

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**chargée d'examiner les objets suivants:**

**Exposé des motifs et projet de lois sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) et modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et**

**Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Dominique Kohli et consorts demandant un rapport sur l'OMSV (05\_POS\_170) et**

**Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Mireille Aubert sur le renforcement de la politique d'aide et de soins à domicile (05\_INT\_298)**

Séances du 12 juin et 10 juillet 2009.

Membres présents : Mmes Christa Calpini (le 10 juillet), Edna Chevalley, Fabienne Despot (en remplacement de Philippe Modoux le 10 juillet), Catherine Roulet. MM. Philippe Martinet (président), Maximilien Bernhard, Bernard Borel, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Philippe Jobin, Serge Melly (en remplacement de Christa Calpini le 12 juin), Philippe Modoux (le 12 juin), François Payot (vice-président), Michel Rau, Roger Saugy (en remplacement de Lise Peters le 10 juillet), Jean Christophe Schwaab, Claude Schwab (en remplacement de Lise Peters le 12 juin), Filip Uffer. Excusés : Mmes Christa Calpini (le 12 juin), Lise Peters (le 12 juin et le 10 juillet). M. Philippe Modoux (le 10 juillet).

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, M. Jean-Christophe Masson, chef du Service de la santé publique (SSP), M. Fabrice Ghelfi, chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), M. Marc Weber, responsable juridique au SSP (le 12 juin), Mme Martine Dupré Perrin, responsable de l'aide et des soins à domicile au SSP (le 10 juillet).

Entendu le 12 juin : M. Jean-Jacques Monachon, directeur de l'OMSV.

Secrétaire de la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) : M. Frédéric Ischy.

**But de l'EMPL en résumé**

Précisons que cet EMPL ne constitue qu'une réorganisation cherchant à pallier un problème structurel de gouvernance de l'aide et des soins à domicile dans le canton. Il ne porte ni sur le catalogue des missions ou prestations, ni sur la manière d'organiser les soins en regard par exemple de la nouvelle Loi sur les réseaux de soins, pas plus qu'il ne règle les problèmes de financement des soins (cf. forte

augmentation du coût par habitant).

Dans ce contexte, la CTSAP a surtout essayé d'apprécier dans quelle mesure le nouveau dispositif sera apte à gérer:

- les tensions entre l'offre et la demande, dans un contexte financier troublé (effets de la RPT, du jeu des assureurs et de la péréquation) et chroniquement insuffisant selon la direction de l'OMSV et les associations ou fondations de soins à domicile ;
- les luttes d'influences entre les différents acteurs (corps professionnels des soignants, médecins et des administratifs) ;
- la prise des bonnes décisions, dans des délais acceptables, avec l'autorité institutionnelle nécessaire, malgré ces temps troublés.

Actuellement (cf. organigramme Situation actuelle, placé en annexe), on trouve une sorte de "ménage à trois" avec:

- l'OMSV, établissement cantonal chargé d'organiser l'aide et les soins à domicile sur tout le territoire cantonal ;
- des CMS rattachés sous forme d'associations ou fondations ( **ci-après A/F**) à l'OMSV, recevant un temps des subventions de l'OFAS ;
- le Canton, qui confie des missions, alloue aussi des moyens à l'OMSV, et en surveille l'activité ; ceci alors que les A/F estiment que leur proximité avec le terrain leur confère de meilleures compétences pour gérer et développer leurs activités.

Ainsi en 2008, sur 185.6 millions de dépenses des A/F, 89.1 millions (48%) ont été le fruit de facturation, 96.1 millions (51.8%) de subventions (Communes et Canton) et 0.4 million (0.2%) d'excédents de charge couverts par les réserves. De son côté, l'OMSV a géré 120.2 millions de francs.

Pour résoudre les difficultés d'ordre structurel, deux solutions radicales s'avéraient a priori envisageables selon le chef du DSAS : a) la dissolution de l'OMSV, le Service de la santé publique donnant directement aux A/F missions et moyens ou b) le retour à la situation antérieure (avec la RPT les subventions de l'OFAS ont en effet été supprimées) impliquant la disparition des A/F par leur intégration dans une structure autonome de droit publique.

La solution finalement proposée est le fruit d'un processus participatif mené par un comité de pilotage représentatif constitué après le refus en consultation d'une première formule plus "jacobine", qui avait notamment suscité l'ire des directions d'A/F (qui auraient perdu selon elles la maîtrise de leurs engagements de personnel) et des Communes (qui craignaient également pour leurs prérogatives). La solution proposée constitue une sorte de mélange des deux options d'origine. Ainsi, le projet d'AVASAD maintient l'existence des A/F qui gèrent de façon autonome les CMS, tout en intégrant les directeurs des A/F à une organisation faîtière "cantonalisée". Cette solution propose donc le remplacement d'une OMSV surajoutée aux A/F par une structure associative qui constitue une réelle émanation des A/F, ces dernières en constituant les membres. A noter que les organes démocratiques des A/F elles-mêmes perdurent.

