

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJETS DE LOIS modifiant

- **la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique et**
 - **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

REPOSE DU CONSEIL D'ETAT aux interpellations

- **Denis Rubattel "réintroduction du moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux : une tuile pour notre canton !" (12_INT_049)**
- **Bernard Borel "Comment se fait la planification des équipements lourds utilisés en médecine dans le canton de Vaud ?" (05_INT_285)**

1 BUT DU PROJET

La présente révision de la loi sur la santé publique et de la loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées vise essentiellement deux objectifs :

- d'une part, proposer certaines modifications sur la réglementation des professions médicales (essentiellement celle de médecin), pour répondre aux difficultés actuelles ;
- d'autre part, proposer une modification de la structure et de l'organisation du Bureau cantonal de la médiation santé-handicap et des Commissions d'examen des plaintes.

Le Conseil d'Etat donne suite à la motion Jacques-André Haury et consorts demandant qu'une autorisation de pratiquer soit requise pour les médecins pratiquant à titre dépendant et répond aux interpellations Denis Rubattel "réintroduction du moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux : une tuile pour notre canton" et Bernard Borel : "Comment se fait la planification des équipements lourds utilisés en médecine dans le canton de Vaud".

2 RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS MÉDICALES

2.1 Contexte général

La réglementation des professions de la santé, en particulier celle des professions médicales universitaires, a beaucoup évolué ces dernières années. Alors qu'auparavant il s'agissait d'un domaine de compétence presque exclusivement cantonale, la Confédération a adopté plusieurs textes destinés à garantir la libre circulation des professionnels concernés sur le territoire suisse (art. 95 Cst.) qui ont une influence considérable sur l'installation et la surveillance des personnes exerçant une profession médicale universitaire dans le canton.

Entrée en vigueur le 1er septembre 2007, la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd, RS 811.11) régit partiellement la formation et l'exercice des professions médicales universitaires sur le territoire suisse. Ainsi, le droit fédéral subordonne notamment l'exercice indépendant des professions médicales universitaires à l'octroi d'une autorisation délivrée par une autorité cantonale mais dont les conditions d'obtention sont fixées exhaustivement par la Confédération (art.36 LPMéd). Le requérant doit notamment être titulaire d'un diplôme et, pour l'autorisation d'exercer la profession de médecin et celle de chiropraticien à titre indépendant, d'un titre postgrade fédéral ou d'un diplôme et d'un titre reconnu comme équivalent. Les titulaires d'un diplôme étranger dont l'équivalence avec un diplôme fédéral est établie dans un traité sur la reconnaissance réciproque des diplômes conclu avec l'Etat concerné (art. 15 LPMéd) ont droit à la reconnaissance de leur diplôme qui est de la compétence de la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO). Actuellement, la Suisse n'a conclu un tel traité qu'avec les 27 Etats membres de l'Union européenne (UE) – Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681) – et avec les Etats membres de l'Association économique de libre échange (AELE), soit la Norvège, l'Islande et la Principauté du Liechtenstein. En pratique, les ressortissants d'un Etat tiers (hors UE/AELE) dont les diplômes sont reconnus comme équivalents par un Etat avec lequel la Suisse a conclu un traité de reconnaissance des diplômes peuvent également bénéficier d'une reconnaissance de leurs diplômes (reconnaissance de la reconnaissance ou reconnaissance indirecte) à certaines conditions liées notamment au nombre d'années d'exercice dans un Etat de l'UE/AELE ou en Suisse.

La LPMéd énumère également les devoirs professionnels auxquels sont soumis les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant (art. 40 LPMéd). En revanche, la réglementation et la surveillance de l'exercice des professions médicales à titre dépendant reste de la compétence exclusive des cantons, la Confédération n'ayant pas fait usage de sa compétence en la matière. Les cantons demeurent en l'état compétents pour réglementer l'exercice des autres professions de la santé, sous réserve des professions de la psychologie qui font désormais également l'objet d'une réglementation fédérale (loi sur les professions de la psychologie, LPsy).

