

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

**sur les postulats :**

- **Martial Gottraux demandant au Conseil d'Etat de soumettre au Grand Conseil un rapport relatif à sa politique en matière de conditions de travail dans les institutions subventionnées**
- **Martial Gottraux et consorts demandant au Conseil d'Etat de prendre les mesures nécessaires à faciliter la possibilité de saisir les autorités compétentes en matière de qualité des prestations et de conditions de travail, au sein des établissements sanitaires, EMS en particulier**
- **Nathalie Liniger visant à revaloriser les conditions de travail et de salaire du personnel du secteur des soins à domicile**

**et sur les pétitions :**

- **de l'Association du personnel des EMS vaudois (APEMS) " Le personnel en a marre des discours miséricordieux qui n'aboutissent jamais ! "**
- **du Syndicat des services publics (SSP-Vaud) pour " Une convention collective de travail unique dans la santé parapublique "**
- **du Syndicat des services publics (SSP-Vaud) demandant d'octroyer au secteur de la santé publique et parapublique les moyens nécessaires pour un système sanitaire qui protège la santé des usagers comme celle des salariés du secteur**

**1 INTRODUCTION**

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil répondant aux divers postulats parlementaires et pétitions mentionnés ci-avant a dû être différé à plusieurs reprises, en raison des faits suivants :

- l'attente des conclusions de la Commission d'enquête parlementaire (CEP), mise sur pied à la suite des révélations concernant le domaine de l'hébergement médico-social dans les années 1998 à 2000 ;
- l'entrée en matière du patronat sur la mise en place d'une Convention collective de travail (CCT) dans le secteur sanitaire à la suite des travaux de la Conférence de concertation ressources humaines (CCRH) en juin 2003 ;
- la décision du Conseil d'Etat, en avril 2004, concernant la mise en place d'une CCT dans le secteur sanitaire ;
- la volonté du Conseil d'Etat de connaître :
  - en 2004, le résultat des négociations avec les associations du personnel concernant les mesures salariales touchant le personnel de l'Etat jusqu'à la fin de la législature ;

- les réductions de moyens imposées au secteur subventionné par le budget 2005 et leurs répercussions sur les conditions de travail du personnel ;
- les conséquences de la nouvelle répartition des tâches entre Confédération et cantons dans le secteur social subventionné ;
- la modification du système de contrôle des institutions accueillant des personnes handicapées à la suite des dénonciations concernant la maltraitance des résidents des institutions "La Branche" et "La Cité du Genévrier" en 2005.

Les postulats et les pétitions auxquels le Conseil d'Etat répond touchent à plusieurs domaines liés entre eux : les conditions de travail du personnel dans le secteur sanitaire parapublic, la qualité des prestations dans ce même secteur, le contrôle et la surveillance des institutions qui le composent. Ils concernent aussi bien les institutions sanitaires et médico-sociales que les institutions socio-éducatives. Ces dernières font donc toujours l'objet d'un exposé qui leur est propre. Celui-ci fait largement place à la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) qui conditionne fortement l'action du Conseil d'Etat. Le rapport présente, au chapitre 2, une brève description des institutions qui composent le secteur sanitaire parapublic vaudois, institutions socio-éducatives comprises. Le chapitre 3 s'intéresse aux subventions versées par l'Etat et à leur évolution récente. Le chapitre 4 fait le lien entre la qualité des prestations et les conditions de travail ainsi que la politique du personnel. On trouvera au chapitre 5 un exposé des marges de manœuvre de l'Etat sur les conditions de travail du personnel dans les institutions parapubliques qu'il subventionne et des changements récents intervenus au plan légal. Le chapitre 6 décrit la diversité des situations du personnel dans les différentes institutions et l'évolution qu'elles ont connue ces dernières années. Le chapitre 7 est consacré à la question des rémunérations des directions. Il fait l'inventaire des situations existant jusqu'à ce jour et il présente les changements qui se mettent en place avec la nouvelle législation. Les intentions du Conseil d'Etat concernant les conditions de travail du personnel sont exposées au chapitre 8. Elles sont en phase avec la toute récente signature d'une convention collective de travail dans le secteur sanitaire. Le chapitre 9 est entièrement consacré à la description de la politique de surveillance et de qualité, qu'il s'agisse de surveillance de type sanitaire, de celle de la qualité, ou du contrôle de la gestion des institutions.

Cet exposé fournit ainsi les éléments qui permettent ensuite au Conseil d'Etat de répondre aux postulats parlementaires et aux pétitions syndicales en suspens.

## **2 LES SECTEURS SOCIAL ET SANITAIRE PARAPUBLICS DANS LE CANTON DE VAUD : PRINCIPALES CARACTERISTIQUES**

### **2.1 Le réseau des institutions socio-éducatives**

Le réseau des institutions socio-éducatives a connu une évolution constante durant ces dernières années. Le dispositif s'est structuré en catégories de prestations spécialisées (homes, homes avec occupation, foyers, foyers décentralisés, appartements protégés, etc.). La capacité d'accueil a, durant la même période, continuellement augmenté, notamment en raison de l'espérance de vie des personnes en institutions, ainsi que de l'augmentation et du transfert dans les institutions socio-éducatives de personnes hébergées jusque-là dans les hôpitaux psychiatriques du canton. Enfin, l'offre de prises en charge spécialisées destinées à des clientèles spécifiques a également contribué à augmenter le volume et la complexité des interventions.

Entre 1988 et 2006, le réseau des institutions résidentielles a passé de 18 à 41.

*Tableau 2.1.1 : Institutions résidentielles en 2006*

Type de clientèle	Institutions	Places	Personnel (EPT)
-------------------	--------------	--------	-----------------

Handicap mental	17	1'284	1'113
Handicap physique	4	142	158
Handicap psychique et difficultés sociales	13	267	143
Dépendance (alcool, drogue)	7	284	150
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>1'977</b>	<b>1'565</b>

Source : SPAS

Les charges totales de l'ensemble des établissements socio-éducatifs en 2006 représentent Fr. 189'899'715 dont Fr. 159'515'761 (84%) pour les charges de personnel.

Les ateliers protégés ont également connu un grand développement et sont actuellement au nombre de 20.

Tableau 2.1.2 : Ateliers protégés en 2006

Type de clientèle	Ateliers	Places	Personnel (EPT)
Handicaps ou problèmes divers	<b>20</b>	<b>1'869</b>	<b>374</b>

Source : SPAS

Les charges totales représentent Fr. 71'493'020 dont Fr. 49'196'872 (67%) pour les charges de personnel.

## 2.2 Le réseau vaudois des institutions sanitaires et médico-sociales parapubliques

Les institutions sanitaires vaudoises subventionnées ont des missions et des statuts juridiques divers. En fonction de ces deux critères, on distingue trois grandes catégories qui sont décrites plus bas. Les autres organismes (polycliniques, cabinets privés, ...), de même que les cliniques privées, ne sont pas concernés par le présent rapport.

### 2.2.1 Les hôpitaux

Les hôpitaux de zone et régionaux sont des établissements de droit privé (association, fondation, société anonyme d'exploitation). Ils sont reconnus d'intérêt public par l'Etat, et remplissent majoritairement des missions de soins aigus et de réadaptation (Centres de traitements et de réadaptation CTR). Ils fournissent également, dans une moindre mesure, des prestations d'hébergement médico-social (voir § 2.2.3) dans leurs divisions C. Ils sont tous membres de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) qui est constituée en association de droit privé au sens des articles 60 et suivants du Code civil suisse.

La situation des Hospices-CHUV et des établissements universitaires qui lui sont "affiliés" n'est pas évoquée ici. Pour le CHUV, il s'agit en effet d'un service de l'Etat dont les missions sont celles d'un hôpital universitaire et dont le statut du personnel est celui de la fonction publique. Quant aux "affiliés", le statut de leur personnel est calqué sur celui du CHUV. Ils ne sont pas concernés par les diverses interventions parlementaires qui font l'objet de ce rapport. Il n'en sera donc pas question dans la suite de ce texte.

Le tableau 2.2.1.1 donne une vue générale de l'infrastructure hospitalière autorisée dans les hôpitaux RIP.

Tableau 2.2.1.1 : Infrastructure hospitalière reconnue en 2006

Type d'établissements	Lits A	Lits B	Lits C
Hôpitaux de zone	1'003	43	112
Hôpitaux régionaux	35	10	68

CTR	2	422	204
Etablissement psychiatrique	59	20	19
<b>Total</b>	<b>1'099</b>	<b>495</b>	<b>403</b>

SSP, Statistiques sanitaires, 2007

### 2.2.2 Les institutions d'hébergement médico-social

L'hébergement médico-social dans les diverses missions de gériatrie, psycho-gériatrie et psychiatrie adulte est fourni par les établissements médico-sociaux (EMS). Les divisions C des hôpitaux et des CTR y participent également.

Le canton compte 137 EMS reconnus d'intérêt public et 12 divisions C d'hôpitaux. S'y ajoutent encore 5 EMS non reconnus d'intérêt public totalisant 142 lits. Trois EMS appartiennent à l'Etat. Tous les autres sont des entités de droit privé - soit à but idéal dans le cas des associations ou fondations, soit à but commercial dans le cas d'organismes de raisons individuelles ou de sociétés anonymes - reconnues d'intérêt public par l'Etat.

Les EMS reconnus d'intérêt public sont réunis sous l'égide de deux organes faïtiers, l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) et la Fédération patronale des établissements médico-sociaux (FEDEREMS). Les divisions C dépendent de la FHV. Les trois organisations sont régies par le droit privé. Le tableau 2.2.2.1 donne une vue générale de l'infrastructure d'hébergement, autorisée et reconnue dans les EMS et les divisions C d'hôpitaux reconnus d'intérêt public et selon le type de mission.

Tableau 2.2.2.1 : Infrastructure d'hébergement reconnue en 2006

Type de mission	EMS		Division C		Total	
	établissements	Lits C	établissements	Lits C	établissements	Lits C
Gériatrie	79	3'452	10	332	89	3'784
Psycho-gériatrie	28	903	--	--	28	903
Psychiatrie adulte	20	434	1	19	21	453
Mixte (2 ou 3 missions)	10	677	1	52	11	729
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>5'466</b>	<b>12</b>	<b>403</b>	<b>149</b>	<b>5'869</b>

Source : SSP, Police sanitaire

### 2.2.3 Les organisations d'aide et de soins à domicile

L'aide et les soins à domicile sont fournis essentiellement par les Centres médico-sociaux régionaux (CMS). Huit associations/fondations ont été mises sur pied pour gérer les CMS reconnus d'intérêt public au nombre de quarante-cinq. Elles sont régies par le droit privé et sont mandatées par l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) qui est lui-même une institution de droit public indépendante de l'Etat, disposant de la personnalité morale.

Il existe également des organisations privées de soins à domicile (OSAD), non subventionnées par l'Etat. Vingt-quatre (24) organisations sont actives dans le canton (janvier 2007) [voir 1]. Les organisations privées de l'OSAD n'entrent pas dans le champ du présent rapport.

### 2.2.4 Emplois dans les secteurs sanitaire et médico-social

L'emploi dans les secteurs sanitaire et médico-social est caractérisé par une proportion importante de collaborateurs à temps partiels, et par une mouvance importante. L'estimation du nombre de salariés doit donc être considérée comme une image instantanée d'une situation qui évolue en permanence.

Le tableau 2.2.4.1 donne les effectifs de personnel, collaborateurs et équivalents plein-temps, pour les années 2005 et 2006 dans l'ensemble des institutions du secteur sanitaire parapublic.

Tableau 2.2.4.1 : Personnel dans le secteur sanitaire parapublic en 2005 et 2006

Type d'établissements	2005			2006		
	EPT	salariés	taux moyen d'activité	EPT	salariés	taux moyen d'activité
Hôpitaux de la FHV	3'606	5'394	66.9	3'663	5'465	67.0
EMS	5'256	7'136	73.7	5'368	7'358	73.0
CMS + OMSV	1'659	3'182	52.0	1'735	3'293	52.7
<b>Total</b>	<b>10'521</b>	<b>15'712</b>	<b>67.0</b>	<b>10'766</b>	<b>16'116</b>	<b>66.8</b>

Source : SASH, contrôle de gestion, OMSV, FHV

Le taux moyen d'activité varie entre 52% et 73% selon le type de mission et s'établit en moyenne à 67%. L'importance du travail à temps partiel peut être mise en relation avec un taux de féminisation élevé ainsi que des conditions de travail qui sont généralement et sauf exception, celles des soins, c'est-à-dire fourniture de prestations 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 avec pour corollaire : horaires irréguliers, travail de nuit, en week-ends et jours fériés.

Le tableau 2.2.4.2 complète la description en indiquant pour ce même personnel le pourcentage de femmes, les âges moyens et les taux moyens de rotation.

Tableau 2.2.4.2 : Caractéristiques du personnel dans le secteur sanitaire parapublic en 2005 et 2006

Type d'établissements	2005			2006		
	âge moyen	% femmes	taux moyen de rotation	âge moyen	% femmes	taux moyen de rotation
Hôpitaux de la FHV	41 ans	77.0	15.9%	41 ans	77.0	18.2%
EMS	non disp.	81.2	20.5%	non disp.	81.2	19.4%
CMS + OMSV	45 ans	93.7	11.4%	45 ans	93.2	12.8

Source : SASH, contrôle de gestion, OMSV, FHV (incluant stagiaire, et CDD)

Les charges (salaires et charges sociales) de personnel dans les institutions sanitaires parapubliques se sont élevées à environ 1 milliard de francs en 2006 et représentaient environ trois quarts des charges totales d'exploitation.

Tableau 2.2.4.3 : Charges d'exploitation et de personnel dans le secteur sanitaire en 2005 et 2006

(en milliers de francs)	2005			2006		
Type d'établissements	Charges d'exploitation	Charges de personnel	en %	Charges d'exploitation	Charges de personnel	en %
Hôpitaux de la FHV	613'802	442'303	72.1	624'806	451'248	72.2
EMS	496'355	399'562	80.5	504'774	407'956	80.8
CMS + OMSV	168'909	142'199	84.1	178'718	150'179	84.0
<b>Total</b>	<b>1'279'066</b>	<b>984'064</b>	<b>76.9</b>	<b>1'308'298</b>	<b>1'009'383</b>	<b>77.2</b>

Source : SSP, SASH contrôle de gestion

Selon le type de mission, cette part variait entre les 72% et 84%.

### 3 LES SUBVENTIONS DE L'ETAT AUX SECTEURS SOCIO-EDUCATIF, SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

#### 3.1 Généralités

La législation en matière d'emploi est un des facteurs qui influencent les moyens accordés par l'Etat aux institutions sanitaires et sociales. Depuis le début des années 2000 les modifications ont été nombreuses. Au plan fédéral, c'est tout d'abord la modification de la Loi sur le travail, entrée en vigueur en août 2000, qui a entraîné pour l'Etat un effort important pour en financer les conséquences. Au plan cantonal ensuite, est intervenue en janvier 2003 la nouvelle Loi sur le personnel (LPers-VD). Si sur l'ensemble des services de l'Etat, la LPers-VD a bien été une opération autofinancée, on sait que ce bilan neutre a résulté de transferts entre secteurs, notamment vers le secteur de la santé. Les répercussions partielles de la LPers dans les hôpitaux parapublics, les EMS et à l'OMSV ont nécessité, quant à elles, un crédit de 10 mio, qui a été accepté par le Grand Conseil sur la base d'un amendement de la Commission des finances présenté lors de l'adoption du budget (voir 6.2.1).

Simultanément, les collectivités publiques (Canton et Confédération) ont appliqué des politiques de rigueur qui ont imposé des efforts d'économie aux diverses institutions. L'évolution des subventions témoigne de ces deux mouvements opposés : améliorations des conditions du personnel et charges supplémentaires, d'une part, contrainte d'économie, d'autre part.

#### 3.2 Secteur socio-éducatif

Tableau 3.2.1 : Subventions à l'exploitation dans les institutions socio-éducatives

en milliers de francs	2003	2004	2005	2006
<b>Institutions</b>	<b>28'435</b>	<b>32'654</b>	<b>29'521</b>	<b>31'400</b>
<i>indice</i>	<i>100</i>	<i>115</i>	<i>104</i>	<i>110</i>
<b>Ateliers</b>	<b>4'868</b>	<b>6'398</b>	<b>5'345</b>	<b>5'595</b>
<i>indice</i>	<i>100</i>	<i>131</i>	<i>110</i>	<i>115</i>

Source : SPAS

En 2004, la Confédération a diminué ses subventions aux institutions, le Canton ne s'est pas substitué à elle et a mis en place un programme d'économie qui n'a pas déployé ses effets de manière immédiate. L'année 2004 a donc vu une augmentation momentanée des subventions, qui ont diminué en 2005.

#### 3.3 Secteur sanitaire et médico-social

Tableau 3.3.1 : Subventions à l'exploitation dans les hôpitaux RIP et à l'OMSV

en milliers de francs	2003	2004	2005	2006
<b>Hôpitaux</b>	<b>164'200</b>	<b>181'700</b>	<b>186'100</b>	<b>189'200</b>
<i>indice</i>	<i>100</i>	<i>111</i>	<i>113</i>	<i>115</i>
<b>OMSV</b>	<b>47'600</b>	<b>46'250</b>	<b>45'400</b>	<b>47'406</b>
<i>indice</i>	<i>100</i>	<i>97</i>	<i>95</i>	<i>100</i>

Source : SSP, comptes des institutions

##### Commentaires du tableau 3.3.1

**Hôpitaux:** Les subventions tiennent compte chaque année, dans la mesure du possible, des variations d'activité et des effets salariaux annuels (indexations et augmentations statutaires calquées sur la fonction publique). La forte variation 2003-2004 (+17.5 millions) résulte pour une part (+6.5 mio) des ajustements (2ème partie) consécutifs à la LPers. La convention salariale des médecins assistants

(+3.7 mios) et l'ajustement de la participation de l'Etat à l'hospitalisation des patients privés (+2.3 mios) sont les deux autres principaux facteurs de croissance. En 2006, la subvention intègre les effets de l'accord salarial entre les partenaires sociaux du secteur sanitaire parapublic (29 novembre 2005, voir plus bas).

