

**EXPOSE 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

**REPONSE 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)**

## 1 RÉSUMÉ

Le projet de loi présenté ici propose une nouvelle organisation de l'aide et des soins à domicile. Il **crée une association** de droit public placée sous la surveillance de l'Etat, l'**Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)**, chargée de mettre en œuvre sur le territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures de promotion de la santé et de prévention. La politique en la matière sera définie comme aujourd'hui par le Conseil d'Etat qui le fera en concertation avec les associations représentatives des communes et après consultation de l'AVASAD.

Les membres de l'AVASAD sont les Associations et Fondation régionales (A/F) d'aide et de soins à domicile. Les A/F sont constituées en associations de communes ou en associations de droit privé, à condition que les communes y soient majoritairement représentées. Chaque A/F élabore et gère son budget, gère les CMS qui fournissent les prestations d'aide et de soins à domicile à la population, engage son personnel, propose la désignation du/de la directeur-trice de l'A/F au conseil d'administration et l'encadre dans ses activités de gestion, désigne ses représentant-e-s à l'assemblée des délégués.

L'AVASAD a quatre organes:

1. **L'assemblée des délégué-e-s**, composée des représentant-e-s des A/F et donc des communes. Elle élit ses représentant-e-s au conseil d'administration, adopte le rapport d'activité, le budget, approuve les comptes et formule des propositions au conseil d'administration pour la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile. Elle se réunit au moins deux fois par an.
2. **Le conseil d'administration**, composé au maximum de treize personnes : un-e représentant-e pour chacune des huit A/F, deux représentant-e-s de l'Etat, deux représentant-e-s désigné-e-s par les associations de communes (UCV et AdCV) et un-e président-e neutre. Il garantit la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile et répond vis-à-vis de l'Etat de la bonne marche de l'AVASAD dont il arrête les principes de fonctionnement (fourniture des prestations, allocation des ressources et gestion financière, ressources humaines, système d'information). Notamment, il prépare le budget, élabore un rapport annuel d'activité, désigne le comité de direction. Le Conseil d'Etat ratifie la composition du conseil et désigne son-sa président-e.
3. **Le comité de direction**, composé de la directrice ou du directeur général, des directeur-trice-s des A/F et des directeur-trice-s des services transversaux (prestations informatiques, ressources humaines, finances). La directrice ou le directeur général dirige l'AVASAD et les autres membres de la direction sont placés sous son autorité. Les directeur-trice-s des A/F sont compétent-e-s pour engager le personnel des CMS.
4. Le conseil d'administration désigne **un organe de révision externe** chargé de la vérification des comptes

annuels.

Concernant le financement, les charges de l'AVASAD sont couvertes comme aujourd'hui d'abord par ses ressources propres (produit de la facturation de ses prestations, subventions de la Confédération, dons et legs, fonds propres). Le solde est ensuite financé à parts égales par l'Etat et les communes, à l'exception des coûts du pilotage des services (les charges actuelles de l'OMSV) prises en charge par l'Etat seul sur une base forfaitaire pendant dix ans encore dès l'entrée en vigueur de cette loi.

Conçu par un comité de pilotage présidé par le chef du Département de la santé et de l'action sociale et réunissant les partenaires concernés, ce projet a pris en compte les remarques émises lors de la consultation d'avril 2008.

## **2 CONTEXTE DU PROJET DE LOI**

### **2.1 Préambule**

#### **Rappel historique**

En 1987, le Grand Conseil adoptait un Rapport du Conseil d'Etat qui proposait une réorientation de l'action médico-sociale. Le Programme de maintien à domicile (PMAD) était lancé, et le mandat de le concrétiser à l'échelle cantonale était confié à l'organisme médico-social vaudois (OMSV). Cette opération avait été précédée d'une expérience pilote de renforcement de l'action médico-sociale dans le canton, organisée de 1982 à 1984 par les départements en charge de la santé publique et des affaires sociales, avec le SCRIS, la Fédération vaudoise des caisses maladies et l'OMSV. De 1988 à 1992 s'ouvraient 45 centres médico-sociaux (CMS) dans le canton. La création des CMS a permis de regrouper physiquement le personnel travaillant dans l'aide et les soins à domicile et d'offrir une homogénéité de la prise en charge. La logique de cloisonnement qui prévalait avant le PMAD (une organisation pour chaque groupe de clientèle) a ainsi cédé la place à une logique d'intervention interdisciplinaire, mise en place par les équipes des CMS. Il en est résulté une situation unique en Suisse. Dès 1992, la régionalisation de ce programme était effective, avec la création, jusqu'en 1994, de huit associations et de deux fondations régionales permettant d'intégrer l'ensemble des institutions partenaires du PMAD. Suite à deux fusions, le dispositif compte aujourd'hui sept associations et une fondation.

#### **A l'heure actuelle**

L'aide et les soins à domicile du Canton sont organisés d'une part sur la base de la loi du 5 décembre 1967 et du règlement du 23 octobre 2000 sur l'Organisme médico-social vaudois, d'autre part sur le règlement du 8 janvier 2001 fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile. La loi prévoit un financement assuré à parité par l'Etat et les communes.

Le service subventionné d'aide et de soins à domicile, accessible à tous les habitant-e-s du canton, représente aujourd'hui 47 CMS regroupés au niveau régional en sept associations et une fondation, 26'500 bénéficiaires par année et 2'030 postes équivalents plein temps, pour des charges totales de plus de 160 millions de francs. Une quinzaine de prestations sont délivrées aux bénéficiaires, dont les principales sont les soins de base (pour les activités de la vie quotidienne), les soins infirmiers et l'aide au ménage. Les équipes d'aide et de soins à domicile collaborent avec l'entourage, les autres intervenant-e-s du domaine médico-social et les bénévoles.

Sur l'ensemble de la population vaudoise, environ quatre personnes sur cent reçoivent des prestations d'aide et de soins à domicile, et une personne sur deux au-delà de 85 ans. Près de 30% de la clientèle se situe dans cette dernière classe d'âge.

Le contexte du dispositif d'aide et de soins à domicile, qui a déjà changé de manière substantielle depuis le début des années 70, est appelé à vivre encore d'importantes modifications liées à l'évolution démographique et socio-économique. A ces changements prévisionnels s'ajoutent ceux liés à la nouvelle répartition des tâches Confédération-cantons (RPT), à la loi vaudoise sur les subventions, au nouveau découpage territorial du canton et à la loi du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins. Ces différents facteurs rendent nécessaires une refonte totale de la loi du 5 décembre 1967 sur l'OMSV ainsi que du règlement y relatif du 23 octobre 2000.

Deux interventions parlementaires déposées en 2005 concernent le domaine de l'aide et des soins à domicile. Il a été décidé d'y répondre dans le cadre de cet exposé des motifs.

### **2.2 Elaboration du projet**

Au vu des enjeux actuels, le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) a mis sur pied un projet pour mener les travaux nécessaires à une révision de l'organisation, du fonctionnement, du financement et du pilotage du dispositif d'aide et de soins à domicile. Le projet a été conduit par un comité, présidé par le chef du département, réunissant des personnes représentant de l'Etat, le Comité directeur et la direction de l'Organisme médico-social vaudois, les préfet-e-s, les communes, les régions et les directions des A/F d'aide et de soins à domicile. Trois groupes de travail ont fonctionné dès le printemps 2006 :

1. *Bilan et perspectives* : pour traiter du bilan organisationnel, financier, des prestations offertes, de l'évaluation des besoins de la population vaudoise, et des priorités d'intervention et d'adaptation de la prise en charge. Un

rapport global, organisé en cinq chapitres, résume les travaux réalisés. Il est disponible sur le site : <http://www.vd.ch/fr/organisation/services/sante-publique/publications/>.

2. *Organisation et découpage* : pour étudier des scénarios de pilotage du dispositif et des options de découpage des régions médico-sociales.
3. *Adaptations législatives* : pour concrétiser les modifications de la Loi et du règlement sur l’OMSV en fonction des options retenues.

### 3 LE PROJET DE LOI

#### 3.1 Les objectifs généraux du projet et ses principales orientations

Le projet présenté ici représente une révision totale de la loi du 5 décembre 1967 qui avait créé l’OMSV. Il repose sur **trois objectifs généraux** :

- Adapter le dispositif d’aide et de soins à domicile aux exigences fédérales de la nouvelle péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), ainsi qu’aux dispositions des lois cantonales sur les subventions et sur les réseaux de soins.
- Mettre en place un processus de décision plus démocratique et un meilleur partage des responsabilités entre les communes et l’Etat.
- Améliorer le pilotage et la gouvernance du dispositif, en clarifiant la répartition des compétences et des responsabilités entre le département, l’OMSV et les A/F et en répondant ainsi aux souhaits des acteur-trice-s confronté-e-s à des difficultés de gestion et de relations.

#### 3.2 Les grandes lignes de l’avant-projet mis en consultation

En avril 2008, le Conseil d’Etat a autorisé le département à mettre en consultation un avant-projet de loi sur l’Association vaudoise d’aide et de soins à domicile (AVASAD). Sur l’organisation et la gouvernance du dispositif, l’avant-projet mis en consultation prévoyait:

- La création de l’**Association vaudoise d’aide et de soins à domicile (AVASAD)**, association autonome de droit public dotée de la personnalité juridique, placée sous la surveillance de l’Etat et chargée de mettre en œuvre sur l’ensemble du territoire vaudois la politique d’aide et de soins à domicile ainsi que des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention.
- La création d’une **Assemblée des délégué-e-s**, issue des régions médico-sociales et représentant les communes, constituant l’organe suprême de l’Association et la base démocratique de la nouvelle organisation. L’avant-projet prévoyait que l’Assemblée désignait quatre des neuf membres du Conseil d’administration, adoptait le rapport d’activité, le budget et approuvait les comptes. Elle pouvait adresser des propositions pour la mise en œuvre de la politique d’aide et de soins à domicile dans le canton.
- Une modification de la composition du **Conseil d’administration** restreignant le nombre des membres à neuf au lieu des 27 aujourd’hui. L’avant-projet prévoyait au Conseil quatre personnes représentant les régions, deux les associations représentatives des communes, deux l’Etat, ce dernier déléguant ainsi une partie de ses compétences pour les partager avec le conseil, et un-e président-e neutre.
- La constitution des associations ou fondation régionales **en régions médico-sociales** avec prépondérance des communes. Selon l’avant-projet, leurs statuts devaient reprendre la mission de l’AVASAD. Elles étaient placées sous l’autorité de la directrice ou du directeur général de la structure vaudoise, la clarté de cette ligne hiérarchique ayant pour but de faciliter la mise en œuvre des décisions prises, la maîtrise des coûts et le contrôle des résultats obtenus.
- **Le renforcement des compétences données aux régions**, et donc aux communes. L’avant-projet portait ainsi sur leur capacité d’influer l’action du-de la directeur-trice régional-e dans l’exécution de sa mission et d’assurer ainsi une activité de proximité soucieuse des contraintes et attentes locales. Au surplus, il était prévu l’octroi d’une subvention particulière, versée par l’AVASAD aux régions, celles-ci pouvant l’affecter librement à des actions d’aide et de soins à domicile ou de prévention, choisies hors du panier commun de prestations.

#### 3.3 Synthèse de la consultation

La consultation s’est déroulée du 16 avril au 23 mai 2008 et a obtenu un taux de réponses de 52% (50 réponses sur 96 organismes consultés). Ont répondu à cette consultation toutes les A/F, 13/25 membres de la commission de politique sanitaire, 5/9 groupes politiques, les deux associations de communes (UCV, AdCV) et 8/14 services de l’administration cantonale. En plus, quelques 22 communes ont fait connaître leur position individuelle.

