

**RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT**  
**à l'interpellation Catherine Roulet intitulée**

**"Les CMS peuvent-ils refuser de prendre en charge un patient ?"**

***Rappel de l'interpellation***

*Durant les travaux sur l'AVASAD et même si les prestations ne faisaient pas partie de notre réflexion, nous avons pu remarquer que des CMS étaient parfois embarrassés ou surchargés par les problèmes que posent certains patients ou certaines pathologies. Les CMS se demandent alors s'il est possible de refuser la prise en charge de patients particuliers, compliqués ou difficiles. Ce point fut l'objet d'un débat en plénum concernant le projet de charte entre les réseaux de soins et l'AVASAD, en relation avec l'article 2 de la loi.*

*Dans une directive de 2007 des CMS, "Les conditions d'intervention dans le cadre de l'aide et soins à domicile", il est dit au point B.5 : "Le CMS vérifie que la demande correspond aux prestations définies dans le panier de prestations d'aide et soins à domicile et aux objectifs de chacune de celles-ci. Si la demande ne correspond pas, le CMS oriente le client et son entourage vers un service adapté."*

*Cette fin de phrase nous interpelle et nous nous demandons qui est, et où est le service adapté, et pour qui ? Ainsi, le patient-e quérulent-e, grossier-e et non collaboratif-ve (les raisons de la mauvaise humeur sont généralement liées à une souffrance) devra-t-il faire appel lui-même aux OSAD (Organisation de soins à domicile, mais privé), qui n'existent pas partout, ou à du personnel indépendant, à un prix plus élevé ?*

*Nous avons aussi connaissance de refus pour des cas de pathologies particulières aux soins très spécifiques et dévoreurs de temps. Il peut s'agir de patients sous alimentation parentérale (directement dans la veine), ces patients souffrant de maladies inflammatoires graves de l'intestin ou suite à un infarctus méésentérique, qui génèrent des nécroses, voire une ablation de l'intestin. Ils devront être à vie — ils peuvent être jeunes — sous ce type particulier d'alimentation, ne pouvant plus absorber les aliments par voie normale. De même pour des patients en soins palliatifs, suite à certains cancers, cela à titre transitoire et de confort.*

*La plupart de ces malades chroniques, aux soins dévoreurs en temps, ne devraient pas rester à l'hôpital. Seul le début du traitement doit être induit par un centre expert afin de diminuer les complications (infections, risques de cirrhose du foie ou atteintes rénales). Ces cas ne sont pas encore très nombreux en soins à domicile, mais leur augmentation régulière indique qu'il faut se préparer à les recevoir en plus grand nombre. Des solutions particulières sont donc à chercher, au besoin hors du cadre strict des CMS. Vu la complexité du traitement, exigeant une équipe pluridisciplinaire comprenant médecins, infirmier-e-s, pharmacien-n-es, diététicien-nes, les pays qui nous entourent ont réagi en créant des centres agréés liés à un hôpital universitaire jouant le rôle d'expert, centres qui*

forment et envoient leurs propres infirmier-e-s à domicile.

Un service du CHUV (Unité de nutrition clinique, UNC) a commencé à travailler de cette façon en collaborant avec 4 infirmières formées par leur propre moyen et selon les recommandations de la société suisse de nutrition et des standards européens. Même si ce début de soins à domicile pour ces patient-e-s est prometteur, cela n'est plus suffisant, car ces 4 infirmières ne travaillent que dans la région lausannoise et des demandes existent dans d'autres régions du canton.

**Mes questions portent donc sur la procédure et les soins eux-mêmes :**

1. Durant les discussions lors des travaux de l'AVASAD, il a été dit que les CMS ont un devoir de prise en charge des patients, mais qui n'apparaît pas absolu (voir rapport AVASAD p. 5), qu'une charte va préciser les droits et devoirs et qu'il y aurait une possibilité de facturer des coûts supplémentaires pour un patient récalcitrant. En cas de refus de prise en charge et/ou de renvoi à un service privé ou à un accompagnement particulier (Sécuritas), qui payera les frais pour ce patient récalcitrant, mais néanmoins malade : l'assurance-maladie ou le patient directement ? Il semblerait qu'actuellement aucune base légale ne permette de facturer ces suppléments.

2. La charte des CMS n'étant pas une loi, le recours contre un refus sera-t-il possible et surtout qui prendra la décision de refuser une prise en charge : le directeur du CMS, celui ou celle de l'A/F ou encore l'AVASAD ? Et en cas de recours, passera-t-on par la médiatrice santé, par la Commission des plaintes des patient-e-s ou une autre instance ? Il sera nécessaire de trouver un-e arbitre.

3. Si l'on admet qu'une bonne part de cette quérulence est liée à une souffrance, dans quelle mesure les équipes qui s'occupent de tels patient-e-s sont-elles formées et soutenues ?

