES DANS CE RAPPORT, ET LE CAS ÉCHÉANT SUR LA BASE DE QUEL SCENARIO (MOYEN, EMS+ OU EMS-) ?**

La planification cantonale en matière d'hébergement en EMS est établie sur le scénario moyen.

Toutefois, il s'agira de disposer à l'avenir d'indicateurs plus précis, permettant de réaliser une planification plus fine qui tienne compte d'une part des besoins de la population, d'autre part de l'offre en prestations. Pour développer ce type de planification, le canton s'appuie actuellement sur le modèle Balance of Care (BoC) développé en Grande-Bretagne et adapté à la situation suisse en 1998 par l'Unité des services de santé (USS) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)[B. Santos-Eggimann, N. Chavaz, A. Clerc Berod, P. Laurence, F. Zobel (1998). Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes et place du maintien à domicile, Requête Nr. 4032-35702, Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (Rapport final)]. Outre l'estimation des besoins en services et prestations médico-sociaux, il modélise les coûts associés ainsi que les participations au financement en fonction des différents scénarii de prise en charge envisagés. Par ailleurs, ce modèle intègre des options de soins qui seront ensuite complétées par des professionnels sur la base des prestations qu'ils estiment être nécessaires pour chaque profil de dépendance. Ce procédé permet notamment de tenir compte des nouvelles et futures prestations disponibles.

Dès 2014, un groupe de travail a été mis sur pied afin de redéfinir les profils de dépendance et les options de soins du modèle New BOC. Ce groupe composé de représentants des différents lieux de prise en charge médico-sociale du canton a également envisagé des scénarii selon différents modes de prise en charge professionnelle.

Afin de disposer d'une base de données pour la mise à jour du modèle, une correspondance entre les données récoltées par les CMS et les EMS a été établie puis validée. Le recours aux données récoltées de routine à des fins de financement et de prise en charge permet la mise à jour régulière du modèle de la prévalence des profils de dépendance.

Les limites de cette démarche résident dans le fait que l'offre de prestations à disposition induit les modèles de prise en charge et donc la planification. Avec l'implantation progressive d'une méthode uniforme d'évaluation des besoins des personnes et partagé entre les différents milieux de soins (InterRAI), il sera davantage possible de piloter le système et de le planifier en fonction des besoins de santé de la population, plus spécifiquement ceux des personnes dans le grand âge.

### **4 QUEL EST LE CONCEPT CANTONAL EN MATIÈRE DE LITS D'ATTENTE ? COMMENT CE CONCEPT EST-IL AMENÉ À ÉVOLUER ENTRE AUJOURD'HUI ET 2040 ?**

Le canton a développé des structures de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS (SPAH). Les SPAH sont dédiés à des personnes sortant d'une hospitalisation et qui ne peuvent plus rentrer à domicile. On y effectue des séjours transitoires dans l'attente d'une entrée en EMS. L'objectif de l'accompagnement est ainsi de soutenir la personne et sa famille dans ce moment de transition et d'élaboration d'un nouveau projet de vie en EMS. Les SPAH permettent ainsi de ne pas bloquer des lits hospitaliers pour des situations de personnes nécessitant une entrée en EMS.

A l'avenir, le Conseil d'Etat entend étendre cette capacité à des séjours d'observation et aval et en amont de l'hôpital pour évaluer et mettre en place le projet de soins adéquat pour la personne. Le Conseil d'Etat souhaite donc développer des lits permettant l'observation et la prise en charge de personnes en situation instable, avec un suivi médical de proximité, mais ne nécessitant pas le plateau technique hospitalier. Des expériences de ce type (cf. Cité Génération à Onex) mettent en évidence l'importance d'éviter une hospitalisation pour des personnes qui vont ensuite regagner leur lieu de vie. Il s'agit donc de renforcer les processus en amont de l'hôpital et d'avoir ainsi un impact sur les trajectoires des personnes. A l'avenir, en tablant sur un juste équilibre des capacités du système de soins (entre la prise en charge dans la communauté, l'hospitalisation et l'hébergement), on peut penser que les lits de préparation et d'attente à l'hébergement tels que les SPAH deviendront inutiles, les décisions d'hébergement se prenant essentiellement à partir du domicile, et non plus lorsque la personne est hospitalisée.

