

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner les objets suivants :**

Exposé des motifs et projets de lois modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique ainsi que la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées et

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la motion Jacques-André Haury et consorts demandant qu'une autorisation de pratiquer soit requise pour les médecins pratiquant à titre dépendant (12_MOT_012) et

Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Denis Rubattel « Réintroduction du moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux : une tuile pour notre canton ! » (12_INT_049) et

Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Bernard Borel « Comment se fait la planification des équipements lourds utilisés en médecine dans le canton de Vaud ? » (05_INT_285)

1 PRÉAMBULE

La commission s'est réunie le 17 janvier 2014, le 7 février 2014 et le 10 mars 2014.

Présent-e-s : Mmes Catherine Aellen, Sonya Butera, Christa Calpini, Brigitte Crottaz, Catherine Roulet (présidence), Graziella Schaller (en remplacement de Jacques-André Haury le 10 mars), Annick Vuarnoz (en remplacement de Filip Uffer le 7 février), Monique Weber-Jobé (en remplacement de Catherine Aellen le 7 février et de Sonya Butera le 10 mars). MM. Jérôme Christen (en remplacement d'Axel Marion), Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Jacques-André Haury, Rémy Jaquier, Michel Miéville, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos, Philippe Vuillemin.

Excusé-e-s : Mmes Catherine Aellen (le 7 février), Sonya Butera (le 10 mars). MM. Jérôme Christen (le 10 mars), Jacques-André Haury (le 10 mars), Axel Marion, Filip Uffer (le 7 février).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Joëlle de Claparède, Responsable stratégique des autorisations au Service de la santé publique (SSP) (le 17 janvier et le 7 février), Christiane Sauvageat, Responsable juridique au SSP. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Karim Boubaker, Chef ad intérim du SSP et Médecin cantonal (le 7 février et le 10 mars).

2 PRÉSENTATION DE L'EMPL – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

La révision de ces deux lois, loi sur la santé publique (LSP) et loi sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes en situation de handicap (LAIH), est nécessaire au vu d'une modification d'articles sur l'exercice des professions médicales ainsi que pour proposer une fusion des commissions de plaintes (patients et résidents).

Pour le chef du DSAS, il s'agit premièrement de s'adapter aux réglementations des professions médicales sur le plan fédéral, en étendant le régime de l'autorisation préalable à tous les médecins pratiquant à titre dépendant (sauf ceux en formation), afin d'éviter tout contournement de la clause du besoin.

Renforcement de l'obligation de la garde médicale : Les médecins installés en cabinet sont astreints à une garde de premier recours. Par contre, ils ne sont pas astreints à la garde dans les services d'urgence ou de soins intensifs des établissements sanitaires. Il paraît équitable au chef du DSAS, qu'en cas de pénurie, ils fassent également partie de ce dispositif qui sera organisé en partenariat avec la Société vaudoise de médecine (SVM). Des conventions seront établies avec les associations représentants hôpitaux et cliniques (CHUV, Fédération des hôpitaux vaudois – FHV, Vaud Cliniques). Si aucun accord n'est trouvé entre le département et la SVM, et en cas de nécessité, l'Etat pourra imposer des modalités de garde à l'hôpital, ceci pour une période de 6 mois au maximum.

Fusion des commissions de plaintes, patients et résidents : Actuellement, les deux commissions de plaintes instruisent de manière indépendante les cas qui leur sont soumis. Les décisions finales reviennent au chef de département. En cas de désaccord, il demande à celles-ci des investigations complémentaires, ceci en contradiction avec le principe d'indépendance. Ainsi, il propose la fusion des deux commissions et d'y adjoindre un greffier afin de permettre un traitement plus rapide et, pense-t-il, un meilleur suivi des dossiers. Ainsi, le pouvoir décisionnel de la commission unifiée et son rôle seraient accrus, notamment face à un chef de département fonctionnant comme première instance de recours.

3 DISCUSSION GÉNÉRALE

Droits des soignants : Regret de plusieurs commissaires que, dans le cadre de cette révision, on n'ait pas profité d'introduire des dispositions visant à la protection des soignants, ceux-ci faisant régulièrement l'objet de harcèlement psychologique, d'agressions racistes, voire de violences physiques de la part de certains patients/résidents. Mais comme la LSP est principalement axée sur les bénéficiaires du système sanitaire (droits des patients et résidents), elle ne se prête guère à la défense des soignants. Ceci étant, en sus du rôle du droit civil et pénal, le chef du DSAS préconise la mise en place d'un système de médiation auquel les soignants pourraient s'adresser. Il fait aussi remarquer que le bureau de la médiation santé-handicap doit fonctionner de façon impartiale et que la Commission des plaintes doit instruire tant à charge qu'à décharge, et non pas systématiquement à l'encontre des soignants comme critiqué quelquefois.

Néanmoins, si la LSP s'occupe de la protection des patients/résidents, elle fixe aussi les conditions de pratique des soignants : surveillance administrative et sanctions en cas de manquement. Comme l'Etat octroie le droit d'exploiter à une institution ou une autorisation de pratiquer à un professionnel, l'équilibre voudrait que la LSP protège institutions et professionnels. Ainsi, introduire une forme de défense des droits des soignants dans le cadre des dispositions relatives à la médiation mérite réflexion. Remarque est faite aussi que le droit du travail impose aux employeurs un devoir de protection de leurs employés, et des mesures peuvent être prononcées comme par exemple le déplacement dans une autre structure d'un professionnel ou d'un résident.

De l'avis du chef du DSAS, c'est en priorité avec les associations professionnelles que devrait être menée cette réflexion, sans exclure que quelques tâches soient attribuées au bureau de médiation.

Efficiences des services d'urgence : Les services d'urgence hospitaliers sont quelquefois critiqués pour une mauvaise prise en charge de patients : médecins maîtrisant mal le français, prises en charge inadéquates des patients privés de discernement (constat et étude en cours par Insieme Vaud). Une amélioration s'impose et le coût de la mise en place d'un système plus performant sera moins élevé que les conséquences de négligences et erreurs médicales. Une solution pourrait consister en la nomination, dans chaque service d'urgence, d'un responsable qui supervise le travail des médecins assistants et assure le suivi des soins.

Le chef du DSAS ne conteste pas que la conception actuelle des services d'urgence puisse parfois poser problème. Les urgences sont des lieux de formation, d'interventions vitales et complexes. Ainsi, placer aux urgences des professionnels plus expérimentés paraît pertinent. Plutôt qu'un recours à du personnel qualifié mais coûteux, salarié des hôpitaux (médecins cadres ou médecins urgentistes mobilisables en tout temps), il préconise, comme proposé par cette révision, la possibilité pour les services d'urgence hospitaliers de bénéficier de la collaboration des médecins installés grâce à un système de la garde médicale à l'hôpital, le développement de maisons de la garde, etc.