**OMSV:** La subvention est une prise en charge du déficit. Elle intègre la rétrocession au Canton concernant l'année écoulée. Entre 2003 et 2004, sa variation est influencée aussi par le rattrapage des communes pour atteindre le taux de financement prévu par la loi (50%). Les variations résultent aussi du report d'un certain de nombre de projets pour lesquels les conditions de réalisations n'étaient pas réunies.

Tableau 3.3.2 : Améliorations apportées dans les EMS et les divisions C

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
<b>Améliorations</b>	<b>16.2 mios</b>	<b>9.3 mios</b>	<b>aucune</b>	<b>3 mios</b>
<i>Indexation</i>	4.3 mios	1.8 mio	--	Accord salarial
<i>Annuité</i>	4.1 mios	4.1 mios	--	Accord salarial
<i>5ème semaine de vacances</i>	5.4 mios	--	--	
<i>Travail de nuit</i>	2.4mios (5mois)	3.4 mios (12 mois)	--	
<i>Salaire minimum</i>	--	--	--	Accord salarial
<b>Financement</b>	<b>16.2 mios</b>	<b>9.3 mios</b>	<b>--</b>	<b>3 mios</b>
<i>Assureurs</i>	7.2 mios	4.5 mios	--	-- [voir 3]
<i>Report soins</i>	3 mios	0.6 mios	--	0.4 mios
<i>Tarifs socio-hôtelières [voir 4]</i>	6 mios	4.2 mios	--	2.6 mios

Source : SASH, contrôle de gestion

### Commentaires du tableau 3.3.2

**EMS** : les financeurs et les flux de financement sont multiples et complexes. Le Canton intervient à divers titres. Pour plus de clarté, seules les variations de coûts liées aux conditions du personnel entre 2003 et 2006, et les sources de financement sont prises en compte.

Entre 2002 et 2004, outre les indexations et les augmentations statutaires, le facteur principal de variation est l'introduction (partielle) des améliorations consécutives à la LPers (+ 7.8 mios en 2003 ; + 3.4 mios en 2004).

En 2005 aucune amélioration n'a été octroyée et 18 mios d'économie ont été imposés aux institutions, mais les conditions de travail ont néanmoins été maintenues. En revanche, 170 EPT ont été supprimés dans le réseau, dont environ 45 EPT (70 personnes) par licenciement.

En 2006, les améliorations résultent de l'accord salarial passé, entre les partenaires sociaux du secteur sanitaire parapublic à la fin 2005 [voir 2]. Il déterminait que le personnel bénéficierait, dès le 1er janvier 2006, d'un salaire minimum brut garanti de Fr. 3500.-, d'une augmentation de Fr. 650.- et d'un complément de 0,4% du salaire annuel brut de base, versé sous la forme d'une rémunération unique pour les travailleurs n'ayant pas bénéficié d'une adaptation salariale au moins équivalente en 2005.

## **4 LIENS ENTRE LA QUALITE DES PRESTATIONS, LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA POLITIQUE DU PERSONNEL**

Parler des "conditions de travail" n'inclut pas uniquement les aspects législatifs ou conventionnels concernant la rémunération, la protection et les droits et devoirs des salariés. Il faut également considérer les facteurs susceptibles d'améliorer les compétences, d'augmenter le niveau de satisfaction et par-là même d'assurer des prestations de qualité.

Des conditions de travail appropriées combinent de multiples aspects. Citons en particulier :

- une rémunération adaptée aux responsabilités et aux compétences attachées à la fonction ;
- une protection sociale ;
- la protection de la santé du salarié ;
- l'accès à la formation professionnelle et continue et l'existence d'une progression de carrière.

L'emploi bénéficiera d'une meilleure attractivité si l'entreprise propose, en plus de conditions de travail adéquates, une politique du personnel prenant en compte :

- une activité en lien avec les compétences et une valorisation des aptitudes ;
- un équilibre entre vie privée et vie professionnelle ;
- le développement de structures de garde d'enfants ;
- l'évolution des besoins du personnel en fonction de l'âge, du sexe, etc.

En situation de pénurie de professionnels paramédicaux, la fidélisation du personnel mérite une attention particulière afin de préserver une bonne qualité de service et de limiter les taux de rotation. En effet, les bénéfices que peut engendrer une rotation modérée des effectifs - apport d'idées et de techniques nouvelles, notamment - sont annulés par les effets indésirables tels que perte de savoir, coûts liés au remplacement, mauvais retour sur investissement des formations consenties aux partants, fragilisation de la culture d'entreprise, détérioration du climat de travail, etc., lorsque cette rotation devient trop importante. De nombreux exemples montrent qu'une rotation excessive peut aller jusqu'à compromettre les aptitudes de l'institution à réaliser pleinement sa mission et à atteindre ses objectifs.

Bien qu'il soit, effectivement, difficile de mesurer avec précision les liens entre la qualité des prestations, les conditions de travail et la politique du personnel, de nombreuses observations ont démontré que les établissements qui offrent de bonnes conditions de travail et développent une politique du personnel attentive, recrutent et fidélisent plus aisément un personnel compétent, désireux de s'accomplir et de s'engager conformément à la déontologie et aux normes professionnelles.

Dans le contexte de ressources limitées qui caractérise le secteur de la santé, le financement de l'amélioration des conditions de travail se trouve en concurrence avec celui du développement des prestations nouvelles, celles notamment qui sont exigées par la lourdeur croissante des situations à prendre en charge. Il s'agit toujours de trouver un équilibre entre ces exigences parfois conflictuelles.

## **5 LIMITES DE L'INTERVENTION DE L'ETAT**

### **5.1 Statut du parapublic**

La notion de secteur parapublic ne trouve aucune définition explicite dans la législation vaudoise. De manière synthétique, on peut dire cependant qu'il englobe des institutions de droit privé - tels les institutions socio-éducatives, les hôpitaux, EMS, CMS - et des institutions de droit public indépendantes de l'Etat - tel l'OMSV - qui sont reconnues d'intérêt public au titre des missions qu'elles remplissent et subventionnées par l'Etat à ce même titre.

## 5.2 Bases légales

Le versement d'une subvention est lié à la réalisation de conditions prévues par la loi. Depuis le 1er janvier 2006, une loi-cadre, la Loi sur les subventions (LSubv), définit les principes généraux régissant l'octroi d'une subvention, le suivi et le contrôle du bénéficiaire subventionné. Le Règlement d'application de la loi (RLSubv) est entré en vigueur au 1er janvier 2007. Dans son article 11, la LSubv définit que les lois spécifiques régissant les subventions doivent à leur tour préciser les objectifs, les tâches, les conditions d'octroi, l'autorité compétente d'octroi, de suivi et de contrôle, les charges et conditions liées à cet octroi, sa durée, l'obligation de renseigner du bénéficiaire et les sanctions prévues en cas de non-respect des obligations. L'octroi d'une subvention à un bénéficiaire peut être lié à la délégation par l'Etat d'une tâche publique ; la subvention est alors destinée à compenser ou atténuer les charges financières résultant de son accomplissement ; en contrepartie l'Etat contrôle que la tâche confiée est exécutée conformément au mandat qui a fait l'objet de la délégation et que la subvention octroyée est correctement affectée. L'ensemble des lois régissant les tâches publiques déléguées devront être mises en conformité avec la LSubv d'ici au 31 décembre 2010. Il en va ainsi dans le secteur sanitaire et social.

A l'instar de n'importe quelle entreprise privée, et jusqu'à récemment, les institutions du secteur parapublic ont édicté leurs dispositions particulières fixant leurs propres conditions de travail, dans le respect, bien entendu, de la Loi sur le travail et du Code des obligations (notamment en matière de protection de la santé ou d'horaire de travail, de protection de la femme enceinte). On trouve ainsi des dispositions légales réglementaires - le règlement de l'OMSV par exemple -, des conventions collectives - celles de l'AVOP par exemple - ou des modalités définies par conventions particulières -accords salariaux des EMS et des hôpitaux, par exemple.

Avant la dernière modification de la LPFES, et d'un point de vue juridique, l'Etat, n'ayant pas la qualité d'employeur, ne pouvait pas fixer de règles en matière de conditions de travail pour le secteur parapublic. En revanche, l'allocation de ressources pour les missions déléguées se référait implicitement et notamment au principe selon lequel le coût de l'activité exercée par le tiers délégataire ne doit pas dépasser celui qu'il aurait si c'était l'Etat qui l'assumait directement.

Dans les faits, la Loi sur le personnel de l'Etat de Vaud a eu tendance à s'imposer comme référence. La raison en est simple : les difficultés rencontrées dans le recrutement de certaines fonctions et la concurrence qui en résulte s'accommodent mal de conditions de travail et de rémunération trop différentes entre institutions (hôpitaux publics et privés, EMS, CMS).

Avec la modification de la LPFES, du 11 novembre 2006 entrée en vigueur le 1er avril 2007, cette situation parfois incertaine des établissements sanitaires reconnus au sens de la LSP se clarifie. En effet, l'art. 4 LPFES définit des conditions cumulatives pour la reconnaissance d'intérêt public des établissements sanitaires. Parmi celles-ci, l'adhésion à une Convention collective de travail ayant force obligatoire. A défaut, l'art. 4b LPFES donne au Conseil d'Etat la compétence de fixer des exigences en matière de conditions de travail.

## 6 VARIETE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

### 6.1 Institutions socio-éducatives

Le secteur éducatif est caractérisé par une autonomie relativement importante. Les raisons tiennent à l'histoire. En 1953, en effet, une première formation spécialisée d'éducateur a été mise sur pied pour pallier le manque de reconnaissance professionnelle dans ce domaine. Peu après (en 1957), l'Association vaudoise des travailleurs et travailleuses de l'éducation sociale (AVTES), première association professionnelle de cette branche d'activité, a été créée. Elle a travaillé à valoriser les conditions de travail des éducateurs spécialisés et a permis la signature de la première convention collective de travail. A partir de 1971, le travail s'est poursuivi avec l'Association romande des maîtres socioprofessionnels (ARMASP).

C'est ainsi que progressivement, des Conventions collectives de travail (CCT) se sont développées entre

- l'Association vaudoise des organismes privés pour enfants, adolescents et adultes en difficulté (AVOP), d'une part,
- chacune des deux associations professionnelles mentionnées, l'AVTES, respectivement l'ARMASP, d'autre part.

Il existe aujourd'hui deux CCT, AVOP-AVTES et AVOP-ARMASP. Elles font office de référence pour la majorité des institutions, qui sont toujours plus nombreuses à l'appliquer.

Bien que tous les ateliers et institutions concernés ne soient pas signataires de ces conventions, ils les appliquent par analogie. Les répercussions financières de cette application ont été intégrées dans les budgets des services de l'Etat jusqu'en 2003. Dès 2004, la mise en œuvre du programme d'allègement des finances fédérales a eu pour conséquence de réduire le financement des institutions. Les coûts induits par l'application des CCT n'ont plus généré d'augmentation de subvention correspondante et les adaptations y relatives en matière de conditions de travail ont été financées par des économies faites par les institutions sur d'autres charges d'exploitation. Le barème des salaires fixés dans ces conventions se base sur celui de la fonction publique. L'horaire de travail ainsi que les périodes de vacances sont globalement équivalents mais ils se répartissent de façon différente, de manière à répondre aux particularités du travail. L'horaire hebdomadaire est donc plus conséquent (45h par semaine) et la durée des vacances plus importante (de 7 à 9 semaine de vacances selon l'âge et les années de service). A l'instar des professions sanitaires, les travailleurs sociaux sont au bénéfice d'indemnités pour les irrégularités d'horaire et pour le travail de nuit. Les institutions qui n'appliquent pas des conditions analogues sont de plus en plus rares. En effet, les difficultés de recrutement qu'elles rencontrent et la situation de concurrence les amènent à s'aligner de plus en plus sur les conditions de référence. Les exceptions, telles que les institutions qui n'opéraient pas de frontière précise entre le travail et la vie communautaire, ont pratiquement disparu. Actuellement, les associations professionnelles demandent une évaluation de type DECFO-SYSREM pour les corporations professionnelles qu'elles représentent, mais une telle démarche appliquée au secteur parapublic n'est pas à l'ordre du jour.

Le personnel du réseau institutionnel qui n'assume pas des tâches d'encadrement est au bénéfice de conditions qui correspondent généralement aux normes admises pour le personnel de l'Etat.

## 6.2 Institutions sanitaires et médico-sociales

La diversité des institutions sanitaires médico-sociales tient d'une part à la variété des missions qui leur sont confiées, mais également aux particularités de leur histoire. Les conditions de travail qui s'y sont construites au fil des ans, de manière sectorielle et cloisonnée, reflètent cette diversité. Les difficultés du recrutement, notamment celui du personnel soignant qualifié, ont cependant amené les institutions à se coordonner progressivement, en particulier sur le plan de la rémunération, afin d'aboutir à une "relative homogénéité".

### 6.2.1 Evolution récente de la situation

A la fin des années nonante, les inégalités en matière de conditions de travail du personnel de santé ont été mises en évidence par la constitution des réseaux de soins issus des nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS). Cette mise au jour a coïncidé avec une série de révélations, parfois choquantes, concernant les pratiques abusives de quelques EMS. Ces constats ne sont pas restés sans effets et toute une série d'éléments et d'interventions diverses ont contribué à l'effort d'harmonisation des conditions de travail et de rémunération dans les institutions sanitaires privées subventionnées du canton. On rappellera, par ordre chronologique :

- **la révision de la Loi sur le travail.** Entrée en vigueur le 1er août 2000, elle introduit notamment de nouvelles mesures de protection de la santé des travailleurs et des travailleuses ;
- **la Commission d'enquête parlementaire sur les EMS (CEP-EMS).** Mise en place à la suite des révélations précitées, elle a rendu ses conclusions en 2001, et a largement abordé la question des conditions de travail en invitant le Conseil d'Etat à réglementer lui-même ce secteur d'activité dès lors qu'une convention collective de travail n'interviendrait pas entre employeurs et salariés du domaine des EMS ;
- **l'adaptation des conditions pour le personnel des EMS.** Entré en vigueur en 2001, il a introduit le versement du 13ème salaire, des annuités, de l'indexation, et la garantie d'une rémunération au moins égale au salaire minimum des classes correspondant à la fonction ;
- **la motion de Madame la députée Edna Chevalley.** Elle a conduit à la revalorisation de toutes les professions soignantes diplômées dès janvier 2002 ;
- **l'introduction des indemnités** de piquet, de travail des dimanches et jours fériés dans les EMS, qui a été mise en vigueur progressivement en 2002 et 2003 ;
- **la Conférence de concertation ressources humaines (CCRH).** Ses travaux ont débouché en été 2003 sur de nombreuses recommandations d'harmonisation et elle a étudié notamment la faisabilité d'une convention collective de travail dans le secteur parapublic de la santé ;
- **l'application de certaines dispositions de la Loi sur le personnel de l'Etat (LPers-VD) au secteur parapublic de la santé en 2003.** Ces dispositions englobent l'introduction de la 5ème semaine de vacances pour le personnel jusqu'à 49 ans, la compensation du travail de nuit à raison de 120%, l'octroi des congés spéciaux. S'y ajoute, pour l'OMSV seulement, la réduction du temps hebdomadaire de travail de 42h30 à 41h30 ;
- **l'amélioration du statut du personnel des associations/fondations de l'OMSV rémunéré à l'heure.** Entré en vigueur en 2003, il s'agit du paiement effectif des temps de déplacements, administratifs et des colloques, du paiement des jours fériés, de l'amélioration des conditions de versement du salaire en cas de perte de gain, de l'élévation du salaire minimum et du dé plafonnement de certaines classes de salaire ;
- **l'accord salarial entre les partenaires sociaux du secteur parapublic de la santé** (à l'exception de l'OMSV). Intervenu en novembre 2005 et valable pour la période 2005-2006, il détermine l'instauration d'un salaire minimum universel de Fr. 3'500.- et d'une annuité

- fixe de 650 francs par an pour le personnel en progression salariale ;
- **la déclaration d'intention annoncée conjointement en novembre 2006 par tous les partenaires sociaux du secteur parapublic de la santé.** Aboutissement important d'un long processus de négociations commencé en 2003, elle prévoyait qu'une convention collective de travail serait signée pour entrer en vigueur au printemps 2007.

On peut mentionner également les mesures prises par l'Etat pour mettre en oeuvre la décision de la Confédération de soumettre les médecins-assistants à la Loi sur le travail dès le 1er janvier 2005.

### *6.2.2 Difficultés de comparaison*

Il convient de relever qu'une comparaison point par point des conditions de travail du secteur sanitaire subventionné est extrêmement difficile car les prestations d'un employeur, quel qu'il soit, doivent être jugées sur l'ensemble des conditions offertes. Si les comparaisons sont relativement aisées s'agissant du nombre de semaines de vacances, de la durée du temps de travail, de la durée de versement du salaire en cas d'incapacité de travail et des congés, d'autres éléments sont extrêmement difficiles, voire impossibles à comparer. Tel est le cas de la prévoyance professionnelle. Tel est également le cas du système de rémunération. Car il ne suffit pas de dire que l'échelle des salaires de l'Etat est appliquée pour qu'elle le soit réellement. D'une part, c'est le niveau de fonction qui détermine la classe applicable et, dans ce domaine, il faut rappeler que le secteur subventionné connaît une pratique différente de l'Etat. Les associations faîtières déterminent elles-mêmes des critères d'application autorisant une souplesse dont les effets ne sont pas linéaires - plus favorables dans certaines situations et moins dans d'autres. D'autre part, la fixation des salaires est réalisée de manière décentralisée en l'absence de règles uniformes, précises et contraignantes, ce qui laisse aux institutions employeuses une marge d'appréciation relativement importante engendrant elle aussi des disparités.