Les réponses aux trois questions posées aux organismes consultés ont été les suivantes:

1. Sur la **place donnée aux communes** dans le système proposé, 24 réponses (48%) ont conclu favorablement à l’avant-projet, dont sept sous diverses conditions. Huit (16%) s’y sont opposés, dix-huit (36%) en ont pris acte,

se sont abstenus ou n'ont pas émis de remarques.

2. Au sujet du **mode de gouvernance** retenu, dix-sept (34%) s'y sont opposés, vingt (40%) en ont pris acte, se sont abstenus ou n'ont pas fait de remarques. Dix (26%) s'y sont ralliés, dont trois avec conditions.
3. Quant au **financement** par les communes, la réponse a été clairement favorable au maintien du système actuel (en francs par habitant) plutôt qu'à introduire un système de péréquation.

Les résultats de la consultation ont été contrastés. De nombreuses remarques et demandes de clarifications ont été émises. Elles ont concerné principalement le rôle des communes, la marge de manœuvre des A/F et la gouvernance globale du système.

Compte tenu de ces résultats, le chef du Département a décidé de clarifier la suite des opérations avec les président-e-s des A/F ainsi qu'avec leurs directions. Suite aux discussions menées, les modifications suivantes ont été apportées au projet de loi et approuvées à l'unanimité par le Comité de pilotage le 7 octobre 2008.

### 3.4 Modifications apportées suite à la consultation

Les modifications apportées ont porté pour l'essentiel sur les points suivants:

1. Clarification générale de la structure du dispositif, dans ses deux composantes:
  - a. régionale, d'une part, avec une implication des communes mieux définie, notamment au niveau de la définition de la politique d'aide et de soins à domicile et des priorités en la matière (art. 2 et 11) et avec la reconnaissance claire des missions et responsabilités des A/F, notamment pour la gestion des CMS et l'engagement du personnel (art. 5 et 15)
  - b. cantonale, d'autre part, par des précisions sur les responsabilités du Conseil d'administration (art. 11) et la notion même d'AVASAD qui englobe les A/F (art. 18 et suivants).
2. Révision du dispositif financier et budgétaire et des modalités de contrôle, afin de préciser le rôle de l'AVASAD en la matière et de rendre le projet de loi compatible avec les exigences de la loi sur les subventions (art. 18 et suivants).
3. En parallèle à ce projet de loi, élaboration d'un projet de modification de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) afin de fixer le principe d'une possibilité de déléguer à l'AVASAD la compétence de réduire le coût des prestations d'aide à domicile à charge des bénéficiaires en fonction de leurs ressources.
4. Introduction d'une disposition transitoire sur la prise en charge des frais de pilotage des services dispensés par le siège de l'OMSV (art. 27).

## 4 LE PROJET DE LOI SUR L'AVASAD ET LA MODIFICATION DE LA LAPRAMS

### 4.1 Présentation générale

Pour concrétiser les intentions exprimées ci-dessus, le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil un projet de loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD).

Avec ce projet, le Conseil d'Etat propose une nouvelle organisation de l'aide et des soins à domicile dans le canton de Vaud, à même de répondre aux changements survenus depuis l'adoption, en 1967, de la loi créant un Organisme médico-social vaudois.

Une telle association cantonale de droit public est une première dans le paysage vaudois et constitue la forme la plus adaptée pour traduire les intentions du Conseil d'Etat:

- les associations et fondation régionales dont la mission est de fournir les prestations à la population forment la base opérationnelle de l'aide et des soins à domicile
- ces associations et fondation sont membres et parties intégrantes d'un dispositif cantonal qui doit assurer la cohérence du système d'aide et de soins à domicile et l'uniformité des pratiques dans tout le canton.

En parallèle, le Conseil d'Etat propose de modifier la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS). Ainsi, dans le cadre de la subvention versée à l'AVASAD, le Département pourra lui déléguer la compétence de réduire le coût des prestations d'aide à domicile mises à charge des bénéficiaires, en fonction de leurs ressources. Une base légale sera ainsi donnée à une pratique instaurée par l'OMSV et les services concernés de l'Etat, il y a plus d'une quinzaine d'années, à satisfaction de tous.

### 4.2 Commentaires article par article du projet de loi sur l'AVASAD

#### Chapitre I Généralités (art. 1 à 5)

Pour concrétiser la nouvelle organisation, le Conseil d'Etat propose de regrouper au sein d'une **Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)**, association de droit public indépendante de l'Etat, l'actuel OMSV ainsi que les A/F, dans le but d'offrir les meilleures prestations aux meilleures conditions aux citoyennes et citoyens de ce canton.

#### Article 1<sup>er</sup>

L'alinéa 1 crée formellement la nouvelle entité et arrête sa dénomination. L'alinéa 2 prévoit que le siège de l'AVASAD est à Lausanne, siège actuel de l'OMSV, tout en introduisant la faculté, pour le Conseil d'Etat, d'en décider autrement.

## **Article 2**

L'alinéa 1 définit la raison d'être de l'AVASAD et met en évidence son rôle non seulement en matière d'aide et de soins à domicile, mais également pour la promotion de la santé et la prévention.

Conformément à l'alinéa 2, il appartient au Conseil d'Etat de définir la politique d'aide et de soins à domicile. Le rôle des communes est d'emblée reconnu, puisque la définition de cette politique doit se faire en concertation avec leurs associations représentatives, selon des modalités à préciser par le Conseil d'Etat.

La mission générale (al. 3) de l'AVASAD consiste à aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé afin qu'elles puissent rester dans leur lieu de vie (du plus jeune âge au crépuscule de la vie). Elle leur assure la fourniture de prestations, via les A/F, y compris pour faciliter l'appui de leur entourage.

De manière plus précise, les missions de l'AVASAD sont de favoriser le maintien à domicile et de proposer toute mesure innovante en la matière, de garantir à la population un accès équitable aux prestations, de veiller à une bonne utilisation des ressources à disposition, de collaborer avec les partenaires actifs dans le domaine, de participer à la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et d'assurer l'exécution des programmes confiés par l'Etat, notamment en santé scolaire (al. 4).

L'alinéa 5 précise que l'AVASAD accomplit ses missions par l'intermédiaire de ses A/F et en collaboration avec les réseaux de soins. L'examen de situations récentes a démontré la nécessité de disposer pour tout le canton d'une "charte" définissant de manière générale les droits et devoirs non seulement des A/F et des CMS, mais également de leurs clients. La deuxième phrase de l'alinéa 5 confère à l'AVASAD (plus précisément au Conseil d'administration, art. 11) la responsabilité d'élaborer une telle charte. Celle-ci doit permettre de combler une lacune : en effet, les CMS ne sont pas soumis formellement à une obligation de prise en charge des clients, contrairement aux EMS et aux hôpitaux subventionnés soumis à la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES). Il est dès lors important de lier l'obligation de prise en charge des CMS à l'énumération des droits et devoirs des clients eux-mêmes. En effet, dans certaines situations, le comportement d'un-e client-e (notamment en cas d'agressivité, lors d'exigences trop élevées ou de refus systématique de collaborer) pourrait nécessiter la mise en place de mesures particulières (p. ex. intervention à plusieurs personnes au lieu d'une seule), et, engendrer ainsi des frais additionnels qui pourraient être portés à la charge du-de la client-e qui les a occasionnés.

## **Article 3**

Cet article n'appelle pas de commentaire particulier.

## **Chapitre II Organisation administrative (art. 4 à 17)**

Ce chapitre décrit l'organisation de l'AVASAD et énumère ses organes, leurs compétences et leurs principes de fonctionnement.

## **Article 4**

Toute association repose sur ses membres, les A/F pour l'AVASAD (al. 1<sup>er</sup>).

Il appartient au département de fixer le périmètre d'activité géographique de chaque A/F (al. 2). Cette tâche sera effectuée en cohérence avec le découpage arrêté par ce même département pour les réseaux de soins en application de la loi les concernant.

L'alinéa 3 formalise la prépondérance des communes au sein des A/F. Celle-ci se manifesterait soit sous la forme juridique elle-même (association de communes au sens de la loi sur les communes), soit, s'il s'agit d'une entité de droit privé, par la représentation majoritaire des communes.

Afin d'assurer la cohérence du dispositif, les statuts de chaque A/F devront reprendre la mission de l'AVASAD telle qu'énoncée à l'article 2 (mission générale et missions particulières). Cette reprise constitue une condition à l'adhésion à l'AVASAD et à la possibilité de gestion d'un CMS. Il appartiendra au département de vérifier que cette condition est remplie. De plus, une fois constituée, l'assemblée des délégués devra ratifier les statuts de toutes les A/F.

## **Article 5**

Cet article est un des articles-clés de tout le dispositif, puisqu'il énumère les compétences des A/F. Il précise que celles-ci doivent s'exercer dans le respect du cadre financier et stratégique fixé par l'AVASAD elle-même.

De manière plus précise, les A/F ont en particulier les responsabilités suivantes:

- a. élaborer et gérer leur propre budget, le budget de toutes les A/F étant consolidé par l'AVASAD conformément à l'article 23
- b. garantir la fourniture à la population des prestations d'aide et de soins à domicile, conformément aux principes arrêtés par l'AVASAD
- c. gérer les CMS et engager leur personnel, cette responsabilité s'exerçant par l'intermédiaire du-de la

directeur-trice régional-e, selon les modalités définies dans les statuts des A/F (art. 15)

- d. proposer au conseil d'administration la désignation du-de la directeur-trice de l'A/F et l'encadrer dans ses tâches de gestion. Les A/F peuvent ainsi influencer l'action du-de la directeur-trice régional-e dans l'exécution de sa mission et assurer une activité de proximité soucieuse des contraintes et attentes locales. Peuvent être concernées des décisions importantes en ressources humaines, par exemple un licenciement pour lequel la consultation du comité régional par le-la directeur-trice pourrait être exigée.

Les A/F étant membres de l'AVASAD, il leur appartient en outre de désigner leurs représentant-e-s à l'assemblée des délégués.

Enfin, les A/F conservent la faculté de mener, sur la base de leurs propres ressources, d'autres actions en conformité avec leurs buts.

#### **Article 6**

L'article 6 énumère les quatre organes de l'AVASAD : l'assemblée des délégué-e-s, le conseil d'administration, le comité de direction et l'organe de révision.

#### **Article 7**

L'assemblée des délégué-e-s correspond à l'assemblée générale d'une association de droit privé. Ses compétences relèvent en effet de l'organe suprême de l'association. L'assemblée des délégué-e-s peut ainsi être assimilée à l'"organe législatif" de l'AVASAD qui en garantit l'assise démocratique.

Elle est composée de représentant-e-s des membres de l'AVASAD, à savoir les A/F (al. 1<sup>er</sup>). Il appartiendra au Conseil d'Etat de fixer le nombre de représentant-e-s par A/F ainsi que les modalités de leur désignation (al. 2).

#### **Article 8**

Comme évoqué ci-dessus, les compétences de l'assemblée des délégué-e-s sont celles d'un organe suprême : élire les représentant-e-s des A/F au sein du conseil d'administration, sur proposition de celles-ci (dans la mesure du possible en veillant à garantir le regroupement de toutes les compétences nécessaires au travail d'un conseil d'administration) adopter le rapport d'activité et le soumettre au Conseil d'Etat adopter le budget de l'AVASAD, une fois le cycle budgétaire terminé, approuver ses comptes et les soumettre au Conseil d'Etat pour ratification.