Un médecin en cabinet peut-il exercer dans le service d'urgence d'un hôpital ? Pour un commissaire, un médecin qui a quitté depuis longtemps l'hôpital et exerce uniquement dans sa spécialité a perdu sa capacité à pratiquer de manière efficace dans un service d'urgence. De plus, les établissements ne sont pas toujours très réceptifs aux indications des médecins installés. Un deuxième commissaire relève que, dans la majorité des autres cantons, tout médecin installé en libre pratique est réputé capable d'exercer à l'hôpital et aux urgences. Et pour un troisième, afin de vaincre les réticences, il faudra sélectionner les médecins en cabinet aptes à pratiquer aux urgences et les motiver financièrement. Le Conseiller d'Etat évoque alors l'intérêt, dans une démarche basée en priorité sur le volontariat, à faire appel en premier aux médecins installés dont le parcours professionnel ne se trouve pas encore trop éloigné de l'hôpital, à développer aussi une formation continue en médecine des urgences, et à mettre en place un système de rémunération de la garde suffisamment incitatif.

4 EXAMEN POINT PAR POINT DE L'EXPOSÉ DES MOTIFS

(sont mentionnés uniquement les points ayant donné lieu à discussion)

2.1 – Contexte général

Les titulaires d'un diplôme étranger dont l'équivalence avec un diplôme fédéral est établie dans un traité ont droit à la reconnaissance de leur diplôme, reconnaissance qui est de la compétence de la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO).

Un commissaire se demande si ces contrôles sont accomplis avec tout le sérieux exigé. Un contrôle serré de l'identité des demandeurs et de l'authenticité des documents qu'ils présentent est-il réalisé ? La mise en place de tests d'aptitude des requérants est-elle envisageable ? Le Canton est-il en droit de contester les décisions de la MEBEKO ?

La responsable stratégique des autorisations indique qu'à sa connaissance, il n'existe pas véritablement de possibilité de contester les décisions de la MEBEKO dont les prérogatives sont instituées par la loi. Elle ne cache cependant pas que le Service de la santé publique s'interroge effectivement sur les pratiques de cette commission (exemple de cas similaires traités pourtant de façon différente par la commission). Une réflexion est en cours concernant l'opportunité d'interpeller la MEBEKO sur son travail pour mieux le comprendre.

2.3 – Conséquences et marge de manœuvre des cantons

Un commissaire insiste sur l'intérêt public prépondérant à disposer d'une couverture médicale de qualité sur l'ensemble du territoire du canton et sur le rôle que joue l'Etat depuis longtemps afin d'assurer cette couverture. Cette tâche essentielle de régulation, assumée par l'Etat, n'a donc rien de nouveau et ne se trouve à ce titre pas liée au chef de département actuel.

3 – Bureau de la médiation santé-handicap et commissions d'examen des plaintes

La fusion des deux commissions des plaintes suscite un débat nourri.

Le chef du DSAS, insatisfait de la situation actuelle, présente le projet de fusion :

- en une dizaine d'années, sur la centaine de plaintes traitées par les deux commissions, seules 2 ou 3 propositions de sanction (de simples avertissements en l'occurrence) ont été présentées au chef de département, le reste consistant en des recommandations aux différentes parties, d'ailleurs souvent rédigées de manière assez vague et au suivi mal assuré. Rapportés aux moyens mis en œuvre, les résultats apparaissent plutôt maigres ;
- la répartition des plaintes entre les deux commissions s'avère problématique : droit des patients et droit des résidents se trouvent souvent mêlés. Or, les deux commissions actuelles ne sont pas légitimées à empiéter sur les prérogatives de l'autre, et aucune d'elles n'adopte dans les cas concrets une vision globale. A noter que le département ou le médecin cantonal continuent à recevoir des plaintes. Selon la nature de certaines d'entre elles (degré d'urgence notamment), un traitement par le Service de la santé publique peut se montrer plus adapté ;
- la rédaction, dans des délais raisonnables, de propositions de décisions nécessite une expertise, juridique entre autres, et un engagement qui ne peuvent être laissés au seul bon vouloir d'un

président de commission (juriste ou avocat) soumis par ailleurs à d'autres obligations professionnelles. Un minimum de soutien de la part d'un greffe doit être envisagé.

Pour le chef du DSAS, une solution de compromis consistant en une seule commission fonctionnant avec deux sous-commissions pourrait être prise en considération, mais il ne désire pas le statu quo.

A l'opposé, ceux qui tiennent à deux commissions séparées, dont la présidente, membre de la Commission des plaintes des résidents, avancent les arguments suivants :

- le renforcement du pouvoir de décision des commissions n'implique pas obligatoirement la fusion ;
- le temps relativement long que prennent les commissions pour restituer leurs préavis s'explique par une instruction fouillée des cas (analyse, audition de toutes les parties, visites, droit de réponse des parties, etc.) ;
- la commission fusionnée comporte un nombre de commissaires inférieur au nombre total de commissaires des deux commissions actuelles, réduisant ainsi les forces à disposition pour mener des instructions approfondies. Malgré la taille réduite de la commission unifiée, le recrutement de membres bénévoles ne sera pas plus aisé, au vu de la charge de travail accrue pour chaque membre. De même, difficile d'attirer un président au tarif actuel (environ CHF 50.-/heure) pour une commission exigeant plus de travail (au minimum 0,5 ETP), à moins que l'Etat nomme à cette fonction un juriste ou un avocat qu'il rémunère en conséquence ;
- les enquêtes concernant les EMS et les établissements socio-éducatifs demandent de la part des commissaires une connaissance particulière des bénéficiaires et de leur environnement, ne serait-ce que pour expliquer aux familles qu'il n'est pas toujours possible d'avoir les mêmes attentes envers une prise en charge en institution qu'à la maison ;
- la seule manière pour les commissions de bénéficier des compétences de professionnels consiste à adopter une organisation (rythme des réunions...) compatible avec les activités professionnelles de leurs membres ;
- des discussions soutenues et des recommandations concertées se montrent souvent plus constructives que d'abruptes décisions de sanction.

Le chef du DSAS maintient sa position : droit des patients et droit des résidents font généralement partie d'une même réalité qu'il convient d'appréhender de la même façon. Par d'exemple, il juge regrettable que la Commission des plaintes des résidents ait renoncé à examiner la pratique discutable d'un médecin responsable, cet aspect relevant, d'un certain point de vue, du droit des patients plutôt que du droit des résidents. Le chef du DSAS donne également l'exemple du Conseil de santé qui, avec le même nombre de membres bénévoles que celui prévu pour la commission des plaintes unifiée, traite plus rapidement un nombre plus élevé de dossiers que le total cumulé des deux commissions actuelles. Le chef du DSAS précise enfin que le projet proposé, axé vers une commission des plaintes aux moyens, au pouvoir, à l'indépendance et au crédit renforcés, ne vise aucunement à réaliser une quelconque économie.

Selon quelle procédure intervient le recrutement des membres des commissions des plaintes ? Comment améliorer l'attractivité de telles instances (rétributions, etc.) ?