## **5 EN 2014, LES 5'889 PLACES EN EMS VAUDOIS ÉTAIENT OCCUPÉES À 100 % AU 31.12 : COMMENT LE CONSEIL D'ETAT INTERPRÈTE-T-IL CE CHIFFRE ?**

En 2014, le nombre de lits C (court et longs séjours en gériatrie, psycho-gériatrie et psychiatrie, inclus les divisions C des hôpitaux) est de 6'523 [Source : statistique fédérale SOMED] pour le canton de Vaud, ce qui représente un taux de 5.18 lits pour 100 habitants âgés de 65 ans et plus, soit l'un des taux les plus bas de Suisse (moyenne CH = 6.4 lits). Le taux d'occupation approche effectivement les 100%.

Les Bureaux d'information et d'orientation (BRIO) des Réseaux de soins, qui gèrent sur le canton l'orientation vers les places d'hébergement, documentent chaque semaine, par région, les attentes de lits d'hébergement ainsi que les places disponibles : ces chiffres sont relativement stables avec des attentes de placement variant entre 350 et 430 demandes enregistrées en permanence et des lits inoccupés entre 90 et 130 lits annoncés.

## **6 CONCLUSIONS**

Le Conseil d'Etat mène depuis de nombreuses années une politique pour favoriser le maintien à domicile. Au moment de la mise en place des Centres médico-sociaux (CMS), il avait délibérément adopté un moratoire sur la construction de nouveaux lits d'EMS. A l'issue de ce moratoire, le Conseil d'Etat a adopté dès 2005 une politique de planification des nouveaux lits par législature. C'est ainsi que 566 lits supplémentaires ont été mis sur le marché durant la période 2005 – 2012, 733 entre 2013 et 2017. La planification pour la législature prochaine est en préparation.

Le Conseil d'Etat constate que le parc de lits actuels et son évolution répond quantitativement aux besoins des personnes âgées nécessitant un hébergement. Les mécanismes mis en place pour réguler ce parc donnent actuellement satisfaction.

Toutefois, le Conseil d'Etat a pris la mesure de l'effet du vieillissement de la population sur les infrastructures qu'il doit mettre à disposition de la population en matière de soins. A ce titre, il va maintenir et développer encore sa politique de maintien à domicile en renforçant le dispositif de prise en charge dans la communauté.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 24 mai 2017.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## 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 reconnu 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 reconnu 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 2014.0226 du 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 :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

**RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT**  
**à l'interpellation Claude Matter - Epalinges : un EMS dans la tourmente ?**

**Rappel de l'interpellation**

*Epalinges : un EMS dans la tourmente, tel est le titre de l'article que l'on a pu lire dans la presse écrite du 7 septembre 2017.*

*Problème au niveau des finances ? La parcelle fait l'objet d'un droit de superficie distinct et permanent accordé par la commune d'Epalinges. L'Etat de Vaud a accordé une garantie et la prise en charge du service de la dette — 17,6 millions — pour l'emprunt de la construction. Alors, où est le problème ?*

*Problème au niveau de la gestion de l'établissement et plus particulièrement du personnel ? Des cadres auraient été systématiquement remplacés par des fidèles de l'Eglise adventiste. Faut-il être adventiste avant d'être un excellent collaborateur pour obtenir un poste de travail important ?*

*Problème au niveau des menus ? Par exemple, les menus du 28 août au 10 septembre 2017 sont des menus adventistes. Seul du bœuf est prévu pour les dimanches. Pas de porc, ni cheval, ni lapin, aucun crustacé pendant les deux semaines mentionnées !*

*Ces problèmes réunis m'amènent à poser les questions suivantes au Conseil d'Etat :*

- Le Conseil d'Etat a-t-il la possibilité d'intervenir pour la bonne gestion financière de l'établissement ?*
- Le Conseil d'Etat peut-il intervenir pour le problème des collaborateurs ? Ne serait-il pas opportun de tenir compte de leurs qualités professionnelles, avant celles liées à leur religion ?*
- Au sujet de l'alimentation, tient-on vraiment compte des pensionnaires non adventistes qui sont pénalisés, alors que largement majoritaires ? Le Conseil d'Etat peut-il intervenir ?*

*Par avance, je remercie le Conseil d'Etat pour ses réponses.*

**Réponse du Conseil d'Etat**

**Préambule**

Les moyens d'interventions du Conseil d'Etat dans le domaine présenté par M. le Député dans son interpellation sont définis dans les différentes bases légales qui régissent l'exploitation et le financement des établissements médico-sociaux vaudois reconnus d'intérêt public (RIP).