En dehors de ces considérations générales, chaque grand secteur d'activité présente des particularités.

### *6.2.3 Les hôpitaux*

Jusqu'en 2006, la Convention vaudoise d'hospitalisation (CVHo) prévoyait qu'en contrepartie du financement consenti par l'Etat et les assureurs, les hôpitaux signataires s'engageaient à respecter le statut du personnel édicté par leur association professionnelle (FHV). A partir de 2007, cette obligation fait partie des contrats de prestations. Ce statut, sur certains aspects, est proche de la LPers - barème de rémunération des soignants devenu contraignant depuis la revalorisation de 2002, compensation du travail de nuit à 120% dès 20 heures, 5ème semaine de vacances, etc.

Les modalités d'application du statut de référence de la FHV au personnel des hôpitaux, y compris celui des divisions C, restent néanmoins particulières à chaque établissement et sont sujettes à l'appréciation des directions. Une marge d'interprétation est notamment laissée aux établissements en ce qui concerne la rémunération des fonctions administratives et des fonctions non qualifiées. Ainsi, les classes 1-3 ont été maintenues alors qu'elles ont disparu dans les autres secteurs de la santé, et les aides sont positionnées dans une classe unique.

### *6.2.4 Les établissements médico-sociaux*

Les deux associations faîtières - AVDEMS et FEDEREMS - ont chacune leur statut-cadre et leur règlement d'application. Comme pour les hôpitaux, les modalités d'application restent subordonnées à la décision des directions d'établissements, sous réserve d'accords particuliers ou de contraintes légales. Les recommandations des deux organisations concernant la politique de rémunération diffèrent notablement. Alors que l'AVDEMS se réfère à l'échelle de traitement de l'Etat, la FEDEREMS privilégie clairement une politique salariale "au mérite" sans référence à une quelconque échelle de traitement.

### 6.2.5 Les organisations d'aide et de soins à domicile

L'OMSV applique en principe et par analogie la LPers à son personnel (art. 11 RLOMSV). Les associations/fondations quant à elles appliquent à leur personnel le statut édicté par l'OMSV, conformément aux conventions par lesquelles ils sont liés.

Lors de l'élaboration de ce statut du personnel au début des années nonante, l'OMSV a bénéficié d'une marge de souplesse et d'adaptation importante. Les soins à domicile connaissent en effet des particularités de fonctionnement qui n'existent pas dans les missions des autres partenaires sanitaires (déplacements, clientèles et activités très irrégulières, type de fonctions spécifiques, etc.). Au final, le statut du personnel mensualisé des associations/fondations s'aligne sur celui de la LPers, à quelques nuances près. En revanche, les collaborateurs qui sont engagés sur la base d'un contrat horaire sont régis par un statut particulier, considéré par beaucoup comme précaire, mais qui au cours des ans a connu d'importantes améliorations dont il a déjà été question (6.2.1).

## 7 SALAIRES DES DIRECTIONS

### 7.1 Institutions socio-éducatives

La situation des fonctions directoriales dans les institutions socio-éducatives est réglée par la "charte directoriale de l'AVOP" qui fixe de manière claire la limite supérieure de leur rémunération. Il s'agit de la classe 32 de l'échelle des salaires de l'Etat de Vaud. Si cette charte est encore appliquée aujourd'hui, elle ne répond toutefois plus de manière satisfaisante au statut des directions, notamment pour les grandes institutions. La révision de ce texte et l'élaboration d'une nouvelle grille de classification pour les directions d'établissements socio-éducatifs devront être réalisées dans un proche avenir.

### 7.2 Institutions sanitaires et médico-sociales

#### 7.2.1 Modification de la LPFES

Une modification de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES) a été acceptée par le Grand Conseil en novembre 2006. Elle introduit un renforcement des contrôles, notamment dans les domaines des conditions de travail du personnel.

Son article 4b al.2 détermine que le Conseil d'Etat " *fixe un barème de rémunération pour les fonctions directoriales et administratives des établissements*" entrant dans son champ d'application, notamment les hôpitaux de la FHV et les EMS de l'AVDEMS et de la FEDEREMS, en tenant compte " *de leur spécificité, (...) de leur taille, de leurs missions et des responsabilités dévolues à ces fonctions*". Les associations faîtières sont consultées avant cette fixation.

La nouvelle LPFES est entrée en vigueur en avril 2007 après quelques mois d'attente consécutifs au recours suspensif déposé devant la Cour constitutionnelle par l'Associations des résidents d'EMS (Résid'EMS) à la fin de l'année 2006. La Cour a levé l'effet suspensif concernant le renforcement des moyens de contrôle, à l'exception de deux articles (29b et 32b) qui ne concernent pas les domaines des conditions de travail.

### 7.2.2 Les hôpitaux

Avec l'entrée en vigueur de la LPFES, les pratiques relatives à la rémunération des directeurs d'hôpitaux, qui jusque là ne connaissaient pas de règles normatives, changeront. Les bases nécessaires à la fixation de normes font partie maintenant de la nouvelle formule de reporting déjà mise en place. Cette formule est liée au Règlement fixant les normes relatives à la comptabilité, au système d'information, à la révision du reporting annuel et au système de contrôle interne des hôpitaux reconnus d'intérêt public (RCCI) entré en vigueur le 1er juillet 2005. Elle impose à tout hôpital l'obligation de transmettre chaque année au chef du SSP, et ce de manière confidentielle, les montants des cinq salaires administratifs et des cinq salaires médicaux les plus élevés. Le règlement d'application de la LPFES fixera le barème des salaires des directeurs d'hôpitaux, avec des maxima qui tiendront compte de critères telles que la taille et les missions, le CHUV permettant de déterminer le sommet de ce barème. L'adaptation se fera de manière progressive et en tenant compte de la situation actuelle telle qu'elle ressort de ce reporting.

### 7.2.3 Les établissements médico-sociaux

La LPFES qui donne au Conseil d'Etat les compétences nécessaires pour fixer les barèmes des salaires directoriaux dans les EMS introduit un véritable changement de culture. Pour s'en convaincre, il n'est que de rappeler quelques faits passés.

Constatons tout d'abord que la mise en place d'une base légale concernant les salaires de direction dans les EMS a subi deux fois les conséquences d'une opposition qui ne lui était pas destinée. En avril 2005, en effet, le peuple a rejeté la Loi sur les EMS (LEMS) que le Grand Conseil avait acceptée en décembre 2004 et qui comportait les articles permettant de combler le vide juridique sur ce point. Les opposants ne visaient cependant pas cet aspect de la loi. Une configuration similaire s'est reproduite en décembre 2006, puisque la LPFES a de nouveau été l'objet d'une opposition ciblée sur d'autres enjeux. L'opposition n'aura finalement fait que retarder son entrée en vigueur.

Les remous suscités par la révélation de certaines situations excessives et les travaux de la CEP-EMS avaient amené le Conseil d'Etat à prendre position sur le sujet dès le début des années 2000. S'il avait admis qu'un directeur d'EMS devait disposer d'une certaine liberté de gestion, il avait également affirmé que cette liberté devait être limitée au nom des intérêts publics en jeu (intérêts publics consacrés par l'octroi de la reconnaissance d'intérêt public et par le large financement public de l'activité médico-sociale). Cette position a du reste été avalisée par le Tribunal fédéral [voir 5]. Le Conseil d'Etat considérait en outre qu'il était important de ne pas favoriser des pratiques dont les effets se feraient au détriment des conditions de travail du personnel et, en fin de compte, de la qualité des soins.

Cependant, jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle base légale, la pratique des EMS est celle de leur association professionnelle respective. Le principe qui veut que chaque employé ait droit au salaire minimum de la classe de fonction dans laquelle il est colloqué [voir 6] est appliqué aux fonctions directoriales. Les rémunérations des directeurs sont donc bornées par un minimum et un maximum, mais ces limites sont flexibles.

Tableau 7.2.3.1 : Salaires des directeurs : barème AVDEMS

Catégorie d'établissement	Nb de lits	Salaire minimum	Salaire maximum
Petit	≤25	99'035	121'145
Moyen	26 - 70	109'061	147'292
Grand	>70	129'567	177'437

Le statut professionnel prévoit trois catégories en fonction de la taille des établissements. Le tableau 7.2.3.1 indique les limites inférieures et supérieures des salaires directoriaux bruts, 13ème salaire compris, pour l'année 2005.

Ce barème est complété par deux critères additionnels

- Dans chaque catégorie d'établissements, les maxima peuvent être relevés jusqu'à 10% si l'établissement propose des activités hors exploitation en relation directe ou indirecte avec les buts de l'institution (notamment Unité d'accueil temporaire, fourniture de repas à domicile, exploitation d'un restaurant ouvert au public et aux résidents) et que ces activités représentent plus de 10% du chiffre d'affaires de l'EMS ;
- lorsque la personne dirige plusieurs institutions, la catégorie de salaire est déterminée par la somme des lits des institutions.

Il est difficile d'établir un parallèle avec l'échelle des salaires de l'Etat, car les limites des catégories ne correspondent pas à celle des classes de l'Etat. On peut dire toutefois que les maxima des catégories 1, 2, et 3 du tableau précédent correspondent respectivement et approximativement aux maxima des classes 27, 31 et HC4 de l'Etat. Avec l'addition d'un supplément de 10%, la correspondance se déplace vers les classes 29, HC2, et HC5 + 10'000.

Il est en outre probable que les rémunérations des responsables d'institutions dont la forme juridique permet une redistribution des bénéfices à d'autres fins que l'activité médico-sociale dépassent ces limites. Le Conseil d'Etat, qui était informé de quelques cas excessifs, considère que de telles situations ne sont pas admissibles. La mise en oeuvre de la LPFES et de ses dispositions d'application règlera définitivement la situation.

*Tableau 7.2.3.2 : Salaires des directeurs : barème FEDEREMS*

Catégorie d'établissement	Nb de lits	Salaire minimum	Salaire maximum
Petit	≤ 30	Classe 28	Classe 32
Moyen	31 - 60	Classe 32	Hors classe
Grand	> 60	Hors classe	Hors classe

Les bornes fixées par la FEDEREMS sont plus élevées et moins précises que celles de l'AVDEMS. De surcroît elles ne sont qu'indicatives puisque la FEDEREMS prévoit que la décision relative aux cadres supérieurs d'une institution est de la compétence exclusive des Comités ou des Conseils d'administration (voire de l'exploitant lui-même pour les 40% des institutions de la FEDEREMS qui sont des sociétés de personnes).

#### 7.2.4 Entrée en vigueur de la LPFES

Le règlement d'application de la LPFES est en préparation. Il déterminera les critères de classification des fonctions de direction d'EMS, et fixera, dans une annexe, les bornes inférieures et supérieures des rémunérations de chaque classe qui correspondront au barème actuel de l'AVDEMS. Ces bornes devraient être indexées annuellement selon les règles applicables au personnel de l'Etat.

#### 7.2.5 Les organisations d'aide et de soins à domicile

L'OMSV et ses associations/fondations ne sont pas des établissements sanitaires au sens de la LSP et ne sont donc pas régies par la LPFES.

Conformément au règlement sur l'OMSV de 2001, le barème des salaires de l'OMSV et des

associations/fondations d'aide et de soins à domicile est analogue à celui de l'Etat. Les fonctions dirigeantes n'y font pas exception. Leurs positionnements respectifs sont définis de manière précise :

- La fonction de directeur de l'OMSV est classifiée hors classe 2.
- La fonction de direction d'une association/fondation d'aide et de soins à domicile est classifiée 29-32.

## **8 INTENTIONS DU CONSEIL D'ETAT CONCERNANT LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL DANS LES DOMAINES SOCIO-EDUCATIF, SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL ET CONSEQUENCES FINANCIERES**

### **8.1 Domaine socio-éducatif**

Les intentions du CE dans le domaine socio-éducatif sont étroitement liées au contexte de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT).

La reprise au 1er janvier 2008 de la gestion des prestations collectives de l'AI assortie d'une phase transitoire de trois ans au cours de laquelle les cantons sont tenus de reprendre les prestations actuelles de l'OFAS, sans préjudice pour les bénéficiaires ni pour les institutions, limite considérablement la marge de manœuvre du Conseil d'Etat en la matière.

Répondant à l'exigence de la Loi fédérale sur les institutions d'intégration pour les invalides (LIPPI), les cantons devront élaborer un plan stratégique qu'ils devront soumettre à l'approbation du Conseil fédéral et qui définira notamment les nouveaux systèmes de financement à l'exploitation et à l'investissement des homes, centres de jour et ateliers protégés. Il faudra également procéder à un inventaire du parc immobilier, préciser les modalités de maintenance et définir une politique d'investissement dans ce secteur d'activité.

L'ensemble de ces réflexions devra s'inscrire dans une redéfinition de la politique en faveur de la personne handicapée. Ce plan stratégique cantonal sera soumis au Grand Conseil et il impliquera des révisions légales en profondeur dans le domaine du handicap.

### **8.2 Domaine sanitaire et médico-social**

Le Conseil d'Etat est conscient des inégalités qui caractérisent les conditions de travail des personnels des établissements sanitaires subventionnés et de l'impact que cette situation peut avoir, tant sur l'attractivité des métiers de la santé que sur la qualité et la sécurité des prestations. C'est notamment pour y remédier qu'il a soutenu financièrement les efforts d'harmonisation qui ont été déployés depuis le début des années 2000. En avril 2004, il avait annoncé son appui à la conclusion d'une convention collective de travail (CCT) dans le secteur parapublic de la santé, confirmant ainsi l'intention inscrite dans son programme de législature 2003-2007 (Action n°7 : Incitation à l'élaboration d'une CCT pour le secteur parapublic en améliorant les conditions de travail du personnel, notamment hospitalier et para-hospitalier) pour laquelle sa planification financière prévoyait un montant maximum de 13 millions. Ce montant n'a cependant pas été alloué pendant la législature 2003-2007.

C'est donc avec le soutien formel du Conseil d'Etat, mais sans les moyens financiers correspondants, que les partenaires sociaux du secteur sanitaire parapublic, soit :

- la plateforme patronale d'une part : AVDEMS, FEDEREMS, FHV, OMSV ;
- et la plateforme des travailleurs d'autre part : ASI-section Vaud (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers), Avenir social section VD/GE, SYNA Syndicat interprofessionnel, SUD (Fédération syndicale SUD - Service public), APEMS (Association du personnel des EMS vaudois), ASE-Vaud (Association Suisse des Ergothérapeutes), ASDD (Association Suisse des Diététiciens et Diététiciennes), et Syndicat suisse des services publics SSP-VPOD, section santé, social, parapublic, d'autre part ;

sont parvenus à un accord et ont conclu, le 1er octobre 2007, une Convention collective de travail qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2008 pour une durée indéterminée.

Commencées en 2003, les négociations de la CCT ont abouti au terme de près de quatre ans d'efforts des partenaires. Après une déclaration commune d'intentions publiée en novembre 2006 et annonçant une signature de la CCT attendue pour le début 2007, les discussions se sont poursuivies encore jusqu'à la fin septembre de la même année. Le Conseil d'Etat a attendu l'aboutissement des négociations et l'entrée en vigueur de la CCT, et il a différé sa réponse jusque là, car il est persuadé que l'établissement d'un partenariat social dans le secteur sanitaire parapublic, sanctionné par la signature d'une convention, constitue la réponse la plus appropriée aux questions et aux demandes des divers postulats parlementaires et pétitions syndicales en suspens.

S'agissant d'établissements privés, l'Etat ne pouvait pas participer plus activement à ces négociations que ce qu'il a fait. Il a donné son appui sur le plan des principes, il a assorti cet appui d'un engagement de soutien financier qu'il a subordonné aux disponibilités budgétaires. Les engagements financiers qui n'ont pas pu être tenu lors de la précédente législature, le seront maintenant que la CCT est signée.

Les améliorations prévues par la CCT sont les suivantes :

1. Adaptation des salaires (indexation et augmentations statutaires) au 1er janvier de chaque année, de manière analogue à la pratique du secteur public ;
2. Congé maternité de 16 semaines et congé d'allaitement d'un mois, payé à 100% ;
3. Congé d'adoption de 8 semaines, payé à 100% ;
4. Octroi d'une sixième semaine de vacances pour tout le personnel dès 50 ans ;
5. Paiement du salaire en cas de maladie ou d'accident, sans perte du pouvoir d'achat, pendant 720 jours ;
6. Attribution du 1% de la masse salariale à la formation ;
7. Salaire minimum universel de Fr. 3'600.- dès le 01.01.2008 ;
8. Abaissement de la durée hebdomadaire de travail à 41h30 dès 2009.

Ces améliorations ont évidemment un coût et leur réalisation dépend de la capacité des institutions à les financer. En d'autres termes, et compte tenu des modes de financement des institutions sanitaires parapubliques, la réussite de cette CCT dépend très largement des moyens financiers supplémentaires que l'Etat et les autres partenaires payeurs accorderont. Si ces moyens étaient insuffisants, les employeurs pourraient être amenés à dénoncer la convention dans les délais prévus (quatre mois) et des négociations devraient être reprises.