Dans l'exercice de leurs compétences, les cantons doivent respecter les principes du marché intérieur. Selon la loi fédérale sur le marché intérieur (LMI, RS 943.02), toute personne exerçant une activité lucrative légale est en principe autorisée à s'établir partout en Suisse dès lors qu'elle a obtenu une autorisation au lieu du premier établissement. Compte tenu de l'intérêt public prépondérant que constitue la protection de la santé publique, les cantons peuvent toutefois soumettre à certaines conditions l'autorisation de pratiquer les professions de la santé à des restrictions (art. 3 LMI) sur lesquelles l'autorité doit statuer à l'issue d'une procédure simple, rapide et gratuite.

Le Grand Conseil a adopté le 17 mars 2009 une révision importante de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP, RSV 800.01) qui avait notamment pour objectif d'adapter le droit cantonal à ce nouveau contexte juridique. La législation cantonale soumet à autorisation l'exercice d'une profession

médicale à titre dépendant lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante (art. 76, al. 3 LSP). En revanche, l'exercice d'une profession médicale à titre dépendant n'est dans les autres cas plus soumis à autorisation, le contrôle étant de la responsabilité des employeurs (art. 86 LSP).

Le 3 juillet 2013, le Conseil fédéral a adopté un projet de révision de la LPMéd qu'il a transmis aux Chambres fédérales (FF 2013 5583 et 5611). Ce projet a notamment pour objectif d'améliorer la médecine de premier recours et d'introduire la médecine complémentaire dans la formation des médecins. Le projet du Conseil fédéral prévoit d'étendre la réglementation fédérale aux personnes exerçant leur activité à titre dépendant au sens de la législation fiscale ou de celle des assurances sociales mais sous leur propre responsabilité professionnelle, c'est-à-dire sans être soumis à la surveillance professionnelle d'un de leurs confrères. Actuellement, il appartient au droit cantonal de fixer les conditions d'autorisation de ces personnes (cf. art. 76, al. 3 LSP). Si les Chambres fédérales adoptent ce projet, le droit cantonal devra être adapté à cette extension du champ d'application de la LPMéd. La révision proposée par le Conseil fédéral a également pour objectif d'adapter la législation à l'évolution de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne ainsi qu'à la directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, notamment s'agissant des connaissances linguistiques.

En vertu de l'ALCP et en particulier de son annexe III, les citoyens de l'UE/AELE qui ne sont pas domiciliés en Suisse ont en principe le droit de fournir des prestations en Suisse pendant une période maximale de 90 jours par an sans être au bénéfice d'une autorisation. S'ils entendent exercer une profession réglementée, comme une profession médicale, ils sont toutefois soumis à une obligation de déclaration préalable (art. 35 LPMéd). Le 14 décembre 2012, le Parlement a adopté une loi fédérale sur l'obligation de déclaration et sur la vérification des qualifications professionnelles des prestataires de services dans le cadre de professions réglementées (LPPS, RS 914.01) qui est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2013 (RO 2013 2417). Cette nouvelle législation harmonise la déclaration préalable pour l'ensemble des professions réglementées.

D'autres réglementations des professions de la santé ont été modifiées. Adoptée le 18 mars 2011 par les Chambres fédérales (FF 2011 2529), la loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy) est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2012. A l'instar de ce qui prévaut pour les professions médicales universitaires, cette législation régleme de manière uniforme ce qui concerne la formation et l'exercice au titre d'une activité économique privée sous sa propre responsabilité professionnelle des professions de la psychologie. Les cantons seront compétents pour exécuter la législation fédérale, notamment pour délivrer les autorisations, et pour réglementer l'exercice de ces professions pour le surplus.

Après quelques années de pratique, un certain nombre d'adaptations supplémentaires de la législation cantonale apparaissent nécessaires dans le domaine de la réglementation des professions médicales, en particulier de celle de médecin. Tel est en particulier le cas en ce qui concerne l'obligation professionnelle de participer aux services d'urgence (art. 40, let. g LPMéd) dont les contours doivent être définis plus précisément par la législation cantonale. Ce projet est également l'occasion de compléter la réglementation de l'organisation des services d'urgences assurés par les établissements sanitaires ainsi que pour préciser les conditions auxquelles plusieurs médecins peuvent exercer leur activité au sein d'une même structure. En revanche, le Conseil d'Etat proposera ultérieurement au Grand Conseil les modifications législatives concernant les autres professions de la santé, notamment liées à la LPsy. La législation cantonale devra en outre être adaptée ultérieurement à la révision de la LPMéd dont débat actuellement le Parlement fédéral.