En l'occurrence, il s'agit de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES) et de ses règlements d'application traitant du financement, de la gestion financière et de la surveillance financière par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) des établissements reconnus d'intérêt public.

Le "Standard cantonal basé sur la sécurité et la dignité des résidents", fondé sur la loi sur la santé

publique, définit les critères d'évaluation de la qualité de prise en charge (y compris l'alimentation) des résidents hébergés. Les inspections effectuées par la CIVESS – Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux - permettent d'attester du niveau de conformité de chaque établissement au standard cantonal.

La Convention collective de travail (CCT-San) signée entre les syndicats et les associations faitières des établissements sanitaires traite des conditions de travail et de rémunération des collaborateurs, des modalités de résiliation du contrat de travail ainsi que du rôle de la Commission paritaire professionnelle (CPP) en tant qu'organe de surveillance. Le DSAS reçoit chaque année la liste des établissements considérés comme conformes. Ceux qui n'y figurent pas sont donc considérés comme non-conformes.

Dès qu'il a eu connaissance des faits concernant cet établissement, le département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a pris immédiatement les mesures nécessaires pour s'assurer que les bases légales et conventionnelles relatives à la qualité de prise en charge des résidents, au droit des collaborateurs et à la légalité de la gestion financière étaient respectées par la Fondation du Relais. Ces mesures ont consisté notamment en la réalisation d'inspections par la CIVESS dans les deux EMS exploités par la Fondation, en l'exécution d'un audit financier par le SASH ainsi qu'en l'attribution d'un mandat d'audit des Ressources humaines à un prestataire externe, dont le rapport est attendu pour le mois d'avril prochain.

Les résultats découlant de ces interventions permettent au Conseil d'Etat de répondre aux questions suivantes posées dans l'interpellation.

## **1 LE CONSEIL D'ETAT A-T-IL LA POSSIBILITÉ D'INTERVENIR POUR LA BONNE GESTION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT ?**

Conformément aux articles 32a et suivants de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), le Chef du département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a confié au Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) le mandat d'effectuer un audit financier auprès de la Fondation du Relais qui exploite les établissements médico-sociaux La Girarde et Le Flon.

Ce mandat a été exécuté en octobre 2017. D'une manière générale, les résultats indiquent que la Fondation du Relais applique les prescriptions légales en matière de tenue et d'établissement des comptes annuels. Il n'a pas été constaté de fraudes, d'irrégularités ou de faits qui permettraient de conclure que la gestion financière de la Fondation n'est pas conforme aux bases légales et conventions en vigueur. En effet, l'audit conclut que les financements alloués sont utilisés conformément aux buts prévus et que l'emploi des bénéficiaires réalisés est conforme aux lois, aux règlements et aux statuts de la Fondation.

Toutefois, l'audit financier a également mis en évidence des constatations qui ont fait l'objet de recommandations. Celles-ci concernent le besoin de renforcer l'organisation interne de la Fondation par la mise en place de directives et d'instructions formelles précisant les rôles et les responsabilités des collaborateurs dans les principaux processus financiers et administratifs ainsi que les contrôles clés à effectuer en fonction des principaux risques identifiés. L'audit a aussi demandé d'engager une réflexion sur la mise en place d'un système de contrôle interne formalisé et adapté à la structure de la Fondation.

Par courrier du 8 décembre 2017, le Conseil de Fondation a confirmé au département l'acceptation des recommandations émises et a transmis par la suite un plan d'action dont la mise en œuvre sera suivie par le SASH jusqu'à ce qu'elles soient totalement mises en œuvre.

## **2 LE CONSEIL D'ETAT PEUT-IL INTERVENIR POUR LE PROBLÈME DES COLLABORATEURS ? NE SERAIT-IL PAS OPPORTUN DE TENIR COMPTE DE LEURS**

## **QUALITÉS PROFESSIONNELLES, AVANT CELLES LIÉES À LEUR RELIGION ?**

Lors de l'audit financier, les contrôles ont porté également sur les étapes principales du processus de recrutement et de la gestion des salaires au sein de la Fondation.