A titre de comparaison, on peut observer que les conditions prévues par la CCT diffèrent en plusieurs points de celles du personnel des institutions sanitaires publiques fixées par le LPers-VD. Il s'agit :

- de la 6ème semaine de vacances dès 50 ans, qui n'existe pas à l'Etat,
- du salaire minimum à Fr. 3'600, qui est actuellement de Fr. 3'500 à l'Etat mais qui devrait passer à Fr. 3'600 avec l'entrée en vigueur de DECFO-SYSREM, et
- de la couverture du salaire en cas de maladie ou accident pendant 720 jours sans perte de pouvoir d'achat, alors que la durée est de une année à 100% et de une année à 80% pour le personnel de l'Etat.

La CCT résulte d'une négociation partenariale entre employeurs et employés développée autour de conditions considérées comme prioritaires par les partenaires, il est dès lors normal que le résultat s'écarte des conditions de la LPers-VD, puisque ce texte ne fait plus office de référence contraignante.

A propos du salaire minimum, rappelons qu'un accord avait été passé entre les employeurs et les syndicats en novembre 2005 déjà, portant à Fr. 3'500.- le salaire minimum pour le personnel soignant dès le 1er janvier 2006. C'est ensuite dans le cadre des négociations de la CCT que les plateformes d'employeurs et de travailleurs se sont accordées pour porter ce salaire minimum à

Fr. 3'600.- pour tous dès la signature de la CCT.

Attendue au début de 2007, la CCT n'a finalement été signée que neuf mois plus tard, mais malgré ce délai supplémentaire, le salaire minimum a été porté à Fr. 3'600.- pour le personnel soignant dès janvier 2007, et pour les autres personnels dès juillet de la même année. Le financement de cette mesure a été intégré dans les budgets 2007.

### 8.2.1 Conséquences financières

Une partie des améliorations prévues par la CCT sont entrées en vigueur dès 2007 en prévision de la signature de la CCT attendue de manière imminente.

C'est notamment le cas des conditions 1 (adaptation des salaires), 2 (congé maternité et allaitement), 3 (congé d'adoption), 4 (6ème semaine de vacances dès 50 ans) et 7 (salaire minimum de 3'600) dans tous les établissements de la FHV, de l'AVDEMS et de la FEDEREMS.

Par contre, le statut du personnel et la grille salariale de l'OMSV n'ont pas été modifiés en 2007 car ils satisfaisaient déjà les conditions des points 1, 2, 3 et 7. Le point 4 (6ème semaine de vacances dès 50ans) a été introduit en 2008.

Pour la FHV, l'AVDEMS et la FEDEREMS, le financement de ces mesures a été intégré dans les subventions des hôpitaux, respectivement les tarifs des EMS. Pour 2007, ces mesures ont représenté un coût global de Fr. 4.3 millions selon la répartition suivante.

Tableau 8.2.1 : Coûts des améliorations CCT en 2007

En millions de francs	Salaire minimum 3'600	Congés parentaux	6ème semaine vacances dès 50 ans	Total
Hôpitaux	0.1	0.8	1.2	2.1
EMS	0.2	0.5	1.5	2.2
<b>Total</b>	<b>0.3</b>	<b>1.3</b>	<b>2.7</b>	<b>4.3</b>

En 2008, les conséquences financières de l'introduction des conditions 5, 6, 7 dans les hôpitaux et les EMS, et du point 4 dans les CMS représentent un coût de 3.5 millions de francs répartis comme suit :

Tableau 8.2.2 : Coûts de la CCT en 2008

En millions de francs	Formation : 1% de la masse salariale	6ème semaine vacances dès 50 ans	Assurance perte de gain (720 jours)	Total 2008
Hôpitaux	0.6	--	0.6	1.2
EMS	0.7	--	0.5	1.2
CMS		1.1	--	1.1
<b>Total</b>	<b>1.3</b>	<b>1.1</b>	<b>1.1</b>	<b>3.5</b>

#### Attribution de 1% de la masse salariale à la formation :

Jusqu'à l'introduction de la CCT, les institutions consacraient déjà des moyens importants à la formation continue (environ 3 jours par année et par collaborateur) et à la formation de base (formations en cours d'emploi). Pour les hôpitaux, les coûts pris en charge par les employeurs représentaient environ 0.55% de la masse salariale. Pour les EMS, cette part était d'environ 0.8%. Quant aux CMS, le financement y était déjà égal ou supérieur à 1%. En 2008, les coûts indiqués représentent les compléments (à 1%) des parts déjà attribuées à la formation.

#### 6ème semaine de vacances dès 50 ans

En 2008, seule l'OMSV et ses associations/fondations devra introduire cette mesure, déjà introduite en 2007 dans les hôpitaux et les EMS. Le coût est égal au coût du renforcement nécessaire dans les

équipes pour compenser la diminution des heures travaillées.

*Paiement du salaire en cas de maladie ou d'accident, pendant 720 jours au maximum, sans perte de pouvoir d'achat.*

Il s'agit pour les institutions d'ajuster leur couverture d'assurance perte de gain (APG). Jusqu'à 2008, les situations varient d'une institution à l'autre, avec des couvertures oscillant entre 80% et 100%. En 2008, les coûts indiqués représentent la part des employeurs pour les compléments nécessaires d'APG.

Tableau 8.2.3 : *Coûts de la CCT en 2009*

En millions de francs	Horaire hebdomadaire de 41h30	
	Remplacement à 100%	Remplacement partiel
Hôpitaux	8.1	6.7
EMS	9.5	6.8
CMS	--	--
<b>Total</b>	<b>17.6</b>	<b>13.5</b>

#### *Réduction de l'horaire de travail à 41h30*

En 2003, les modifications apportées par la LPers-VD ont été étendues au secteur sanitaire parapublic, de manière partielle et variable selon les types d'établissements. La réduction de l'horaire hebdomadaire à 41h30, notamment, n'a été introduite ni dans les hôpitaux ni dans les EMS, mais dans les CMS seulement. Le coût de cette mesure coïncide avec celui du renforcement nécessaire des équipes de soins et des services de soutien, en compensation de la diminution des heures travaillées. Il dépend donc du taux de remplacement indispensable. Dans l'hypothèse d'une nécessité de remplacement à 100%, il est globalement de 17.6 millions pour les hôpitaux et les EMS. A titre de comparaison, on peut rappeler qu'un remplacement à 85% pour le personnel soignant et à 60% pour les autres personnels avait été octroyé aux Hospices-CHUV en 2003, lors de l'entrée en vigueur de la LPers-VD. Depuis lors, des renforcements se sont cependant avérés indispensables. Dans une telle hypothèse (de remplacement partiel), le coût estimé serait de 13.5 millions. Compte tenu des contraintes d'économie auxquelles les institutions sanitaires parapubliques ont été confrontées pendant plusieurs années, la nécessité d'un remplacement à 100% doit être retenue.

#### *8.2.2 Principes de financement de la CCT*

En 2008, les améliorations de la CCT sont financées dans le cadre des budgets qui ont été alloués aux institutions et sans financement supplémentaire.

En 2009, le financement des coûts de la CCT devrait se répartir sur l'ensemble des payeurs du secteur sanitaire et médico-social, selon les règles en vigueur.

#### Effort de l'Etat

Depuis plusieurs années, le Conseil d'Etat a appliqué un principe de symétrie entre les secteurs sanitaires public et parapublic, tant dans les périodes de restrictions budgétaires (avec l'application par analogie de l'essentiel des mesures prévues par l'accord salarial 2005-2007 conclu entre la délégation du Conseil d'Etat aux ressources humaines et la Fédération des fonctionnaires FSF, par exemple) que dans les décisions de revalorisation ou de modification légale (revalorisation de la classification des professions soignantes diplômées en 2002, introduction partielle des améliorations prévues par la LPers-VD en 2003).

En 2008 et 2009, l'Etat introduira un nouveau système de classification (DECFO) et de rémunération du personnel (SYSREM). Par ce changement l'Etat entend améliorer les conditions salariales de son personnel et il est prêt pour cela à injecter des moyens supplémentaires. Dans cette perspective, et

compte tenu du fait que le montant de 13 millions prévu pour la CCT lors de la précédente législature n'a pas été alloué, le Conseil d'Etat a décidé de consentir un effort financier pour la CCT du secteur parapublic de la santé en allouant 6 millions en 2009 et 7 millions en 2010 à ce secteur. Ce financement est subordonné à la condition que la CCT ne soit pas dénoncée.

Le fractionnement du financement sur deux ans obligera les partenaires sociaux à négocier la manière d'introduire progressivement la réduction horaire hebdomadaire. Les partenaires s'y sont engagés et ont donné au Conseil d'Etat l'assurance qu'ils ne dénonceraient pas la CCT à la fin de l'année 2008.

#### Tarifs socio-hôteliers des EMS

Dans les EMS, une partie de l'augmentation des coûts des prestations consécutive à la CCT sera financée par l'augmentation des tarifs socio-hôteliers. Ils sont assumés à raison d'environ 25% par les résidents autonomes et pour le solde par les résidents au bénéfice des régimes sociaux.

#### Communes

Les Communes participent au financement des EMS de manière paritaire avec l'Etat (par le biais des tarifs sociaux, d'une part, et du coût des soins, d'autre part). Elles devront donc prendre en charge une partie des coûts de la CCT. Pour l'année 2009 l'augmentation de charges pour les Communes sera de 1.5 million. Compte tenu du fractionnement sur deux ans de la réduction horaire hebdomadaire, les Communes subiront également une augmentation de charges du même ordre en 2010.

#### Assureurs

La participation des assureurs dépendra des modifications qui interviendront dans la LAMal dans le cadre des révisions en cours.

Pour les hôpitaux, les coûts des améliorations de la CCT sont maintenant intégrés dans la comptabilité analytique. Ils impactent le calcul des coûts des prestations, et en principe ils devraient également impacter les tarifs négociés avec les assureurs. Les négociations de tarifs sont menées chaque année pour l'année suivante, sur la base de la comptabilité analytique de l'année précédente, ce qui introduit un décalage de 2 ans entre augmentation de coûts et participation éventuelle des assureurs. Outre ce décalage d'ordre technique, une pression constante à la baisse est exercée par les assureurs sur les tarifs négociés par le biais du "benchmarking" entre les cantons. Les effets conjugués de ces deux éléments font que les assureurs ne financeront rien pour la CCT en 2009 et 2010, et que la hauteur de leur participation à partir de 2011 est très incertaine.

Pour les EMS, il est également difficile d'anticiper une participation des assureurs à l'augmentation du coût des soins consécutive à la CCT. Une révision des tarifs des soins de longue durée est en cours et devrait aboutir à son terme à une fixation des tarifs par le Conseil Fédéral.

## **9 POLITIQUE DE SURVEILLANCE ET DE QUALITE**

### **9.1 Institutions socio-éducatives**

#### *9.1.1 Généralités*

Les institutions pour adultes sont soumises à la surveillance du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS). Jusqu'en 2005, il s'appuyait sur la Loi sur le financement des institutions et organismes pour personnes handicapées adultes LH (art. 9), et la Loi sur la prévoyance et l'aide sociales (LPAS) (art. 11). Le 1er janvier 2006, la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (LAIH) est entrée en vigueur. Elle renforce et précise les modalités de surveillance des institutions. Elle porte tant sur les prestations offertes que sur le plan financier.

Depuis 1999, le SPAS a systématisé l'application de critères de qualité dans les institutions socio-éducatives du canton. Il a également participé au développement d'un référentiel en la matière. Un premier bilan du degré d'application de ces critères a été effectué en 1999, dans chaque institution,

avec la fixation d'objectifs d'amélioration.

Depuis 2002, l'OFAS subordonne l'octroi de ses subventions à l'obtention d'un certificat de qualité correspondant à l'application des normes qu'il fixe. Ces dernières recouvrent largement les exigences cantonales en matière de qualité des prestations. Une part du contrôle de qualité est donc effectuée par la voie des audits de certification.

L'implication directe du canton dans la surveillance reste cependant indispensable. En 2006, le SPAS a procédé, par des réallocations internes, à un renforcement de son dispositif de surveillance en engageant un collaborateur supplémentaire (1 EPT) et en affectant à cette mission une part plus importante (50%) du temps de travail de deux conseillers éducatifs. Le contrôle des institutions comprend désormais des visites non annoncées, au rythme d'une par année. Des critères de sécurité et de qualité ont été élaborés. Ils sont fondés notamment sur les droits de la personne handicapée.

### *9.1.2 Droit des personnes handicapées*

Les démarches qualité des établissements comprennent des critères relatifs à la protection des droits des personnes handicapées ou en difficultés sociales. La mise en place de procédures de plaintes et la création d'une instance de recours ayant regard sur toutes les institutions sont donc indispensables. La procédure de plainte doit être écrite et remise aux intéressés. L'instance de recours doit être indépendante des organes de gestion de l'institution.

Afin de renforcer le dispositif, une Commission d'éthique et de déontologie des institutions sociales vaudoises (CEDIS-Vaud) a été créée pour valider les pratiques éducatives et apporter une expertise sur des questions éthiques. En attendant la mise en place d'une instance ad hoc, elle s'occupe également de l'examen des plaintes. Sa mise en œuvre résulte d'une concertation entre l'AVOP et le SPAS qui en ont fixé la présidence, la composition et les attributions. La commission est opérationnelle depuis 2004, elle comprend des représentants des institutions, du SPAS, des usagers et des milieux qui défendent leurs intérêts.

Une mesure de la satisfaction des usagers a également été définie. Des instruments ont été développés et adoptés par les institutions. Ils permettront de fixer des objectifs d'amélioration sur la base des mesures effectuées.

### *9.1.3 Commission d'examen des plaintes et instance de médiation*

Un élargissement de l'instance de médiation santé existante au secteur des établissements socio-éducatifs ainsi que la création d'une commission des plaintes pour les résidents des établissements socio-éducatifs et des EMS seront introduites par la révision de la LAIH et de la LSP prévues en 2008 (voir 9.2.6).

### *9.1.4 Directive sur les mesures de contrainte*

Répondant à une pétition lancée par les associations de défense des personnes handicapées, le DSAS a édicté une directive relative aux mesures de contrainte pratiquées dans les institutions socio-éducatives : elle est en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Un comité de suivi a été mis sur pied pour recenser et analyser les pratiques des institutions dans ce domaine. Celles-ci doivent désormais être signalées tant au médecin cantonal qu'à l'autorité de surveillance. Un bilan a été effectué en fin d'année 2006.

### *9.1.5 Handicap mental et psychiatrie*

La prise en charge psychiatrique et socio-éducative des personnes handicapées mentales atteintes de troubles psychiques et/ou du comportement exige une vigilance particulière en relation avec les mesures de contrainte. C'est pourquoi le Conseil d'Etat a décidé de renforcer l'équipe mobile spécialisée placée sous la responsabilité médicale du CHUV dans le cadre du dispositif de collaboration psychiatrie-handicap mental (DCPHM). Cette équipe pluridisciplinaire peut désormais augmenter très sensiblement ses interventions de manière à prévenir les situations de crise et, cas échéant, mieux gérer les situations difficiles.

### *9.1.6 Allocation de ressources et contrôle financier*

Les institutions négocient leur budget. Dans quelques rares cas, un prix de journée est accordé sur la base d'éléments financiers fournis par l'institution. En 2005, sur un total de Fr. 190 millions à financer, Fr. 32.6 millions (17%) sont à la charge du canton. Ces montants n'incluent pas les ateliers protégés. Pour ces derniers, il n'y a pas de négociations budgétaires. Des modalités de recueil d'information sont mises en places ainsi que des instruments de gestion. Le SPAS finance une part se situant entre 18% et 22% de la subvention de l'OFAS selon le type d'atelier. En 2004, ce montant représentait Fr. 6.4 millions. Dès 2008, suite à la nouvelle péréquation financière entre Confédération et cantons, les ateliers protégés seront financés par ces derniers.

Les comptes des établissements socio-éducatifs sont reportés sur les formulaires officiels et font l'objet d'une analyse portant notamment sur les écarts constatés avec le budget. Les écarts sont acceptés ou refusés en fonction de leur justification. La bonne tenue des comptes des établissements est contrôlée par les réviseurs chargés du contrôle des comptes et qui sont propres à chaque établissement. Sur demande du SPAS, le Contrôle cantonal des finances intervient (en général 2 institutions par année font l'objet de ce contrôle particulier).

## **9.2 Institutions sanitaires et médico-sociales**

### *9.2.1 Généralités*

La surveillance de la sécurité et de la qualité dans les institutions sanitaires est ancrée dans la LPFES (art. 32b). Pour les institutions médico-sociales, elle est de plus inscrite dans LAPRAMS (art. 7). En conséquence, cette surveillance est exercée conjointement par le Service de la santé publique (SSP) et par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) sur les 164 institutions d'hébergement médico-social du canton, et elle est exercée par le seul SSP, sur les quelques 100 institutions sanitaires (non médico-sociales), qui comprennent 13 établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public, 12 cliniques privées, les organisations de soins à domiciles (8 associations/fondations régionales et 18 organisations privées) et 49 établissements sanitaires ambulatoires (policliniques, permanences, centres médicaux, etc.)

Au total, plus de 260 établissements sont soumis à la surveillance du DSAS.

Pour assurer leur mission commune en matière d'hébergement, le SSP et le SASH développent une politique intégrée de surveillance et de promotion de la qualité, associant les contrôles de type police sanitaire et la promotion de démarches qualité conduites par les institutions. Cette double approche concerne principalement les EMS. Elle permet d'améliorer la qualité des prestations et de simplifier les procédures de contrôle.

Pour concourir plus efficacement au maintien de la qualité et favoriser le bon exercice de son contrôle, le DSAS développe également des mesures en faveur de la promotion des droits des patients et de l'information à la population.