L'assemblée des délégué-e-s peut également être force de proposition à l'attention du conseil d'administration pour tout ce qui relève de la politique d'aide et de soins à domicile.

#### **Article 9**

Cet article pose des règles de fonctionnement de l'assemblée des délégué-e-s, qui est également chargée de les compléter. Ainsi, l'assemblée est présidée par l'un de ses membres, qu'il lui appartiendra de désigner, et se réunit au moins deux fois par an.

#### **Article 10**

Le conseil d'administration est l'organe stratégique du dispositif. Ramené à un maximum de treize personnes, le nombre de ses membres en fait un organe efficace. De plus, sa composition attribue une claire majorité aux régions et aux communes, dans l'esprit de l'ensemble du projet. En effet, le conseil d'administration est composé majoritairement de représentant-e-s des régions et des communes (un-e représentant-e par A/F et deux représentant-e-s désigné-e-s par les associations représentatives des communes, l'UCV et l'AdCV). L'Etat ne compte que deux représentant-e-s au sein de cet organe. Il appartient toutefois au Conseil d'Etat de ratifier la désignation des autres membres, ainsi que celle du-de la président-e neutre.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration est d'une législature, renouvelable. L'alinéa 2 renonce volontairement à fixer toute limite à cet égard, que ce soit pour le nombre de renouvellements possibles ou par rapport à l'âge des membres, afin de laisser la plus grande marge de manœuvre possible aux A/F et au Conseil d'Etat.

#### **Article 11**

Cette disposition énumère les compétences du conseil d'administration afin de formaliser l'ancrage cantonal du dispositif. Il appartient en effet au conseil d'administration de fixer les règles et principes devant permettre une mise en œuvre cohérente et harmonisée de la politique d'aide et de soins à domicile définie par le Conseil d'Etat sur le territoire. Ainsi, le conseil d'administration doit en particulier:

- a. répondre vis-à-vis de l'Etat de la bonne marche de l'AVASAD
- b. élaborer la charte d'intervention mentionnée à l'article 2 alinéa 5 et la soumettre au Conseil d'Etat pour ratification
- c. arrêter les principes de fonctionnement de l'AVASAD et des A/F pour la fourniture de prestations (catalogue des prestations notamment), l'allocation des ressources et la gestion financière (modalités d'allocation, mécanismes de suivi/reporting...), les ressources humaines (fixation des conditions de travail, des règles de prévoyance professionnelle et de formation...) et pour le système d'information

- d. désigner le comité de direction, à savoir le-la directeur-trice général-e, les directeur-trice-s des A/F et les directeur-trice-s des services transversaux (art. 13)
- e. représenter l'AVASAD vis-à-vis des tiers, en particulier pour la négociation et la signature des conventions avec l'Etat et les assureurs-maladie. Sur ce dernier point, il faut noter que les conventions tarifaires cantonales seront supprimées avec la révision de la LAMal. En effet, le Conseil fédéral fixera pour tous les cantons les tarifs à charge de l'assurance obligatoire des soins fournis par les services d'aide et de soins à domicile
- f. s'assurer que les conditions de travail soient identiques au sein de l'entier de l'AVASAD soit parce que l'AVASAD adhère à une Convention collective de travail (CCT) dans le secteur sanitaire parapublic vaudois, soit, à défaut, parce qu'elle applique un dispositif analogue à celui en vigueur pour le personnel de l'Etat.

#### **Article 12**

Les modalités de fonctionnement du conseil d'administration fixées par cet article sont usuelles. Le conseil doit ainsi se réunir autant que nécessaire, mais au minimum quatre fois par an.

L'alinéa 2 consacre le principe d'un vote à la majorité des présents et, partant, la possibilité pour l'Etat d'être minorisé. La délégation de tâches par l'Etat aux régions et aux communes dans le cadre de l'AVASAD se concrétise donc aussi par cet article.

#### **Article 13**

La composition du comité de direction est largement revue par rapport à la situation actuelle de l'OMSV. Aujourd'hui en effet, le Collège des directeur-trice-s réunit uniquement les directeur-trice-s régionaux et le directeur de l'OMSV.

La nouvelle composition oriente résolument ce comité vers la direction opérationnelle de l'AVASAD : il est en effet composé du-de la directeur-trice général-e, des directeur-trice-s des A/F et des directeur-trice-s des services transversaux. En regroupant ainsi les responsables régionaux et les responsables des services communs (ressources humaines, prestations, informatique et finances), la volonté est de faciliter la mise en œuvre des décisions prises, la maîtrise des coûts et le contrôle des résultats obtenus.

#### **Article 14**

La responsabilité de la direction de l'AVASAD incombe au-la directeur-trice général-e. La reconnaissance de cette autorité au sein du comité de direction vise l'amélioration de la gouvernance du dispositif. Pour le surplus, les tâches du-de la directeur-trice général-e seront précisées par le conseil d'administration.

#### **Articles 15 et 16**

L'introduction d'un lien hiérarchique clair entre le-la directeur-trice général-e et les autres membres du comité de direction, en particulier les directeur-trice-s des A/F, participe au renforcement de la cohérence du dispositif et à sa dimension cantonale.

Comme évoqué ci-dessus (art. 5), le personnel des CMS sera engagé par le-la directeur-trice de l'Association ou de la Fondation. Le renvoi aux statuts des A/F permettra à celles qui le souhaitent d'introduire une procédure de ratification par leur comité de la désignation des personnes occupant des fonctions cadres au sein des CMS.

L'alinéa 3 définit de manière globale le rôle des directeur-trice-s des services transversaux qui assurent la fourniture de prestations supports (prestations, ressources humaines, finances et système d'information...).

Au-delà de ces principes généraux, il incombera au conseil d'administration de définir les compétences des directeur-trice-s des A/F et des directeur-trice-s des services transversaux, ainsi que ses règles de fonctionnement (art. 16).

#### **Article 17**

L'AVASAD doit être dotée d'un organe de révision. En regard du droit fédéral, celui-ci doit remplir les conditions d'un-e réviseur-e et non pas d'un-e expert-réviseur-e (al. 1<sup>er</sup>).

Cet organe est choisi par le conseil d'administration, qui doit également définir son cahier des charges. Soumis à l'approbation du Conseil d'Etat, son mandat est d'une année, renouvelable (al. 2 et 3).

L'organe de révision de l'AVASAD doit être distingué de celui des A/F. Pour accomplir sa mission, il doit avoir accès aux rapports de révision de celles-ci (al. 4).

### **Chapitre III Organisation financière et contrôle (art. 18 à 26)**

Ce chapitre contient les principes de financement de l'AVASAD et des A/F, ainsi que les modalités de leur contrôle.

#### **Article 18**

L'article 18 maintient les principes actuels de financement. Ainsi les charges de l'AVASAD et des A/F sont couvertes d'abord par leurs ressources propres. Le solde est pris en charge paritairement par l'Etat et les communes. L'alinéa 1<sup>er</sup> précise à cet égard que cette prise en charge revêt la forme de prestations pécuniaires, au sens de l'article 12 de la loi sur les subventions.

L'article 18 introduit donc un droit à la subvention pour l'AVASAD et les A/F, en dérogation au régime ordinaire prévu par

l'article 2 alinéa 1<sup>er</sup> de la loi sur les subventions. Cette dérogation expresse, fondée sur l'article 2 alinéa 2 de cette même loi, se justifie en particulier pour les raisons suivantes :

- obligations faites à l'Etat et aux communes par l'article 65 de la Constitution vaudoise, notamment de favoriser le maintien des patients à domicile
- politique de soutien au maintien à domicile suivie dans le canton de Vaud depuis de nombreuses années et rappelée sous ch. 2.1 ci-dessus
- obligation faite aux cantons par le nouveau régime de financement des soins de longue durée adopté en juin 2008 par les Chambres fédérales d'assumer la part du coût des soins à domicile non couverte par les tarifs mis à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

#### **Article 19**

Les ressources propres de l'AVASAD et des A/F proviennent pour l'essentiel du produit de la facturation de leurs prestations, aux assureurs-maladie en particulier (lettre a).

Depuis l'entrée en vigueur de la RPT, la Confédération ne verse plus de subventions d'aide et de soins à domicile. La lettre b) mentionne toutefois toujours une telle possibilité, dans la mesure où elle pourrait être réintroduite un jour au niveau fédéral.

#### **Article 20**

Cette disposition précise les critères sur la base desquels le montant de la contribution de l'Etat et des communes sera calculé. Elle permet donc de répondre aux exigences posées par la loi sur les subventions (art. 11 lettre f).

La contribution de l'Etat et des communes est destinée en premier lieu à couvrir les frais de fonctionnement de l'AVASAD et des A/F, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas couverts par leurs ressources propres (cf. art. 18 et 19 ci-dessus). Il faut toutefois relever le cas particulier des coûts du "pilotage des services" du siège de l'OMSV actuel. En effet, conformément à l'article 27 ci-après, l'Etat continue à prendre en charge seul ces coûts pendant dix ans encore après l'entrée en vigueur de la loi sur l'AVASAD, ceci sur une base forfaitaire (cf. art. 27 ci-dessous).

La contribution de l'Etat et des communes permet également de réduire le coût des prestations à charge des bénéficiaires en fonction de leurs ressources. Afin de répondre aux exigences de la loi sur les subventions (LSubv), ce dernier point fait l'objet d'une révision parallèle de la loi sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS). Il est en effet nécessaire de donner une base légale à la pratique de l'OMSV consistant à réduire le coût de ses prestations en fonction des ressources des bénéficiaires (notamment pour les repas à domicile et l'aide au ménage). Afin de conserver ce système qui a fait ses preuves depuis plus de quinze ans, cette compétence doit faire l'objet d'une délégation expresse à l'AVASAD, par le biais d'une modification de la LAPRAMS (voir commentaire ci-après, chiffre 3.3).

#### **Article 21**

Le Conseil d'Etat propose de maintenir le système actuel de participation des communes plébiscité lors de la consultation. Ainsi, cette participation est répartie entre les communes en fonction de leur population et n'est pas intégrée dans la facture sociale.

#### **Article 22**

Cet article permet également de répondre aux exigences de la loi sur les subventions. Il rappelle que la contribution de l'Etat est inscrite au budget du département. Plus précisément, cette contribution est répartie entre le budget du Service de la santé publique (à hauteur d'environ 60%), et celui du Service des assurances sociales et de l'hébergement (40% environ). Cette répartition correspond grosso modo au volume respectif des activités de soins versus celles déployées dans l'aide au ménage ou l'appui social.

Comme il le fait déjà aujourd'hui avec l'OMSV, le département passera demain une convention avec l'AVASAD. Celle-ci fixe chaque année le montant de la subvention allouée, les modalités de son versement, les informations et résultats attendus de l'AVASAD elle-même et des A/F, ainsi que les modalités de suivi et de contrôle.

Le projet de loi sur l'AVASAD consacre l'existence d'un dispositif cantonal spécifique à l'aide et aux soins à domicile et, partant, le versement de la contribution due par l'Etat à ce titre à cette institution cantonale. Toutefois, tout ou partie de cette contribution doit pouvoir également être versée aux réseaux de soins, comme le prévoit la loi. Il convient dès lors de laisser cette possibilité ouverte. Cas échéant, il appartiendrait à ceux-ci, et non plus à l'AVASAD, de répartir la contribution au niveau régional.

#### **Articles 23 à 25**

Ces articles détaillent le cycle budgétaire suivi pour l'élaboration du budget et des comptes de l'AVASAD et des A/F.