2.2 Caducité et réintroduction temporaire de la clause du besoin (art. 55a LAMal)

En se fondant sur sa compétence pour légiférer sur l'assurance-maladie (art. 117 Cst), la Confédération a adopté le 24 mars 2000 une mesure permettant au Conseil fédéral de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire de soins (art. 55a LaMal, RO 2002 2305). Initialement adoptée pour une durée de trois ans, cette clause du besoin a été prolongée ensuite d'échecs successifs de révisions de la LAMal jusqu'au 31 décembre 2009 (RO 2008 2917). Le 12 juin 2009, le Parlement fédéral a adopté une nouvelle prolongation de la clause du besoin jusqu'au 31 décembre 2011 en excluant de son champ d'application notamment les médecins généralistes et les pédiatres (RO 2009 5265). La date du 1er janvier 2012 à partir de laquelle la clause du besoin est devenue caduque devait en principe coïncider avec l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal du 30 septembre 2011 (réseaux de soins). Mais, ce texte, qui a fait l'objet d'un référendum, a finalement été refusé par une nette majorité des citoyens lors de la votation populaire du 17 juin 2012.

En pratique, au vu de l'importance que revêt la possibilité de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire de soins, la clause du besoin instaurée par l'art. 55a LAMal empêchait de facto l'installation de nouveaux médecins dans les spécialités où l'offre médicale était considérée comme suffisante. Depuis le 1er janvier 2012, en vertu de l'article 36 LAMal, tout médecin qui remplissait les conditions fixées pour obtenir une autorisation de l'autorité cantonale pouvait également obtenir une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire de soins. Il n'y avait donc plus de barrière à l'installation de nouveaux cabinets médicaux, que ce soit en fonction des spécialités ou en fonction d'autres critères, notamment géographiques.

Cette situation a entraîné une augmentation considérable des demandes d'autorisation de pratiquer pendant l'année 2012. Le Conseil fédéral a donc proposé au Parlement de réintroduire temporairement la clause du besoin tout en examinant d'autres mesures permettant de limiter plus durablement l'augmentation des coûts de la santé. Le 21 juin 2013, les Chambres fédérales ont adopté la modification de la LAMal réintroduisant temporairement l'admission selon le besoin et l'ont revêtue de la clause d'urgence (RO 2013 2065) : la modification est donc entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013 et aura effet jusqu'au 30 juin 2016 si elle ne fait pas l'objet d'un référendum. Le Conseil fédéral a immédiatement fait application de la nouvelle base légale en adoptant l'ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF, RS 832.103) qui précise le champ d'application de la clause du besoin et fixe le nombre maximum de médecins autorisés à pratiquer par spécialité et par canton. Le Conseil d'Etat a arrêté le 21 août 2013 les modalités d'application de la clause du besoin dans le Canton de Vaud en l'étendant notamment aux médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire des hôpitaux comme le permet l'art. 2 OLAF.

Dans le Canton de Vaud, tous les médecins qui souhaitent exercer leur activité dans le domaine ambulatoire sont dès lors soumis à la clause du besoin indépendamment de leur spécialité et de leur lieu de pratique. Seuls échappent à la clause du besoin les médecins exemptés par l'art. 55a al. 2 LAMal, soit ceux qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, ainsi, selon l'arrêté cantonal, que ceux qui exercent leur activité au sein d'un établissement auquel le département a confié l'exécution d'une tâche spécifique de santé publique.

2.3 Conséquences et marge de manœuvre des cantons

On constate actuellement une pénurie de professionnels dans certaines spécialités, en particulier la médecine générale, la médecine interne et la pédiatrie et surtout dans les régions éloignées des centres urbains, tandis qu'il y a une offre trop importante dans l'exercice d'autres spécialités. Les établissements sanitaires publics et privés reconnus d'intérêt public doivent en outre faire face à une pénurie de médecins dès lors que nombre d'entre eux ont quitté le secteur public ou subventionné pendant la période de caducité de la clause fédérale du besoin.