De manière très résumée, l'AVASAD se constitue comme suit (cf. organigramme AVASAD, placé en annexe):

- membres = A/F avec majorité des Communes en leur sein = niveau opérationnel ;
- organes de l'AVASAD:
  - Assemblée des délégués = représentants des A/F = organe suprême ;
  - Conseil d'administration = représentants des A/F, de l'Etat et des Communes + un président neutre = organe exécutif stratégique ;
  - Comité de direction = directeur général, directeurs des A/F et directeurs des services transversaux = direction opérationnelle.

Ce modèle présente selon ses auteurs l'avantage d'allier autonomie sur le terrain et intégration/coordination de l'action professionnelle, accroissement de la démocratie interne (meilleure prise en compte des désirs des A/F et meilleure représentation des Communes) et uniformisation de la qualité des prestations dans toutes les régions du canton. Enfin, ce projet est sensé clarifier les compétences respectives des acteurs impliqués.

### **Audition du directeur de l'OMSV**

De fait, cette audition sollicitée par la direction de l'OMSV a surtout porté sur les problèmes de financement. Sur un budget total 2009 de près de CHF 208 mio, l'essentiel des dépenses est constitué par les charges de personnel (84%). Les recettes sont composées à 35% par les remboursements des prestations de soins par l'assurance-maladie, à 11% par les versements des clients qui paient notamment les repas et les heures de ménage et à 54% par les contributions du Canton (27%) et des Communes (27%). A noter que cette répartition ne concerne que les prestations dispensées sur le terrain. Ainsi, le Canton prend seul en charge les frais liés au pilotage et aux services assurés par l'OMSV (l'informatique des CMS par exemple). Il en va de même pour les activités de santé scolaire (infirmières scolaires, prévention) conduites par l'OMSV.

La subvention de l'OFAS a été supprimée dans le cadre de la RPT. Le report de financement a été intégré dans la contribution à charge du Canton et des Communes, faisant de la sorte passer les charges des Communes en 2008 de CHF 54.50 prévus par habitant à CHF 76.10 effectivement payés. La croissance annuelle des prestations et des effectifs en personnel s'élève à 5,5% environ.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires se montre relativement faible mais ces derniers s'avèrent de plus en plus âgés et consomment dès lors de plus en plus de prestations. Ainsi, indépendamment de la constitution de l'AVASAD, un accroissement des besoins médico-sociaux se fait sentir. La rallonge budgétaire qui en découle pour 2010 se monterait à près de CHF 21 mio, ramenée à CHF 16 mio environ par les services concernés du DSAS, et sur laquelle le chef de département et le Conseil d'Etat doivent encore se prononcer. A noter un risque de manque à gagner potentiel de CHF 7 mio dans le cas où le système de facturation des prestations à l'assurance-maladie voulu par les autorités fédérales passerait d'un arrondi de 15 à 5 minutes.

Cependant, le chef du DSAS partage l'espoir que le dispositif AVASAD résiste bien au stress de la négociation budgétaire. Le fait que la nouvelle structure responsabilise l'ensemble des acteurs concernés (chaque A/F fait partie intégrante de l'AVASAD, co-responsabilité dans la répartition des subventions) devrait améliorer notamment la communication, modérer les demandes et aplanir les critiques dans la répartition de la manne financière.

### **Remarques de la CTSP suite à cette incise sur les finances de l'AVASAD**

Pour plusieurs membres de la CTSAP, il convient que l'AVASAD veille à améliorer l'organisation de la délivrance des prestations, à améliorer sa productivité, afin de ne pas répondre à l'augmentation des besoins uniquement par un accroissement sans fin du personnel. En effet, le fait que la population soit satisfaite des prestations fournies ne suffit pas à justifier une augmentation perpétuelle des coûts, à tout le moins au-delà du panier des prestations fixés et de l'accroissement effectif du volume d'activité.

Il convient que l'AVASAD développe des indicateurs de gestion afin de rendre plus transparente l'activité réalisée. En ce sens, l'outil d'évaluation des besoins en cours d'implémentation par l'OMSV, et dont les résultats sont attendus pour 2011, va dans la bonne direction. Il serait aussi intéressant de savoir ce que le recours massif à l'aide et aux soins à domicile fait économiser en termes de frais d'hospitalisation ou d'hébergement en EMS.

## **Discussion générale sur le projet de loi sur l'AVASAD**

*En quoi le statut d'association de droit public autonome dotée de la personnalité juridique et placée sous la surveillance de l'Etat représente-t-il une nouveauté ? Quelles sont les conséquences d'un tel statut en termes de responsabilité ?* L'AVASAD est une association créée par la loi. Il s'agit donc d'une association de droit public et non pas d'une association privée, au sens du Code civil. L'AVASAD constitue une nouveauté dans le sens où il s'agit de la première association de droit public créée au niveau cantonal (il existe en effet déjà des associations de droit public entre communes par exemple). Les administrateurs sont alors responsables en regard de la présente loi, et non en regard du Code civil. Au demeurant, la création d'une association de droit public permet de ne pas avoir à internaliser l'OMSV et de conserver des membres, les A/F, aussi autonomes que possible.