L'action de l'Etat en faveur de la qualité est donc multiple et ne se limite pas à de la surveillance

"stricto sensu". Elle englobe :

- les inspections et les contrôles ;
- la promotion des démarches qualité ;
- l'information à la population ;
- la promotion des droits des patients.

### 9.2.2 Contrôle de type sanitaire

#### **Contrôles des EMS**

La Coordination Interservices des Visites en Etablissements Médico-Sociaux (CIVEMS) est l'organe de contrôle et de surveillance de la sécurité et de la qualité de l'accompagnement des résidents dans les EMS du canton. Sa mission couvre tous les EMS au bénéfice d'une autorisation d'exploitation, et les divisions C d'hôpitaux quelle que soit leur mission, - gériatrie, psycho-gériatrie ou psychiatrie. Elle est pilotée et gérée par le SSP et le SASH. Les contrôles portent sur la conformité des institutions en regard des exigences légales et de celles liées à l'autorisation d'exploiter.

Les établissements sont contrôlés en moyenne une fois tous les deux ans. Les inspections sont réalisées sans annonce préalable. De 2000 à 2005, les 164 sites d'hébergement du canton ont tous été contrôlés au moins deux fois (plus de 450 visites d'inspections). Les 164 sites comprennent : les EMS reconnus d'intérêt public (137) et les divisions C d'hôpitaux (12), tous reconnus au sens de la LAMal, ainsi que 15 homes non médicalisés. L'évaluation est effectuée à l'aide de critères permettant de mesurer la conformité aux normes utilisées. Les normes [voir 7], au nombre de six, sont basées sur les droits humains fondamentaux. Toute première visite d'inspection est suivie d'une restitution des résultats et, cas échéant, d'une fixation d'objectifs assortis de délais, qui font l'objet d'un suivi. Dans la même période, plus de 500 visites de suivi ont eu lieu. L'analyse des résultats montre une amélioration régulière : globalement le pourcentage de critères atteints passe de 46% à 60% entre les premières et les dernières visites. C'est un processus qui n'est pas achevé et de nombreux efforts restent encore à accomplir. L'interaction avec les démarches qualité est importante (voir 9.2.3).

Dotée de 1.7 EPT au moment de sa création en 1991, la CIVEMS a été renforcée entre 2001 et 2003 (+4.5 EPT) à la suite du rapport de la CEP-EMS. Sa dotation a culminé à 6.25 EPT. Elle compte actuellement 3.7 EPT. Si ce redimensionnement n'est pas étranger au contexte d'économies, il résulte aussi et surtout de l'allègement des inspections consécutif à la reconnaissance des certifications obtenues par les établissements au terme des démarches qualité qu'ils développent eux-mêmes. Mentionnons au passage que la réduction de 2.5 EPT a été réalisée par départs naturels.

#### **Contrôle des autres établissements sanitaires**

Pour les autres établissements sanitaires, les inspections sont effectuées par le SSP et interviennent dans le cadre de l'octroi des autorisations d'exploitation ou de leur renouvellement qui a lieu tous les 5 ans. En dehors de cette procédure, des inspections sont organisées soit à l'occasion de transformations architecturales ou techniques lourdes, soit en cas de plaintes ou de problèmes particuliers. On peut dire que la surveillance s'effectue pour l'essentiel de manière préventive.

En cas de problème, c'est le SSP qui instruit l'enquête sur les manquements et qui, le cas échéant, prévise pour le Chef du DSAS les mesures de sanctions préconisées. Afin d'augmenter l'adéquation des sanctions aux manquements identifiés, la LSP a introduit une gradation dans les sanctions possibles (art. 151, al. 1). Selon la gravité des cas, la sanction peut aller de l'avertissement au retrait de l'autorisation d'exploitation ou de la qualité de responsable, en passant par le prononcé d'une amende, ou d'une restriction à l'autorisation d'exploitation.

Les inspections sont effectuées sur la base d'un recueil d'informations qui a été mis au point progressivement entre 2003 et 2005 et qui constitue aujourd'hui un outil standardisé. Il s'articule

en 11 chapitres correspondant aux domaines sur lesquels porte l'évaluation et précisant les bases légales et réglementaires qui les fondent : démarches qualité, conformité de l'inscription au registre du commerce, responsabilités (d'exploitation, médicale, infirmière), personnel (dotations minimales, notamment), surveillance pharmaceutique, gestion du risque infectieux, stockage du sang, architecture, droit des patients, et publicité. Un douzième chapitre est consacré aux actions correctrices nécessaires et à leur suivi.

Compte tenu des fréquences de renouvellement d'autorisations, une vingtaine de visites d'inspection sont réalisées chaque année.

### *9.2.3 Promotion des démarches qualité dans les institutions sanitaires*

On rappellera en préambule que les prestataires de soins sont tous soumis à des exigences de qualité dans le cadre de la législation fédérale sur l'assurance maladie.

#### **Hôpitaux**

La plupart des hôpitaux ont engagé des démarches qualité. Celles-ci peuvent être sectorielles (stérilisation, laboratoires, etc.), ou globales (type ISO ou SPEQ [8]). Elles peuvent concerner l'établissement dans son ensemble, ou un site particulier. En 2006, parmi les 13 établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public, 7 avaient obtenu une certification au terme d'une démarche qualité globale, 2 avaient terminé une démarche sectorielle, et 4 étaient en cours dans une démarche sectorielle (non terminée).

#### **Etablissements médico-sociaux**

Complémentairement au travail de la CIVEMS dont les inspections, aussi régulières soient-elles, ne permettent de vérifier que ponctuellement la conformité aux normes (essentiellement sécuritaires) et leur respect, un effort est nécessaire en permanence pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents et son amélioration. C'est le rôle des démarches qualité dont les institutions sont responsables.

Le DSAS joue un rôle incitatif dans ces démarches sans intervenir directement. Il apporte un soutien en terme de promotion et de reconnaissance des démarches entreprises. A ce jour plus de 100 EMS (sur 137) ont développé une démarche qualité et obtenu une certification selon la norme de leur choix.

#### **Les organisations d'aide et de soins à domicile**

Le Règlement fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile (art.17) oblige toute organisation de soins à domicile à mettre en place une démarche qualité reconnue et fixe des exigences minimales.

Toutes les associations/fondations de l'OMSV ont été certifiées ISO 9000.

### *9.2.4 Information à la population*

Le rôle des patients dans le contrôle de la qualité des soins et des institutions de soins n'est plus à démontrer. Il peut se manifester de diverses manières, du choix des soins les plus adéquats et de l'institution "la meilleure" au dépôt d'une plainte en cas de problème avéré (voir 9.2.6). Encore faut-il que la population connaisse ses droits et ses responsabilités en tant que patient et qu'elle dispose des informations nécessaires à ses choix, s'agissant des soins dont elle a besoin.

C'est dans le but d'informer correctement la population en général, que le DSAS a développé un projet d'information à la population centré sur les questions de santé. Ce projet s'est transformé en une activité permanente "Sanimedia" assurée par la cellule Sanimedia au Service de la santé publique (site [www.sanimedia.ch](http://www.sanimedia.ch)).

"Sanimedia" a pour but d'informer les patients et leurs proches sur leurs droits et responsabilités, de

renforcer leur capacité à comprendre et choisir les meilleures orientations préventives et thérapeutiques les concernant. Cette action vise notamment à établir une meilleure symétrie dans les rapports des patients avec les soignants, les assureurs-maladie et l'Etat.

#### *9.2.5 Renforcement de la reconnaissance des droits des patients*

La question des droits des patients et du respect de ces droits est fondamentale. Elle touche à la liberté et à la dignité de la personne. La reconnaissance de ces droits s'est considérablement renforcée ces dernières années. Ce renforcement s'est traduit tout d'abord par une inscription dans la loi. Ainsi la révision de la LSP en 2002 a vu l'introduction de nombreux articles garantissant les droits des patients et les voies de recours dont ils disposent en cas de violation de ces droits.

Le chapitre III (articles 19 et suivants) traite notamment du libre choix des patients, de leur droit à l'accompagnement, de leur droit à l'information, du consentement libre et éclairé, du droit d'accès au dossier, du droit au respect de la confidentialité, de l'interdiction des mesures de contraintes, etc.

Les articles 15a à 15h instituent l'existence d'un médiateur et de deux commissions des plaintes et définit leurs compétences et les principes de leur fonctionnement.

La cellule "Sanimedia" a accompagné ce processus en éditant en 2003 une brochure d'information "L'essentiel sur les droits des patients". Deux versions de cette brochure ont été réalisées, la première est destinée au public dans son ensemble, la seconde s'adresse aux professionnels de la santé. Elles ont été et sont toujours largement diffusées. Depuis septembre 2005, la brochure "tout public" est un document commun aux cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Vaud et Valais.

#### *9.2.6 Gestion des plaintes et des conflits*

##### **Gestion des plaintes des patients**

En cas de violation des droits des patients, le Bureau de médiation (le médiateur) et les deux commissions des plaintes - commission d'examen des plaintes des patients, d'une part, et commission d'examen des plaintes concernant les EMS et les divisions C d'hôpitaux, d'autre part - sont habilités à intervenir. Le règlement du Conseil d'Etat du 17 mars 2004 en prescrit les compétences et l'organisation.

Toute personne qui a motif de se plaindre d'une violation d'un droit (des patients) reconnu par la LSP est qualifiée pour s'adresser à l'une et/ou l'autre des ces instances (LSP art. 15b).

En outre l'article 15c stipule que "l'anonymat est garanti au plaignant qui le demande ..." dans la limite où la plainte n'est pas jugée manifestement abusive.

Les deux voies de règlement des conflits - voie de la médiation, d'une part, et voie de dépôt et d'examen de plainte, d'autre part - sont complémentaires. Il s'agit de privilégier, autant que possible, la voie de la médiation. La décision d'accepter ou non cette voie appartient toutefois au plaignant et il est évident que la médiation n'est pas possible lorsque le plaignant souhaite conserver l'anonymat. Enfin, si la médiation est organisée mais qu'elle échoue, la Commission des plaintes peut être saisie. Il s'agit donc d'un processus à deux étages.

Après trois ans d'activité, on constate que le dispositif fonctionne bien. En effet, depuis son ouverture en mai 2004, le Bureau de médiation connaît une activité croissante : 30 médiations effectuées en 2004, 41 en 2005, 56 en 2006. La grande majorité des médiations (80% en 2005, 75% en 2006) débouche sur un résultat qui satisfait les parties. Parallèlement, la médiatrice a développé sur le terrain (associations d'usagers, associations professionnelles, hôpitaux, cliniques, EMS, CMS, étudiants, etc.) une importante activité d'information ciblée sur les droits des patients.

Le volume de plaintes déposées devant les deux commissions est, quant à lui, globalement stable (23 en 2004, 22 en 2005 et 25 en 2006). Les commissions constatent toutes deux que leur travail se

trouve allégé en nombre, grâce à l'intervention de la médiatrice. Lorsque les commissions sont sollicitées, il s'agit de plaintes objectivement fondées et avec un fort contenu conflictuel.

Médiateur et commissions des plaintes constatent que l'insuffisance de dialogue entre soignants et soignés est souvent à l'origine des conflits et que le travail d'information sur les droits des patients, notamment aux professionnels, doit se poursuivre.

### **Evolution pour l'ensemble du secteur sanitaire et social**

La reconnaissance des droits des patients et des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales est maintenant acquise et ancrée dans le corpus législatif ou en voie de l'être. Une révision de la loi sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées (LAIH) est actuellement en cours de consultation. Le projet introduit pour les droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales plusieurs articles largement inspirés par la LSP.

Les besoins en matière d'organes de gestion des plaintes sont comparables tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur socio-éducatif. Fort de ce constat, le DSAS a élaboré un projet visant à réorganiser le Bureau de médiation et les deux commissions des plaintes instituées par la LSP et à élargir leurs compétences au domaine socio-éducatif.

Les modifications seront introduites par une révision de la LSP et de la LAIH dans le courant de l'année 2008.

#### *9.2.7 Controlling - reporting*

### **Les hôpitaux**

La dernière modification de la LPFES a introduit les articles concernant les modalités du controlling-reporting dans les hôpitaux subventionnés (art. 32a, 32b). Ce reporting annuel doit être révisé par un organe de révision agréé, désigné par l'établissement. Les conditions d'agrément, en termes de formation, d'indépendance des mandataires, et d'attributions, sont fixées par le droit fédéral [voir 10] et la réglementation cantonale (RCCI). Le Contrôle cantonal des finances (CCF) exerce également sa surveillance. En tant que signataires de la Convention vaudoise d'hospitalisation (CVHo) jusqu'en 2006, et de contrats de prestations dès 2007, les hôpitaux doivent fournir au SSP les données de la statistique fédérale - administrative et médicale - ainsi que toutes les informations nécessaires au fonctionnement du système de financement (par exemple, données sur l'activité réalisée pour calculer la correction en fin d'exercice).

Le système de reporting a été entièrement revu en 2004-2005 et le RCCI fixe désormais les normes relatives à la comptabilité, au système d'information, à la révision du reporting annuel et au système de contrôle interne des hôpitaux reconnus d'intérêt public. Ce règlement, entré en vigueur le 1er juillet 2005, est applicable à l'entier de l'exercice 2005. Tous les hôpitaux qu'ils soient directement exploités par l'Etat, constitués en institutions de droit public ou privés reconnus d'intérêt public au sens de l'art. 4 LPFES, y sont soumis.

En partenariat avec les établissements hospitaliers, le SSP a édicté des directives comptables, un plan comptable unifié et une formule de reporting. Cette dernière est destinée à la restitution des informations par les établissements au SSP elle est composée des volets suivants :

- informations de base de l'établissement ;
- données budgétaires ;
- reporting trimestriel (données financières) ;
- reporting semestriel (activité, statistiques du personnel, données financières) ;
- reporting annuel (bilan, compte d'exploitation, d'investissement et hors exploitation, annexes et informations complémentaires).

En outre, le DSAS par l'intermédiaire du SSP peut en tout temps effectuer des audits complémentaires

dans les établissements (LPFES, art. 9 al.1).

### **Les établissements médico-sociaux**

Les audits menés dans les EMS vaudois par le Contrôle cantonal des finances entre 1996 et 1999 ont conduit le Conseil d'Etat à édicter en avril 2000 un règlement instaurant, un système de reporting et de controlling des EMS. Ce règlement est basé sur la LPFES. Cette mesure répondait aux attentes et aux observations formulées par la CEP-EMS ainsi qu'aux conclusions rendues par le CCF.

Plusieurs éléments ont justifié l'adaptation du règlement originel dont une nouvelle version (RCCMS) a été adoptée le 18 décembre 2003. Les adaptations introduites sont les suivantes :

- Les divisions C ont été intégrées dans le périmètre du contrôle.
- L'existence d'entités gérant plusieurs établissements à la suite de fusions ou d'acquisitions a été prise en compte.
- Les sanctions possibles en cas de remise tardive des documents ont été renforcées [voir 10].
- Les exigences du Tribunal fédéral [voir 5] relatives aux EMS soutenus financièrement par les pouvoirs publics, concernant le devoir de contrôle de l'Etat sur les comptes et la gestion des EMS, ont été intégrées.

Ce dernier point implique que les EMS qui choisissent d'entrer dans le système sanitaire cantonal sont tenus, au nom de l'intérêt public, d'accepter les contraintes de l'Etat qui doit veiller au contrôle des coûts de la santé. La Confédération, le Canton et les communes injectent chaque année plus de 230 millions de francs dans le réseau de l'hébergement médico-social, pour les seuls frais socio-hôtelières (subvention à l'investissement et régimes sociaux – AVS, PC AVS/AI, LAPRAMS). Ce financement exige un contrôle adéquat de la gestion et des comptes des EMS. Ces derniers ont bien entendu, toujours le choix d'un statut entièrement privé, sans contraintes de l'Etat. En ce cas, ils doivent renoncer à toute aide financière publique.

Depuis 2000, un plan comptable unique et des directives ont été introduits pour l'ensemble des EMS du canton reconnus d'intérêt public. Ces règles rendent désormais obligatoires l'établissement et la transmission annuelle au DSAS de données comptables et statistiques. Elles sont contenues dans une formule dite de "reporting", présentée sous la forme d'un logiciel remis aux établissements. Cet outil a progressivement évolué et comprend aujourd'hui les comptes annuels (bilan, comptes d'exploitation et de hors exploitation, comptes d'investissement, répartition du résultat) et des annexes (nombre de journées, statistique complète du personnel et des salaires, etc.). Grâce à d'importants travaux menés en collaboration avec les principaux fournisseurs informatiques, ce logiciel a pu être intégré directement dans les programmes comptables des établissements concernés. Ce développement a permis d'économiser un temps administratif considérable pour les établissements qui ont choisi de se doter des outils informatiques adéquats.

Désormais, tous les établissements désignent un contrôleur des comptes répondant à des critères de qualification (diplôme d'expert comptable, fiduciaire ou fiscal, études universitaires) et bénéficiant d'une pratique professionnelle de trois à douze ans suivant les cas. Ce contrôleur doit en outre présenter de sérieuses garanties d'indépendance, une telle fonction étant incompatible avec une quelconque participation à la gestion de l'établissement qu'il contrôle.

Le DSAS a constitué une base de données informatique permettant de procéder à des analyses d'établissements, globalement, par groupe ou individuellement. Des audits "in situ" sont régulièrement effectués. La stratégie consiste à pouvoir réaliser une procédure d'évaluation de la structure, de l'organisation et des pratiques financières des institutions.

Dans ce cadre, les services de l'Etat visent deux objectifs :

- s'assurer que les établissements respectent le cadre légal en vigueur (loi, règlement, directives, conventions) ;

- vérifier, par des outils de comparaison, l'utilisation efficace, voire efficiente, des ressources financières consommées et le respect des normes.