Sur la base des constatations établies, le Chef de département a demandé et obtenu, par confirmation écrite, que les mesures suivantes soient immédiatement prises :

- Suppression de la fonction "Vie spirituelle" dans l'organigramme de la Fondation, notamment au niveau de la direction et des fonctions opérationnelles ;
- Cessation de toute rémunération des intervenants externes provenant de la Fédération des Eglises Adventistes du septième Jour de la Suisse Romande et du Tessin (ci-après la FSRT) pour les prestations effectuées dans les deux établissements médico-sociaux ;
- Suppression de la mention "Religion" sur la fiche de postulation, étant précisé que seuls les critères qui permettent d'évaluer objectivement les compétences clés recherchées doivent être maintenus sur les documents de postulation et de sélection des candidats ;
- Exigence que la nouvelle directrice ou le nouveau directeur de la Fondation soit choisi(e) selon ses compétences, ses expériences et sa formation en dehors de toute appartenance religieuse.

Les autres recommandations s'articulent principalement autour de la nécessité i) de procéder à l'identification et à l'évaluation des risques RH en adoptant, cas échéant, les mesures nécessaires pour renforcer l'image de la Fondation dans sa gestion des ressources humaines, ii) de créer une fonction de Responsable RH et iii) de considérer la réduction du taux de rotation comme un objectif à part entière de manière à réduire significativement le recours au personnel intérimaire.

Pour les cas de résiliation de contrats examinés lors de l'audit financier, la direction de la Fondation a fourni toute la documentation nécessaire soutenant d'avoir respecté les termes de la CCT-San en la matière, ainsi que l'attestation de conformité à la CCT-San délivrée en avril 2016 par la Commission paritaire professionnelle (CPP).

Par courrier du 2 février 2018, le département a reçu du Conseil de Fondation la précision suivante quant à sa politique de recrutement : *"d'une manière générale, il a toujours privilégié dans sa politique de recrutement des candidats prioritairement compétents, expérimentés et formés, ceci dans le respect des appartenances confessionnelles ; Ainsi, le personnel de notre institution reflète une diversité multiculturelle avec pas moins de 20 nationalités différentes ainsi qu'une grande diversité interconfessionnelle. En ce qui concerne le processus d'engagement du nouveau directeur, le Conseil de Fondation s'est attaché les services d'une agence de recrutement. Au terme du processus d'évaluation, cette agence de recrutement remettra au Conseil de Fondation son rapport avec sa recommandation du candidat correspondant au profil souhaité pour la fonction"*.

### **Audit des Ressources humaines**

Suite à l'audit financier, le Chef de département a diligenté un audit des ressources humaines, confié à un prestataire externe dont le rapport est attendu pour le mois d'avril 2018.

Le Conseil d'Etat précise que le DSAS a été informé de la démission de la Directrice de la Fondation et de son adjointe responsable des soins à la fin de 2017. Une Direction ad interim est en place depuis en attendant l'aboutissement du processus de recrutement confié à une agence spécialisée.

### **3 AU SUJET DE L'ALIMENTATION TIENT-ON VRAIMENT COMPTE DES PENSIONNAIRES NON ADVENTISTES QUI SONT PÉNALISÉS, ALORS QUE LARGEMENT MAJORITAIRE ? LE CONSEIL D'ETAT PEUT-IL INTERVENIR ?**

A la demande du Chef du département, la CIVESS a effectué une inspection ad hoc en août 2017 portant sur la qualité de la prise en charge des résidents hébergés dans les établissements exploités par la Fondation du Relais.

Le résultat de l'inspection atteste de la conformité des deux établissements au standard cantonal basé sur la sécurité et la dignité des résidents. En particulier, le critère d'évaluation concernant l'alimentation des résidents est atteint.

Par ailleurs, suite à une rencontre avec les représentants de la Fondation en mai 2015, le Chef de département a adressé un courrier au Conseil et à la direction portant sur les mesures destinées à permettre à l'ensemble des résidents de bénéficier d'une liberté de choix en matière alimentaire, qui tienne compte de leurs préférences et de leurs habitudes antérieures en la matière.

A ce titre, il a été formellement recommandé à la Fondation :

- de demander régulièrement aux résidents s'ils souhaitent consommer des aliments qui ne sont pas servis habituellement dans leurs menus afin de leur proposer une fois par semaine un menu optionnel ;
- d'offrir la possibilité aux résidents qui le souhaitent, si leur situation médicale le permet, de consommer régulièrement des boissons alcoolisées servies par l'institution ou apportées par leurs familles, lors des repas et en dehors des repas ;
- de fournir aux résidents et à leurs proches une information claire à ce propos, par l'adaptation des documents d'admission.