*L'organe suprême (Assemblée des délégués) de l'AVASAD ne manque-t-il pas de prérogatives concernant les grandes options à prendre ?* Les compétences de l'Assemblée des délégués (adoption du budget, approbation des comptes, contrôle de l'exécutif et, surtout, élection de la majorité des membres du Conseil d'administration) ne sont pas insignifiantes selon le chef du DSAS. En termes de clarification/répartition des compétences, il reste que c'est effectivement l'Etat qui définit/attribue la mission d'aide et de soins à domicile. Globalement, la CTSAP souhaite que l'Assemblée des délégués et le Conseil d'administration se réunissent plus souvent que le minimum exigé par la loi.

*Qu'en est-il du pouvoir réellement laissé aux A/F, beaucoup des décisions de leurs propres organes délibérants et exécutifs semblant relever des compétences des organes de l'AVASAD ?* Les directeurs de CMS ainsi que le personnel continueront à dépendre entièrement de leur A/F (nomination, engagement, versement des salaires...). Seul de directeur régional ne sera pas élu par son A/F uniquement et n'émergera pas à son budget. Le directeur régional sera choisi par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de l'A/F concernée (qui conduit donc le processus de sélection). Les directeurs régionaux occuperont la place essentielle de pivot entre le Comité de leur A/F et, au travers du Comité de direction, le Conseil d'administration. Les A/F continueront donc aussi à gérer un budget propre. Les A/F gardent, en conséquence, le 99% de leurs compétences et responsabilités, aux dires du chef du DSAS.

*D'autres formes organisationnelles que celle proposée ont-elles été évaluées dans l'optique d'instaurer une sorte d'émulation entre régions, notamment dans l'acquisition des ressources (tarifs pratiqués), et ceci afin de juguler la spirale inflationniste des coûts ?* Un modèle du type de la Fédération des hôpitaux vaudois ou de l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux signifierait la disparition de l'OMSV, donc l'internalisation/étatisation de cette structure au sein du Service de la santé publique. Or, une certaine autonomie des structures chargées de mission et subventionnées par l'Etat permet en théorie à ce dernier de devoir moins réguler. Au demeurant, il n'y a pas de tarifs différenciés entre hôpitaux de zone et les différences de tarifs entre EMS ne sont pas liés à la région (état des biens-fonds immobiliers...). Cela n'empêche pas les établissements de faire des comparaisons concernant leur efficacité respective. Il en sera de même avec les A/F de l'AVASAD, ceci d'autant plus que les A/F sont co-responsables des finances de l'AVASAD.

*Quelles sont les perspectives en matière d'évolution du nombre d'A/F dans le canton ainsi que de remaniement du périmètre géographique des A/F ?* L'intention du DSAS est qu'à terme, le nombre d'A/F corresponde aux 4 régions de politique sanitaire. La logique des découpages doit rester au service de l'action sur le terrain. En ce sens, il est prévu que cette logique respecte au maximum les désirs des communes concernées.

*Dans le nouveau système, de qui dépend la santé scolaire (infirmière scolaire, prévention) ?* Le mandat global de gestion de la santé scolaire confié à l'OMSV sera repris par l'AVASAD. Le contrat de travail des infirmières scolaires est actuellement signé par le directeur de l'OMSV. Reste que les

missions en la matière sont définies conjointement, à travers un comité de pilotage mixte, par le DFJC et le SSP. Aussi, dans le nouveau système proposé, l'idée est de garder le même schéma en confiant, par le truchement d'une convention de collaboration soumise à la loi sur les subventions, la santé scolaire à l'AVASAD. **La gouvernance de la santé scolaire dans le nouveau système mériterait d'être mieux explicitée.** Néanmoins, après une longue discussion, la CTSAP ne remet pas en cause le fait que cette prestation quasi-entièrement cantonale, y compris dans son financement, demeure confiée à un organisme dont ce n'est pas la mission centrale. Comme on l'a dit en introduction, la présente loi n'a pas traité des prestations mais bien de la gouvernance, ce dont la commission a pris acte.

## **Lecture de l'exposé des motifs**

### *3.3 Synthèse de la consultation*

Par rapport à l'avant-projet fraîchement accueilli en consultation, l'actuel projet de loi a subi certaines modifications, notamment l'élimination de précisions relatives, par exemple, aux compétences respectives de l'Etat, de l'AVASAD et des A/F. La suppression de ces détails rend plus aisé, en cas de besoin, l'évolution du dispositif (pas nécessité de recourir à un changement dans la loi). Quoiqu'il en soit, il convient de noter que, sans pour autant montrer un enthousiasme excessif, les présidents et les directeurs des A/F s'accordent à plaider en faveur du projet, tant la situation présente ne donne pas satisfaction.