L'AVASAD établit son propre budget en le consolidant avec celui des A/F. Elle veille en particulier à l'équilibre de ce budget, compte tenu du montant de la contribution de l'Etat et des communes. Il lui incombe également de déterminer et de communiquer à chaque A/F le montant qui lui est attribué (art. 23).

L'AVASAD assume le suivi budgétaire du dispositif cantonal dans son intégralité : au niveau de l'AVASAD elle-même et

à celui des A/F, ces dernières ayant l'obligation de lui fournir toutes les informations nécessaires. Dans ce contexte, l'AVASAD a la responsabilité de signaler immédiatement au département tout fait susceptible d'influencer de manière importante son propre résultat financier et/ou celui des A/F. Dans ce cas, elle devra prendre les mesures correctrices nécessaires, d'entente avec le département (art. 24).

Le même type de régime est prévu pour l'établissement des comptes (art. 25).

#### **Article 26**

Le département est responsable de la surveillance de l'AVASAD. Cette surveillance, qui s'exerce via la convention annuelle (art. 22 ci-dessus), porte en particulier sur la bonne utilisation par l'AVASAD et des A/F des ressources allouées.

Dans ce cadre, l'AVASAD fournit toutes les informations nécessaires au département, tant en ce qui la concerne que pour les A/F. La portée de ces informations fera l'objet d'un règlement du Conseil d'Etat. Cette délégation au Conseil d'Etat, qui déroge en partie à l'exigence d'une base légale formelle en la matière posée par l'article 11 de la loi sur les subventions, est conforme à la pratique suivie à ce jour pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (v. les deux règlements "reporting-controlling" du 7 mai 2008 relatifs aux hôpitaux et aux EMS). Elle vise à ne pas charger la loi d'éléments de nature technique, pour lesquels la forme du règlement apparaît plus adaptée. Elle est en outre plus souple et permet ainsi au Conseil d'Etat d'adapter les exigences en la matière en fonction de l'évolution de la situation, en particulier des exigences fédérales. Concrètement, les informations à fournir par l'AVASAD, la périodicité de leur transmission et les modalités du contrôle opéré seront intégrées dans la convention annuelle prévue à l'article 22.

Il faut enfin signaler sur cette question de contrôle que le dispositif de sanctions prévu par les articles 29 et suivants de la loi sur les subventions sera cas échéant applicable à l'AVASAD en tant que régime général applicable à toutes les subventions versées par l'Etat.

#### **Chapitre IV Dispositions transitoires et finales (art. 27 à 29)**

##### **Article 27**

Comme on l'a vu ci-dessus (art. 20), l'Etat assume aujourd'hui seul une partie des coûts du dispositif cantonal, les coûts du "pilotage des services" du siège de l'OMSV. La subvention versée par l'Etat à ce titre s'est élevée à CHF 12 millions sur la base des comptes 2008 de l'OMSV. Pour éviter un report brutal de cette charge sur les communes, le Conseil d'Etat propose que l'Etat continue à verser ce montant durant une période de dix ans. Ainsi, durant les dix années à venir, seule l'augmentation des coûts de cette rubrique devra, cas échéant, être incluse dans la facture globale à partager moitié-moitié par l'Etat et les communes. Ce n'est qu'à l'échéance de cette période de dix ans que la totalité des coûts de pilotage seront assumés selon le mécanisme général de répartition entre l'Etat et les communes.

##### **Articles 28 et 29**

Ces articles n'appellent pas de commentaires particuliers.

#### **4.3 Commentaire article par article du projet de loi modifiant la LAPRAMS**

But

##### **Article premier**

La LAPRAMS réserve un certain nombre de législations, dont celle qui concerne l'AVASAD.

##### **Délégation à l'AVASAD**

###### **Article 4 bis**

Cette nouvelle disposition confère à l'AVASAD la compétence de prendre des décisions d'aide individuelle sous la forme d'un tarif dégressif pour quatre prestations : aide à la famille, repas à domicile, aide au ménage, veilles et présences. D'autres types de prestations pourraient également faire l'objet de l'aide individuelle (notamment dans les domaines des moyens auxiliaires ou de la mobilité). De manière générale, ces prestations font l'objet d'une évaluation préalable tant au regard des besoins du-de la requérant-e que des possibilités de son entourage d'y faire face. L'application éventuelle du tarif dégressif prend appui sur le revenu déterminant le droit au subside de l'assurance-maladie : le revenu net au sens de la loi sur les impôts directs cantonaux (chiffre 650 de la déclaration fiscale).

La mise en œuvre de ce dispositif délégué s'accompagnera de directives du département à même de diriger l'AVASAD dans ses prises de décisions. Ces directives porteront sur la liste des prestations visées et les barèmes dégressifs applicables, ainsi que sur certaines situations extraordinaires ou cas de rigueur.

##### **Recours**

###### **Articles 34 et 35**

Comme toutes les décisions rendues par une autorité administrative, celles de l'AVASAD entrent dans le champ d'application de la loi sur la procédure administrative. Il y a lieu en particulier de prévoir le cadre des voies de droit suivies pour ses décisions. Celles-ci passent par un recours auprès du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH),

dont la décision peut ensuite être portée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

## **5 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT SUR LE POSTULAT DOMINIQUE KOHLI ET CONSORTS DEMANDANT UN RAPPORT SUR L'OMSV**

### **5.1 Rappel du postulat**

*L'Organisme médico-social vaudois (OMSV) est, dans notre canton, l'Institution chargée de l'aide et des soins à domicile. Grâce à l'OMSV, la population vaudoise bénéficie d'un réseau dense assurant une couverture appropriée et des soins de qualité. Son apport est essentiel dans la politique sanitaire du canton, singulièrement en ce qui concerne l'objectif de maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées.*

*Depuis 1967, date de création de l'OMSV, des changements fondamentaux se sont manifestés, tant dans la société (augmentation de la durée de vie, vieillissement, urbanisation, isolement) que dans l'économie. Plusieurs Associations / Fondations régionales se sont regroupées ou ont fusionné pour rationaliser leur fonctionnement.*

*Par ailleurs, les équilibres institutionnels et financiers entre le canton et les communes (EtaCom, facture sociale, régionalisation de l'action sociale) d'une part, et entre le canton et la Confédération (RPT — nouvelle répartition des tâches) d'autre part, modifient ou vont modifier fortement les mécanismes du financement et, par là, les structures et instruments de pilotage et de gouvernance.*

*En vue de mesurer l'adéquation du dispositif par rapport au contexte et aux besoins actuels et futurs, un rapport détaillé est demandé au Conseil d'Etat. Il devra permettre de tirer un bilan de l'Institution et de mesurer l'adéquation du dispositif par rapport au contexte et aux besoins actuels et futurs.*

*Seront en particulier analysés:*

- le fonctionnement interne de l'OMSV et les instruments de pilotage opérationnel qu'ils utilisent*
- l'articulation entre des structures régionales fortes, garantes de soins de qualité, et une structure cantonale faîtière, chargée de veiller à une couverture cohérente*
- les organes et mécanismes de gouvernance en relation avec l'émergence d'Associations / Fondations régionales*
- la nature, l'efficacité et l'adéquation des instruments formalisant les liens entre l'Etat, l'OMSV, les communes et les Associations / Fondations régionales (loi sur l'OMSV, conventions, contrats de prestation)*
- les procédures budgétaires et financières de l'institution et l'évolution des flux financiers (entre le canton et les communes d'une part, entre les différentes Associations / Fondations régionales d'autre part et enfin entre la Confédération et le canton)*
- les conséquences à tirer au niveau législatif, réglementaire, fonctionnel et financier des changements en cours et envisagés au niveau cantonal et fédéral.*

*Vu l'importance de ces éléments pour l'avenir de l'OMSV, des Associations et Fondations, du personnel et des patients, ainsi que pour les finances cantonales et communales, un délai à la fin du premier semestre 2006 est souhaitable.*

*Bussy-Chardonney, le 7 novembre 2005. (Signé) Dominique Kohli*

### **5.2 Réponse du Conseil d'Etat**

#### *5.2.1 Vision d'ensemble*

De manière générale, le rapport du Groupe de travail " *Bilan et perspectives*" élaboré dans le cadre de ce projet de loi retrace le développement du maintien à domicile et analyse les rapports entre l'OMSV et les A/F. Il peut être consulté sur le site de l'Etat :

(<http://www.vd.ch/fr/organisation/services/sante-publique/publications/>)

En terme d'adéquation du dispositif, le Conseil d'Etat répond comme suit aux questions posées par le postulant.

#### *5.2.2 Fonctionnement interne et instruments de pilotage opérationnels*

Deux textes légaux cantonaux régissent actuellement l'aide et soins à domicile : la loi du 5 décembre 1967 créant un organisme médico-social vaudois (LOMSV) et le règlement sur l'Organisme médico-social vaudois du 23 octobre 2000 (ROMSV).

Malgré l'absence d'ancrage légal pour l'organisation du dispositif d'aide et de soins à domicile, l'OMSV et les A/F ont tiré du Règlement de l'an 2000 les bases des récents développements des instruments de pilotages opérationnels:

**L'art. 2 du ROMSV** précise les questions de pilotage opérationnel, pour lesquelles les actions suivantes ont été réalisées.

#### ***a. Maintenance courante et évolutive du système d'information***

Le périmètre des utilisateur-trice-s est constitué de huit A/F, l'OMSV, quatre Espaces prévention, et des client-e-s divers-e-s

(réseau de soins ARC, ARCOS, RNB, l'ASBV...). Au total, environ 60 sites géographiques (près de 1'300 PC et serveurs et 3'000 BARman).

Les principales applications du périmètre fonctionnel sont les applications de gestion financière (comptabilité), des ressources humaines (salaires et administration du personnel), de gestion client-e (dossier client-e, planification, relevés de l'activité, facturation), ainsi que les outils de bureautique et de communication et le datawarehouse.

Les objectifs sont définis par un schéma directeur (actuellement pour 2006-2008), révisé annuellement et préavisé par les directions de l'OMSV et des A/F, par la commission informatique et validé par le Comité de direction de l'OMSV.

Le financement est assuré via le budget de l'OMSV (subventionnement du canton). Le budget est réparti en trois postes : salaires, exploitation et extension / renouvellement.

Les règles de fonctionnement entre les utilisateur-trice-s et le service informatique sont définies par des directives validées par le Collège des directeur-trice-s des A/F et de l'OMSV.

Le service informatique de l'OMSV collabore avec l'Etat (utilisation du réseau cantonal vaudois et Internet) et le CHUV (messagerie). L'OMSV est représenté dans le Groupe technique des systèmes d'information (GTSI), animé et présidé par un-e représentant-e du département.

#### ***b.Elaboration des indicateurs d'activité nécessaires à l'évaluation des résultats des associations régionales***

Au cours du temps, plusieurs indicateurs ont été élaborés : de pilotage pour le Comité de l'OMSV, de benchmarking à disposition des A/F pour une comparaison entre elles des contrats de prestations et des rapports de gestion avec indicateurs communs et indicateurs spécifiques et de la mise en place du datawarehouse.

#### ***c.Adaptation des prestations d'aide et de soins à domicile aux besoins de la population***

Le panier de prestations cantonal est validé chaque année par la Commission consultative des prestations (cinq représentant-e-s des communes et cinq du canton) et le comité de direction de l'OMSV. Parmi les adaptations apportées, signalons la définition des conditions-cadres pour l'aide au ménage, les repas, les heures blanches, les veilles, le développement et l'implantation du programme de prévention des chutes & malnutrition, avec notamment le conseil diététique fourni par des diététiciennes, la formalisation des prestations petite enfance (insérées dans le Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants 0-6 ans – parents).