Par courrier du 4 septembre 2015, le président et la directrice de la Fondation ont confirmé au département la mise en place de la formule des tables d'hôtes à raison d'une fois par semaine, permettant aux résidents de proposer des menus optionnels, ainsi que le libre choix de consommer de l'alcool fourni par leur famille, sauf en cas de prescription médicale.

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

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*



**Grand Conseil**  
Secrétariat général  
Pl. du Château 6  
1014 Lausanne

# Motion

(formulaire de dépôt)

A remplir par le Secrétariat du Grand Conseil

N° de tiré à part : 18.107.038

Déposé le : 08.05.18

Scanné le : \_\_\_\_\_

**Art. 120 à 126a LGC** La motion est une proposition soumise au GC et impliquant pour le CE (ou exceptionnellement une commission parlementaire) d'élaborer et de présenter un projet de loi ou de décret. Elle touche à une compétence propre du GC. Le motionnaire motive sa demande et expose le sens de la législation souhaitée.

La motion peut suivre deux procédures différentes : **(a) le renvoi à l'examen d'une commission.**

- Soit le motionnaire demande expressément, dans son développement écrit, le renvoi direct de la motion 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.**

- Soit un député ou le CE demande la prise en considération immédiate de la motion et son renvoi au CE.

- Soit l'auteur de la motion demande sa prise en considération immédiate et son renvoi à une commission parlementaire chargée de présenter un projet de loi ou de décret.

Suite au vote du GC, la motion est soit renvoyée au CE, soit à une commission parlementaire, soit classée.

**Important :** sur proposition d'un député, d'une commission ou du CE, le GC peut, jusqu'à sa prise en considération, transformer la motion en postulat, auquel cas la procédure du postulat s'applique.

**Délai de réponse dès le renvoi au CE : une année**

Titre de la motion (auteurs : Régis Courdesse et Marc-Olivier Buffat)

Autorité administrative (commission cantonale) en matière d'expropriation matérielle.

## Texte déposé

Le 24 avril 2018, le Grand Conseil a accepté la partie « Aménagement » de la Loi cantonale sur l'aménagement du territoire et les constructions (LATC). Dans les cas de légalisation de nouvelles zones à bâtir, le Canton va percevoir une taxe de 20% sur la plus-value à réaliser par le ou les propriétaires de terrains. Cette taxe va alimenter un fonds cantonal dont l'EMPL 323 (page 43) nous indique qu'il devrait atteindre 252,7 millions de francs.

En cas de dézonage de terrains, soit le passage de zone à bâtir à zone non constructible, agricole par exemple, l'article 70 LATC nouveau prévoit une « juste indemnité ». L'article 66 indique que l'affectation des recettes du fonds cantonal servira en priorité n°1 au « versement de l'indemnité due au titre d'expropriation matérielle ». Le montant prévu dans l'EMPL est de 244,9 millions de francs, donc les 97% des recettes. C'est dire qu'il devrait y avoir des indemnités à payer, cela paraît évident. Mais le processus de décision de l'expropriation matérielle et le passage devant les tribunaux sont particulièrement lourds et semblent difficilement praticables.

En effet, dans le système actuel, les demandes d'indemnités pour moins-value sont de la compétence des tribunaux d'expropriation (un par arrondissement judiciaire, donc quatre au total). Ces tribunaux sont formés d'un président du tribunal d'arrondissement et de deux assesseurs. Ces tribunaux ne fonctionnent actuellement même pas une fois par année et ne sont donc pas préparés sur le plan technique à gérer ce nouveau contentieux qui permet au propriétaire de demander une indemnité lorsqu'il estime qu'une restriction de son droit de propriété, fondée sur une loi, un règlement ou un plan, constitue une expropriation matérielle.

Les décisions des tribunaux d'expropriation sont aussi sujettes à recours devant la Chambre des recours du Tribunal cantonal. Il y a donc deux instances judiciaires pour le même objet. La solution proposée par cette motion permettrait d'éviter une instance judiciaire, serait plus rapide et moins coûteuse pour l'Etat, les communes et les justiciables.

La proposition est d'instaurer une autorité administrative (commission cantonale) en matière d'expropriation matérielle résultant de la loi sur l'aménagement du territoire (LAT et LATC).

Comme dans d'autres cantons, l'expropriation matérielle relèverait de la juridiction administrative et non plus de la juridiction civile. La juridiction administrative est censée mieux connaître les spécificités du droit de l'aménagement du territoire pour le pratiquer constamment.