Afin que l'ensemble de la population puisse avoir un accès suffisant à des soins de qualité, il s'agit d'utiliser au mieux la marge de manœuvre cantonale pour réguler l'offre médicale en incitant les nouveaux médecins à s'installer dans les régions où l'offre est insuffisante. y compris en l'absence d'une réglementation fédérale sur la limitation de l'admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. En outre, des contrôles doivent être mis en place afin de s'assurer que les médecins et les autres professionnels de la santé qui souhaitent pratiquer dans le canton remplissent les exigences personnelles et professionnelles que l'on est en droit d'attendre d'eux, par exemple s'agissant des connaissances du système de santé cantonal. Tel doit être le cas également pour les professionnels au bénéfice d'une autorisation de pratiquer délivrée par un autre canton dans la mesure compatible avec la LMI.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la clause fédérale du besoin, le Département de la santé et de l'action sociale a mis en place un partenariat avec la Société vaudoise de médecine (SVM), formalisé par une convention-cadre signée entre les deux partenaires le 8 juillet 2010. Dans le cadre de ce partenariat, la SVM collaborait notamment activement avec l'autorité compétente par des groupes de travail à l'application sur le terrain de la clause du besoin. Cette collaboration s'est avérée positive en permettant en particulier de conseiller les requérants sur différents aspects de leur projet professionnel d'installation. Il est important de pérenniser ce partenariat indépendamment de l'application de la limitation de l'admission selon le besoin.

Au vu de l'incertitude qui existait sur la réintroduction d'une clause du besoin au niveau fédéral, la marge de manœuvre dont dispose le Canton pour adopter d'éventuelles mesures limitant la possibilité pour les médecins de bénéficier d'une autorisation et d'ouvrir des cabinets a été sérieusement étudiée. Selon des avis d'experts concordants, l'instauration d'une "clause du besoin cantonale" se heurterait à l'absence de compétence des cantons, s'agissant de la possibilité de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire de soins. Envisagée sous l'angle d'une limitation des autorisations de pratiquer à titre indépendant, une telle mesure serait vraisemblablement contraire à la LPMéd. L'art. 37 LPMéd ne constitue pas une base légale suffisante pour fonder des mesures restrictives. Selon cette disposition, les cantons peuvent certes soumettre l'autorisation de pratiquer à des restrictions temporelles, géographiques ou techniques ainsi qu'à des charges, pour autant que ces restrictions et ces charges soient imposées par la Confédération ou qu'elles soient nécessaires pour garantir des soins médicaux et de qualité. Mais, sous l'angle du principe de la proportionnalité et étant donné qu'elles constitueraient des restrictions importantes de la liberté économique, de telles mesures ne peuvent être justifiées qu'à l'égard des personnes qui ne remplissent pas les conditions d'obtention d'autorisation fixées par l'article 36 LPMéd, soit être titulaire du diplôme fédéral exigé (let. a), être digne de confiance et présenter, tant physiquement que psychiquement, les garanties nécessaires à un exercice irréprochable de la profession (let. b).

Une exigence de pratique préalable dans les hôpitaux cantonaux se heurterait également aux contraintes de la LPMéd ainsi qu'à celles de la LMI. Des doutes ont d'ailleurs été émis sur la compatibilité avec les Accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne de l'art. 55a al. 2 LAMal qui exempte de la clause du besoin les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans

dans un établissement suisse de formation reconnu.

Les cantons ont donc une marge de manœuvre réduite pour adopter des mesures qui restreindraient la possibilité de délivrer une autorisation de pratiquer et réguler l'offre médicale en l'absence de cadre législatif fédéral. Il s'agit néanmoins d'utiliser au mieux cette marge de manœuvre, en particulier en ce qui concerne la concrétisation des devoirs professionnels de formation continue et d'obligation de participer aux services d'urgence.

Dans la mesure où, en l'état actuel, la LPMéd n'unifie que l'exercice à titre indépendant des professions médicales universitaires, le canton dispose toujours d'une certaine marge de manœuvre pour exercer un contrôle sur l'exercice à titre dépendant de ces professions, notamment pour cas échéant le soumettre à autorisation et le subordonner à la réalisation de certaines conditions. La législation cantonale soumet déjà à autorisation l'exercice d'une profession de la santé à titre dépendant lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante, en particulier dans un cabinet individuel ou de groupe (art.76, al.3 LSP). Ce dispositif devra être adapté en fonction de la révision de la LPMéd dont débat actuellement le Parlement.