#### ***d. Elaboration d'outils de gestion***

La question des indicateurs d'activité a été traitée ci-dessus. Concernant spécifiquement les outils de gestion, l'accent a été porté sur l'harmonisation de la gestion des moyens auxiliaires, la mise en place des outils pour le suivi post-hospitalier et la gestion par contrat de prestations. Un outil de suivi des absences doit encore être élaboré. Il faut enfin remarquer qu'il n'y a pas d'obligation d'utiliser les outils de gestion (à l'exception de Proconcept).

#### ***e.Contrôle de gestion régulier des moyens alloués aux associations régionales***

Un audit interne a été réalisé par une entreprise externe de cinq A/F en 2005, de l'OMSV en 2006, puis de toutes les A/F en 2007.

Par ailleurs, un Manuel de règles de gestion administratives et financières a été élaboré suite à l'audit de PricewaterhouseCoopers (PWC) sur les fonctions administratives et financières de l'été 2005. Il est entré en vigueur en janvier 2009 avec pour but de : définir le cadre de travail, préciser les principaux rôles et responsabilités, assurer une gestion transparente et homogène, garantir la qualité des données financières, servir de référentiel commun à tous les collaborateur-trice-s, améliorer la communication interne et contribuer à la mise en place du Système de contrôle interne.

Toutefois, la multiplicité des règles de bouclage (intermédiaires) ne rend pas la comparaison aisée et le rôle de contrôle de gestion de l'OMSV est considéré par les A/F comme un support et non comme une responsabilité.

#### ***f.Développement d'une politique de gestion des ressources humaines à l'usage et en collaboration avec les associations régionales et les réseaux***

Les collaborateur-trice-s et leurs compétences sont les ressources essentielles pour que l'OMSV et les A/F réalisent la mission qui leur est confiée.

Les prestations d'aide et de soins à domicile s'exercent dans un environnement en constante évolution, caractérisé par un accroissement rapide de l'activité et un alourdissement de la prise en charge liée au vieillissement de la clientèle, au raccourcissement des séjours hospitaliers, à l'isolement social, et à la diversité et à la complexité des pathologies qui en résultent.

Ces évolutions se traduisent par une mutation et une augmentation régulières de l'exigence du travail et sollicitent continuellement les compétences de toute personne engagée dans le dispositif, indépendamment de son rôle, ainsi que de l'organisation et du cadre dans lequel elle exerce.

De plus, la nature même de cette activité sollicite des exigences spécifiques au secteur : en particulier l'autonomie (travail seul auprès de nos client-e-s, sans encadrement de proximité), la flexibilité et l'adaptabilité (clientèle avec des besoins très

divers, environnement de travail changeant, activité fluctuante, horaires variables), la collaboration (avec des professions et des partenaires différents), l'encadrement (des équipes très mobiles, réparties sur plusieurs sites).

Dans ce contexte, la politique RH et les travaux communs au dispositif visent à adapter les conditions de gestion des ressources humaines à l'activité de l'aide et des soins à domicile et à son évolution dans les thèmes prioritaires suivants:

- améliorer et adapter les conditions de travail
- renforcer l'encadrement
- développer les compétences et la formation des collaborateurs
- adapter le dispositif de santé et sécurité au travail
- améliorer les processus RH et l'administration du personnel.

Les institutions employeurs du dispositif (OMSV, A/F) sont responsables de la gestion de leurs ressources humaines dans le respect de la mission qui leur est confiée. Elles sont encore liées par la Convention collective de travail (CCT) du secteur sanitaire parapublic vaudois signée fin 2007, par le Statut du personnel et son Règlement d'application, par les directives communes à l'ensemble du dispositif, par les principes, valeurs et directives spécifiques à chaque employeur.

Les travaux RH communs et leurs priorités sont depuis 2006 proposés par la Plateforme RH et validés par les Directions de l'OMSV et des A/F. Lorsque leur application a un impact financier, ils sont approuvés, avant mise en oeuvre, par le Comité de Direction de l'OMSV.

Les travaux effectués sous le pilotage de la Plateforme RH et par des groupes de travail assurent une représentativité des employeurs du dispositif et une participation des compétences nécessaires à la réalisation des travaux, disponibles dans l'ensemble du dispositif. Le groupe de travail "Commission cantonale des Commissions du personnel" permet à la Plateforme RH et aux Directions de prendre en compte les préoccupations des Commissions du personnel, et d'assurer leur participation.

#### ***g. Elaboration des standards de qualité en collaboration avec des organismes reconnus tels que l'Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité***

La mise en place d'une certification ISO est effective dans les A/F depuis 2001. Un travail est en cours avec l'Association suisse d'aide et de soins à domicile (ASSASD) pour définir des indicateurs de qualité en lien avec le RAI-HC, outil d'évaluation des besoins reconnus au niveau Suisse. Les conditions-cadres peuvent être considérées comme des standards de qualité (aide au ménage, repas, moyens auxiliaires...).

#### ***h. Négociation avec l'Etat du tarif des prestations à charge des régimes sociaux (prestations complémentaires AVS - AI)***

Les dernières négociations avec le SASH pour la fixation des tarifs en 2003 des prestations de veilles et d'aide au ménage ont allié au mieux l'incitation des personnes à recourir à cette prestation avec l'incitation des CMS à effectuer celle-ci, sans réorienter les clients vers du personnel privé. Dans les faits toutefois, on constate un transfert constant des heures de ménage vers du personnel privé (et remboursé par les PC).

La nouvelle LAPRAMS prévoit la négociation entre l'Etat et les fournisseurs de prestations des tarifs des prestations de l'action médico-sociale.

#### ***i. Allocation de ressources aux associations régionales provenant de la contribution de l'Etat au financement des prestations d'aide et de soins à domicile, sous réserve de modifications des modalités de financement ordinaire des institutions affiliées à un réseau de soins***

Ces dernières années, la structure d'aide et soins à domicile (OMSV et A/F) a bouclé ses exercices dans les chiffres noirs. Des montants substantiels de subvention publique ont été ristournés au canton et aux communes. Entre 2005 et 2007, le risque financier a été transféré des A/F à l'OMSV par le passage de la répartition des excédents de charges / recettes de 50/50 à 90/10.

Cette responsabilité dans l'allocation des ressources est délicate car la situation actuelle (négociation) impose d'accepter une marge de manœuvre. Or, les contraintes des payeurs publics (canton, communes) s'inscrivent dans un budget fini qui n'autorise pas cette manœuvre alors même que l'activité est en développement constant en raison de la progression du nombre de personnes âgées dans le canton.

#### ***5.2.3 Articulation entre des structures régionales fortes, garantes de soins de qualité, et une structure cantonale faîtière, chargée de veiller à une couverture cohérente***

L'évolution de cette articulation est largement traitée dans le rapport du groupe de travail "Bilan et perspective" (GT1) cité ci-dessus. Le projet de LAVASAD répond à ce souci en permettant d'organiser une prise en charge cohérente au niveau du canton.

#### 5.2.4 Les organes et mécanismes de gouvernance en relation avec l'émergence d'Associations / Fondation régionales

Le rapport du GT1 met en évidence les difficultés rencontrées par le Comité de direction de l'OMSV dans son exercice de pilotage de l'activité d'aide et soins à domicile. Le projet de LAVASAD répond à ce souci.

#### 5.2.5 La nature, l'efficacité et l'adéquation des instruments formalisant les liens entre l'Etat, l'OMSV, les communes et les Associations/Fondation régionales (loi sur l'OMSV, conventions, contrats de prestation)

Là encore, le projet de LAVASAD redéfinit les relations entre l'Association vaudoise et les A/F, le canton de Vaud et les communes.

#### 5.2.6 Les procédures budgétaires et financières de l'Institution et l'évolution des flux financiers (entre le canton et les communes d'une part, entre les différentes Associations/Fondation régionales)

Le processus budgétaire a été remanié par l'OMSV ces trois dernières années en collaboration avec les A/F. Depuis 2007, le budget de celles-ci est construit sur la base de la définition des besoins de la population en prestations.

La planification financière présente une estimation de l'évolution des charges et des revenus de fonctionnement et des dépenses et des recettes d'investissement.

Les règles de planification financière de l'aide et soins à domicile sont :

- a. Définir les besoins de financement.
- b. Fixer le cadre financier d'élaboration du budget.
- c. Permettre l'établissement des prévisions en cohérence avec la réalité.
- d. Définir la procédure de validation et d'adoption du pré-budget et du budget.
- e. Obtenir la subvention de l'Etat et des communes.
- f. Permettre l'équilibre financier.

Ces règles assurent le respect de l'art.164 de la Constitution vaudoise (en règle générale, le budget de fonctionnement de l'Etat doit être équilibré) et des principes de procédure budgétaire de la loi sur les finances de l'Etat de Vaud.

Le budget s'inscrit dans le cadre financier fixé par les autorités cantonales et communales. Il tient compte:

- a. Sur le plan des prestations, de l'évolution de la population, de celle des client-e-s et de leurs besoins de prestations, des conditions-cadres et des besoins spécifiques des régions.
- b. Sur le plan matériel, de l'évolution des besoins en infrastructure.
- c. Sur le plan personnel, des besoins pour assurer les prestations à réaliser, ainsi que l'encadrement nécessaire.

## 6 RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT SUR L'INTERPELLATION MIREILLE AUBERT SUR LE RENFORCEMENT DE LA POLITIQUE D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

### 6.1 Rappel de l'interpellation

*Ma visite sur le terrain en compagnie de professionnel-le-s, dans le cadre de la Journée suisse des services d'aide et de soins à domicile en mai dernier, ainsi que le refus populaire de la Loi sur les EMS, m'incitent à interpellier le Conseil d'Etat quant à la consolidation de certaines prestations, ainsi que l'instauration de nouvelles mesures.*

- *Le Conseil d'Etat approuve-t-il le développement des **compétences** en lien avec des situations psycho gériatriques, l'intervention **d'unités mobiles d'expertise** dépendants des services psycho gériatriques, et l'introduction de **courts séjours d'observation** destinés à l'évaluation des perspectives d'un maintien à domicile ?*
- *Pense-t-il élargir et rendre plus accessible l'offre de veilles et de **présences**, en collaboration avec les services bénévoles, notamment dans les situations de fin de vie ?*
- *Envisage-t-il d'intégrer la fonction de **liaison Hôpital/Domicile** et d'améliorer les flux existants ?*
- *Va-t-il encourager l'action des **aidants naturels**, à travers des incitations économiques, des groupes de soutien, des formations de base et la précision des critères d'allocation de la prestation " Ménage ", dont le recul de l'offre est de l'ordre de 30% à 50% sur les 10 dernières années, pour garantir une décharge réelle de la famille et de l'entourage qui peut ainsi assumer pleinement son rôle ?*
- *Est-il favorable à l'ouverture au concept d'assistance **à domicile**, associant personnel attaché à une situation (engagement privé ou sous contrôle du CMS), et collaborateurs-trices des CMS ?*
- *Le développement de **l'articulation bénévolat/CMS**, par la présence dans les régions d'une fonction mandatée à cet effet, soit dans le cadre des CMS, soit dans celui d'Espace Prévention, lui semble-t-il intéressant ?*
- *Prévoit-il le déploiement de prestations de **prévention** en systématisant les **visites préventives** chez les personnes de 70 ans et plus ?*

*Je remercie le Conseil d'Etat de répondre à ces interrogations qui reflètent les préoccupations actuelles des intervenant-e-s*

des services d'aide et de soins à domicile de notre canton.

Bussigny, le 23 août 2005 (Signé) Mireille Aubert

## 6.2 Réponse du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat répond comme suit aux questions de Mme la députée Mireille Aubert.