Généralement, le recrutement se fait par appel auprès des associations et organisations concernées. Le chef du DSAS estime que l'unification de la commission devrait renforcer sa visibilité et son prestige, accroissant ainsi son attractivité. Un soutien de la commission par un greffe devrait aller dans le même sens.

Une commission des plaintes unifiée est-elle compatible avec la préservation en son sein de membres spécialisés sur les questions spécifiques liées aux patients ou aux résidents ?

Le chef du DSAS répond par l'affirmative, pour autant que tous les cas soumis finissent par remonter pour examen aux séances plénières de la commission.

Les nouvelles dispositions du Code civil en matière de protection de l'enfant et de l'adulte prévoient, pour les personnes incapables de discernement en établissement de type résidentiel, une autorité de plaintes auprès de l'autorité de protection de l'adulte (la Justice de paix dans le canton de Vaud), s'agissant notamment des mesures de contrainte. Pour la commission des plaintes, quelle décharge représenteront les plaintes traitées directement par la Justice de paix ?

La responsable juridique indique que le système évoqué est d'ores et déjà en place dans le canton et ne peut donc guère plus conduire à un soulagement de la commission des plaintes. Quoiqu'il en soit, le chef du DSAS précise que le nombre de plaintes relatives à des mesures de contention contestées s'avère faible. Grâce au travail en particulier de la CIVESS (Coordination interservices de visites en établissements sanitaires et sociaux), il est observé une diminution du nombre et de la sévérité des mesures de contraintes.

4.4 – Cabinets de groupe et établissements sanitaires ambulatoires

L'innovation proposée consiste à assimiler à des établissements sanitaires, les cabinets de groupe et les institutions de soins ambulatoire dont la nature des activités et/ou le type de praticiens en place (complexité des interventions, diversité des intervenants, etc.) exigent un contrôle plus serré de la part du département que pour un simple cabinet, au même titre d'ailleurs qu'un hôpital ou une clinique.

Ce dispositif ne règle pas la question des médecins indépendants qui, dans un cabinet de groupe ou une structure de soins ambulatoire, assurent un service de permanence (généralement entre 7h et 23h) et refusent de ce fait de se soumettre à l'obligation de participer à la garde médicale générale (24h sur 24) définie par la LSP. Pour le chef du DSAS, le règlement d'application constitue le lieu privilégié pour résoudre ce problème. A ce sujet, plutôt qu'une solution intransigeante en matière d'égalité de traitement, plusieurs commissaires plaident pour un compromis propre à ménager les intérêts de toutes les parties, et dès lors efficace. Ainsi pourrait être imaginé un système d'équivalence entre garde 24h sur 24 et garde 16h sur 24 durant les week-ends ou les jours fériés.

4.5 – Organisation des soins de base

Un commissaire verrait d'un bon œil le développement dans le canton de la propharmacie (remise des médicaments par les médecins), en particulier pour éviter aux malades, parfois âgés ou handicapés, de devoir se déplacer à la pharmacie pour obtenir au plus vite des médicaments pas toujours en stock.

Plusieurs commissaires s'opposent avec force au développement de la propharmacie, compte tenu du conflit d'intérêts manifeste que représente la vente de médicaments par le médecin prescripteur. En outre, les dispositions légales en vigueur permettent la vente par le médecin de médicaments dont l'usage débute en cabinet. Chaque praticien dispose d'un stock de secours en vue de la remise de médicaments en urgence. Et les pharmacies participent elles aussi à un système de garde 24h sur 24, et offrent un service de livraison à domicile. Dans ces circonstances, plutôt que d'envisager le remplacement du pharmacien par le médecin ou l'inverse, il convient de favoriser la collaboration entre les deux professions afin d'optimiser la qualité et l'économicité des soins.

Du point de vue éthique, le chef du DSAS souscrit à l'opposition quasi générale envers la propharmacie, même si, d'un point de vue strictement économique, peu d'arguments viennent étayer cette opposition, les cantons autorisant la propharmacie ne présentant pas des dépenses plus élevées sur les médicaments. Pour un commissaire, il n'est pas sûr que, d'un point de vue global, la propharmacie réduise les coûts de la santé, vu le transfert du pharmacien au médecin des cas bagatelles, suite à la disparition en régions périphériques des officines en raison de la propharmacie. Quoiqu'il en soit, le chef du DSAS rappelle que le projet proposé ne vise aucunement l'ouverture à la propharmacie mais cherche uniquement à aménager la possibilité d'un élargissement modeste, sous la double validation de la Société vaudoise de médecine et de la Société vaudoise de pharmacie, des limites des professions de médecin et de pharmacien, ceci en situations exceptionnelles (zones sous dotées en officines ou en cabinets médicaux).

Les mécanismes de rémunération du pharmacien font débat. En effet, le commissaire en faveur de la propharmacie estime que cette dernière permet des économies, le médecin délivrant un médicament ne facturant pas la taxe de conseil demandée par le pharmacien. Ce commissaire juge par ailleurs inadéquat que la taxe de conseil soit facturée par le pharmacien, chaque fois qu'une personne atteinte

d'une maladie chronique vient chercher son même médicament. Il est précisé que, désormais, la marge du pharmacien n'est plus constituée par un pourcentage déterminé du prix du médicament mais par des forfaits fixes, la fameuse taxe. Ce procédé, souvent mal expliqué et mal perçu par le public, a pourtant permis une économie de l'ordre de 200 millions de francs par année sur les dépenses de médicaments. L'absence de facturation de la taxe ou un prix de médicament réduit peut s'expliquer par diverses pratiques commerciales (rabais de quantité, contrats d'exclusivité entre certains grossistes et certaines chaînes de pharmacies...). Or, de l'avis du chef du DSAS, seul un système de rémunération indépendant du prix du médicament permet de libérer le pharmacien de biais économiques dans la remise du médicament le plus adapté (génériques) et va dans le sens du renforcement du rôle du pharmacien dans la supervision de la prescription.

Plusieurs types de cercles de qualité médecins-pharmaciens existent. L'Etat promeut essentiellement les cercles de qualité en lien avec les EMS, et les soutient financièrement (indemnisation des participants). Ces cercles de qualité regroupent les médecins traitants des résidents, les médecins responsables et les infirmier-ère-s des établissements ainsi que les pharmaciens fournisseurs des établissements, en vue de trouver, pour des cas concrets, les solutions les plus efficaces en matière de dispositifs médicaux et de produits thérapeutiques. Ces cercles ont donné des résultats probants. Aussi, l'idée est de les étendre à l'ensemble des EMS du canton et éventuellement aux CMS.

Dans la mesure où les économies réalisées grâce au travail des cercles de qualité soutenus par l'Etat de façon pérenne bénéficient avant tout aux assureurs maladie, le chef du DSAS souhaite que ces derniers participent au financement de ces cercles.

4.6 – Commission d'examen des plaintes et Bureau cantonal de médiation santé-handicap

Comment assurer l'indépendance d'un médiateur nommé et payé par l'entité vis-à-vis de laquelle doit justement s'exercer l'indépendance du médiateur ?