Le DSAS dispose désormais de sept exercices comptables complets (1999 à 2005). Depuis l'entrée en vigueur du nouveau règlement, les échéances de remise des documents sont mieux respectées. La phase de validation des reportings 2003, a permis d'évaluer, pour la première fois, la qualité des documents remis et le respect des échéances. Il a été constaté que :

- 50% sont jugés "bons"
- 38% sont jugés "suffisants"
- 12% des reportings ont été jugés "insuffisants".

Les EMS de cette dernière catégorie ont fait l'objet de demandes d'amélioration formalisées qui sont suivies par le Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH).

Depuis lors, les exercices comptables 2004 et 2005 ont montré une amélioration continue de la qualité des reportings.

## **Les organisations d'aide et de soins à domicile**

### **a) Bases légales et instruments**

C'est le Règlement sur l'Organisme médico-social vaudois (RLOMSV) qui définit les tâches de l'OMSV.

En matière de contrôle, l'article 2 al.2 prévoit que l'OMSV doit assurer la coordination de l'aide et des soins à domicile, en exerçant notamment sur les associations et fondations régionales d'aide et de soins à domicile les tâches de :

- contrôle de gestion ;
- élaboration des standards de qualité en collaboration avec les organismes reconnus tels que l'Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité (APEQ).

En 2006, le mandat confié à l'OMSV par le SSP et le SASH (RLOMSV, art. 1 al.3) lui assigne très précisément :

- le suivi de la gestion par contrat de prestations et la mise en place de la comptabilité analytique ;
- l'introduction du système de gestion de la qualité ;
- la valorisation des démarches qualité entreprises par les associations/fondations en les coordonnant avec les projets développés au plan national.

En application du premier point et conformément au Règlement fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile (RESO), l'OMSV conclut un contrat de prestations avec chacune des associations/fondations régionales.

### **b) Instances de contrôle**

C'est le Conseil d'administration qui exerce la surveillance générale sur l'OMSV (RLOMSV, art.5). L'Etat y est représenté par huit membres (sur vingt-huit), parmi lesquels les chefs des services SSP et SASH.

Le Conseil d'administration désigne un organe de révision, membre de la chambre fiduciaire suisse. Les associations/fondations régionales sont elles aussi contrôlées par des sociétés fiduciaires agréées. Des rapports financiers trimestriels sont par ailleurs transmis au DSAS.

Enfin, le Conseil d'Etat a récemment mandaté le Contrôle cantonal des finances pour procéder à divers vérifications et contrôles dans les associations/fondations d'aide et de soins à domicile (origine et affectation des réserves). Par ce mandat, le Conseil d'Etat entend également examiner les conditions d'octroi des subventions cantonales et de restitution des montants octroyés.

## 10 REPONSES AUX POSTULATS ET PETITIONS EN SUSPENS

### Préambule

Le Conseil d'Etat répond ici aux postulats et pétitions qui suivent. L'exposé des chapitres 2 à 9 fournit des éléments de réponse détaillés pour une part importante des questions posées par ces diverses interventions. Dans l'exposé qui suit, on s'y référera par renvoi aux paragraphes concernés.

### 10.1 Postulat Martial Gottraux du 13 mai 1998 demandant au Conseil d'Etat de soumettre au Grand Conseil un rapport relatif à sa politique en matière de conditions de travail dans les institutions subventionnées

#### 10.1.1 Développement du postulat

*Au cours de ces derniers mois, plusieurs "affaires" survenues dans quelques EMS ont mis en évidence l'existence de pratiques douteuses dans les domaines des conditions de travail du personnel. Même s'il est vraisemblable que la grande majorité des institutions pratiquent une politique de gestion des ressources humaines acceptable et conforme aux recommandations de l'AVDEMS, il est opportun que l'Etat de Vaud dispose non seulement de moyens de contrôle, par exemple par le biais du Contrôle des finances, mais également d'une conception claire en matière de conditions de travail des institutions subventionnées, pour les raisons suivantes, en particulier.*

- a. *Il est nécessaire que le Contrôle des finances dispose de normes ou de critères qui lui permette de juger du caractère acceptable ou non de la politique salariale des institutions.*
- b. *En cas de signature de conventions collectives, l'Etat aura à reconnaître les effets financiers. Il est opportun qu'il dispose à cet égard de normes lui permettant d'accepter ou non les dispositions prévues dans les conventions.*
- c. *Actuellement, une grande disparité existe selon les institutions : certaines tendent à aligner les conditions de travail sur celles de l'Etat de Vaud (institutions dépendant de l'AVOP) et d'autres pas (EMS). De telles disparités doivent être justifiées. Or, à notre connaissance nous ne disposons pas actuellement des critères selon lesquels l'analogie avec le statut de la fonction publique est parfois retenue et parfois non.*

*Nous demandons en conséquence, au Conseil d'Etat de soumettre au Grand Conseil un rapport exposant sa politique dans le domaine des conditions de travail des institutions subventionnées. Ce rapport devra comporter :*

- a. *Un exposé de l'état actuel des pratiques cantonales en matière de politique de l'emploi, par type d'institutions subventionnées.*
- b. *Un exposé relatif aux justifications de pratiques différentes, par exemple entre les EMS et les institutions dépendant de l'AVOP.*
- c. *Un exposé relatif aux normes appliquées par le Contrôle des finances, par exemple s'agissant du salaire des directions.*
- d. *Un exposé des intentions du Conseil d'Etat dans le domaine de la politique de l'emploi, avec chiffrage si possible des conséquences financières pour l'Etat de Vaud.*

*Il serait opportun que le rapport soit soumis au Grand Conseil dès que possible, soit cette année encore.*

*Il est proposé de renvoyer directement ce postulat au Conseil d'Etat, selon l'article 148 de la Loi sur le Grand Conseil.*

Le postulat a été développé et renvoyé au Conseil d'Etat pour étude et rapport, le 18 mai 1998.

### 10.1.2 Réponse du Conseil d'Etat

Par ce postulat, Monsieur le député M. Gottraux souhaite en substance que des normes soient établies en matière de conditions de travail et de politiques salariales, y compris celles concernant les directions d'établissements sanitaire subventionnés. Il demande également quels sont les arguments justifiant les disparités d'un secteur à l'autre. Enfin, il souhaite connaître les intentions du Conseil d'Etat en matière de politique de l'emploi dans le secteur sanitaire parapublic.

**Lettre a:** Les réponses font l'objet du chapitre 6 (Variété des conditions de travail)

**Lettre b:** Les réponses sont également exposées au chapitre 6 et au chapitre 5 (Limites de l'intervention de l'Etat)

**Lettre c:** Les réponses sont exposées au chapitre 7 (Salaires des directions)

**Lettre d:** Les réponses sont exposées au chapitre 8 (Intentions du Conseil d'Etat).

### **10.2 Postulat Martial Gottraux et consorts du 4 mai 1999 demandant au Conseil d'Etat de prendre les mesures nécessaires à faciliter la possibilité de saisir les autorités compétentes en matière de qualité des prestations et de conditions de travail, au sein des établissements sanitaires, EMS en particulier.**

#### 10.2.1 Développement du postulat

*Au cours de ces dernières années, les conditions de travail, ainsi que la qualité des prestations offertes par les établissements sanitaires, EMS en particulier, ont fait l'objet de plusieurs plaintes et dénonciations, émanant de milieux divers : familles, personnel, syndicat, Résid'EMS, etc. Les situations dénoncées portent en particulier sur des carences en matière de soins, des manquements au droit du travail et irrégularités financières. On se souvient, pour ne prendre que cet exemple, de la situation déplorable constatée au sein de l'établissement Praz Joret : hygiène douteuse, distribution de cachous au lieu de médicaments, etc...*

*Face à cette situation, le Conseil d'Etat et les départements concernés ont pris diverses mesures, lesquelles ont permis, en partie tout au moins, d'identifier et de pallier les insuffisances constatées. Citons en particulier :*

- Les examens effectués par le Contrôle cantonal des finances qui, dans plusieurs cas, ont permis de sanctionner de graves abus ou délits financiers.*
- Les contrôles effectués par la CIVEMS.*
- L'institution d'une Commission d'examen des plaintes, compétente pour traiter les problèmes apparaissant au sein des EMS et divisions C des hôpitaux.*
- Plus généralement, le souci du Service de la santé publique et de l'AVDEMS de promouvoir la qualité au sein des établissements, en particulier dans l'objectif de satisfaire les exigences de la LAMal.*

*Nous devons cependant constater que, même si elles vont dans le bon sens, ces mesures sont insuffisantes pour permettre d'offrir une pleine garantie de qualité des soins et de conditions de travail acceptables. Soulignons alors que l'on ne peut dissocier ces deux aspects : l'expérience montre que ce sont dans les établissements qui sont incorrects avec leur personnel que les carences de prise en charge se constatent également le plus souvent. C'est donc dans un double objectif de qualité de soins et de garantie de bonnes conditions de travail qu'il faut poursuivre les efforts consentis jusqu'ici.*

*Les principales insuffisances du dispositif actuel de contrôle sont à notre sens les suivantes :*

- a. *Si la Loi sur la santé publique (art. 147 à 159) soumet l'autorisation d'exploiter à un certain nombre de conditions, portant en particulier sur la formation et la direction effective des établissements par leurs responsables, l'application de ces dispositions ne fait pas l'objet*

*d'un contrôle suffisant. On nous rapporte ainsi le fait que plusieurs directeurs, titulaires d'une autorisation, ne passent que quelques heures par semaine au sein de leurs établissements.*

- b. Lors de dénonciations et de retraits d'autorisation, un effet suspensif peut être accordé à la personne présumée fautive. Compte tenu des délais d'enquête et de jugement, il peut se passer plusieurs années avant que des mesures effectives soient prises. Ce fut le cas, par exemple, s'agissant de l'EMS Clos Nestlé. Nous sommes effarés de constater aujourd'hui que, malgré de vigoureuses dénonciations, la directrice de Praz Joret est toujours en place, les conditions d'exploitation de cet établissement restent fortement péjorées. Autre exemple, la situation désastreuse constatée à la pension Beaumont ne s'est pas améliorée.*
- c. Le personnel amené à constater des manquements est très souvent l'objet de menaces et d'intimidations. Il faut noter ici qu'il ne dispose pas explicitement du droit de s'adresser à la Commission des plaintes (voir art. 4a du règlement). Une information insuffisante des possibilités offertes au personnel est également à relever. Enfin, et surtout, la procédure d'instruction de la Commission des plaintes ne donne pas au plaignant une quelconque protection contre des mesures de rétorsion que pourraient prendre les directions incriminées. Dans ces conditions, et face aux risques de licenciement, nombre de soignants, bien qu'écœurés par ce qu'ils constatent, n'ont que le choix de se taire. Il faut également souligner le fait que les familles ne sont pas toujours bien informées de ce qui se passe au sein des établissements et que certaines d'entre elles peuvent être peu disposées à donner suite à ce qu'elles constatent.*
- d. Par ailleurs, et même si le Conseil d'Etat, lors de la discussion du rapport NOPS en particulier, s'est déclaré favorable à la conclusion d'une CCT, on peut craindre que des accords minimaux ne soient conclus faute d'une impulsion plus précise de la part des pouvoirs publics. Il faut rappeler ici que le statut du personnel établi par l'AVDEMS n'est pas contraignant. A relever aussi le fait que l'autorisation d'exploiter n'est pas soumise, contrairement à ce que prévoit la Loi relative aux établissements médico-sociaux genevoise, par exemple, (art. 9h) à des conditions relatives aux conditions de travail et de rétribution du personnel.*

*Même s'il faut relever et insister sur le fait que la majorité des établissements assument leur mission de façon correcte, reste que l'insuffisance des contrôles et des possibilités de plainte permet à plusieurs établissements – on parle d'une dizaine à 40 EMS selon les sources – de maintenir d'indignes prestations et conditions de travail.*

- Engagement de personnel au noir.*
- Harcèlement sexuel des collaboratrices.*
- Manquements de la sécurité incendie.*
- Familiarités avec les pensionnaires.*
- Tarifs abusifs.*
- Confiscation de l'argent de poche des résidents.*
- Versement tardif des salaires.*
- Insuffisance dans l'animation et l'hygiène.*

*On notera encore qu'il est consternant que des établissements qui font un maximum pour leur personnel et les usagers, dans des conditions financières souvent difficiles, pâtissent du comportement de directions irresponsables et irrespectueuses de leur mission. Une telle situation génère un climat de méfiance et d'insécurité auquel les personnes âgées elles-mêmes sont très sensibles.*

*Il nous apparaît dès lors que des mesures plus précises et efficaces doivent être prises. Elles devraient en particulier aller dans le sens suivant :*

- a. *Reconnaissance par l'Etat des effets financiers d'une CCT conclue avec l'ensemble des partenaires sociaux concernés et modification de la Loi sur la santé publique soumettant l'autorisation d'exercer à la garantie de conditions de travail conformes aux accords de travail.*
- b. *Plafonnement des salaires versés au sein des EMS, en particulier s'agissant des fonctions directoriales, et ce par analogie avec la pratique des établissements subventionnés par le SES et le SPJ.*
- c. *Amélioration du contrôle de la formation et de la présence effective des directions au sein des établissements.*
- d. *En cas de dénonciation, limitation de l'effet suspensif en cas de recours, par exemple avec la possibilité d'une délégation de compétences directoriales à un responsable agréé par le Service de la santé publique.*
- e. *Possibilité pour le personnel des institutions de s'adresser librement à la Commission des plaintes et élargissement éventuel des compétences de cet organisme aux litiges relevant des conditions de travail. Il s'agit d'une solution au moins provisoire, en attendant que des organes de plainte soient explicitement prévus par des accords de travail.*
- f. *Extension de la compétence de la CIVEMS en matière de conditions de travail.*
- g. *Garantie offerte au personnel – sous réserve des dispositions relevant du droit pénal en matière de dénonciation calomnieuse – d'un droit de dénonciation auprès de la Commission des plaintes, avec protection contre le licenciement et autres mesures de rétorsion. A notre sens, l'anonymat du dénonciateur devrait être respecté sur sa demande. On notera ici qu'il est tout de même étrange que les directions puissent obtenir des effets suspensifs alors que le personnel soucieux des intérêts des usagers est systématiquement réprimé en cas de plaintes adressées aux syndicats et auprès du Service de la santé publique.*

*On peut également souhaiter que l'article 4 du règlement de la Commission des plaintes soit revu et que toute personne ayant connaissance de faits suspects puisse saisir la commission.*

*Les propositions précédentes concernent au premier chef les EMS. Nous invitons cependant le Conseil d'Etat à saisir l'opportunité qui lui est offerte par le présent postulat afin de soumettre au Grand Conseil des propositions qui permettent d'améliorer et de garantir les conditions de travail et la qualité des soins pour l'ensemble des établissements sanitaires. Il est à relever que cette exigence apparaît comme l'une des conditions nécessaires au bon fonctionnement des réseaux de soins appelés à se développer dans notre canton.*

*C'est la nécessité de définir une politique d'ensemble, de prendre aussi bien des mesures législatives que réglementaires, mais aussi de mieux utiliser l'espace offert par le droit actuel, qui nous amène à préférer la forme du postulat pour la présente intervention. Il appartiendra dès lors au Conseil d'Etat de communiquer au Grand Conseil une politique d'ensemble en matière de surveillance des établissements sanitaires et de revenir, le cas échéant, avec des propositions de modifications législatives.*

*Nous proposons le renvoi de ce postulat à une commission.*

Le postulat a été développé au Grand Conseil le 18 mai 1999 et renvoyé en commission. Sur proposition de la Commission, le postulat a été renvoyé au Conseil d'Etat pour étude et rapport, le 7 septembre 1999.

### 10.2.2 Réponse du Conseil d'Etat

- **Lettre a** : Le Conseil d'Etat a déjà introduit dans le dispositif législatif les liens entre reconnaissance d'intérêt public et application d'une CCT ayant force obligatoire. Après signature d'une CCT et requête d'extension visant à lui conférer la force obligatoire, conformément à la législation fédérale [11] en la matière, les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public seraient tenus d'appliquer les dispositions d'une telle CCT en vertu de la LPFES modifiée en novembre 2006 (art. 4 al.1er, lettre e).

En l'absence d'une CCT de force obligatoire, le Conseil d'Etat peut fixer des exigences en matière de conditions de travail du personnel (LPFES, art.4b).

Même si la CCT qui est entrée en vigueur en janvier 2008 n'a pas de force obligatoire (les parties contractantes n'en ayant pas fait la demande), elle constitue aujourd'hui la référence en matière de conditions de travail dans les institutions sanitaires reconnues d'intérêt public. Afin de renforcer ce caractère, l'obligation d'appliquer la CCT fait désormais partie des contrats de prestations que le Chef du DSAS passe avec les hôpitaux de la FHV. Similairement, cette obligation fait partie de l'Arrêté annuel 2008 du Conseil d'Etat fixant les tarifs socio-hôteliers dans les EMS vaudois.

Quant aux effets financiers de la CCT, ils sont exposés au chapitre 8, ainsi que les intentions du Conseil d'Etat en matière de financement.