Quant au financement par les Communes, les arguments en faveur du maintien du système actuel (en francs par habitant) plutôt que de l'introduction d'un système de péréquation, tient au fait que, s'agissant d'une question de solidarité entre Communes, le Canton a estimé qu'elles pouvaient elles-mêmes en décider, le "bateau" de la péréquation étant par ailleurs déjà bien chargé (cf. facture sociale) ; enfin, le système de financement actuel a pour lui l'avantage de la clarté et de la transparence pour les Communes.

### *4 Le projet de loi sur l'AVASAD et la modification de la LAPRAMAS*

La LSP et la LPFES doivent être mises en cohérence formelle avec la loi sur l'AVSAD. A tout le moins, il convient de réviser les références formelles à l'OMSV qui se trouvent dans la LSP et la LPFES.

## **Lecture du projet de loi sur l'AVASAD**

### *Article 1 - Constitution*

L'association de droit privé repose uniquement sur la volonté contractuelle des parties prenantes et les dispositions légales générales qui régissent cette volonté. Si l'Etat entend créer une association, celle-ci ne peut être fondée que par une loi spécifique et cette association ne peut être que de droit public. L'Etat ne peut en effet pas créer une association de droit privé, dont l'existence ne dépend que d'elle-même. Une alternative envisageable eut cependant été de dissoudre l'OMSV et d'instaurer, comme critère de reconnaissance de l'intérêt public (reconnaissance qui ouvre le droit à l'obtention de subventions publiques), l'obligation pour les A/F de s'organiser en association (de droit privé).

L'article est adopté à l'unanimité moins 1 abstention due à un septicisme général face à l'organisation retenue.

### *Article 2 - Missions*

Pour l'essentiel les missions de l'AVASAD correspondent à celles de l'OMSV.

Alinéa 1 : la politique d'aide et de soins à domicile dont il est question ici doit être comprise comme celle correspondant à la politique définie par le Conseil d'Etat en concertation avec les associations représentatives des communes et après consultation de l'AVASAD (cf. alinéa 2).

Alinéa 4, lettre a : la nécessaire mention des principes constitutionnels d'efficacité et d'efficience peut être considérée comme allant de soi ici, dans la mesure où ces principes apparaissent un peu plus loin, à la lettre b.

Alinéa 4, lettre e : la phrase doit être ici comprise comme "collaborer activement avec les partenaires et institutions privées actifs dans le domaine sanitaire, médico-social et social...". Le terme "partenaires" inclut ainsi les infirmières, les sages-femmes, les médecins, les pharmaciens, les hôpitaux, les EMS, les Centres sociaux régionaux (CSR), etc.

Alinéa 4, lettre f : la mention de la mission d'assurer l'exécution dans les faits (et pas uniquement participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation) de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies peut être considérée comme allant de soi ici dans la mesure où cette mission apparaît un peu plus loin, à la lettre g.

Alinéa 5 : il se pose la question du degré de la force contraignante de la charte (par rapport aux dispositions d'une loi par exemple), notamment en ce qui concerne l'obligation de prise en charge d'un patient. La LPFES garantit l'obligation de prise en charge puisque cette loi fait du respect de cette obligation un des critères pour qu'une institution obtienne la reconnaissance de l'intérêt public. L'obligation de prise en charge n'apparaît toutefois pas absolue puisqu'elle n'a de validité que dans les limites des capacités (infrastructures, compétences) de l'institution concernée. La charte permettra entre autres de préciser les choses en la matière. Elle permettra aussi notamment de facturer à un patient récalcitrant les coûts supplémentaires engendrés par une prise en charge difficile. Il reste que les CMS ne sont pas soumis à la LPFES, cette dernière portant sur les établissements hospitaliers et les EMS uniquement. Aussi, **la formulation de l'alinéa 5 doit être revue pour faire mieux référence aux dispositions de la LPFES** (ajouts en gras, suppressions en style barré) :

"L'AVASAD accomplit ses missions par l'intermédiaire de ses associations ou fondations régionales d'aide et de soins à domicile (ci-après : les A/F), et en collaboration avec les réseaux de soins reconnus d'intérêt public. A cet effet, elle élabore une charte qui définit notamment les droits et devoirs des A/F **et des centres médico-sociaux (ci-après : CMS), en particulier le devoir de prise en charge au sens de l'article 4 alinéa 1er, lettre b), de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public**, ainsi que les **droits et devoirs** des clients. Cette charte peut prévoir la facturation aux clients du coût des prestations extraordinaires que le devoir de prise en charge ~~, au sens de l'article 4 alinéa 1er, lettre b), de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public;~~ peut rendre nécessaires".

L'article est adopté à l'unanimité.

La discussion a cependant mis en évidence une problématique qui pourrait faire l'objet d'une intervention parlementaire en soi : celle de ces malades qui sortent de l'hôpital avec une alimentation parentérale et du refus de certains CMS de les prendre en charge. Il semble que dans de nombreux pays d'Europe et notamment la France, on ait créé des centres dépendant d'un hôpital, qui suivent ces malades, pas forcément en fin de vie, du reste. L'enjeu est aussi financier : si une prestation coûte généralement moins cher à domicile qu'à l'hôpital, il se pourrait que les assureurs, du fait de la répartition du financement des prestations (frais hospitaliers à 45% à charge des assureurs et à 55% à charge de l'Etat ; soins à domicile essentiellement à charge des assureurs et subsidiairement à charge du Canton et des Communes), soient conduits à préférer payer une facture globalement plus élevée mais qu'ils supportent proportionnellement moins plutôt qu'une facture globalement moins élevée mais que leur incombe davantage !