Le chef du DSAS ne nie pas l'entorse au principe de l'indépendance et se dit ouvert à toute amélioration sur ce point.

5 RAPPORT SUR LA MOTION JACQUES-ANDRÉ HAURY ET CONSORTS

Dans la mesure où le projet de révision va dans le sens la motion, l'auteur de la motion se dit satisfait de la réponse du Conseil d'Etat.

5.1 VOTE DE LA COMMISSION

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

6 RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT À L'INTERPELLATION DENIS RUBATTEL

L'augmentation importante du nombre d'installations de nouveaux médecins, constatée suite à la levée du moratoire (cf. réponse à la question 1, page 26 EMPL), ne s'explique-t-elle pas majoritairement par l'effet de file d'attente grossissante des praticiens souhaitant s'établir depuis longtemps déjà sans y être autorisés ?

Le chef du DSAS indique que la clause du besoin n'a jamais été appliquée de façon hermétique. Elle ne concernait pas les médecins de premier recours (généralistes et pédiatres). De plus, sous l'empire de cette clause, la moitié environ des demandes ont été acceptées, ceci grâce à un dialogue entre les requérants et le département pour ajuster au mieux l'offre (type, localisation) à la demande.

La nouvelle clause du besoin, qui s'applique indépendamment de la nationalité du requérant et de sa spécialité (médecine de premier recours ou non), subordonne désormais l'installation des praticiens à leur passage durant au moins 3 ans dans un établissement de soins suisse reconnu, ce qui permet une meilleure intégration des médecins étrangers au système de santé local.

Le chef du DSAS réaffirme son opposition déterminée à toute levée de l'obligation de contracter (cf. réponse à la question 7, page 28 EMPL). Pour lui en effet, cette obligation confère une sécurité

économique aux médecins, sécurité qui, en contrepartie, permet d'exiger de ces derniers des services d'utilité publique comme, par exemple, la garde médicale.

7 RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT À L'INTERPELLATION BERNARD BOREL

La réponse a tardé en raison de la grande incertitude juridique qui règne sur la question. De telles dispositions existent dans le canton du Tessin et de Neuchâtel mais se trouvent vivement contestées. Une décision récente du Tribunal fédéral réalise toutefois une percée en direction d'une possible régulation par les cantons des équipements médicaux lourds sur leur territoire, ouvrant par là le champ d'une meilleure maîtrise des coûts des soins ambulatoires. A ce sujet, le chef du DSAS évoque la pléthore à Lausanne d'installations de radio-oncologie dont l'éclosion peut s'expliquer par une rentabilité inégale.

8 DISCUSSION SUR LES PROJETS DE LOI ET VOTES

8.1 LECTURE DU PROJET DE LOI MODIFIANT LA LSP

Article 4 – Département de la santé et de l'action sociale

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents

Article 13 – Rôle [du Conseil de santé]

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 13g – Rôle [de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence]

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15a – Bureau de la médiation santé-handicap

Alinéa 4 : un amendement consistant à revenir à la formulation antérieure de l'alinéa est déposé. En effet, pour plusieurs commissaires, le nouvel énoncé apparaît moins clair/complet que l'ancien. De plus, rien ne semble véritablement justifier la reformulation, le système en place donnant satisfaction. Jusque-là aucune atteinte aux droits des patients/résident n'a été rapportée, et les mécanismes de médiation autres que le Bureau cantonal de la médiation santé-handicap, ceux de la Société vaudoise de médecine (SVM) par exemple, se montrent efficaces.

L'amendement consistant à revenir à la formulation antérieure de l'alinéa est adopté à l'unanimité des membres présents.

Dans un souci d'exhaustivité, est déposé un deuxième amendement consistant à compléter la formulation adoptée précédemment : « Lorsque la plainte concerne le représentant d'une profession ou d'une institution ou établissement disposant de son propre médiateur, celui-ci traite la plainte par délégation. Le plaignant peut refuser la délégation ».

L'amendement est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15b – Qualité pour agir

Alinéa 1, lettre b : perdre sa qualité de partie signifie, pour le dénonciateur ou le plaignant qui requiert l'anonymat, renoncer à la possibilité d'avoir accès au dossier. La responsable juridique ajoute que l'énoncé a été reformulé pour de seules raisons cosmétiques, sans que le sens de la disposition ne change en aucune manière.

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15c – Procédure

Alinéa 3 : pour la responsable juridique, le délai de 5 ans pour saisir le médiateur apparaît raisonnable, l'état d'esprit de la médiation ne correspondant pas à une logique judiciaire avec des sanctions à la clef. Un délai plus long ne s'avèrerait pas utile. Au-delà de 5 ans, la médiation relève alors d'une plainte. C'est pourquoi la dernière phrase de l'alinéa d'origine a été supprimée.

Alinéa 5 : lorsque la Commission des plaintes n'est pas en mesure de rendre sa décision ou son préavis dans les six mois, ne conviendrait-il pas de prévoir un rapport intermédiaire ? Pour le chef du DSAS, il va de soi que, en cas de retard, la commission en informe les parties, sans besoin d'un document formel dont la rédaction prendrait du temps et imposerait une charge de travail supplémentaire.

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15d – Commission d'examen des plaintes, missions

Alinéa 4, lettre b : sans s'opposer sur le fond, un commissaire demande une rédaction plus précise de la disposition, en conformité avec l'article 321 du Code pénal (violation du secret professionnel). En effet, cet article 321 CP énumère intégralement les métiers soumis au secret professionnel, ce qui exige de détailler exhaustivement les métiers pour lesquels le secret professionnel est, cas échéant, levé. De plus l'article 321 CP ne fait pas mention des établissements et institutions sanitaires. Aussi, ce commissaire suggère la formulation suivante : « elle (la Commission) peut demander aux professionnels de la santé ~~et aux établissements et institutions sanitaires~~ toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche, et Elle peut accéder au dossier faisant l'objet de la plainte, sans que les médecins et les auxiliaires de santé puissent lui opposer le secret professionnel ne lui soit opposable ; si le patient ou le résident n'est pas plaignant et qu'il est capable de discernement, son accord doit être sollicité au préalable ».

Pourtant, argumente un commissaire, ce secret médical appartient au patient/résident et ne peut être levé que si ce patient/résident libère les professionnels du secret médical. Ainsi, aucune automaticité de libération de ce secret, même en cas de dépôt d'une plainte, ne doit être envisagée. C'est au plaignant de décider s'il permet que la commission accède au dossier ou le lui refuser au risque que la commission se trouve dans l'impossibilité d'instruire.

La libération du secret médical permet au professionnel de mieux s'expliquer. Et si le patient/résident est décédé ? Actuellement, il est nécessaire de s'adresser au Conseil de santé. Une automaticité faciliterait donc cet accès au dossier. Ainsi, le chef du DSAS se dit favorable à l'inscription dans la loi du principe de la levée du secret professionnel.