**a. Le Conseil d'Etat approuve-t-il le développement des compétences en lien avec des situations psychogériatriques, l'intervention d'unités mobiles d'expertise dépendants des services psychogériatriques, et l'introduction de courts-séjours d'observation destinés à l'évaluation des perspectives d'un maintien à domicile ?**

Le Conseil d'Etat a annoncé dans son rapport sur la politique sanitaire 2008-2012 qu'il soutient le développement des prestations nécessaires pour faire face au vieillissement démographique. Il s'agira ainsi de développer les capacités de court séjour et d'accueil temporaire, en particulier avec une mission de psychogériatrie, de même que les équipes médicales mobiles, les services de thérapie qui contribuent au maintien de l'autonomie, les veilles, les présences et le bénévolat.

Pour passer d'une politique médico-sociale à une politique gériatrique et définir les mesures et actions à mettre en place, un cadre cantonal devra être élaboré sous l'égide d'une commission "Vieillesse et santé". Ce cadre prendra en compte les besoins et évaluera l'opportunité d'offrir des prestations spécialisées telles que des unités mobiles d'expertise en psychogériatrie. Il faut noter que la région Centre dispose déjà d'une équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé. Par ailleurs, le renforcement des compétences gériatriques des médecins d'EMS et autres soignant-e-s est également prévu, de même que le développement de mesures de soutien à l'entourage de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer (voir question 4 point c).

**b. Pense-t-il élargir et rendre plus accessible l'offre de veilles et de présences, en collaboration avec les services bénévoles, notamment dans les situations de fin de vie ?**

Oui, car le développement de l'offre de veilles et présence est une mesure de soutien prioritaire pour les aidants naturels. Celle-ci a été fournie ces dernières années à quelque cent usagers des CMS (environ 5'000 heures par an).

Une instance cantonale pour la promotion du bénévolat pourrait démarrer ses travaux cette année et devrait définir les axes de développement et les modalités de collaboration des bénévoles avec les prestations des CMS (voir aussi question 6 ci-dessous).

Pour les situations de fin de vie, le Comité de pilotage du programme cantonal de développement des soins palliatifs a donné la priorité à l'élargissement des possibilités de veilles, de présences et donc de répit pour l'entourage, en renforçant le réseau des bénévoles formé-e-s à l'accompagnement de fin de vie.

**c. Envisage-t-il d'intégrer la fonction de liaison Hôpital/Domicile et d'améliorer les flux existants ?**

Le transfert des client-e-s d'un lieu de vie ou de soins à un autre suppose, outre des compétences professionnelles, une connaissance pratique des institutions et des relations avec celles-ci. La plupart des infirmier-ère-s de liaison sont ainsi basé-e-s dans des hôpitaux de soins aigus ou de réadaptation.

Les évolutions souhaitées du programme cantonal des bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO) intègrent la fonction de liaison, réalisée aujourd'hui par trois réseaux de soins : Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise (ARCOS), Réseaux de soins "Nord Broye" (RNB), Réseau de la Fédération de Soins du Chablais (FSC). Les deux autres réseaux : l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut (ASCOR) et l'Association des réseaux de soins de la Côte (ARC), intégreront cette fonction d'ici à la fin de la législature. Les BRIOs sont également appelés à développer et renforcer l'information au-à la client-e et à son entourage, l'évaluation et l'aide à la décision d'orientation, l'attribution équitable des places disponibles et l'accompagnement social des usagers.

**d. Va-t-il encourager l'action des aidants naturels, à travers des incitations économiques, des groupes de soutien, des formations de base et la précision des critères d'allocation de la prestation "Ménage", dont le recul de l'offre est de l'ordre de 30% à 50% sur les 10 dernières années, pour garantir une décharge réelle de la famille et de l'entourage qui peut ainsi assumer pleinement son rôle ?**

Il convient d'abord de corriger les chiffres exprimés par Mme Aubert:

- La prestation d'aide au ménage est l'une des prestations les plus importantes en volume de l'ASD (21% des heures relevées sur le terrain).
- Cette prestation a toujours été considérée comme indispensable pour faciliter un maintien à domicile de qualité. Cependant une baisse a été observée entre 2000 et 2007 de 13% du nombre d'heures d'aide au ménage et de 10% pour le nombre mensuel moyen de client-e-s bénéficiant de cette prestation.
- Le recul de l'aide au ménage assumée par les CMS s'est traduit par une forte hausse de l'aide au ménage privée, remboursée ou non par la caisse cantonale de compensation (CAVS).

Pour mémoire, rappelons que l'aide au ménage est octroyée lorsque le-la client-e rencontre un problème médico-social momentané ou durable et après une évaluation à domicile permettant d'identifier les besoins requis du-de la client-e et de

son entourage.

Les mesures de soutien en faveur des proches actifs dans le maintien à domicile d'une personne handicapée (mineure, majeure ou âgée) concernent l'information, le conseil social, des prestations en services, des groupes d'entraide et des aides individuelles. Elles sont inscrites dans la LAPRAMS et complétées, pour l'accueil temporaire en institution, dans la loi sur l'enseignement spécialisé (LES) et la loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH).

Au plan de l'aide individuelle, les régimes sociaux cantonaux en vigueur offrent des soutiens concrets et ciblés aux membres de l'entourage familial comme l'Allocation spéciale pour les familles s'occupant d'un mineur handicapé à domicile (AMINH), les prestations complémentaires de frais de guérison (PCG), la LAPRAMS, le Fonds cantonal pour la famille.

Par ailleurs, certaines déductions fiscales en cours, en lien notamment avec la récente loi sur l'égalité pour les handicapés (Lhand), permettent de mieux reconnaître le soutien des familles auprès d'une personne âgée ou handicapée.

Afin de prévoir les réponses et d'estimer l'effort financier à mettre en place à moyen terme, en particulier en lien avec l'impact du vieillissement sur le rôle et les tâches des familles et des bénévoles, le SASH envisage d'instituer un plan d'action pour la promotion des mesures de soutien nécessaires aux proches actifs dans le maintien à domicile. Il sera élaboré en collaboration avec les partenaires concerné-e-s et avec l'instance cantonale pour la promotion du bénévolat.

***e. Est-il favorable au concept d'assistance à domicile, associant personnel attaché à une situation (engagement privé ou sous contrôle du CMS) et collaborateur-trice-s des CMS ?***

L'identification des besoins spécifiques au maintien à domicile des personnes handicapées a montré que le recours au personnel privé pouvait s'avérer adéquat dans certaines situations. Il permet en effet de limiter le nombre d'intervenant-e-s d'un CMS.

Le modèle d'engagement du personnel privé polyvalent a été testé entre 2001 et 2003. Il est repris aujourd'hui par le projet fédéral de l'OFAS sur le budget d'assistance, qui prévoit le financement des prestations nécessaires au projet de vie à domicile. Les résultats de ce projet sont attendus en 2010.

Dans l'attente des décisions fédérales, le SASH finance des heures de conseil spécialisé aux personnes handicapées qui souhaitent engager du personnel privé pour continuer à vivre à domicile et un accompagnement administratif afin de promouvoir le respect de l'application de la loi du travail. En 2007, cela a concerné 30 situations.

Le recours à un personnel polyvalent est également possible, grâce à la convention qui lie l'OMSV et Pro infirmis Vaud, reconnu comme organisation de soins à domicile (OSAD) depuis quelques années. Cette option, qui permet le remboursement des prestations LAMal, est parfois combinée avec l'engagement d'un personnel privé par les bénéficiaires pour les prestations d'aide au ménage ou de présence, remboursées par les prestations complémentaires de guérison (PCG).

Ce système mérite d'être développé pour les personnes âgées dont le soutien exige un volume important de prestations. La pratique actuelle concerne en particulier la prestation d'aide au ménage.

Les personnes, qui n'ont pas droit aux PCG, assument la totalité des frais d'engagement du personnel privé, jusqu'à concurrence de l'excédent de revenu qui les séparent de la limite PC. La LAPRAMS prévoit une aide individuelle aux personnes qui n'ont pas droit aux PCG pour des raisons administratives.

***f. Le développement de l'articulation bénévolat/CMS par la présence dans les régions d'une fonction mandatée à cet effet soit dans le cadre des CMS, soit dans celui d'Espace Prévention lui semble intéressant ?***

La promotion du bénévolat dans les programmes d'action subventionnés est un objectif poursuivi par le département. Dès 2006, le SASH est chargé d'assurer la coordination et la promotion des mesures utiles à ce titre.

En 2006, il a confié à l'Association des services bénévoles vaudois (ASBV) la création et la gestion d'un service d'interface entre les candidat-e-s bénévoles et les milieux associatifs et institutionnels, intéressés par l'engagement et l'encadrement des bénévoles : Bénévolat Vaud. Ce service informe, recrute et oriente les candidat-e-s bénévoles qui souhaitent s'engager, de manière ponctuelle ou régulière, dans les activités proposées par les associations partenaires. Au besoin et à la demande de celles-ci, il peut organiser des actions de recrutement ciblées ou apporter une aide à la mise en place d'un groupe de bénévoles.

En 2007, 500 candidat-e-s bénévoles ont annoncé leur intérêt pour une ou plusieurs activités dans les secteurs de l'action sociale, médico-sociale ou sanitaire. Sur 333 bénévoles rencontré-e-s, 180 se sont engagés dans une activité. Tant en 2006 qu'en 2007, les engagements relevaient en grande majorité du secteur de l'action sociale.

Si de prime abord l'intérêt pour les personnes âgées et le maintien à domicile peut paraître faible, il faut rappeler qu'en 2007, 1'900 bénévoles membres de l'ASBV sont engagés dans le maintien à domicile : transports, distribution des repas et visites. Regroupés dans 40 groupes actifs dans le canton, ils bénéficient des prestations de soutien de l'ASBV et de l'encadrement des responsables des groupes.

De plus, les associations comme Pro Senectute Vaud et la Croix-Rouge qui sont investies dans la promotion du maintien à domicile et de l'intégration sociale des personnes âgées, ou encore Caritas Vaud, active dans l'accompagnement des

situations en fin de vie, regroupent à elles seules 1'200 bénévoles (2007), qu'elles forment et encadrent.

Avant de définir et de mettre en place une articulation CMS/bénévolat plus formalisée, le SASH souhaite approcher les pratiques actuelles et mener, en collaboration avec les associations intéressées, une ou deux expériences régionales ciblées dans le but d'identifier et tester les améliorations nécessaires. Ce domaine fait partie intégrante des projets à mettre en place par la future instance cantonale pour la promotion du bénévolat.

***g. Prévoit-il le déploiement de prestations de prévention en systématisant les visites préventives chez les personnes de 70 ans et plus?***

Dans le cadre des travaux menés sous l'égide du Comité de pilotage AVASAD, une stratégie de prévention des pertes d'autonomie et de maintien de l'autonomie a été proposée. Pour maintenir le meilleur état de santé et la plus grande autonomie possible avec l'avancement en âge, il s'agit de:

- promouvoir les vaccinations (grippe, pneumocoque)
- prévoir les contrôles et traitements utiles du diabète, du cholestérol, de la pression sanguine et de l'ensemble des maladies cardio-vasculaires
- promouvoir les contrôles de l'ouïe, de la vue, de la santé dentaire et de la densité osseuse
- prévenir les chutes et leurs conséquences par une alimentation et de l'exercice physique appropriés (équilibre et force musculaire), et cas échéant des mesures d'aménagement du logement
- réduire les effets de l'arthrose et d'autres maladies rhumatismales, ainsi que des lombalgies, en développant les possibilités d'action sur ces maladies
- promouvoir le maintien des facultés intellectuelles, ainsi que le dépistage et le traitement des maladies psychiques (dépressions et maladie d'Alzheimer, par exemple), notamment au moyen des consultations de la mémoire ou des consultations spécialisées comme celles de l'équipe mobile de l'âge avancé en région lausannoise.