### *Article 3 – Exonération fiscale*

Avec cette formulation, l'AVASAD reste sujette à l'imposition sur les gains immobiliers. Afin

d'exonérer l'AVASAD de l'impôt sur les gains immobiliers, le département propose l'amendement suivant (ajout en gras):

"L'AVASAD est exonérée de tout impôt cantonal et communal, y compris le droit de timbre **et l'impôt sur les gains immobiliers**".

L'extension de l'exonération aux A/F de l'AVASAD elles-mêmes n'apparaît pas possible, seules les entités de droit public pouvant en principe bénéficier d'une telle exonération. D'autre part, l'activité de certaines A/F comprend pour partie des opérations d'ordre commercial (logements protégés par exemple) qu'il paraîtrait injustifié de ne pas soumettre à l'impôt. Au demeurant, il existe des possibilités d'exonération pour les fondations, dont les demandes d'exonération sont examinées au cas par cas par les Communes en fonction des buts des fondations concernées.

L'amendement est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

#### *Article 4 – Membres de l'AVASAD*

L'article est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

#### *Article 5 – Compétences (des A/F)*

Lettre d : cette disposition ainsi que l'article 15, alinéa 2, auquel elle renvoie doivent être compris comme signifiant que ce sont les statuts de l'A/F qui règlent le niveau de compétence du directeur de l'A/F concernant l'engagement du personnel. Ainsi, les statuts d'une A/F peuvent prévoir que le directeur engage tout le personnel d'une A/F, seulement les cadres (les directeurs des CMS par exemple), ou qu'il n'engage personne (laissant cette prérogative au Comité de l'A/F par exemple). Au demeurant, **l'amendement technique suivant est accepté à l'unanimité** (ajout en gras) :

"engager le personnel des CMS, par l'intermédiaire du directeur de l'A/F, conformément à l'article 15 **de la présente loi**".

Lettre e : la compétence de proposer la désignation du directeur de l'A/F inclut la compétence de proposer le renvoi du directeur de l'A/F.

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

#### *Article 6 - Organes*

L'article est adopté à l'unanimité

#### *Article 7 – Assemblée des délégués*

Alinéa 2 : le nombre de représentants par A/F n'est pas fixé dans la loi dans le but de laisser la possibilité, par exemple, de proportionner ce nombre à la taille du bassin de population des A/F. La fixation des modalités de désignation des représentants des A/F implique l'élaboration d'un règlement. Ce dernier, conçu en concertation avec les A/F, devrait comprendre des dispositions telles que "la décision de désignation est prise par l'organe suprême de l'A/F qui la communique au département", etc. Afin d'éviter que les mêmes personnes puissent siéger dans plusieurs organes de l'AVASAD, **l'amendement suivant est adopté à l'unanimité** (ajout en gras) :

"Le Conseil d'Etat fixe le nombre de représentants par A/F et les modalités de leur désignation **ainsi que les règles d'incompatibilité**".

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

#### *Article 8 – Compétences (de l'Assemblée des délégués)*

Lettre d : afin d'étoffer les compétences de l'Assemblée des délégués, **l'amendement suivant est adopté à l'unanimité** (ajout en gras) :

"adresser au conseil d'administration toute proposition relative **à l'orientation et** à la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile dans le canton".

Il est entendu que les grandes orientations (missions) restent de la compétence du Conseil d'Etat et non

pas du Conseil d'administration.

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

#### *Article 9 – Fonctionnement (de l'Assemblée des délégués)*

L'article est adopté à l'unanimité.

#### *Article 10 – Conseil d'administration*

En référence à la lettre de la Société vaudoise de médecine (SVM) adressée aux membres de la CTSAP et demandant la présence de médecins, membres de la SVM, au sein des instances dirigeantes de l'AVASAD, se pose la question de la définition large ou non, dans la loi, des membres du Conseil d'administration. De la discussion, il ressort les points suivants:

- il apparaît peu opportun de donner un droit de siéger dans les organes de l'AVASAD à des représentants d'une organisation (SVM ou autre) qui ne constitue ni un membre obligé de l'AVASAD (comme les A/F) ni un payeur (comme le Canton et les Communes) du système d'aide et de soins à domicile. Au demeurant, si les A/F étaient obligées d'élire des représentants qui soient aussi des représentants de la SVM ou autre, l'allégeance des personnes nommées se révélerait particulièrement ambiguë ;
- plus qu'une représentation de la SVM, c'est la présence d'une compétence en médecine qui importe dans les instances dirigeantes de l'AVASAD ;
- chaque A/F s'adjoint d'ores et déjà les services d'un médecin conseil, de même que l'OMSV lui-même qui invite celui-ci aux séances du Conseil d'administration. D'ailleurs, tout soin infirmier ne peut se faire que sous prescription d'un médecin, y compris donc pour les soins à domicile. Au demeurant, de manière plus générale, il est mentionné que les médecins traitants doivent rester partie prenante des soins à domicile. A ce titre, la piste de l'amélioration du degré d'affiliation des médecins traitant aux réseaux de soins est privilégiée.