Un commissaire fait remarquer que le traitement du secret de fonction devrait être distingué de celui du secret professionnel. Si le secret de fonction peut s'accommoder d'une levée automatique, il en va autrement du secret professionnel qui appartient au patient/résident même mort. Le secret médical lié à la personne du patient/résident doit être différencié du secret de fonction qui concerne les conditions de vie du patient/résident au sein d'un établissement.

La responsable juridique indique que, par rapport à l'article 321 CP, la LSP vaudoise étend le secret professionnel : l'article 74 LSP charge le Conseil d'Etat d'énumérer les professions de la santé soumises à la loi, et l'article 80 LSP astreint au secret professionnel les personnes qui pratiquent une profession de la santé ainsi que leurs auxiliaires. En conséquence, la formulation large de l'alinéa 4, lettre b, de l'article 15d proposé est tout à fait précise.

La modification proposée avait pour but de permettre un accès rapide au dossier en cas de plainte et surtout si le patient/résident n'avait plus son discernement. La juriste peut concevoir que cette levée automatique peut prêter à discussion, surtout que la révision du Code civil en vigueur depuis 2013 octroie aux proches d'une personne incapable de discernement un pouvoir automatique de représentation.

Compte tenu des explications données, qui satisfont la commission, l'amendement consistant à revenir à la formulation actuelle tout en ajoutant le terme « institutions » est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15e – Composition

Alinéa 1 : le passage de 26 à 17 membres va impliquer de faire des choix. Si l'article ne mentionne plus explicitement un membre choisi en dehors des milieux de la santé, la composition de la

commission unifiée présente toutefois des membres qui peuvent être considérés comme hors du monde de la santé : éducateurs, infirmiers, éthiciens...

Au final et pour accroître l'efficacité de la commission, le chef du DSAS suggère de passer à 16 membres, avec un seul infirmier (lettre f), un seul éducateur (lettre g), un représentant du domaine social (lettre h) et un représentant du domaine éthique (lettre i). Un commissaire transforme la suggestion du chef de département en amendement.

L'amendement consistant à passer à 16 membres, avec un infirmier, un éducateur, un représentant du domaine social et un représentant du domaine éthique, est adopté par 9 voix pour, 0 voix contre et 5 abstentions.

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15f – Désignation

Alinéa 2 : considérant qu'il est trop long de siéger 15 ans à la Commission des plaintes, un amendement est déposé consistant à ne permettre qu'un seul renouvellement du mandat. Le chef du DSAS indique que peu de membres s'accrochent à leur place au-delà de 10 ans. L'amendement ne fait pas l'unanimité, pour la raison que moins une fonction de milice dure plus le pouvoir revient à l'administration.

L'amendement consistant à ne permettre qu'une seule fois le renouvellement du mandat de membre de la Commission des plaintes est refusé par 2 voix pour, 5 voix contre et 8 abstentions.

Par souci de la qualité du travail, un amendement est déposé consistant en l'ajout : « [...] Ils [les membres de la commission] suivent une formation continue adaptée à leur charge ». Si l'idée semble intéressante, le chef du DSAS souligne que cette exigence risque de décourager des gens qui connaissent déjà les domaines touchés par la commission.

L'ajout est adopté à l'unanimité.

L'article amendé est adopté à l'unanimité.

Article 15g – Organisation

Alinéa 1 : par cohérence avec l'alinéa 3, cet alinéa doit être corrigé : « *La Commission d'examen des plaintes peut constituer des sous-commissions d'au minimum ~~cinq~~ trois membres, représentatifs du domaine concerné. Elle définit leurs tâches et nomme leur président sous réserve des ~~l'~~alinéas 3 et 3ter* ».

Alinéa 2 : la possibilité de recourir à des experts est maintenue, pour les cas où se poserait une question spécifique particulièrement pointue. Même si, jusque là, jamais il n'a été fait usage de cette possibilité.

Alinéa 3 : par analogie avec le Conseil de santé, il est proposé qu'une délégation de 3 membres puisse rendre des préavis. Suite à la demande de la commission, le SSP fait la proposition suivante : [...]. Lorsqu'une sous-commission a été désignée, celle-ci ne peut prendre des décisions ou rendre des préavis que dans une composition d'au moins 5 membres doit être composée d'au moins 3 membres pour émettre des préavis et d'au moins 5 membres pour rendre des décisions ».

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 15h – Financement

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 18a – Secret

Alinéa 1 : la règle du respect du secret de fonction doit être clairement énoncée et les personnes concernées doivent savoir que la violation de cette règle entraîne des sanctions, même s'il paraît difficile d'imaginer un dispositif de contrôle du respect du secret de fonction, par exemple concernant la communication à des tiers ou la conservation de documents sensibles. En ce sens, un rappel de ce principe important peut s'avérer utile.

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 23e – Procédure en cas de contestation

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 75 – Autorisation de pratiquer à titre indépendant

Le chef du DSAS rappelle que les modifications proposées ici ont été élaborées dans le but de freiner, de manière souple et non contraignante, l'afflux de demandes d'établissement de nouveaux cabinets, suite à l'abrogation de la clause du besoin fédérale. Malgré la réintroduction de cette clause du besoin, les propositions présentées ici conservent leur valeur pour le cas où la clause, rétablie temporairement, ferait à nouveau défaut.

Alinéa 2 bis : les recommandations émises en lien avec l'autorisation de pratiquer peuvent être de nature diverses : indications sur la localisation appropriée du cabinet (adéquation de l'offre à la demande), conseils d'intégration à la culture sanitaire locale, informations sur le système de garde, etc. Plus qu'un échange formel, ces recommandations concrétisent une prise de contact des pairs avec le nouveau venu. La responsable stratégique précise bien qu'il ne s'agit là que de recommandations, le Canton devant appliquer le droit fédéral en matière d'autorisation de pratiquer à titre indépendant.

Alinéa 3 : vu que le travail de la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO), chargée du contrôle de l'équivalence des diplômes médicaux, peut parfois laisser songeur, la responsable stratégique suggère de passer par le Groupement romand des chefs de service de la santé publique (GRSP) afin de recenser les éventuels problèmes rencontrés et, cas échéant, de faire remonter le dossier à la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS). Le chef du DSAS souscrit à une telle démarche.

Concernant les dentistes autorisés par le passé à pratiquer, généralement sous supervision, sans tous les titres nécessaires, un durcissement du cadre fédéral demande désormais qu'ils complètent leur cursus. Sur une trentaine de cas, seuls 5 recours ont été déposés contre les décisions prises (maintien de l'autorisation contre présentation d'un plan de formation). La possibilité d'aboutir à un arrangement avec ces personnes est en cours. Le chef du SSP rappelle toutefois la volonté du Canton de ne plus consentir à des exceptions et de faire correspondre tous les titres aux mêmes autorisations.