4. Le CMS étant sensé orienter le patient vers un service adapté, un élargissement du panier des prestations est-il envisagé, et cas échéant est-il prévu de valoriser l'expertise service du CHUV (idée de créer une unité mobile comme on le fit pour les soins palliatifs) ? Et plus généralement une collaboration du type "experts en soutien du réseau", comme celle du DCPHM, entre Cery et les institutions socio-éducatives (dispositif de collaboration psychiatrie handicap mental) ne serait-elle pas à établir entre le CHUV et les CMS, cela pour permettre aux personnels infirmiers des CMS de s'adapter et de se former à de nouvelles techniques ?

Chaque année, le travail dans les centres de soins à domicile augmente pour diverses raisons : soins innovants et particuliers pour permettre une vie hors de l'hôpital, sortie de plus en plus rapide de l'hôpital, vieillissement de la population et allongement de la durée de vie, meilleure connaissance des CMS par la population en général. Des solutions sont donc à trouver et je remercie le Conseil d'Etat de nous faire part de ses pistes de réflexion.

Ne souhaite pas développer.

## **1 RÉPONSE À LA QUESTION GÉNÉRALE DE L'INTERPELLATION**

L'interpellation demande si les CMS peuvent refuser de prendre en charge un patient. Selon la loi, "le CMS doit accepter tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner". Ainsi, à ce titre, le client d'un CMS est traité comme le client d'un hôpital ou d'un EMS reconnu d'intérêt public (LAVASAD, art. 2 al. 6 LPFES, art. 4 al b).

Afin de définir le devoir de prise en charge par les CMS, ainsi que les droits et devoirs des clients, la loi demande à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile d'élaborer une charte (LAVASAD, article cité). Elle précise en particulier que "cette charte peut prévoir la facturation aux clients du coût des prestations extraordinaires que le devoir de prise en charge peut rendre nécessaires."

Cette charte est actuellement en préparation par l'AVASAD et sera soumise au Conseil d'Etat pour ratification, conformément à la loi.

## 2 RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES PAR L'INTERPELLATION

1. *En cas de refus de prise en charge d'un patient récalcitrant et / ou de renvoi à un service privé ou à un accompagnement particulier (Securitas) : qui paiera les frais ? l'assurance maladie ou le patient directement ? Quelle base légale permettrait de facturer ces suppléments ?*

Les frais liés à des prestations additionnelles extraordinaires, dites de sécurité, seront payés par le client lui-même. La procédure sera réglée par la charte. Tout client devra en être informé au moment de sa prise en charge par le CMS. A noter que dans les faits, aucune intervention "sécurisée" dans le sens d'un recours à un Securitas n'a été signalée par les CMS à ce jour.

2. *Qui est compétent pour décider d'un refus de prise en charge ? Le responsable du CMS ? Le directeur de l'Association ou Fondation ? La direction de l'AVASAD ? Quelle voie de recours pour un refus de prise en charge ? Qui peut arbitrer ? Quel rôle pour la médiatrice santé ? pour la commission des plaintes des patients ?*

La compétence devrait s'exercer de manière pluridisciplinaire. Les instruments prévus par la LSP en matière de droits des patients pourront cas échéant être sollicités.

3. *Dans quelle mesure les équipes d'aide et de soins à domicile sont-elles formées pour s'occuper de patients quérulents (attitude liée à une souffrance) ?*

La formation est une des priorités de l'organisation d'aide et de soins à domicile. Par ailleurs, l'augmentation du personnel d'encadrement permet d'améliorer le support fourni aux intervenants exposés ; les situations difficiles sont reconnues. Enfin, les colloques interdisciplinaires favorisent la mise en commun des expériences et des solutions trouvées. Pour les situations exceptionnelles, des mesures exceptionnelles seront prévues dans la charte.

4. *Un élargissement du panier des prestations est-il envisagé ? Cas échéant, est-il prévu de valoriser l'expertise service du CHUV (création d'une unité mobile) ? Ne faudrait-il pas établir une collaboration CHUV – CMS pour permettre aux personnels infirmiers des CMS de s'adapter et de se former à de nouvelles techniques (sur le modèle " experts en soutien du réseau " DCPHM entre Cery et institutions socio-éducatives pour la psychiatrie handicap mental) ?*

L'actuel panier des prestations est globalement suffisant à ce jour. Dans ce cadre, l'AVASAD développe notamment des itinéraires cliniques –prévus pour la plupart des situations entre le milieu hospitalier et le domicile - et établit des liens avec le programme de santé mentale (psychiatrie de liaison, soutien aux proches aidants dans les situations de personnes atteintes de démences de type Alzheimer). Ils définissent les modes de collaboration pour la prise en charge des soins entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>ème</sup> ligne (CMS & médecin traitant, d'une part, spécialiste hospitalier ou ambulatoire, d'autre part). Actuellement, divers services du CHUV sont en train de définir des itinéraires cliniques avec l'AVSAD il s'agit de l'Unité de nutrition clinique, la Stomathérapie cantonale et le Centre de dialyse (pour la dialyse péritonéale).

Par ailleurs, les CMS ont développé des prestations d'appui visant à améliorer le recours à des moyens auxiliaires ou à la télévigilance, et généralisé la prévention des chutes et de la malnutrition. Enfin, pour les autres aspects liés à l'appui social, un travail en réseau entre les différents professionnels concernés permet d'agir sans rupture de l'encadrement.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 20 janvier 2010.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*