Les indemnités d'expropriation matérielle devant être payées exclusivement par le canton (et non plus, comme dans le régime actuel, par moitié par la commune), l'administration cantonale a une meilleure maîtrise de la procédure : le département peut gérer directement toutes les demandes d'indemnité, sur tout le territoire cantonal – ce qui n'est pas le cas dans le système actuel, où l'action est normalement ouverte contre la commune (auteur de la mesure de planification), devant un des quatre tribunaux compétents en première instance.

Le système proposé permet ainsi de décharger les tribunaux, puisqu'on supprime la double instance judiciaire au niveau cantonal (Tribunaux d'arrondissement et Chambre des recours civile).

Le système proposé permet d'obtenir rapidement une décision de principe sur l'existence ou non d'un cas d'expropriation matérielle. Il est plus simple, pour les propriétaires touchés. Il est aussi plus simple pour les communes, qui ne sont pas tenues de participer dès le début à une procédure en tant que partie défenderesse (avec avocat, etc.).

Ce système tient compte de la complémentarité des deux mesures de l'article 5 LAT et la LATC (prélèvement de la plus-value et indemnisation de la moins-value) en prévoyant des procédures analogues – à savoir une décision de l'administration, puis un recours à la CDAP du Tribunal cantonal. Ce parallélisme est judicieux quand, par exemple, dans une commune, on déclassifie un terrain pour pouvoir, par compensation, en classer un autre.

La LATC (Titre VII, chapitre II) indique bien le principe de l'indemnisation (art. 70), l'ayant droit (art. 71) et l'expropriation matérielle (art. 72). Mais contrairement à la taxe sur la plus-value pour laquelle la taxation (art. 67), l'exigibilité (art. 68) et la prescription (art. 69) sont parfaitement définies, la procédure d'indemnisation est renvoyée à la loi sur l'expropriation, sans que celle-ci soit mentionnée dans le texte.

Afin d'introduire ce nouveau système, il est proposé de modifier la loi sur l'expropriation et de créer des articles nouveaux.

## **TITRE VIII BIS EXPROPRIATION MATÉRIELLE RESULTANT D'UNE MESURE D'AMENAGEMENT AU SENS DE LA LATC**

### **Art. 124a Principe**

- 1 Les restrictions au droit de propriété résultant d'une mesure d'aménagement du territoire donnent droit à une juste indemnité, si elles constituent un inconvénient majeur.
- 2 Est considéré comme inconvénient majeur toute restriction au droit de propriété résultant d'une mesure d'aménagement du territoire et équivalant à une expropriation matérielle.

**Art. 124b Procédure**

- 1 Le propriétaire foncier qui prétend à une indemnité d'expropriation matérielle soumet une demande au Département en charge de l'aménagement du territoire et de la police des constructions (le département) au plus tard un an après la mise en vigueur par le département de la mesure de planification entraînant la restriction au droit de propriété.
- 2 Le département se prononce en premier lieu sur la réalisation d'un cas d'expropriation matérielle. Lorsque la restriction résulte d'un plan d'affectation communal, la commune est partie à la procédure.
- 3 Si le département admet le principe d'une indemnisation, il rend une décision partielle sur ce point. Il charge ensuite une commission d'estimation, au sens de l'art. 124c de la présente loi, de fixer par une décision le montant de l'indemnité.
- 4 Si le département retient qu'il n'y a pas lieu à indemnisation, il rend une décision rejetant la demande.
- 5 Les décisions du département et de la commission d'estimation peuvent faire l'objet d'un recours de droit administratif conformément à la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD).

**Art. 124c Commission d'estimation**

- 1 Le Conseil d'Etat désigne, pour la durée d'une législature, une commission d'estimation compétente pour fixer les indemnités d'expropriation matérielle dans les cas visés par la présente loi.
- 2 La commission d'estimation est présidée par le chef du service en charge de l'aménagement du territoire. Elle est en outre formée de six experts spécialistes des questions immobilières.
- 3 Les experts de la commission d'estimation sont rémunérés sur la base de l'Arrêté sur les commissions (AComm). La couverture des frais de la commission d'estimation est assurée par le fonds prévu à l'art. 66 LATC.
- 4 Lorsqu'elle rend une décision, la commission d'estimation est composée de son président et de deux experts.
- 5 Les décisions de la commission d'estimation sont motivées.