- La **lettre b** trouve réponse aux paragraphes 7.2.1, 7.2.3 et 7.2.4 du présent rapport.
- La **lettre c** trouve réponse dans le RES du 16 juin 2004 à l'art. 7 qui précise que : "*La personne responsable doit justifier d'une activité de 80% au moins en rapport avec la mission de l'établissement et sa gestion, sous réserve d'une autre organisation agréée par le département dans le cadre des délégations de compétence prévues...*".
- Le chapitre V art. 25 et suivants du même règlement définit avec précision les exigences en matière des connaissances professionnelles des responsables de l'exploitation.
- La **lettre d** du postulat dénonce les conséquences problématiques de l'effet suspensif lié au dépôt d'un recours contre les sanctions décidées sur la base des conclusions d'une commission des plaintes (voir 9.2.6). En complément de ce qui a déjà été exposé, il faut rappeler que, en cas de dénonciation de malpratique, violant le droit des patients, et si la situation ne relève pas de la médiation, la commission d'examen des plaintes doit rendre sa décision dans un délai court : 5 jours dans les cas graves (lorsque la mesure dénoncée n'a pas cessé, et par exemple dans le cas de mesures de contentions), au maximum 3 mois dans tous les autres cas. Les décisions de la Commission des plaintes sont susceptibles d'un recours devant le tribunal administratif (TA) (LSP art. 15c, al.6).

Lorsque la décision ne fait pas l'objet de recours, elle entre en force immédiatement.

Si un recours est déposé devant le TA, il ne suspend pas automatiquement l'exécution de la décision attaquée, mais selon les cas, l'effet suspensif peut lui être accordé par le juge. Les délais de traitement des dossiers sont dès lors de la compétence exclusive du TA.

C'est dans ces cas et pour éviter de voir perdurer des situations dangereuses pour la sécurité des patients que l'art. 151b (Mesures provisionnelles) a été introduit dans la LSP. Il est en vigueur depuis le 01.01.2003, et il répond à la demande des intervenants. En effet, l'EMPL accompagnant la modification LSP du 19.03.2002 précise ce qui suit "*Il est proposé d'introduire la possibilité, en cas d'urgence, de prendre des mesures provisionnelles pour assurer la sécurité des patients. En effet, les voies de recours ouvertes aux personnes qui font l'objet de sanctions peuvent faire durer la situation jugée dangereuse par le Département, pendant des mois voire des années*". Précisons que si un recours est déposé contre une mesure prise par le Département sur la base de l'art. 151b LSP, il n'entraîne pas

automatiquement d'effet suspensif, mais s'il est demandé, il appartient au juge d'en décider. Quant aux délais de traitement des recours par le TA, on sait qu'ils ont donné lieu à une accumulation de retards tels que le Grand Conseil avait donné en mars 2005 un délai de 15 mois au TA pour assainir la situation et, notamment se conformer au délai d'une année fixé par l'art. 57 de la loi sur la juridiction et la procédure administrative (délai entre le dépôt du recours et la décision de l'autorité saisie). En février 2007, le Grand Conseil a constaté avec le TA que la situation était assainie, notamment grâce au renforcement des moyens qui ont été consentis au TA en fin de législature et dont le relais sera assuré par la réunion du Tribunal cantonal et du Tribunal administratif en 2008.

- Les réponses aux **lettres e et g** (accès aux organes de gestion des plaintes et la garantie de l'anonymat) figurent au § 9.2.6.
- En revanche, le Conseil d'Etat ne juge pas opportun d'étendre les compétences des instances de plaintes (médiateur et commissions d'examen) aux litiges relevant des conditions de travail. Il est au contraire important d'éviter toute confusion entre les enjeux relevant de la santé publique (atteinte aux droits des patients) et ceux relevant des conditions de travail. Dans ce dernier cas les instances existent, qu'il s'agisse de l'Inspectorat du travail, des commissions du personnel dans les différentes institutions ou des tribunaux de prud'hommes. De plus, une instance supplémentaire peut maintenant intervenir dans le cadre de la Convention collective de travail, pour les questions concernant la surveillance des règles conventionnelles. Il s'agit de la commission paritaire professionnelle, dont la composition et les compétences sont définies par la CCT (art.4.3).
- La réponse du Conseil d'Etat à la **lettre f** (demande d'extension de compétence de la CIVEMS en matière de conditions de travail) s'appuie sur les mêmes principes. La CIVEMS assume une responsabilité de santé publique consistant à veiller à la qualité de la prise en charge des pensionnaires des EMS. Le respect de la législation en matière de conditions et de droit du travail relève, quant à lui, des instances déjà mentionnées. Une commission de santé publique, telle que la CIVEMS, n'a ni la légitimité ni les compétences requises pour intervenir en cas de litige de travail. Il faut en outre souligner que la bonne exécution de sa mission suppose l'instauration de relations partenariales de confiance avec les directions des établissements dans la perspective d'un effort commun vers l'amélioration de la qualité et que cette relation partenariale n'est pas compatible avec une intervention dans des situations de conflit opposant personnel et direction. Enfin, rappelons que par le biais du contrôle de gestion ancré dans la LPFES, des indicateurs liés à la qualité des conditions de travail sont maintenant suivis de manière régulière, tels par exemple les taux de rotation du personnel, et permettent aux deux services de tutelle (SSP et SASH) d'intervenir auprès des directions pour investiguer et, cas échéant, remédier aux situations problématiques.
- Relevons que la question des conditions de travail et des dotations du personnel a été régulièrement observée depuis le dépôt du postulat de Monsieur le député Gottraux. Les mesures de contrôle, notamment lors du reporting/controllers, contribuent à une meilleure visibilité des politiques d'emploi. La création de l'Association vaudoise du personnel des EMS (APEMS) a également apporté une vigilance supplémentaire à cet égard. La mise en place d'une CCT devrait renforcer les garanties de contrôle. A défaut, la révision de la LPFES donne compétence au Conseil d'Etat pour intervenir.

### **10.3 Postulat Nathalie Liniger du 15 février 2003 visant à revaloriser les conditions de travail et de salaire du personnel du secteur des soins à domicile**

#### *10.3.1 Développement du postulat*

*Les soins à domicile c'est : (chiffres 2001) 820'100 heures d'aide au ménage, 720'097 repas à domicile pour 11'833 usagerEs des CMS, 2746 personnes qui y travaillent (1326 ETP). Nous savons tous que ces chiffres vont continuer d'augmenter (vieillesse de la population, engorgement des EMS, hospitalisations plus courtes....).*

*Environ ¼ des emplois sont reconnus et permettent aux personnes concernées d'obtenir le "titre" de personnel qualifié (généralement 11-13 sur l'échelle des salaires de l'Etat de Vaud). Alors qu'un peu plus des ¾ sont des collaboratrices (malheureusement le langage épïcène ne peut pas être utilisé, il n'y a aucun homme, excepté en tant que livreur de repas) dont les qualifications, les savoirs et les compétences ne sont pas reconnus. Il s'agit du personnel pour les soins de base et l'aide au ménage (PERSAM). Presque toutes ces femmes sont âgées entre 40 et 60 ans et la majorité d'entre elles avec charge de famille. Elles ont une grande expérience de vie, des connaissances acquises par leur travail familial et ménager. C'est grâce à ce travail de mère de famille, complété par les cours de base Croix-Rouge, qu'elles peuvent assurer les prestations nécessaires. Pour 36% d'entre elles leur salaire constitue le revenu principal et 61% ne pourraient s'en passer pour faire fonctionner le budget familial. Les formations prévues sur plusieurs années, censées leur permettre de "grimper" l'échelle des classes, sont des leurres car en réalité aucune de ces formations ne donne davantage de responsabilités. Parce que, pour effectuer ce travail, le savoir est acquis préalablement en dehors des filières institutionnelles. Par contre, cette différenciation permet de conserver des traitements très bas et des conditions de travail précaires. Ainsi, l'Etat, via les CMS, produit des "working poors".*

*Cerise sur le gâteau, la pénibilité de leur travail est énorme et cause d'un taux de rotation important : isolement dans le travail, cas de plus en plus lourds, disponibilité et flexibilité exigées de plus en plus, périodes chargées, exigences des clientEs, densification de l'activité, confrontation à des situations difficiles (chutes, décès, violence, paralysie, difficultés à se mouvoir, agressivité, problèmes psychiques, hygiène parfois déplorable...). Cette liste n'est pas exhaustive mais nous donne un signal fort. Afin de créer un rapport de confiance avec les usagerEs, elles doivent continuellement s'adapter à chaque milieu socioculturel où elles doivent intervenir.*

*L'organisation du travail et ses contraintes sont telles qu'il est difficile, voire impossible de travailler à plein temps et la majorité des employées sont astreintes à travailler au temps partiel. Cette organisation doit être revue pour que celles qui voudraient travailler à plein temps puissent y arriver dans des conditions décentes. Quelques légères améliorations ont été prévues pour cette année mais elles ne doivent pas nous tromper.*

*Il s'agit d'améliorer rapidement les conditions de travail, de salaire et de statut de personnel du maintien à domicile en commençant par la reconnaissance de tous les éléments précités. Pour toutes ces raisons, les soussignéEs demandent au Conseil d'Etat de donner à l'OMSV les moyens en adéquation avec les exigences de ce travail au service de la population et nécessaires à :*

- une reclassification dans les classes 10-12 de l'échelle de traitements de l'Etat de Vaud, soit l'équivalent des "CFC", pour l'ensemble des travailleuses opérant dans le ménage et les soins de base (aide de ménage, auxiliaires polyvalentes, aides soignantes A & B, aides familiales B) ;*
- une amélioration de 3 classes sur l'échelle de traitements pour les autres fonctions (secrétaires, livreurs/ses de repas, aides familiales A, infirmières-assistantes A & B) ;*
- une garantie de la stabilité des conditions et du temps de travail. Dans un délai raisonnable, l'horaire hebdomadaire devra être diminué à 40 heures.*

Le postulat a été développé au Grand Conseil le 18 mars 2003 et renvoyé en Commission. Il a été renvoyé au Conseil d'Etat pour étude et rapport, le 1er octobre 2003.

### 10.3.2 Réponse du Conseil d'Etat

Pour l'essentiel, la postulante demande une amélioration rapide des conditions de travail et de rémunération du personnel du "maintien à domicile". Le § 6.2.1. du présent rapport détaille les améliorations nombreuses qui sont intervenues dans les conditions de ces salariés depuis 2003. En outre les améliorations introduites en 2007 et la signature de la CCT, soutenue financièrement par le Conseil d'Etat, (voir 8.2) ont encore amenés des améliorations en terme de réduction de la pénibilité (6ème semaine de vacances dès 50 ans) et d'amélioration de la couverture sociale (droit aux salaires) et de salaire minimum.

Le Conseil d'Etat rappelle par ailleurs que, selon les dispositions légales actuelle (LOMSV, RLOMSV) :

- Le personnel de l'OMSV était soumis, jusqu'en fin 2007 par analogie, au statut du personnel et à l'échelle de traitements de l'Etat. Les associations/fondations mandatées par l'OMSV l'étaient également en raison des conventions passées. Même si l'application par analogie autorisait une marge de souplesse plus grande dans l'application du catalogue des fonctions et de l'échelle des traitement que celle de la fonction publique (cf. 6.2.2), il n'en demeure pas moins que l'octroi d'une classification salariale 10-12 reste réservée aux fonctions justifiant d'une formation de niveau CFC. Une revalorisation d'une catégorie de fonctions sans qualification CFC, en dehors d'une démarche globale d'évaluation de fonctions qui garantirait une équité de traitement, n'est pas envisageable. Quant à la durée hebdomadaire de travail, elle a déjà passé dès 2003 à 41h30, et est égale à celle des travailleurs du secteur public.
- Pour les fonctions sans titre professionnel (livraison de repas, aide au ménage et soins de base), la comparaison des conditions offertes par l'OMSV avec d'autres secteurs montre que ces conditions sont plus favorables. Ainsi, les niveaux de salaires [voir 12] de l'OMSV sont supérieurs à ceux qui seraient offerts dans d'autres secteurs d'activité [voir 13]. Mentionnons en outre que la grille salariale du personnel de l'OMSV et des ses associations a été modifiée en 2003 et garantit pour ces fonctions des salaires minimaux qui tiennent compte des particularités des conditions d'exercice.
- Pour le personnel administratif de l'OMSV et des associations/fondations, la classification et la rémunération correspondent à celles de l'Etat, sur la base de critères et d'exigences identiques : employé d'administration (classe 10-12), premier employé d'administration (classe 12-14), employé principal d'administration (classe 14-16).
- Le Conseil d'Etat informe en outre, qu'un projet de réorganisation de l'OMSV, des ses associations régionales et des CMS qui en font partie est en cours. Dans ce cadre, des projets de loi et de règlement modifiant la base légale actuelle ont été élaborés et mis en consultation au printemps 2008.

Selon ces projets, l'ensemble du personnel des CMS et de l'OMSV sera soumis à la convention collective de travail signée en octobre 2007. C'est donc dans le cadre de la CCT que les questions de classification des fonctions du personnel devront être examinées par les partenaires sociaux. L'annexe 2 de la CCT relative à la définition et à la classification des fonctions stipule que " *un délai au 31 décembre 2008 est accordé aux parties pour finaliser l'annexe 2 ... Dans cet intervalle, les différentes définitions et classifications en vigueur au 31 décembre 2007 continuent de s'appliquer. Celles-ci doivent être adressées à la Commission paritaire professionnelle*".

Les projets de base légale mis en consultation stipulent de plus que à défaut d'une CCT (en

cas de résiliation par exemple), la LPers-VD resterait le texte de référence concernant les conditions de travail du personnel. Les éléments de réponse mentionnés plus haut restent donc pertinents concernant les critères de classification des fonctions.

S'agissant de la stabilité du temps de travail, le Conseil d'Etat s'est déjà prononcé en 2002, dans sa réponse à l'interpellation de Monsieur le député A. Marendaz en faveur d'un plus grand nombre de contrats de travail mensualisé dans les CMS. Le Conseil d'Etat est cependant conscient que les mouvements importants de la clientèle (hospitalisation, visites médicales, traitements particuliers, absence momentanée, décès, etc.) génèrent une activité très irrégulière et une planification difficile. Cette particularité nécessite inévitablement une proportion de personnel payé à l'heure, plus souple et mobile, mais qui doit néanmoins bénéficier d'un volume de travail garanti. Ce qui est le cas.

#### **10.4 Pétition de l'Association du personnel des EMS vaudois du 29 mai 2001 " Le personnel en a marre des discours miséricordieux qui n'aboutissent jamais ! "**

##### *10.4.1 Contenu de la pétition*

*"L'APEMS revendique l'application, avec effet, rétroactif au 1er janvier 2003 des mesures transitoires urgentes demandées pour l'ensemble du personnel des EMS soit :*

- un salaire correspondant au moins au minimum de sa classe (barème AVDEMS)*
- un 13ème salaire garanti sans suppression de postes*
- l'attribution du renchérissement (1.33%) au minimum Fr.651.- par an*
- l'attribution d'une annuité complète pour tout le personnel en fonction au mois de juin 2000".*

*La pétition de l'APEMS est soutenue par la section vaudoise de l'Association suisse des infirmières et infirmiers – ASI – ainsi que par le syndicat SUD (Solidaire, Unitaire et Démocratique)*

La pétition a été renvoyée au Conseil d'Etat sur proposition de la Commission pour étude et rapport, le 3 juillet 2001.

##### *10.4.2 Réponse du Conseil d'Etat*

Les revendications des pétitionnaires ont été satisfaites en cours d'année 2001 avec effet rétroactif au 1er janvier 2001. On se référera au paragraphe 6.2.1 pour un exposé plus détaillé des différents éléments.

#### **10.5 Pétition du Syndicat des services publics (SSP-Vaud) du 29 mai 2001 pour " Une convention collective de travail unique dans la santé parapublique "**

##### *10.5.1 Contenu de la pétition*

*Pétition au Conseil d'Etat, aux employeurs et aux associations d'employeurs de la santé parapublique appuyant le projet de convention collective de travail pour les secteurs de la santé parapublique (Hôpitaux, CMS, EMS) du Syndicat des services publics*

*Après avoir pris connaissance du projet de CCT du SSP et au vu des objectifs poursuivis avec celle-ci, à savoir*

- 1. Conquérir des droits nouveaux pour l'ensemble du personnel du secteur de la santé parapublique (EMS, CMS, hôpitaux régionaux) et lui permettre :*

*- de ne pas subir les changements qui vont surgir du fait de la mise en réseau de leurs établissements,*

- de résister aux pressions et au mobbing dont ils sont souvent les victimes dans leur travail quotidien,

grâce à la mise en place d'une délégation syndicale dans l'établissement (art. 6) et d'une Commission du personnel (art. 7).

2. Etre mieux protégés contre les licenciements, y compris contre le licenciement économique (art. 61 à 64).
3. Garantir un salaire minimum de Fr. 3670.-/mois ou Fr. 23.-/heure, un salaire minimal équivalent à la classe 7-9 (art. 43c).
4. Prendre pour référence l'échelle des salaires et fonctions en vigueur à l'Etat de Vaud au 1.1.2000 avec la garantie des augmentations annuelles et du 13ème salaire.
5. Obtenir un droit à la formation et au perfectionnement professionnel par un système piloté et contrôlé de manière paritaire.
6. Augmenter sensiblement les vacances, entre 5 semaines et 8 semaines par an, selon l'âge (art. 32).
7. Définir de façon plus restrictive les dispositions relatives aux heures supplémentaires, aux services de garde et de piquet, avec la compensation en temps (+20%) du travail de nuit (art. 20 à 29).
8. Garantir la protection de la personnalité et de la santé des travailleuses et des travailleurs (art. 15, 16 et 17), avec la création d'une Commission d'hygiène et de santé au travail.
9. Prévoir des dispositions spéciales pour protéger les salarié(e)s en cas de changement d'affectation dans les réseaux de soins (art. 40h et 62c).

*Les travailleurs et les travailleuses soussignés,*

- Affirment leur détermination à prendre la parole, à défendre leurs intérêts et des soins dignes de ce nom,
- Déclarent que le contenu de la CCT susmentionnée est seul susceptible de sauvegarder leurs intérêts, leur dignité et la qualité des soins et de l'accueil.