Alinéa 7 : il est à préciser que l'autorité compétente n'est plus le DSAS mais le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) qui a mis en place au niveau fédéral une procédure de contrôle des diplômes et validation des demandes. Le département reste cependant compétent en matière de reconnaissance des autorisations de pratiquer accordées par les autres cantons.

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 75a – Autorisation de pratiquer pour les titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par une Etat tiers

Inquiétudes au sujet de cet article : cette disposition ne risque-t-elle pas de participer à l'accroissement, dans le canton, du nombre de praticiens maîtrisant mal le français et/ou le système sanitaire local ? Les représentants du DSAS expliquent la nécessité de régler un nombre limité de cas très concrets, comme des praticiens bien formés, expérimentés et parfois déjà bien intégrés mais qui ne peuvent pas s'établir pour des raisons administratives (absence de reconnaissance par la Suisse des diplômes du pays d'origine). Il s'agit aussi de répondre à la pénurie qui sévit dans certaines régions du canton, sans pour autant avoir une politique de recrutement agressive à l'étranger.

Alinéa 1 : afin de pouvoir tenir compte d'éléments autres que géographiques, un commissaire a proposé d'utiliser le terme « circonstances » plutôt que « communes ». Après examen, le SSP suggère de reprendre de le terme « régions » auquel recourt la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd), étant entendu que, dans une région, l'insuffisance de l'offre peut être constatée aussi bien au niveaux des cabinets que des hôpitaux.

Dans un esprit de simplification et pour pallier à toutes éventualités, l'amendement suivant est finalement mis au vote : « ~~Dans des communes où~~ Lorsque l'offre de soins médicaux est insuffisante

selon les critères fixés par le département, ce dernier peut [...] ». Cet amendement est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 76 – Pratique à titre dépendant

Interrogation au sujet de la notion de surveillance directe de l'alinéa 1 et explication juridique : le médecin superviseur doit être dans les mêmes locaux que le médecin supervisé. Même si cela ne doit pas être une présence physique en tous temps. Le supervisé doit cependant pouvoir se référer en toutes circonstances au premier. Pour un commissaire, sans surveillance directe effective, les actes du médecin supervisé ne devraient pas être facturés à un plein tarif TARMED.

Compte tenu des explications fournies par le SSP, et qui satisfont la commission, la proposition de rédaction suivante est seule mise au vote et adoptée à l'unanimité des membres présents :

- *alinéa 3 : « L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé [...] cantonal. S'il s'agit d'un chiropraticien, titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il doit exercer sous la supervision d'un chiropraticien autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud. Toutefois, cet exercice est soumis à autorisation lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent alors par analogie » ;*
- *alinéa 4 : « ~~Toutefois, cet~~ L'exercice à titre dépendant d'une profession de la santé au sens de l'alinéa 3 est soumis à autorisation lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent alors par analogie » ;*
- *l'alinéa 4 devient l'alinéa 5 ;*
- *l'alinéa 5 devient l'alinéa 6.*

A noter que la phrase relative aux chiropraticiens (alinéa 3) n'est qu'une reprise de la LSP actuelle (cf. article 76 actuel, alinéa 1). Insérée désormais à l'alinéa 3 du fait que les 2 premiers alinéas de l'article 76 révisé portent sur la profession de médecin uniquement. La précision concernant les chiropraticiens ne modifie en rien les dispositions en vigueur à ce jour : parmi les professions médicales au sens de la LPMéd, les chiropraticiens sont les seuls, avec les médecins, à devoir être titulaires d'un titre postgrade pour être autorisés à pratiquer de façon autonome.

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 76a – Limitation de la pratique à titre dépendant

Un amendement est déposé consistant à supprimer l'avant-dernière phrase de l'alinéa 1, argumentant qu'il n'y a pas lieu de privilégier les établissements hospitaliers. De plus, la première phrase autorise le département à réguler de la manière dont il le souhaite, sans besoin d'inscrire dans la loi ce qui peut figurer dans un règlement d'application.

Evidemment, le chef du DSAS plaide pour le maintien de cette avant-dernière phrase. Elle résulte d'une intense négociation avec la SVM, attachée à lutter contre tout contournement de la clause du besoin fédérale au moyen de l'application d'une clause cantonale portant sur les médecins dépendants, et avec la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), désireuse que ses établissements membres puissent engager sans bureaucratie (demandes répétées d'exception à la clause du besoin cantonale) des médecins hospitaliers dont ils manquent. Aussi, cette phrase constitue une solution de compromis et une base juridique permettant d'éviter par la suite toute accusation possible d'inégalité de traitement en faveur des hôpitaux reconnus d'intérêt public. Par contre, la dernière phrase de l'alinéa, quelque peu redondante avec la première, peut éventuellement être supprimée.

L'amendement consistant à supprimer l'avant-dernière phrase de l'alinéa 1 est adopté par 9 voix pour, 5 voix contre et 1 abstention.

Un commissaire se demande si la commission est consciente que son vote endosse le risque que, à la moindre contestation d'une clinique privée, la limitation du nombre de médecins dépendants ne puisse

pas être appliquée du tout ou alors qu'une telle limitation soit appliquée à l'ensemble des établissements hospitaliers du canton.

Afin d'éliminer toute redondance superflue, l'amendement consistant à supprimer la dernière phrase de l'alinéa 1 est déposé et adopté par 10 voix pour, 2 voix contre et 3 abstentions.

Lors de la semaine suivante, une proposition d'amendement est présentée : « Sur préavis de l'association professionnelle cantonale [...] au sens de l'art. 76, al. 1. Pour des motifs de santé publique, les établissements hospitaliers admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et exerçant dans le cadre de missions médicales et de mandats reconnus par le droit cantonal peuvent être exemptés d'une telle mesure ».

Cette proposition est proche du texte du Conseil d'Etat et le chef du DSAS rappelle qu'une exemption à la clause du besoin cantonale se justifie pour les établissements hospitaliers formateurs en particulier, et qui se trouvent généralement être les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Le chef du DSAS concède néanmoins que les hôpitaux reconnus d'intérêt public ne devraient pas être exemptés de la clause du besoin cantonale dans les cas où ceux-ci recrutent des médecins formés amenés à exercer prioritairement dans le secteur ambulatoire. Il n'en reste pas moins que l'Etat doit pouvoir consentir à des exceptions à la clause du besoin cantonale, lorsque qu'il est question d'établissements formateurs ou de médecins destinés à exercer essentiellement dans le secteur stationnaire.

Un commissaire insiste sur la nécessité d'une disposition dans la loi, qui permettrait d'éviter toute accusation d'arbitraire conduisant à une clause du besoin inapplicable. Le chef du DSAS suggère alors une nouvelle formulation : « Sur préavis de l'association professionnelle cantonale [...] au sens de l'art. 76, al. 1. Il [le département] peut prévoir des exceptions liées notamment à l'engagement de médecins en formation ou dont l'activité se déploie essentiellement dans le domaine hospitalier stationnaire lié à un mandat LAMa ». Cet énoncé présente l'avantage de faire dépendre les exemptions du type de mission (formation, stationnaire versus ambulatoire) plutôt que de la nature des établissements (hôpital reconnu d'intérêt public ou cliniques privées). Le règlement actuellement en vigueur en la matière applique ce principe.