**Art. 124d Détermination et paiement de l'indemnité**

- 1 L'indemnité se détermine d'après la situation existant au jour où la restriction de droit public à la propriété est entrée en vigueur. Elle porte intérêt au taux usuel dès cette date.
- 2 L'indemnité est versée par l'Etat au propriétaire du bien-fonds au moment où la décision arrêtant son montant entre en force. Les dispositions de la loi sur les impôts directs cantonaux sont applicables.

**Art. 124e Exclusion de l'application du titre VIII de la loi sur l'expropriation**

- 1 Les dispositions du Titre VIII de la loi du 25 novembre 1974 sur l'expropriation (LE) ne sont pas applicables à la procédure de décision sur les demandes d'indemnité pour expropriation matérielle, dans le champ d'application de l'article 124a de la présente loi.

**Art. 124f Extension de l'expropriation**

- 1 Si le montant de l'indemnité atteint un chiffre excessif au regard de la valeur de l'immeuble, le département peut demander l'expropriation formelle de l'immeuble.

L'introduction des articles précédents permettrait d'abroger les articles 70 (partiellement) et 71 à 72 (totalement) de la LATC nouvellement adoptée. En effet, dans la cohérence de la LATC, les règles spéciales comme l'expropriation devraient se trouver dans une loi spécifique, telle que la loi sur l'expropriation qui est bien le siège de la matière.

Modifications de la LATC, partie Aménagement.

**Art. 70 LATC Principe**

- 1 Les restrictions au droit de propriété résultant d'une mesure d'aménagement du territoire donnent droit à une juste indemnité, si elles constituent un inconvénient majeur.
- 2 La loi sur l'expropriation règle la procédure.

Art. 71 LATC	Ayant droit	Abrogé
Art. 72 LATC	Expropriation matérielle	Abrogé

Commentaire(s)

Conclusions

Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

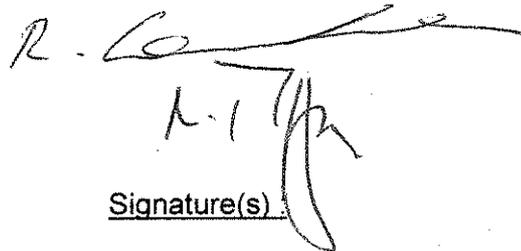
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| (a) renvoi à une commission avec au moins 20 signatures                       | <input type="checkbox"/>            |
| (b) renvoi à une commission sans 20 signatures                                | <input type="checkbox"/>            |
| (c) prise en considération immédiate et renvoi au CE                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (d) prise en considération immédiate et renvoi à une commission parlementaire | <input type="checkbox"/>            |

Nom et prénom des auteurs :

COURDESSE Régis

BUFFAT Marc-Olivier

Signature :

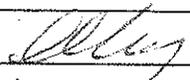
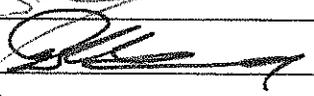
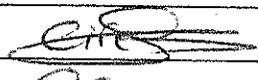
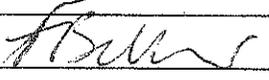
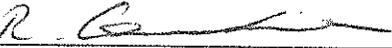
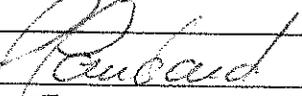
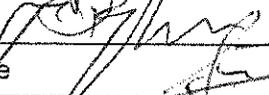
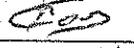
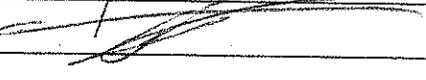
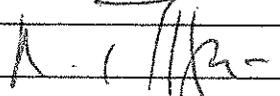
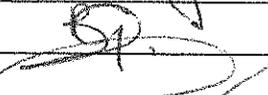
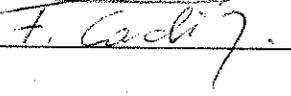
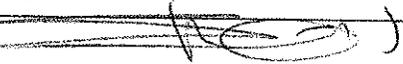
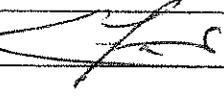
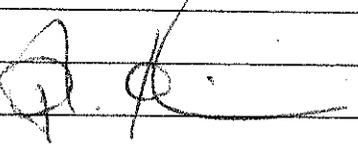


Nom(s) et prénom(s) du (des) consort(s) :