*En conséquence,*

- Ils demandent des employeurs, de leurs associations et du Conseil d'Etat qu'ils entrent de bonne foi en négociation sur le projet de CCT du Syndicat des services publics.
- Ils condamnent toute tentative de régler de façon séparée le secteur des EMS, parce qu'une telle façon de faire ne peut qu'avoir une influence négative sur les conditions de travail qui seront négociées ultérieurement dans les autres secteurs.

La Commission a déposé son rapport le 10 septembre 2001. La pétition a été renvoyée au Conseil d'Etat par le Grand Conseil, le 12 février 2002.

#### *10.5.2 Réponse du Conseil d'Etat*

Les revendications exprimées par la pétition du Syndicat SSP-Vaud trouvent leur réponse pour l'essentiel dans l'exposé du paragraphe 8.2 du présent rapport.

En outre, le Conseil d'Etat souligne les points suivants :

Une convention collective dans le secteur parapublic de la santé est un contrat qui engage les employeurs d'un côté et les salariés de l'autre. S'agissant d'institutions privées, l'Etat n'est pas et ne peut pas être signataire d'un tel contrat. En revanche, l'Etat joue un rôle important en tant que financeur du secteur sanitaire subventionné et de garant du bon fonctionnement du système de santé.

Dans le long processus de négociations qui s'est développé pendant près de quatre ans, l'Etat a joué un rôle facilitateur. Rôle promoteur à l'origine, dans le cadre des travaux de la CCRH qui ont permis de recenser les disparités de conditions d'emploi, de réaliser une première étude démontrant la faisabilité d'une CCT et d'émettre des recommandations dans ce sens. Rôle de soutien dès 2003, lorsque les partenaires sociaux ont mis en place leur plate-forme de négociations en vue d'une CCT et que le Conseil d'Etat a fixé les conditions de son soutien financier. Rôle médiateur enfin, tout au long du processus de négociation, s'efforçant de faciliter la conclusion d'un accord. Ces efforts et la ténacité des partenaires ont fini par porter leurs fruits puisque la convention collective a finalement été signée le 1er octobre 2007. Le Conseil d'Etat se réjouit de cet aboutissement qui consacre une véritable relation de dialogue entre employeurs et travailleurs du secteur sanitaire parapublic. La CCT constitue la garantie la meilleure que les questions liées aux conditions de travail dans le secteur parapublic de la santé pourront se résoudre dans le dialogue et que ces conditions seront identiques pour l'ensemble des établissements du secteur, qu'il s'agisse des hôpitaux, des EMS, ou des CMS.

## **10.6 Pétition du Syndicat des services publics (SSP-Vaud) du 11 décembre 2001 demandant d'octroyer au secteur de la santé publique et parapublique les moyens nécessaires pour un système sanitaire qui protège la santé des usagers comme celle des salariés du secteur**

### *10.6.1 Texte de la pétition*

Tous les salaires doivent être augmentés ! Les conditions de travail de toutes les professions doivent être améliorées !

*"Constatant que*

- les différents programmes d'économies imposés durant les dernières années au secteur de la santé, comme à l'ensemble des services publics, ont largement détériorés nos conditions de travail et nos salaires réels,*
- les mesures annoncées par le Conseil d'Etat au cours des derniers mois sont largement insuffisantes, dans la situation actuelle,*

*Nous, salariéEs, du secteur sanitaire vaudois public et parapublic (hôpitaux, EMS, CMS, CTR, etc.) exigeons que les députéEs imputent au budget 2002 les moyens nécessaires à l'application rapide des revendications exposées par le SSP lors de la journée de grève et de mobilisation du 14 novembre 2001. Revendications au nombre desquelles figurent une revalorisation de trois classes salariales pour toutes les professions actives en milieu sanitaire, qu'il s'agisse de soignantEs ou de non soignantEs, de diplôméEs ou de non-diplôméEs".*

### **NOS REVENDICATIONS**

**De meilleurs salaires pour touTEs !**

*Augmentation des salaires pour toutes les professions sanitaires (soignantes et non soignantes diplôméEs et non diplôméEs) de 3 classes au minimum.*

*Pas de salaires en dessous de 3'600.- nets.*

*Rétablissement et respect dans tous les établissements des mécanismes salariaux automatiques (annuités et indexations).*

**Améliorons nos conditions de travail !**

*Pas de salaires au mérite ou liés à une évaluation.*

**Améliorons nos conditions de travail !**

- Augmentation de la dotation en personnel dans tous les services ou établissements où le besoin est exprimé par les équipes.*
- Compensation en temps (+20%) des horaires de nuit (20h00-6h00) et de piquet, avec compensation intégrale du personnel manquant, par le biais d'engagements*

*supplémentaires.*

- *5ème semaine de vacances avec compensation intégrale du personnel manquant par le biais de nouveaux engagements.*
- *Réduction du temps de travail à 40 heures par semaine, sans pertes de salaires avec compensation intégrale du personnel manquant.*
- *Retraite à 57 ans pour touTEs.*
- *Création de places de garderie adaptées et en nombre suffisant.*
- *Arrêt des privatisations et des externalisations.*
- *Une CCT unique dans la santé parapublique.*

La pétition a été envoyée pour examen et rapport à la Commission du Grand Conseil. Le rapport de la Commission a été déposé le 20 mars 2002. La pétition a été renvoyée par le Grand Conseil au Conseil d'Etat, le 14 mai 2002.

#### *10.6.2 Réponse du Conseil d'Etat*

Les revendications des pétitionnaires ont été ou sont en voie d'être satisfaites dans une très large mesure (voir § 6.2.1 et 8.2). Cela concerne :

1. La 5ème semaine de vacances et la compensation en temps pour le travail de nuit à 120%, introduites en 2003.
2. La revalorisation (3 classes en moyenne) des professions sanitaires diplômées, introduite en 2002.
3. Le salaire mensuel minimum universel de 3'600.- prévu par la CCT dès 2008.
4. La CCT signée depuis le 1er octobre 2007, entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Elle prévoit notamment une réduction de l'horaire hebdomadaire de travail à 41h30 dès 2009.

A l'avenir, c'est dans le cadre de la CCT que se négocieront entre employeurs et travailleurs les conditions de travail du personnel.

#### **Places d'accueil de jour pour les enfants**

Le Conseil d'Etat s'est préoccupé depuis la fin des années nonante de mettre en place le cadre législatif et les organes permettant de créer et de maintenir sur tout le territoire du canton une capacité suffisante d'accueil pré- et para-scolaire et ce, à des conditions financièrement accessibles. C'est aujourd'hui chose faite.

La Loi sur l'accueil de jour des enfants (LAJE) a en effet été acceptée par le Grand Conseil en juin 2006. Elle est entrée en vigueur le 1er septembre 2006. Elle consacre le principe d'une mise en réseau des structures d'accueil d'une même région, et le partenariat public-privé en ce qui concerne le financement des places d'accueil de jour. Sur la base de cette loi a été créée la Fondation pour l'accueil de jour des enfants (FAJE) dont le rôle est d'évaluer les besoins et l'adéquation de l'offre, de coordonner l'offre en définissant des objectifs quantitatifs et qualitatifs, de reconnaître les réseaux et d'octroyer, par leur intermédiaire, des subventions pour contribuer à la pérennité des places existantes et à la création d'une offre suffisante. Les organes de la FAJE sont maintenant en place et elle a débuté son activité en avril 2007.

Une étude [voir 14] mandatée en 2002 par le Service de la santé publique, dans le cadre du programme de lutte contre la pénurie de personnel soignant, montrait qu'il était nécessaire de créer rapidement 400 places d'accueil pour les enfants des personnels des institutions sanitaires vaudoises, et que ces places devraient adapter leur fonctionnement aux spécificités des horaires du personnel soignant. La LAJE prévoit de créer, dans les cinq ans suivant son entrée en vigueur, 2'500 nouvelles places d'accueil pour l'ensemble des trois types d'accueil reconnus (accueil préscolaire, accueil parascolaire, accueil familial). L'exposé des motifs stipule que les structures à créer "*tiendront compte des besoins particuliers de certains corps professionnels, notamment pour ce qui est des horaires*

*d'ouverture ou de l'irrégularité de la fréquentation des enfants."*

Selon la LAJE, les acteurs concernés - collectivités publiques, employeurs, structures d'accueil collectif et structures de coordination d'accueil familial de jour - doivent donc se regrouper en réseaux afin de renforcer leur collaboration et de faciliter la mise en place de ces structures. Un délai à la fin 2008 a été fixé pour la reconnaissance des réseaux, qui devront présenter un plan de développement, actualisé tous les cinq ans. Les exigences du plan de développement précisent que ce dernier doit mentionner ce qui est mis en place en termes d'horaires d'ouverture élargis afin de répondre aux besoins particuliers de secteurs et de groupes professionnels (santé, hôtellerie, sécurité, etc.). Il appartient donc dorénavant aux institutions sanitaires de s'insérer dans les réseaux existants, ou d'en créer avec les partenaires publics et privés les plus concernés - les communes notamment - afin de mettre en place les structures d'accueil dont elles ont besoin et de pouvoir bénéficier du soutien de la Fondation.

La Fondation va subventionner l'accueil de jour par l'intermédiaire des réseaux d'accueil de jour qu'elle aura reconnus. Le montant des moyens alloués annuellement tiendra notamment compte des charges salariales du personnel éducatif des structures d'accueil collectif, des salaires des coordinatrices et du personnel des structures de coordination de l'accueil familial de jour, de l'offre en places d'accueil et du plan de développement des réseaux d'accueil de jour. On peut s'attendre à un taux de subventionnement à la masse salariale de l'ordre de 12% en 2007 et 2008, atteignant ensuite 18%.

## **11 CONCLUSION GENERALE**

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil de prendre acte du rapport concernant les postulats et pétitions suivants :

**Postulat Martial Gottraux** demandant au Conseil d'Etat de soumettre au Grand Conseil un rapport relatif à sa politique en matière de conditions de travail dans les institutions subventionnées

**Postulat Martial Gottraux et consorts** demandant au Conseil d'Etat de prendre les mesures nécessaires à faciliter la possibilité de saisir les autorités compétentes en matière de qualité des prestations et de conditions de travail, au sein des établissements sanitaires, EMS en particulier

**Postulat Nathalie Liniger** visant à revaloriser les conditions de travail et de salaire du personnel du secteur des soins à domicile

**Pétition de l'Association du personnel des EMS (APEMS)** "Le personnel en a marre des discours miséricordieux qui n'aboutissent jamais !"

**Pétition du Syndicat des services publics (SSP-Vaud)** pour "Une convention collective de travail unique dans la santé parapublique"

**Pétition du Syndicat des services publics(SSP-Vaud)** demandant d'octroyer au secteur de la santé publique et parapublique les moyens nécessaires pour un système sanitaire qui protège la santé des usagers comme celle des salariés du secteur

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 5 novembre 2008.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## ANNEXE I : GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

### LOIS ET REGLEMENTS

---

LAIH	Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées, du 10 février 2004
LAJE	Loi sur l'accueil de jour des enfants, du 20 juin 2006
LAPRAMS	Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, du 24 janvier 2006
LECCT	Loi fédérale permettant d'étendre le champ d'application de la convention collective de travail, du 28 septembre 1956, et modification du 17 décembre 2006
LMéCOP	Projet de loi sur le Bureau cantonal de la médiation santé-social et la Commission d'examen des plaintes de patients et de résidents en établissements socio-éducatifs
LOMSV	Loi créant un Organisme médico-social, du 5 décembre 1967
LPers-VD	Loi sur le personnel de l'Etat de Vaud, du 12 novembre 2001
LPFES	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins, du 5 décembre 1978, et modification du 21 novembre 2006
LSP	Loi sur la santé publique, du 29 mai 1985
LSR	Loi fédérale sur l'agrément et la surveillance des réviseurs, (Loi sur la surveillance de la révision) du 16 décembre 2005
LSubv	Loi sur les subventions, du 22 février 2005
LTr	Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail), du 13 mars 1964, et modification du 20 mars 1998
RCCI	Règlement fixant les normes relatives à la comptabilité, au système d'information, à la révision du reporting annuel et au système de contrôle interne des hôpitaux reconnus d'intérêt public, du 25 mai 2005
RCCMS	Règlement fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public, du 18 décembre 2003
RES	Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud, du 16 juin 2004
RESD	Règlement fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile, du 8 janvier 2001
RLOMSV	Règlement sur l'Organisme médico-social vaudois, du 23 octobre 2000
RLSubv	Règlement d'application de la loi du 22 février 2005 sur les subventions

## **ORGANISMES**

---

APEMS	Association du personnel des EMS
APEQ	Agence pour la Promotion de l'Evaluation de la Qualité dans les institutions sanitaires et sociales
ARMASP	Association romande des maîtres socioprofessionnels
AVDEMS	Association vaudoise des établissements médico-sociaux
AVOP	Association vaudoise des organismes privés pour enfants, adolescents et adultes en difficulté
AVTES	Association vaudoise des travailleurs et travailleuses de l'éducation sociale
CCF	Contrôle cantonal des finances
CCRH	Conférence de concertation des ressources humaines
CEP-EMS	Commission d'enquête parlementaire sur les EMS
CIVEMS	Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux
CMS	Centre médico-social
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
EMS	Etablissement médico-social
FAJE	Fondation pour l'accueil de jour des enfants
FEDEREMS	Fédération vaudoise des établissements médico-sociaux
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
ISO	Organisation Internationale de Normalisation
OMSV	Organisme médico-social vaudois
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SPAS	Service de prévoyance et d'aide sociale
SSP	Service de la santé publique
SSP-VD	Syndicat des services publics, Section Vaud

## **AUTRES**

---

CCT	Convention collective de travail
CVHo	Convention vaudoise d'hospitalisation
EPT	Equivalent plein temps
NOPS	Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire
SPEQ	Système pour la Promotion et l'Evaluation de la Qualité dans les hôpitaux

**ANNEXE II : NOTES COMPLEMENTAIRES -  
RENOI AUX NOTES DE BAS DE PAGE**

- [1] Dix-huit (18) d'entre elles sont liées à un EMS et plusieurs disposent d'un contrat de collaboration avec un CMS. Quatre organisations offrent des soins spécialisés (Croix-Rouge Suisse, Ligue pulmonaire vaudoise, Pro Infirmis et SITEX). Enfin, deux organisations n'ont aucun lien avec un EMS ou un CMS. Le règlement du 8 janvier 2001 fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile (RESD) définit les conditions que doivent remplir les organisations pour obtenir une autorisation d'exploiter. Les exigences concernent les aspects financiers, la qualité et la sécurité des soins. Il n'y a pas de dispositions spécifiques concernant le statut du personnel. Le RESD est actuellement en révision. Une disposition spécifique précisera la nature et l'étendue de la surveillance de l'Etat.
- [2] AVDEMS, FEDEREMS et FHV, d'une part, Association du personnel des EMS Vaudois (APEMS), Association des Professionnels de l'Action Sociale (ASPAS-VD), Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE-VD), Association suisse des infirmières (ASI-VD), Fédération syndicale (SUD) et Syndicat interprofessionnel (SYNA-VD), d'autre part.
- [3] 2005 et 2006 : Les tarifs des assureurs ont été bloqués en raison du gel décidé par le Parlement.
- [4] Tarifs socio-hôtelières : financement par les régimes sociaux et les résidents autonomes financièrement
- [5] Arrêt du TF du 19 décembre 2002 stipulant que les EMS reconnus d'intérêt public, à qui une mission d'intérêt général est confiée, bénéficient dès lors d'un statut spécial et entrent de ce fait dans un système qui suppose des restrictions et des contrôles. En conséquence, la liberté économique dont ils peuvent se prévaloir, notamment en tant que fournisseurs de prestations socio-hôtelières, est limitée.
- [6] On rappelle à ce propos que seuls les médecins diplômés, les apprentis, les stagiaires et les personnes au bénéfice de contrats spéciaux (par exemple : les contrats inférieurs à 3 mois) ne sont pas soumis au statut de l'association à laquelle leur établissement appartient (AVDEMS ou FEDEREMS).
- [7] Les normes concernent : les conditions d'hébergement, le concept d'accompagnement individualisé, le déroulement de la vie dans l'établissement, le cadre de vie, le dossier individuel des résidents, et la dotation/qualification du personnel.
- [8] SPEQ : Système pour la Promotion et l'Evaluation de la Qualité dans le hôpitaux, exprimant les exigences et les normes qualité en termes de structures, de processus, de prestations et (partiellement) de résultats.
- [09] Loi fédérale sur l'agrément et la surveillance des réviseurs (LSR) du 16 décembre 2005. Entrée en vigueur prévue au 1er janvier 2008.
- [10] Mentionnons à ce propos que les retards de remise des documents ont atteint jusqu'à 10 mois, lors des premiers exercices.
- [11] Loi fédérale du 28 septembre 1956 permettant d'étendre le champ d'application de la convention collective de travail (LECCT). Cette loi a été modifiée le 1er avril 2006 par l'Arrêté fédéral du 17 décembre 2004 qui porte à 50% la limite à partir de la quelle la proportion des travailleurs liés à leur employeur par la CCT autorise son extension.
- [12] cl. 5-7 avec salaire minimum Fr. 3'710.- pour les livreuses de repas et les aides ménagères et cl. 7-9 avec salaire minimum Fr. 3'860.- pour les auxiliaires de santé et polyvalentes avec possibilité de dé plafonnement en classe 10 pour les anciennes collaboratrices.
- [13] Dans les hôpitaux, maintien de la classe 1-3 pour le personnel de maison avec salaire minimum à Fr. 3'600.-. Dans une grande majorité d'EMS cl. 5-7 pour les auxiliaires de santé.
- [14] G. Chaves, Etude sur l'accueil des enfants du personnel des institutions sanitaires, Lausanne, janvier 2003.