Pour toutes ces raisons, **la CTSAP demande que le règlement d'application de la loi sur l'AVASAD précise que le directeur général et le médecin conseil participent aux séances du Conseil d'administration avec voix consultative.** De même, le Règlement devra aussi préciser quel organe de l'AVASAD dispose de la compétence de désigner des représentants aux commissions consultatives, en particulier la Commission de politique sanitaire.

Se posent en outre les questions de la nécessité de maintenir la ratification par le Conseil d'Etat de la nomination par l'Assemblée des délégués des représentants des A/F au Conseil d'administration (article 10, alinéa 1, lettre a) ainsi que de la nomination des représentants des Communes (article 10, alinéa 1, lettre c). En effet, ces ratifications écorcent le pouvoir des instances chargées des désignations. Il ressort de la discussion que:

- la ratification est utile lorsque le Conseil d'Etat dispose sur les personnes nommées des informations non connues des instances chargées des désignations et compromettant les nominations effectuées en première instance ;
- comme il n'y a pas de garantie de la réduction à terme du nombre des A/F, l'éventualité pour l'Etat et les Communes d'être minorisés au sein du Conseil d'administration autorise la clause compensatoire de la ratification par le Conseil d'Etat des personnes nommées au Conseil d'administration. Il reste que, par rapport à la situation actuelle où l'Etat désigne tous les membres des organes de l'OMSV, le système proposé avec l'AVASAD consacre une diminution du pouvoir de l'Etat ;
- la ratification par le Conseil d'Etat dote les personnes nommées d'une légitimité supplémentaire dans leur fonction ;
- le Conseil d'Etat ne peut pas refuser perpétuellement la ratification, sous peine de blocage du



système.

L'amendement consistant à supprimer "sous réserve de ratification par le Conseil d'Etat " à l'alinéa 1, lettre a, est refusé (5 voix pour, 8 voix contre, 2 abstentions).

L'amendement consistant à supprimer "sous réserve de ratification par le Conseil d'Etat " à l'alinéa 1, lettre c, est refusé (6 voix pour, 8 voix contre, 1 abstention).

L'article est adopté à l'unanimité moins 2 abstentions.

#### *Article 11 – Compétences (du Conseil d'administration)*

Alinéa 2, lettre b : la notion d'"autres fournisseurs de soins" méritera explicitation dans le règlement d'application.

Alinéa 2, lettre c : l'éventualité de regrouper les diverses activités cantonales de promotion de la santé et de prévention au sein de l'AVASAD est évoquée.

Alinéa 2, lettre i : il apparaît logique que l'instance qui approuve les comptes (l'Assemblée des délégués) soit aussi l'instance qui désigne l'organe de révision. Aussi est accepté l'amendement qui consiste à **déplacer la lettre i à l'article 8, lettre e nouvelle** ainsi qu'à faire l'ajout suivant (en gras) :

"désigner **sur proposition du Conseil d'administration** l'organe de révision, sous réserve de ratification par le Conseil d'Etat ".

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

#### *Article 12 – Fonctionnement (du Conseil d'administration)*

L'article est adopté à l'unanimité.

#### *Article 13 – Comité de direction*

Compte tenu du fait que le dispositif de pilotage de l'AVASAD ne saurait se contenter d'être une technostructure déconnectée de la mission fondamentale de prestations de soins, et que la préoccupation de l'impact des décisions sur les prestations doit être permanente (cf. discussion de l'article 10), l'amendement suivant est accepté (ajout en gras):

"Le comité de direction (ci-après : la direction) est composé du directeur général, **du médecin conseil**, ainsi que des directeurs des A/F et des directeurs des services transversaux".

A noter que, en vertu de l'article 11, alinéa 2, lettre j, le médecin conseil est désigné par le Conseil d'administration.

L'article amendé est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

#### *Article 14 – Compétences (du Comité de direction)*

L'article est adopté à l'unanimité.

#### *Article 15 – Autres membres de la direction*

Alinéa 4 : par cohérence avec l'article 13 modifié, l'amendement suivant est accepté (ajout en gras):

"Pour le surplus, les compétences **du médecin conseil**, des directeurs des A/F et des directeurs des services transversaux sont définies par le conseil ".

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

#### *Article 16 – Fonctionnement (du Comité de direction)*

L'article est adopté à l'unanimité.

#### *Article 17 – Organe de révision*

Alinéa 1 : en raison des changements apportés à l'article 8 et à l'article 11, alinéa 2, l'amendement suivant est accepté (ajout en gras, suppression en style barré):

" **L'Assemblée des délégués** ~~Le conseil~~ désigne un organe de révision externe qui satisfait aux conditions à remplir par les réviseurs selon la loi fédérale sur l'agrément et la surveillance des

réviseurs".