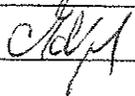
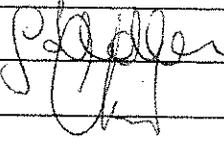
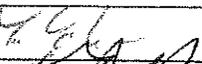
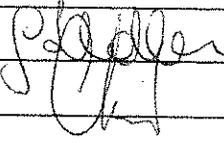
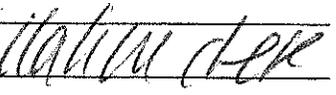
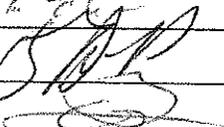
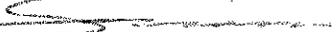
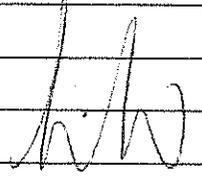
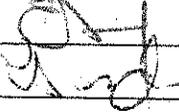
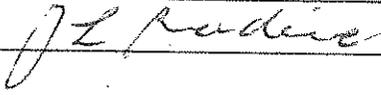
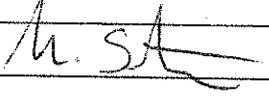
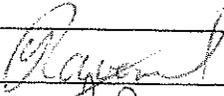
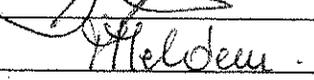
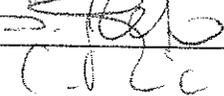
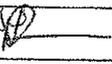
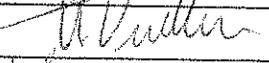
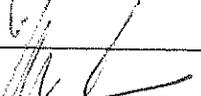
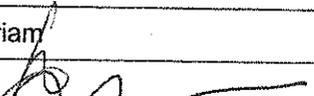
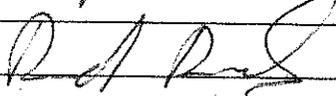
Signature(s)

**Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)**

Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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



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-JNI-003

Déposé le : 08.05.18

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

**Sortir les produits agricoles de l'accord avec le Mercosur pour la survie de notre agriculture et la santé de nos enfants**

## Texte déposé

Le Grand Conseil demande au Conseil d'Etat d'exercer le droit d'initiative du Canton auprès de l'Assemblée fédérale afin de sortir les produits agricoles et produits de l'élevage du futur accord de libre-échange avec les pays du Mercosur (Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay).

## Commentaire(s)

Le ministre de l'Economie Johann Schneider-Ammann négocie actuellement les conditions d'un futur accord de libre-échange avec les pays du Mercosur (Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay).

Or ces pays produisent à bas prix grâce à des domaines agricoles bien plus étendus et avec nettement moins de contraintes et d'exigences que les domaines agricoles suisses, notamment au niveau sanitaire. Ils cultivent des OGM (Organismes Génétiquement Modifiés) à large échelle et augmentent le rendement de leurs élevages grâce notamment à des hormones de croissance et des traitements préventifs du bétail aux antibiotiques. Les signataires souhaitent grâce à cette initiative parlementaire agir en faveur de la santé publique en garantissant aux citoyens suisses des produits de qualité. Ils souhaitent également éviter que les agriculteurs suisses ne fassent les frais d'une trop grande ouverture.

D'un point de vue écologique, il semble également insensé que, pour des raisons économiques, les produits que l'on consomme en Suisse parcourent des milliers de kilomètres pour finir dans nos assiettes.

En effet, dans un pays où entre trois et quatre exploitations agricoles disparaissent chaque jour et où le revenu paysan se situe autour des 45'000 francs par année, l'ouverture du marché suisse représente la mort de l'agriculture indigène.

Cette démarche serait donc bénéfique tant pour les consommateurs qui sauraient ainsi ce qu'ils mettent dans leur assiette que les producteurs qui ne subiraient pas une concurrence déloyale qui conduirait à leur perte.

### Conclusions

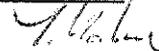
Développement oral obligatoire (selon art. 120a LGC)

- (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 :

Yvan Pahud au nom de l'UDC Vaud

### Signature :



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

### Signature(s) :

Nicolas RoCHAT Fernandez, PS



Séverine Evequoz, Les Verts



Claire Richard, V'L



Jean-Michel Dolivo, EàG



Jérôme Christen, AdC



Merci d'envoyer une copie à la boîte mail du Bulletin : [bulletin.grandconseil@vd.ch](mailto:bulletin.grandconseil@vd.ch)

Initiative : Soutien les produits agricoles de l'accord avec le Mercosur pour la sécurité de l'agriculture et la santé de nos enfants

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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

## Liste des député-e-s signataires – état au 1<sup>er</sup> janvier 2018

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