En revanche, les cantons bénéficient d'une plus grande liberté pour mettre en place des mesures incitatives. La plateforme de collaboration avec la SVM peut notamment jouer un rôle important à cet égard.

2.4 Résultats de la procédure de consultation

Du 14 février au 20 mars 2013, un avant-projet ainsi qu'un rapport explicatif ont été mis en consultation auprès des organismes intéressés et de différents services de l'administration cantonale. Globalement, l'avant-projet a reçu un accueil positif tant de la part des organisations professionnelles, qui avaient été associées dès le départ à l'élaboration du projet, que des représentants des patients et des autres milieux intéressés.

Plusieurs participants ont néanmoins émis des doutes sur l'efficacité des mesures proposées pour remédier aux problèmes tant de pléthore que de pénurie de médecins suivant les endroits et les spécialités et ont souhaité que l'Etat intervienne avec des mesures plus contraignantes. Toutefois, plusieurs des propositions émises – comme l'exigence préalable d'une pratique hospitalière dans le canton ou en Suisse ou encore l'imposition de contraintes géographiques à l'installation – se heurtent à des problèmes de compatibilité avec le droit fédéral et avec les accords bilatéraux entre la Suisse et l'UE. La volonté du Conseil d'Etat est bien d'utiliser toute la marge de manœuvre dont le canton dispose pour réguler l'offre médicale. Relevons également que la consultation s'est déroulée avant la décision des Chambres fédérales de réintroduire temporairement la clause du besoin.

En outre, faisant suite à certaines remarques émises lors de la consultation, le Conseil d'Etat a décidé de réintroduire partiellement une autorisation pour les médecins exerçant leur profession à titre dépendant donnant ainsi suite à la motion Haury et consorts allant dans le même sens que le Grand Conseil a renvoyée au Conseil d'Etat le 19 mars 2013.

Pour le surplus, le projet n'a pas subi de modifications importantes après sa mise consultation. Il sera fait état des résultats de la procédure de consultation dans les commentaires des différentes dispositions.

Enfin, le présent projet se concentre sur la réglementation de la profession de médecin et laisse volontairement de côté l'adaptation nécessaire de la législation s'agissant de l'exercice d'autres professions de la santé, notamment celle de psychologue (voir chiffre 2.1 ci-dessus), d'hygiéniste dentaire ou de chiropraticien. Le Conseil d'Etat proposera donc ultérieurement au Grand Conseil les modifications légales nécessaires.

3 BUREAU DE LA MÉDIATION SANTÉ-HANDICAP ET COMMISSIONS D'EXAMEN DES

PLAINTES

Le droit actuel prévoit deux Commissions d'examen des plaintes, l'une est appelée à traiter les plaintes des patients, la seconde, les plaintes de résidents ou d'usagers d'établissements sanitaires (LSP) ou d'établissements socio-éducatifs (LAIH). Ces deux commissions rendent des préavis à l'attention du Chef du département de la santé et de l'action sociale (ci-après le DSAS) à qui incombe la décision finale. Dans quelques cas particuliers, notamment lorsque la plainte concerne une mesure de contrainte, la Commission dispose toutefois d'un pouvoir décisionnel.

Le Conseil d'Etat propose de fusionner ces deux commissions et de leur donner un pouvoir de décision accru, avec possibilité de recours auprès du Chef du Département puis du Tribunal cantonal.