A noter que les organes de révision des A/F elles-mêmes ne doivent pas forcément satisfaire aux conditions à remplir par les réviseurs selon la loi fédérale sur l'agrément et la surveillance des réviseurs. Cela dépend en effet de la forme juridique de l'organisation concernée, de sa taille, de son volume d'affaire, etc.

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

*Article 18 – Principe de financement*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 19 – Ressources propres*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 20 – Contribution de l'Etat et des communes*

La hauteur de la contribution de l'Etat et des Communes déterminée chaque année prospectivement devrait être indiquée aux intéressés à fin juin, comme actuellement.

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 21 – Répartition de la contribution des communes*

L'article est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

*Article 22 – Contribution de l'Etat*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 23 – Cycle budgétaire*

Alinéa 2 : conformément à la pratique actuelle pour ce qui concerne toutes les institutions subventionnées, il est entendu que le budget définitif de l'AVASAD est établi sous réserve de la décision finale du Grand Conseil en matière de Budget.

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 24 – Suivi budgétaire*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 25 – Comptes*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 26 – Contrôle et surveillance*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 27 nouveau – Condition de travail du personnel*

Suite à la discussion relative aux conditions de travail du personnel, proposition est faite d'ajouter ici, sous un chapitre IV nouveau intitulé : "Personnel ", l'article suivant, rédigé par analogie avec les dispositions correspondantes de la LPFES:

**" En l'absence de conventions collectives de travail de force obligatoire, le Conseil d'Etat peut poser des exigences en matière de conditions d'engagement et de travail pour l'ensemble du personnel travaillant dans l'AVASAD et les A/F ".**

L'idée de la fixation par le Conseil d'Etat d'un barème de rémunération pour les fonctions directoriales et administratives est abandonnée.

Le nouvel article est adopté à l'unanimité.

*Article 28 (nouvelle numérotation) – Disposition transitoire*

Les organes de direction de l'OMSV sont tous désignés par l'Etat. Aussi, aucune décision éventuelle d'augmentation des coûts du pilotage des services du siège de l'organisation ne peut actuellement

échapper au contrôle de l'Etat. Il en sera autrement avec l'AVASAD qui consacre un affaiblissement du pouvoir de l'Etat, d'où volonté de fixer, au moins, la hauteur maximale de la subvention cantonale en la matière (12 millions).

Il reste que, une fois passée la période transitoire, il est prévu que les Communes supportent la moitié de cette subvention. Cela peut être perçu comme un report supplémentaire de charge du Canton vers les Communes, report dont la justification n'apparaît pas convaincante.

L'Etat ne souhaite pas réaliser des économies sur les coûts actuels du pilotage des services du siège de l'institution en charge de l'aide et des soins à domicile. Proposition est donc faite que le report de charge susmentionné soit compensé dans le cadre d'une autre relation financière entre le Canton et les Communes. L'idée de notifier dans la loi, plutôt qu'une somme fixe, un catalogue précis des tâches subventionnées de pilotage des services est aussi évoquée, de même que la possibilité pour le siège central de l'AVASAD de facturer aux A/F des prestations dépassant une définition stricte des activités de pilotage des services.

Après discussion, l'amendement de compromis suivant est finalement soumis au vote (ajouts en gras, suppression en style barré):

"Pendant les **cinq dix** ans suivants l'entrée en vigueur de la présente loi, l'Etat continue à assumer seul la subvention destinée à la prise en charge des coûts du "pilotage des services" du siège de l'AVASAD, à hauteur de 12 millions de francs. Cette subvention vient en déduction de la contribution due paritairement par l'Etat et les communes conformément aux articles 18 et 20. **A l'échéance des cinq ans, l'Etat s'assure de la neutralité financière de la bascule des coûts du "pilotage des services" pour les communes**".

L'amendement est adopté à l'unanimité moins 1 abstention.

*Article 29 (nouvelle numérotation) – Abrogation*

L'article est accepté sans commentaire.

*Article 30 (nouvelle numérotation) – Entrée en vigueur*

L'article est accepté sans commentaire.

**La CTSAP recommande à l'unanimité au Grand Conseil d'entrer en matière sur ce projet de loi.**

## **Lecture du projet de loi modifiant la LAPRAMS**

Ce projet de loi vise à créer la base légale à la pratique actuelle consistant à octroyer des aides individuelles pour les personnes dans le besoin sous forme de tarif dégressif de certaines prestations d'aide et de soins à domicile.

*Article 1 – But*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 2 – Objet*

Alinéa 2 : le passage de la formulation assertive : "Elle prévoit en outre un subventionnement..." de la loi actuelle à la formulation potestative : "Elle peut octroyer des subventions..." dans le projet de loi modifiée s'explique par la loi sur les subventions qui stipule qu'il n'existe aucun droit d'office à une subvention.