En conséquence, sans se montrer opposée à la formulation avancée par le chef du DSAS, la commission décide d'en rester là et de ne pas mettre au vote les propositions émises qui, cas échéant, pourront faire l'objet d'amendements lors des discussions en plénum.

L'article amendé (consistant à supprimer les deux dernières phrases de l'alinéa 1) est adopté par 13 voix pour, 0 voix contre et 1 abstention.

Article 78a (nouveau) – Formation continue

Alinéa 2 : l'inscription dans la loi de cette mesure particulièrement utile pour les professionnels qui ne viennent pas du canton, est saluée. La responsable stratégique précise qu'un cours de sensibilisation au système de santé vaudois (réseaux de soins, droits des patients, placements à des fins d'assistance, gestion des maladies transmissibles, etc.) a déjà été mis en place, ceci sur une base non obligatoire.

L'article est adopté à l'unanimité.

Article 91a – Devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence

L'obligation de participer à la garde médicale est prévue par la LPMéd. Dans le canton de Vaud, l'organisation du système de la garde a été attribuée à la Société vaudoise de médecine (SVM). Celle-ci a introduit un système de taxe d'exemption que les médecins qui ne participent pas à la garde pour différents motifs doivent payer afin de dédommager ceux qui effectuent la garde. Pour des raisons de sécurité juridique, le prélèvement d'une telle taxe nécessite une base légale, d'où, entre autres, la révision de l'article 91a.

Une commissaire propose de remodeler totalement cet article, l'estimant trop détaillé et jugeant que des éléments devraient figurer dans un règlement, comme par exemple le montant de la taxe de compensation.

Mais, le chef du DSAS précise que la SVM non seulement est en accord avec le texte proposé par le Conseil d'Etat mais est demandeuse de dispositions détaillées au niveau de la loi. La SVM ne souhaite

en effet pas que, en cas de litige, l'argument de la faiblesse de la densité normative au fondement de son action joue contre elle. Aussi, le chef du DSAS recommande à la commission de se concentrer sur les éventuels points de désaccord fondamentaux, le style du texte ou la pertinence du niveau retenu (loi ou règlement d'application) relevant alors d'un débat plus secondaire.

Au vu de ces explications, la commissaire concernée renonce à déposer un amendement.

Alinéa 1 : cet alinéa est salué ; il réaffirme le principe de l'obligation de la garde pour tous les membres des professions médicales.

L'alinéa est adopté à l'unanimité des membres présents.

Alinéa 2 : dans le but de définir de façon exhaustive qui sont les médecins de premier recours, en particulier tels que compris par l'Office fédéral de la Santé publique, et pour permettre entre autres une garde psychiatrique adaptée aux besoins croissants d'une population psychiatrique ambulatoire en forte augmentation, un commissaire dépose l'amendement suivant : « Pour les médecins, le dispositif de garde est constitué par la garde ~~de premier recours et la garde de spécialité~~ et la garde de premier recours qui comprend :

- les médecins spécialistes en médecine interne générale ;
- les médecins praticiens ;
- les médecins spécialistes en pédiatrie ;
- les médecins gynécologues dans leur spécialité ;
- les médecins psychiatres dans leur spécialité.

Il peut être étendu à la garde médicale des hôpitaux et cliniques [...] ci-après ».

Le commissaire à l'origine de l'amendement explique que la loi actuelle permet déjà l'organisation d'une garde spécialisée, incluant les psychiatres, mais que la SVM a eu les plus grandes difficultés à agir dans ce sens compte tenu des blocages. Il est ainsi nécessaire d'élaborer un texte de loi clair et précis, afin de faire enfin changer les choses.

Le médecin cantonal précise que la logique veut que toutes les spécialités médicales soient représentées dans le système de la garde, idem pour les spécialiste en médecine interne avec sous-spécialisation comme gastro-entérologue, neurologue...et bien sur ophtalmologue. Jusqu'à ce jour, le dispositif a consisté en une garde générale relevant de la médecine de premier recours (qui englobe désormais les pédiatres, les gynécologues et les psychiatres), l'appel aux urgences hospitalières couvrant si nécessaire les besoins non satisfaits de première ligne. Aussi, la mention dans la loi de la garde spécialisée vise, en situation de pénurie de médecins dans certaines spécialités, l'organisation d'un système de garde mieux structuré dans toutes les spécialités médicales qui nécessitent, après évaluation de la SVM, un dispositif de veille pour toute la population. Le chef du DSAS ajoute qu'il entendait résoudre la question de la garde des psychiatres avec le règlement d'application élaboré avec la SVM. Il ne voit cependant pas d'inconvénient à ce que le Grand Conseil examine le problème dès maintenant.

L'amendement est adopté à l'unanimité des membres présents.

Alinéa 3 : afin de nuancer la disposition sans la dénaturer, l'amendement suivant est déposé : « Sur demande motivée, un membre d'une profession médicale peut être dispensé temporairement ou de manière permanente de son obligation de participer au dispositif de garde ~~s'il est empêché de l'accomplir pour des motifs liés notamment à son âge ou à une atteinte à sa santé limitant sa capacité de travail.~~ L'âge, le nombre de gardes effectuées et une atteinte à la santé limitant la capacité de travail constituent notamment des motifs légitimes de dispense. ~~Les personnes au bénéfice d'une dispense sont tenues de verser~~ Suivant le motif de dispense, une taxe de compensation forfaitaire dont le montant n'excède pas 20'000 francs par an est exigible. ~~Elle ne sera pas prélevée en cas d'atteinte avérée à la santé limitant la capacité de travail et attestée par deux médecins indépendants.~~ La situation est réexaminée si le motif de dispense devient caduc ».

Le chef du DSAS considère que l'amendement n'est guère éloigné du texte proposé et juge intéressante la modulation de la taxe en fonction du motif de dispense. Le terme « notamment » permet de tenir compte du cas des personnes qui travaillent à temps partiel et qu'il ne serait dès lors pas équitable d'astreindre à 100% au dispositif de garde.

L'amendement est adopté à l'unanimité des membres présents.

Alinéa 4 : l'alinéa 3 modifié reprend le contenu de l'alinéa 4, impliquant logiquement l'abrogation de ce dernier.

La suppression de l'alinéa est adoptée à l'unanimité des membres présents.

Alinéa 5 (devenu alinéa 4) : en vertu de l'alinéa 1, l'association professionnelle, la SVM en l'occurrence, est aussi habilitée à astreindre à la garde les médecins qui ne seraient pas membres de la SVM.

L'alinéa est adopté à l'unanimité des membres présents.