Les dispositions liées aux droits des patients, notamment celles concernant les Commissions d'examen des plaintes ont été introduites dans la loi sur la santé publique en 2002. La question de savoir s'il fallait créer une seule commission ou plusieurs avait été abordée dans le cadre de cette révision. Vu qu'une Commission d'examen des plaintes concernant les EMS fonctionnait déjà depuis environ deux ans, il avait finalement été décidé de la maintenir telle quelle et de créer une Commission des plaintes pour des patients non hébergés en EMS. Aujourd'hui, soit environ dix ans après la mise en place de ces deux Commissions, il paraît judicieux de les fusionner. Quand bien même la prise en charge d'un pensionnaire d'EMS diffère de celle qu'offre, par exemple, un praticien, les droits conférés par la loi sont toutefois les mêmes, quel que soit le fournisseur de soins (hôpitaux, cliniques, libres praticiens, organisations de soins, transport de patients, etc). Il est dès lors important que les membres des Commissions disposent des compétences et des connaissances nécessaires sans toutefois qu'il soit utile de les distinguer par catégories spécifiques de prestataires. A l'heure où les soins donnés aux patients s'inscrivent dans une logique de réseau, ces distinctions peuvent mêmes'avérer contre-productives. De façon plus pragmatique, il devient par ailleurs de plus en plus difficile de recruter des membres pour ces deux Commissions (26 membres pour les deux Commissions). La révision du Code civil sur la protection de l'adulte et de l'enfant (CC), qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2013, a également renforcé ce choix de fusion. En effet, les nouvelles dispositions du CC prévoient, pour les personnes incapables de discernement en établissement de type résidentiel (établissement médico-social et socio-éducatif) une autorité de plaintes auprès de l'autorité de protection de l'adulte (soit la justice de paix dans le canton de Vaud), s'agissant notamment de mesures de contraintes. Une seule Commission aura dès lors l'avantage de ne pas multiplier les instances à même de se prononcer sur les droits des patients et des résidents. Cela apporte également une simplification au niveau administratif, ce qui, compte tenu du nombre de plaintes déposées auprès des deux instances depuis 2003 s'inscrit dans une démarche logique. Depuis 2003, le nombre de plaintes déposée auprès de chaque commission est en effet de l'ordre de quinze par année. Enfin, la possibilité octroyée à la nouvelle commission de fonctionner en sous-commission et par voie de circulation permettra le cas échéant d'optimiser le traitement des plaintes.

Il est également proposé d'octroyer un pouvoir décisionnel accru à cette nouvelle Commission, avec possibilité de recours auprès du Chef du département. Cette option aura l'avantage de renforcer l'autonomie et les compétences de la Commission. Cette dernière serait ainsi habilitée à prononcer les sanctions figurant dans la LSP (art. 191) et la LAIH (art. 55 et 55a) à l'exception de celles portant sur une limitation ou une suspension de l'autorisation de pratiquer, d'exploiter ou de diriger, voire sur un retrait de la qualité de responsable (art. 191 lit. d LSP et 55 al.1lit. b LAIH), sur une fermeture des locaux (art. 191 lit. e LSP) ainsi que sur une interdiction de pratiquer (art. 191 lit. f LSP). Vu les problèmes structurels et de santé publique que de telles sanctions peuvent occasionner, il paraît en effet indispensable que le chef du département puisse conserver un pouvoir décisionnel. La Commission des plaintes serait donc appelée, comme aujourd'hui, à rendre un préavis lorsqu'elle envisage une telle mesure.

4 CONTENU DES MESURES LÉGISLATIVES ENVISAGÉES

4.1 Réglementation de l'exercice des professions de la santé, en particulier des professions médicales

Dès lors que les cantons disposent d'une marge de manœuvre limitée pour adopter des mesures restrictives, une modification importante de la législation n'aurait pas de sens.

Les ressortissants de l'UE et de l'AELE, voire d'Etats tiers, sont toujours plus nombreux à pratiquer dans le canton. Les autorités compétentes ont parfois constaté de sérieuses lacunes dans la connaissance de la langue française. Selon l'article 15 LPMéd, la reconnaissance du diplôme étranger ne peut intervenir que si son titulaire maîtrise au moins une langue nationale suisse. Toutefois, cette exigence – déjà problématique au regard des accords bilatéraux - ne permet pas de s'assurer que le requérant maîtrise la langue officielle du canton où il entend exercer sa profession. Dans le cadre de la révision de la LPMéd, le Conseil fédéral propose de modifier l'art. 36 afin que la maîtrise non seulement d'une langue nationale mais d'une langue officielle du canton pour lequel l'autorisation est demandée devienne une condition d'obtention de l'autorisation : les cantons seront compétents pour procéder à l'examen des connaissances linguistiques, par exemple en exigeant le niveau B2 du Cadre européen de référence pour les langues ou en procédant des examens spécifiques. Une éventuelle modification du droit cantonal sur ce point sera donc proposée une fois que la révision de la LPMéd aura été adoptée par le Parlement fédéral.