L'ensemble de ces mesures devra s'inscrire dans le cadre d'une approche préventive globale, mais aussi adaptée aux profils de risque hétérogènes des différents groupes de personnes âgées. Autrement dit, il sera impératif de concilier modalités d'intervention et type de population âgée visée si l'on veut maximaliser les chances d'obtenir des bénéfices. Ainsi, les visites préventives font certainement partie des modalités d'intervention potentielles pour certains groupes de personnes âgées, mais elles ne sont, a priori, pas appropriées car inefficaces pour d'autres.

Ces propositions devront être reprises dans le cadre de la Commission cantonale "Vieillesse et santé" déjà mentionnée plus haut, qui débutera ses travaux en 2009.

## **7 CONSEQUENCES**

### **7.1 Légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)**

Le présent projet porte sur l'adoption d'une nouvelle loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, l'actuelle loi sur l'OMSV dès lors abrogée. En outre, il englobe une modification de la LAPRAMS.

La mise en œuvre de la nouvelle LAVASAD nécessitera l'élaboration de dispositions règlementaires d'application.

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

Le présent projet porte sur une réforme de la gouvernance de l'aide et des soins à domicile. Cette nouvelle gouvernance permet d'une part de tenir compte des changements intervenus ces dernières années (entrée en vigueur de la RPT notamment), d'autre part de répondre aux défis à venir (augmentation des besoins liés au vieillissement démographique en particulier). En tant que tel, ce projet n'exerce aucune action sur les charges. Il maintient l'actuel système de financement du dispositif d'aide et de soins à domicile, notamment la répartition paritaire entre l'Etat et les communes.

En d'autres termes, le présent projet n'a aucune conséquence financière directe, si ce n'est celle évoquée en lien avec l'article 27 ci-dessus. Ainsi, les charges de l'AVASAD non couvertes par ses ressources propres seront financées comme aujourd'hui par moitié par l'Etat et les communes (art. 18). S'agissant des charges liées au "pilotage des services", assumées actuellement par le seul canton (12 millions de francs selon les comptes 2008), une disposition transitoire (art. 27) prévoit que durant les dix années qui suivront l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, le canton continuera de les financer seul. Durant ces dix ans, les communes assumeront seulement la moitié des éventuelles augmentations de ces dépenses de pilotage. Ce n'est qu'après dix ans que ces dernières seront intégralement supportées par l'Etat et les communes comme toutes les autres charges de l'AVASAD. Il en résultera alors une diminution de charges pour l'Etat de six millions de francs et une augmentation de charges du même montant pour les communes.

### **7.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique**

V. ch. 7.2 ci-dessus.

#### **7.4 Personnel**

Les conséquences du projet de loi sur le personnel de l'Etat de Vaud sont nulles en effet, les services concernés de l'Administration cantonale ne sont pas touchés par les nouvelles dispositions prévues.

Pour le personnel de l'actuel OMSV et celui des A/F, soumis à la Convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois, il est prématuré de dire si la nouvelle organisation aura ou non des conséquences. En tous les cas, le projet ne poursuit pas d'objectif d'économies de personnel. Néanmoins, l'organisation des fonctions transverses (prestations, finances, ressources humaines, système d'information notamment) pourrait, sur décisions des organes compétents de l'AVASAD, subir des aménagements fonctionnels entre le dispositif central et celui des A/F. En effet, l'article 11 lettre f du projet donne au conseil d'administration de larges compétences en la matière comme dans celle des conditions de travail, de la formation et de la prévoyance professionnelle.

#### **7.5 Communes**

Les conséquences pour les communes concernent d'abord leur représentation. D'une part, les communes sont appelées, via les associations qui les représentent, à contribuer à la définition de la politique d'aide et de soins à domicile dont le Conseil d'Etat a la responsabilité de l'élaboration (art. 2). D'autre part, la représentation des communes dans les A/F est renforcée : celles-ci seront constituées en associations de communes au sens de la loi ou en associations ou fondations de droit privé, à condition que les communes y soient majoritairement représentées (art. 4). Par ailleurs, l'existence d'une Assemblée des délégués comme organe "législatif" de l'AVASAD permet encore aux communes de peser de tout leur poids sur la politique en la matière. Ainsi, d'une manière générale, le projet donne aux communes une place dans les organes de l'AVASAD qui correspond au financement qu'elles apportent (principe "qui paie commande").

Sur le plan financier, les conséquences financières pour les communes ont été décrites sous chiffre 7.2 ci-dessus.

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

Pas de conséquences.

#### **7.7 Programme de législation (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Le présent projet est conforme aux intentions exprimées par le Conseil d'Etat dans le Rapport sur la politique sanitaire (action n° 39).

#### **7.8 Loi sur les subventions (application, conformité)**

Le présent projet vise à rendre les dispositions relatives au versement de subventions pour l'aide et les soins à domicile conformes à la loi sur les subventions.

#### **7.9 Constitution (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Le présent projet contribue à la mise en œuvre de l'article 65 alinéa 2 lettre c) et alinéa 3 Cst-VD.

Pour le surplus, il n'entraîne pas de coût supplémentaire, de sorte que l'article 163 Cst-VD n'est pas applicable.

#### **7.10 Plan directeur cantonal (conformité, mise en œuvre, autres incidences)**

Pas de conséquences.

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

L'entrée en vigueur de la RPT a débouché sur un retrait de la Confédération du financement de l'aide et des soins à domicile. Il en est résulté au 1<sup>er</sup> janvier 2008 un report d'un montant total de l'ordre de CHF 27 millions de francs sur le canton, répartis paritairement entre l'Etat et les communes. Le présent projet a été mis en œuvre en particulier pour tenir compte de cette nouvelle donne.

#### **7.12 Simplifications administratives**

Pas de conséquences.

#### **7.13 Autres**

Pas de conséquences.

## **8 CONCLUSION**

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

1. d'adopter les projets de lois ci-après
2. d'approuver le présent rapport sur le postulat Dominique Kohli et consorts demandant un rapport sur l'OMSV et la présente réponse à l'interpellation Mireille Aubert sur le renforcement de la politique d'aide et de soins à domicile.

# PROJET DE LOI

## sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)

du 6 mai 2009

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

*décrète*

### Chapitre I Généralités

#### Art. 1 Constitution

<sup>1</sup> Sous la dénomination Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (ci-après : AVASAD), il est créé une association de droit public autonome dotée de la personnalité juridique et placée sous la surveillance de l'Etat.

<sup>2</sup> Son siège est à Lausanne, sous réserve de décision contraire du Conseil d'Etat.

#### Art. 2 Missions

<sup>1</sup> L'AVASAD est chargée de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile, ainsi que des mesures en matière de promotion de la santé et de prévention.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat définit cette politique en concertation avec les associations représentatives des communes et après consultation de l'AVASAD.

<sup>3</sup> L'AVASAD a pour mission générale d'aider les personnes dépendantes ou atteintes dans leur santé à rester dans leur lieu de vie. Pour ce faire, l'AVASAD assure la fourniture de prestations pour promouvoir, maintenir ou restaurer leur santé, maximiser leur niveau d'autonomie, maintenir leur intégration sociale et faciliter l'appui de leur entourage.

<sup>4</sup> L'AVASAD a en particulier pour mission de:

- a. favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes dans leur santé ou en situation de handicap ;
- b. garantir à la population l'accès équitable à des prestations favorisant un maintien à domicile adéquat, de proximité, économique et de qualité ;
- c. contribuer à la maîtrise de l'évolution des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition ;
- d. proposer toute mesure innovante afin de favoriser le maintien à domicile à des conditions sociales et économiques adéquates ;
- e. collaborer activement avec les partenaires et les institutions privées actives dans le domaine sanitaire, médico-social et social pour appliquer la politique définie par le Conseil d'Etat en concertation avec les associations représentatives des communes ;
- f. participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ;
- g. assurer l'exécution de programmes confiés par l'Etat, notamment en matière de santé scolaire.

<sup>5</sup> 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, des centres médico-sociaux (ci-après : CMS), ainsi que 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 1<sup>er</sup>, lettre b), de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, peut rendre nécessaires.

#### Art. 3 Exonération fiscale

<sup>1</sup> L'AVASAD est exonérée de tout impôt cantonal et communal, y compris le droit de timbre.

## **Chapitre II      Organisation administrative**

### **Art. 4      Membres de l'AVASAD**

a) Associations/Fondations régionales d'aide et de soins à domicile

<sup>1</sup> Les membres de l'AVASAD sont les A/F.

<sup>2</sup> Le département en charge de la santé (ci-après le département) fixe le périmètre d'activités géographique de chaque A/F.

<sup>3</sup> Les A/F sont constituées en associations de communes au sens de la loi sur les communes ou en associations ou fondations de droit privé, à condition que les communes y soient majoritairement représentées.

<sup>4</sup> Les statuts des A/F doivent reprendre la mission de l'AVASAD énoncée à l'article 2. Une telle reprise constitue une condition à l'adhésion à l'AVASAD et à la gestion d'un CMS. Le département vérifie que cette condition est remplie. En outre, les statuts sont soumis à la ratification de l'assemblée des délégués dès que celle-ci est constituée.

### **Art. 5      b) Compétences**

<sup>1</sup> Dans le respect du cadre financier et stratégique fixé par le conseil d'administration et l'assemblée des délégués, chaque A/F exerce les compétences suivantes:

- a. élaborer et gérer son budget ;
- b. garantir la fourniture des prestations définies par l'AVASAD ;
- c. gérer des CMS qui fournissent les prestations d'aide et de soins à domicile à la population, le cas échéant avec la collaboration d'institutions privées actives dans le domaine médico-social ;
- d. engager le personnel des CMS, par l'intermédiaire du directeur de l'A/F, conformément à l'article 15 ;
- e. proposer la désignation du directeur de l'A/F et l'encadrer dans ses activités de gestion, selon les modalités prévues par les statuts de l'A/F ;
- f. désigner ses représentants à l'assemblée des délégués ;
- g. mettre en œuvre, sur ses propres ressources, toute action conforme à son but.

### **Art. 6      Organes**

<sup>1</sup> Les organes de l'AVASAD sont:

- a. l'assemblée des délégués ;
- b. le conseil d'administration ;
- c. le comité de direction ;
- d. l'organe de révision.

### **Art. 7      Assemblée des délégués**

a) Composition

<sup>1</sup> L'assemblée des délégués (ci-après : l'assemblée) est composée des représentants des A/F.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat fixe le nombre de représentants par A/F et les modalités de leur désignation.

### **Art. 8      b) Compétences**

<sup>1</sup> L'assemblée exerce les compétences suivantes:

- a. élire les représentants des A/F au conseil d'administration, sur proposition de celles-ci ;
- b. adopter le rapport d'activité élaboré par le conseil d'administration et le soumettre au Conseil d'Etat pour approbation ;
- c. adopter le budget de l'AVASAD, approuver ses comptes et les soumettre au Conseil d'Etat pour ratification ;
- d. adresser au conseil d'administration toute proposition relative à la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile dans le canton.

### **Art. 9      c) Fonctionnement**

<sup>1</sup> L'assemblée désigne un président parmi ses membres. Elle se réunit au moins deux fois par an, sur convocation du président.

<sup>2</sup> Pour le surplus, elle définit ses règles de fonctionnement.