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 4 bis – Délégation à l'AVASAD*

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 34 – Réclamation et recours*

Alinéa 1 : pour pallier tout changement éventuel de nom des services de l'Etat, l'amendement

technique suivant est accepté (ajout en gras):

"Les décisions du département peuvent faire l'objet d'une réclamation. Les décisions de l'AVASAD fondées sur l'article 4 bis peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Service **en charge** des assurances sociales et de l'hébergement".

L'article est adopté à l'unanimité.

*Article 35 – Recours*

L'article est adopté à l'unanimité.

**La CTSAP recommande à l'unanimité au Grand Conseil d'entrer en matière sur ce projet de loi.**

*Le rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Dominique Kohli et consorts pourra être discuté en plénum. A ce titre, l'intervention d'un collègue de parti de M. Kohli est souhaitée, en particulier afin de relayer l'avis de l'auteur du postulat.*

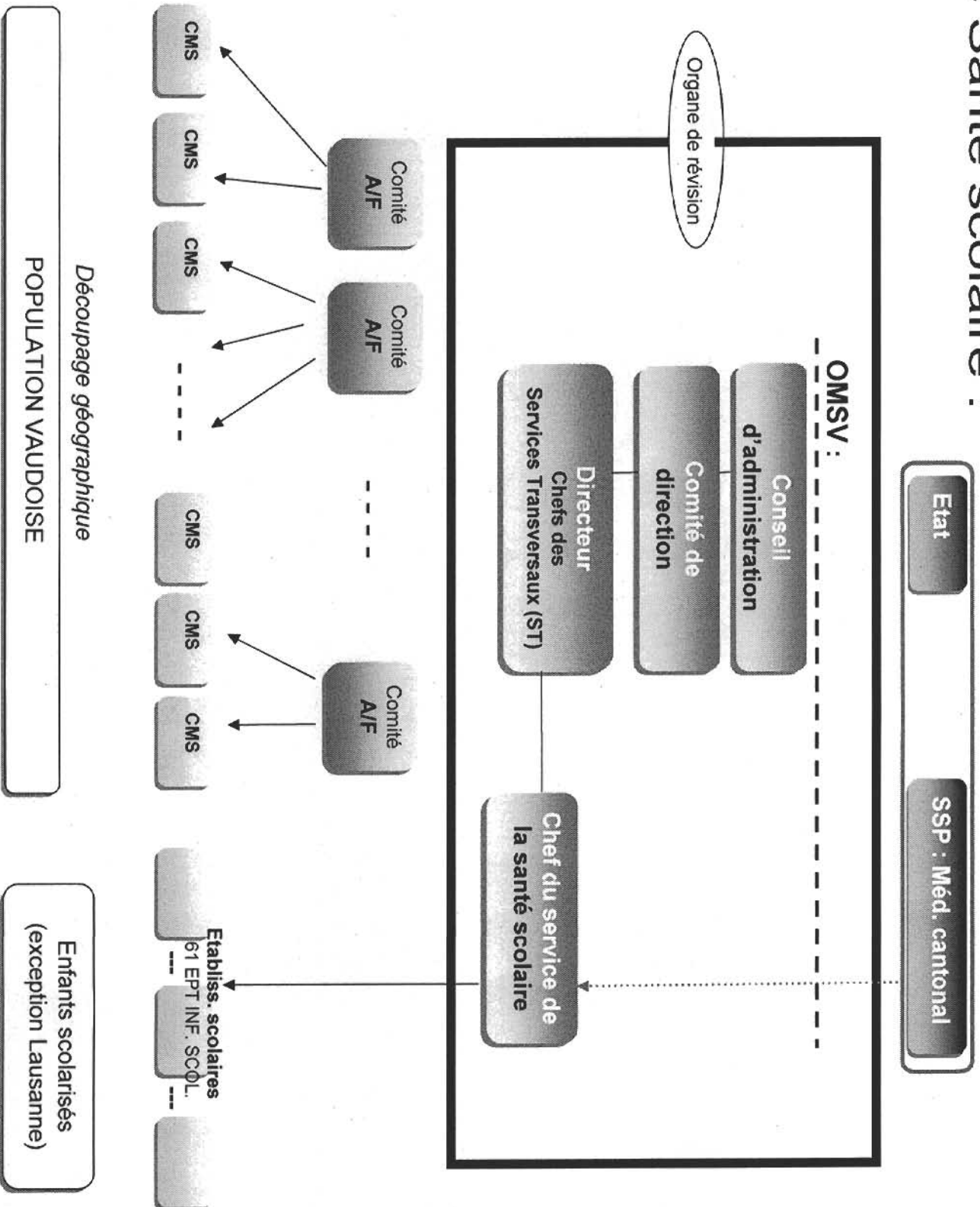
*La réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Mireille Aubert pourra de même être discutée en plénum par l'intéressée.*

Annexes: organigramme Situation actuelle, organigramme AVASAD.

Gland, le 29 juillet 2009.

Le président :  
(Signé) *Philippe Martinet*

# Situation actuelle yc Santé scolaire :



**AVASAD**  
 yc Santé scolaire : Les communes ↔ Etat ↔ SSP : Méd. cantonal