Le droit fédéral (art. 36, al. 3 LPMéd et art. 14 OPMéd) permet aux titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu d'accord de reconnaissance mutuelle (soit hors UE/AELE) d'exercer leur profession à titre indépendant, soit s'il s'agit de personnes qui enseignent et qui exercent leur profession dans l'hôpital où elles enseignent, soit si elles exercent leur profession dans une région "où il est prouvé que l'offre de soins médicaux est insuffisante". Cette disposition permet donc à l'autorité cantonale de délivrer une autorisation à un professionnel ne répondant pas aux conditions usuelles afin de pallier le manque de médecins. Le Conseil d'Etat entend utiliser toute la marge de manœuvre que laisse le droit fédéral à sa disposition. Ainsi, malgré les critiques émises lors de la consultation, le projet prévoit donc une disposition permettant d'autoriser un ressortissant d'un pays tiers (hors UE/AELE) à pratiquer la médecine, en particulier la médecine générale ou la pédiatrie, non seulement à titre indépendant mais également à titre dépendant, dans une région où il y a une pénurie.

Au titre des mesures incitatives, le projet prévoit que chaque demande d'autorisation de pratiquer à titre indépendant soit examinée avec l'association professionnelle cantonale (en l'état, la SVM) et que, cas échéant, la délivrance de l'autorisation de pratiquer puisse être assortie de recommandations qui n'auront pas d'effet contraignant : le canton ne peut en effet subordonner la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant à des conditions supplémentaires par rapport à celles prévues par le droit fédéral. La pratique a démontré que la collaboration avec la SVM permettait de rendre certains requérants attentifs aux risques – notamment économiques – que pouvait présenter une installation dans une spécialité et une région où l'offre de soins médicaux est déjà largement suffisante. Cette mesure permet en outre de maintenir le partenariat institué avec la SVM dans le cadre de l'application de la clause du besoin fédérale. Elle s'appliquera également par analogie aux médecins dépendants au sens de l'art. 76, al. 1 LSP, 1ère et 2ème phrases (titulaires d'un diplôme fédéral et d'un titre postgrade ou jugés équivalents).

Il est par ailleurs proposé de renforcer les devoirs professionnels imposés aux titulaires d'une autorisation. L'obligation de suivre une formation continue, déjà imposée par le droit fédéral en ce qui concerne les personnes exerçant une profession médicale (art. 40, al. 1, let. b LPMéd) et par le règlement cantonal sur l'exercice des professions de la santé (art. 10 REPS, RSV 811.01.1) en ce qui

concerne les autres professionnels, figurera désormais dans la loi. S'agissant des personnes exerçant une profession médicale, le contenu de l'obligation prévue par le droit fédéral est défini par les cantons. Pour les autres professions, il s'agira d'une obligation professionnelle cantonale qui s'appliquera à tous les professionnels de la santé autorisés à pratiquer, que ce soit à titre indépendant ou dépendant.

Le droit positif ne soumet pas la pratique à titre dépendant d'une profession de la santé à autorisation sauf lorsque le professionnel concerné assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante (art. 76, al. 1 et 3 LSP). Lors de la consultation, plusieurs voix se sont élevées, notamment de la part de la SVM, pour demander que l'exercice à titre dépendant de la profession de médecin soit à nouveau soumis à autorisation. Entre temps, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une motion Jacques-André Haury et consorts demandant qu'une autorisation de pratiquer soit requise pour les médecins pratiquant à titre dépendant. Les motionnaires ont largement repris certaines des critiques émises lors de la procédure de consultation, notamment le fait que l'absence d'autorisation de pratiquer à titre dépendant permettrait à certains établissements sanitaires de contourner les tentatives de régulation du nombre de médecins actifs (clause du besoin) ainsi que de développer de manière exagérée le secteur des soins ambulatoires. Le Conseil d'Etat estime que ces critiques sont en partie fondées et propose dans le présent projet d'étendre le régime de l'autorisation préalable à tous les médecins pratiquant à titre dépendant, à l'exception de ceux qui sont en formation.