Alinéa 6 (devenu alinéa 5) : *l'alinéa est adopté à l'unanimité des membres présents.*

Alinéa 7 (devenu alinéa 6) : une dénonciation au département conduit à l'ouverture d'une enquête par le médecin cantonal qui, avant tout, essaie de comprendre la situation et trouver une solution. En cas de désaccord, le dossier est transmis au Conseil de santé qui peut, cas échéant, prononcer une sanction.

L'alinéa est adopté à l'unanimité des membres présents.

Alinéa 8 (devenu alinéa 7) : *l'alinéa est adopté à l'unanimité des membres présents.*

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 91b – Garde médicale des hôpitaux et cliniques

En cas d'acceptation de l'article 91a amendé, l'article 91b, alinéa 3, subit une modification technique et devient : « Pour le surplus, les dispositions de l'article 91a, alinéas 3, 5 et 6 s'appliquent ».

L'article avec cette modification technique n'a pas été voté par la commission.

Article 97 – Institution de soins ambulatoires

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 105 – Institutions de soins dentaires ambulatoires

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 111 – b) Incompatibilité et collaboration

Le commissaire qui plaidait déjà en faveur de l'ouverture de la loi à une propharmacie restrictive (voir point 4.5 supra) met encore en avant :

- les expériences positives réalisées dans les cantons qui connaissent une propharmacie de type restrictif (remise par le médecin de médicaments uniquement de façon ponctuelle et en petites quantités) ;
- le nombre élevé de pharmacies que compte le canton de Vaud par rapport aux autres cantons ; le faible taux d'affiliation des pharmacies vaudoises à l'association professionnelle faîtière (pharmaSuisse – Société suisse des pharmaciens) ;
- l'aubaine que constitue pour les personnes à mobilité réduite la possibilité d'obtenir leurs médicaments chez leur médecin ;
- l'avantage de se fournir chez son médecin alors que les médicaments demandés ne se trouvent pas forcément en stock en pharmacie ;
- l'intérêt que représente la remise par le médecin de quantités de médicament plus petites, adaptées au traitement ;

- les économies réalisées sur le prix des médicaments (CHF 22.- la boîte d'Aspirine Cardio achetée chez le pharmacien contre CHF 16,15 chez le médecin) ;
- l'acceptation par les pharmaciens eux-mêmes de formes restrictives de la propharmacie.

Plusieurs commissaires ne sont pas d'accord avec cette argumentation et s'en défendent de la façon suivante :

- dans le canton, il est déjà possible pour les médecins de délivrer des médicaments en urgence ou lors du début du traitement au cabinet ;
- l'accessibilité accrue aux produits thérapeutiques et conseils grâce à un nombre élevé d'officines. Le grand nombre de pharmacies dans le canton s'explique d'ailleurs par la disparition de toute clause du besoin et par la présence de plus en plus marquée de chaînes commerciales en vive concurrence ;
- les médicaments peuvent se commander par téléphone ou en ligne et les pharmacies ont généralement un service de livraison domicile ;
- le rôle de contrôleur du pharmacien, qui vérifie la compatibilité d'un médicament avec d'autres souvent prescrits par des médecins différents, est essentiel ;
- la rétribution des prestations du pharmacien par la taxe garantit la sécurité des traitements.

Le premier commissaire maintient sa position, en avançant que :

- en vertu de leurs compétences, les médecins sont en mesure de réaliser un travail comparable à celui des pharmaciens ;
- les médecins qui délivrent des médicaments, poussés à suivre les formations continues, disposent d'une connaissance des médicaments meilleure que les autres médecins ;
- selon des tests réalisés par les associations de consommateurs, les pharmaciens ne mentionnent pas toujours les incompatibilités entre médicaments remis ;
- toutes les pharmacies, surtout les grandes chaînes, n'offrent pas un service de livraison à domicile.

Opposé également à la propharmacie en raison du conflit d'intérêts (qui prescrit ne vend pas), le chef du DSAS dit constater néanmoins que l'interdiction de cette pratique n'engendre pas de baisse des coûts liés à la vente de médicaments. Aussi, le chef du DSAS juge le texte proposé souple et équilibré. Il permet une certaine ouverture (élargissement des compétences des médecins à certaines compétences des pharmaciens et inversement) tout en limitant la brèche pratiquée (maintien du principe de l'interdiction de la propharmacie ; usage localisé de compétences nouvelles éventuellement octroyées ; droit de veto des organisations professionnelles cantonales de médecins et de pharmaciens). Pour le chef du DSAS, il convient de permettre l'expérimentation et de juger de son efficacité.

Alinéa 3 : suite à un courrier de la Société vaudoise de pharmacie, l'amendement suivant est déposé : « Avec l'accord conjoint des associations professionnelles cantonales de médecins et de pharmaciens, et celui des médecins et pharmaciens de la région concernée, le département peut autoriser les médecins et les pharmaciens d'une même région à exercer des compétences supplémentaires dans les limites du droit fédéral ».

Le chef du DSAS s'oppose à cet amendement. La notion de région et les modalités de prise de décision des régions s'avèrent difficiles à définir et est sujettes à controverse. De plus, il juge excessif d'accorder un droit de veto aux professionnels d'une région, alors qu'un accord de l'association faitière a été obtenu. Par ailleurs, rien n'empêche la Société vaudoise de pharmacie (SVP) ou la SVM de structurer à l'interne leur processus décisionnel en vue de tenir compte de l'avis des pharmaciens ou médecins des différentes régions.

L'amendement est refusé par 4 voix pour, 7 voix contre et 3 abstentions.

L'alinéa 3 est adopté par 8 voix pour, 4 voix contre et 2 abstentions.

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents

Article 147 – Conditions

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 183a – Service de garde

L'abrogation de l'article est adoptée à l'unanimité des membres présents.

Article 191 – Sanctions administratives

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 199a – Dispositions transitoires

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

8.2 ENTRÉE EN MATIÈRE SUR LE PROJET DE LOI

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur le projet de loi modifiant la LSP, à l'unanimité des membres présents.

8.3 LECTURE DU PROJET DE LOI MODIFIANT LA LAIH

Article 6j – Bureau cantonal de la médiation santé-handicap (Bureau de la médiation)

L'article est adopté à l'unanimité des membres présents.

Article 6k – La Commission d'examen des plaintes

Alinéa 1, lettre d : par cohérence avec l'article 15d LSP modifié (alinéa 4, lettre b), l'amendement technique suivant est déposé : « demander aux professionnels des établissements socio-éducatifs concernés toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche ~~et accéder au dossier de la personne concernée par la plainte, sans que le secret de fonction ne lui soit opposable ; si la personne concernée n'est pas plaignante, et qu'elle est capable de discernement, son accord doit être sollicité au préalable~~ ».

L'amendement est adopté à l'unanimité des membres présents.

L'article amendé est adopté à l'unanimité des membres présents.

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

8.4 ENTRÉE EN MATIÈRE SUR LE PROJET DE LOI

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur le projet de loi modifiant la LAIH, à l'unanimité des membres présents.

Le Mont-sur-Lausanne, le 28 avril 2014.

*La présidente :
(Signé) Catherine Roulet*