## **Art. 10** Conseil d'administration

### a) Composition

<sup>1</sup> Le conseil d'administration (ci-après : le conseil) comprend:

- a. 1 représentant par A/F élu par l'assemblée, sous réserve de ratification par le Conseil d'Etat ;
- b. 2 représentants de l'Etat désignés par le Conseil d'Etat ;
- c. 2 représentants désignés par les associations représentatives des communes, sous réserve de ratification par le Conseil d'Etat ;
- d. 1 président neutre désigné par le Conseil d'Etat après consultation des autres membres du conseil.

<sup>2</sup> Les membres sont désignés pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable.

## **Art. 11** b) Compétences

<sup>1</sup> Le conseil exerce toutes les compétences non dévolues par la présente loi et ses dispositions d'application à un autre organe.

<sup>2</sup> Il est en particulier chargé de:

- a. garantir la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile selon les priorités définies par le Conseil d'Etat en concertation avec les associations représentatives des communes ;
- b. veiller au renforcement de la coopération entre les A/F et les autres fournisseurs de soins au sein des réseaux de soins ;
- c. garantir la mise en œuvre de mesures en matière de promotion de la santé et de prévention ;
- d. répondre vis-à-vis de l'Etat de la bonne marche de l'AVASAD et veiller au respect des buts définis dans la présente loi ;
- e. élaborer la charte mentionnée à l'article 2 alinéa 5 et la soumettre au département pour ratification ;
- f. arrêter les principes de fonctionnement de l'AVASAD et des A/F, notamment en matière de fourniture des prestations, d'allocation des ressources et de gestion financière, de ressources humaines (conditions de travail, prévoyance professionnelle, formation, notamment) et de système d'information ;
- g. préparer le budget et arrêter le résultat des comptes de l'AVASAD et des A/F, conformément aux articles 23 et suivants ;
- h. élaborer un rapport annuel d'activité et le soumettre à l'adoption de l'assemblée ;
- i. désigner l'organe de révision, sous réserve de ratification par le Conseil d'Etat ;
- j. désigner le comité de direction ;
- k. représenter l'AVASAD vis-à-vis des tiers, en particulier négocier et signer les conventions avec les assureurs-maladie et l'Etat.

## **Art. 12** c) Fonctionnement

<sup>1</sup> Le conseil se réunit aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'AVASAD, mais au minimum quatre fois par an, en principe trimestriellement, sur convocation du président.

<sup>2</sup> Il prend ses décisions à la majorité des voix des membres présents. En cas d'égalité des voix, le président départage.

<sup>3</sup> Pour le surplus, le conseil se dote d'un règlement d'organisation, soumis à l'approbation du département.

## **Art. 13** Comité de direction

### a) Composition

<sup>2</sup> Le comité de direction (ci-après : la direction) est composé du directeur général, ainsi que des directeurs des A/F et des directeurs des services transversaux.

## **Art. 14** b) Compétences

### 1. Directeur général

<sup>1</sup> Le directeur général dirige l'AVASAD dans les limites fixées par la présente loi, ses dispositions d'application et les instructions du conseil.

## **Art. 15** 2. Autres membres de la direction

<sup>1</sup> Les autres membres de la direction sont placés sous l'autorité du directeur général.

<sup>2</sup> Les directeurs des A/F sont compétents pour engager au nom des A/F le personnel des CMS, conformément aux statuts des A/F.

<sup>3</sup> Les directeurs des services transversaux supportent l'AVASAD et les A/F en matière notamment de prestations, de ressources humaines, de finances et de systèmes d'information.

<sup>4</sup> Pour le surplus, les compétences des directeurs des A/F et des directeurs des services transversaux sont définies par le conseil.

**Art. 16** c) Fonctionnement

<sup>1</sup> Le conseil fixe les règles de fonctionnement du comité de direction, sur proposition de celui-ci.

**Art. 17** Organe de révision

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Le mandat de révision est soumis à l'approbation du Conseil d'Etat ; il est d'une année, renouvelable.

<sup>3</sup> L'organe de révision est chargé de la vérification des comptes annuels. Pour le surplus, son cahier des charges est défini par le conseil.

<sup>4</sup> Dans le cadre de son mandat, l'organe de révision est nanti des rapports des organes de révision des A/F.

### **Chapitre III** Organisation financière et contrôle

**Art. 18** Principe de financement

<sup>1</sup> Les charges de l'AVASAD et des A/F sont couvertes, premièrement, par leurs ressources propres et, en second lieu, par moitié par l'Etat et les communes sous forme de prestations pécuniaires.

<sup>2</sup> Les subventions de l'Etat et des communes sont versées à l'AVASAD. Celle-ci redistribue la part dévolue aux A/F sur la base du budget définitif arrêté conformément à l'article 23.

**Art. 19** Ressources propres

<sup>1</sup> Les ressources propres de l'AVASAD et des A/F proviennent:

- a. du produit de la facturation de leurs prestations ;
- b. des subventions de la Confédération ;
- c. des dons et legs ;
- d. des fonds propres ;
- e. d'autres contributions.

**Art. 20** Contribution de l'Etat et des communes

<sup>1</sup> La contribution de l'Etat et des communes est déterminée chaque année prospectivement sur la base des ressources propres de l'AVASAD et des A/F, des prestations à fournir et des ressources en personnel et en infrastructures nécessaires à cet égard, des programmes qui leur sont confiés, ainsi que de leur activité antérieure et de leurs perspectives de développement, au vu notamment de l'évolution des besoins de la population.

<sup>2</sup> Cette contribution est destinée, d'une part, à couvrir les frais de fonctionnement généraux de l'AVASAD et des A/F et, d'autre part, à réduire les coûts des prestations d'aide et de soins à domicile à charge des bénéficiaires en fonction de leurs ressources, conformément aux critères d'octroi et à la délégation de compétence conférée à l'AVASAD par la législation sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS).

**Art. 21** Répartition de la contribution des communes

<sup>1</sup> La contribution de chaque commune est calculée d'après le chiffre de la population des communes tel qu'il est établi par le recensement annuel.

**Art. 22** Contribution de l'Etat

<sup>1</sup> La contribution de l'Etat est inscrite au budget du département. Elle fait chaque année l'objet d'une convention entre le département et l'AVASAD, qui porte notamment sur:

- a. le montant des subventions allouées et les modalités de leur versement ;
- b. les informations et les résultats attendus de la part de l'AVASAD et des A/F ;
- c. les modalités d'évaluation, de suivi et de contrôle.

<sup>2</sup> Les dispositions de la loi sur les réseaux de soins en matière de répartition des ressources publiques et de soutien à des projets régionaux présentant un intérêt cantonal sont réservées.

### **Art. 23 Cycle budgétaire**

#### a) Budget

<sup>1</sup> Sur la base des informations transmises par le département et par les A/F, l'AVASAD établit un budget provisoire et le transmet au département. Ce budget détaille les charges et recettes de l'AVASAD elle-même, ainsi que des A/F.

<sup>2</sup> Une fois connu le montant de la contribution de l'Etat et des communes, l'AVASAD établit un budget définitif. Celui-ci doit être équilibré. L'AVASAD communique à chaque A/F le montant qui lui est attribué.

### **Art. 24 b) Suivi budgétaire**

<sup>1</sup> L'AVASAD est responsable du suivi budgétaire du dispositif cantonal d'aide et de soins à domicile, tant au niveau de l'AVASAD qu'à celui des A/F. Les A/F lui fournissent à cet égard les informations nécessaires.

<sup>2</sup> L'AVASAD signale immédiatement au département tout fait pouvant influencer de manière significative son résultat financier ou celui des A/F. D'entente avec le département, elle procède aux ajustements nécessaires.

### **Art. 25 c) Comptes**

<sup>1</sup> L'AVASAD établit ses comptes sur la base des dispositions prévues par le département. Ces comptes détaillent notamment les charges et recettes au niveau général et pour chaque A/F.

### **Art. 26 Contrôle et surveillance**

<sup>1</sup> La surveillance de l'AVASAD est exercée par le département, qui contrôle en particulier que l'AVASAD et les A/F utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue.

<sup>2</sup> L'AVASAD est tenue de fournir au département les informations nécessaires concernant son activité et celle des A/F, notamment des points de vue comptable, financier et statistique.

<sup>3</sup> Le Conseil d'Etat précise la portée et les modalités relatives à la surveillance, au contrôle et aux informations requises.

## **Chapitre IV Dispositions transitoires et finales**

### **Art. 27 Disposition transitoire**

<sup>1</sup> Pendant les 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.

### **Art. 28 Abrogation**

<sup>1</sup> La loi du 5 décembre 1967 créant un Organisme médico-social vaudois est abrogée.

### **Art. 29 Entrée en vigueur**

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

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 6 mai 2009.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

**Art. 1 But**

<sup>1</sup> La loi a pour but de garantir l'accès à un encadrement médico-social de qualité à domicile et lors d'hébergement.

<sup>2</sup> Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (ci-après : LPFES) , sur la santé publique (ci-après : LSP) , créant un Organisme médico-social vaudois (ci-après : LOMSV) , sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (ci-après : LAIH) .

**Art. 2 Objet**

<sup>1</sup> La loi institue un appui social et une aide financière individuelle en faveur des bénéficiaires dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais liés à l'action médico-sociale dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement médico-social ou en home non médicalisé.

<sup>2</sup> Elle prévoit en outre un subventionnement en faveur d'organismes favorisant le maintien à domicile.

**PROJET DE LOI**  
**modifiant la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant**  
**à l'action médico-sociale (LAPRAMS)**

du 6 mai 2009

---

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles présentés par le Conseil d'Etat

*décrète*

**Article premier**

<sup>1</sup> La loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) est modifiée comme suit :

**Art. 1 But**

<sup>1</sup> Sans changement.

<sup>2</sup> Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (ci-après : LPFES), sur la santé publique (ci-après : LSP), sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (ci-après : LAVASAD), sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (ci-après : LAIH).

**Art. 2 Objet**

<sup>1</sup> Sans changement.

<sup>2</sup> Elle peut octroyer des subventions à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (ci-après : AVASAD) ainsi qu'aux autres organismes favorisant le maintien à domicile au sens de l'article 10 alinéa 2 lettre b.

## Texte actuel

### Art. 34 Réclamation

<sup>1</sup> Les décisions du département peuvent faire l'objet d'une réclamation.

<sup>2</sup> La loi sur la procédure administrative est applicable.

### Art. 35 Recours

<sup>1</sup> Les décisions rendues sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

## Projet

### Art. 4 bis Délégation à l'AVASAD

<sup>1</sup> Dans le cadre de la subvention prévue à l'article 2 alinéa 2, le département délègue à l'AVASAD la compétence de réduire le coût de ses prestations d'aide à domicile mises à la charge des bénéficiaires, en fonction de leurs ressources. Le département édicte des normes qui comprennent, entre autres, la liste et le barème des prix des prestations et qui portent notamment sur l'aide à la famille, les repas à domicile, l'aide au ménage et les veilles et présences.

<sup>2</sup> Les prestations sont fournies sur la base d'une évaluation de la situation du requérant et de son entourage. Le revenu déterminant donnant droit à la réduction est fixé par analogie à celui qui ouvre le droit au subside tel que prévu par la législation d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal).

### Art. 34 Réclamation et recours

<sup>1</sup> 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 des assurances sociales et de l'hébergement.

<sup>2</sup> Sans changement.

### Art. 35 Recours

<sup>1</sup> Les décisions rendues sur réclamation et sur recours peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

### Art. 2 Entrée en vigueur

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

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 6 mai 2009.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*