L'Etat doit aussi pouvoir disposer d'un instrument lui permettant de contrôler le nombre d'autorisations de pratiquer à titre dépendant et, cas échéant, de les limiter. Le canton aurait ainsi une certaine marge de manoeuvre tant en l'absence d'une clause fédérale du besoin comme c'était le cas pendant l'année 2012 que pour éviter que la clause du besoin soit contournée par un développement de l'activité ambulatoire de certains établissements sanitaires. Il s'agit d'éviter une situation de pénurie dans certaines spécialités dans le secteur hospitalier, certains médecins préférant une pratique privée mieux rémunérée. La nécessité de disposer d'un nombre suffisant de médecins dans le secteur hospitalier couvert par l'assurance obligatoire de soins constitue un intérêt public important justifiant si nécessaire de restreindre de manière proportionnée la liberté économique des professionnels concernés. Cette mesure ne concernerait que l'autorisation professionnelle délivrée par le canton et non l'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire des soins qui fait l'objet d'une réglementation fédérale.

L'application de cette limitation du nombre de médecins ne concernerait pas les médecins pratiquant à titre dépendant dans des établissements hospitaliers ou celle de leurs divisions faisant partie de la liste LAMal dans la limite des mandats généraux fixés par cette même liste (cf. art. 7 de l'arrêté du Conseil d'Etat du 29 juin 2011 édictant la liste vaudoise 2012 des établissements hospitaliers autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) (AListe LAMal, RSV 832.11.1). La limitation s'étendra par contre également à l'activité ambulatoire des établissements hospitaliers.

Le département aura en outre la possibilité d'assortir l'autorisation de conditions, notamment de la limiter à une région ou à une spécialité sur le modèle mis en oeuvre dans le cadre de l'application de la clause fédérale du besoin (cf. art. 7, al. 2 de l'arrêté du 21 août 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, AVOLAF, RSV 832.05.1).

Egalement sur le modèle de la clause du besoin, le département ne pourra instituer cette mesure que pour une durée déterminée, limitée à trois ans au maximum. Au besoin, le département pourra prolonger – toujours pour une durée limitée à trois ans – cette limitation.

4.2 Obligation de participer aux dispositifs de garde et d'urgence

Selon l'article 40 let. g LPMéd, l'obligation de participer aux services d'urgence constitue un devoir professionnel pour les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant. La législation fédérale laisse aux cantons le soin de préciser le contenu de cette obligation dont la violation peut donner lieu aux sanctions disciplinaires prévues par le droit fédéral (art. 43 LPMéd).

Même s'ils disposent d'une importante marge de manœuvre pour régler les services de garde et d'urgence, les cantons sont également tenus de respecter les principes constitutionnels. Ainsi, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans un arrêt concernant le Canton de Thurgovie (2C. 807/2010 du 25 octobre 2011), la perception d'une taxe en cas de non accomplissement de la garde médicale doit reposer sur une base légale au sens formel.

Actuellement, la législation cantonale en la matière est lacunaire. Elle se borne, d'une part, à imposer aux personnes exerçant une profession médicale l'obligation de participer aux services de garde (art. 91a LSP) et, d'autre part, à prévoir que la compétence du département peut se limiter à la surveillance, l'organisation des services de garde étant confiée à des organisations privées.

En pratique, les systèmes de garde médicale sont mis en place par les associations professionnelles. Dans le domaine médical, l'Etat de Vaud a confié à la SVM, par une convention du 26 janvier 2005 qui est toujours en vigueur, l'organisation du service de garde pour l'ensemble du canton. L'Assemblée des délégués de la SVM a adopté le 28 juin 2012 un nouveau règlement sur la garde médicale. Ce règlement prévoit notamment les conditions auxquelles un médecin peut être dispensé de l'obligation d'effectuer la garde ainsi que le principe de la perception d'une contrepartie financière en cas de dispense. Dans la mesure où ces obligations et les sanctions en cas d'inexécution peuvent également être imposées aux médecins qui ne sont pas membres de la SVM, cette seule réglementation associative n'est pas satisfaisante. En outre, la perception d'une contrepartie financière auprès des professionnels de la santé dispensés de l'obligation de participer aux services de garde doit reposer sur une base légale au sens formel ainsi que l'exige la jurisprudence.

Comme l'a recommandé la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS, décision du 19 avril 2012), il convient de réexaminer les bases légales cantonales notamment au regard de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral et en s'inspirant d'autres législations cantonales en vigueur (cf. par exemple art. 30a et 30b de la loi sur la santé publique du Canton de Berne du 2 décembre 1984 telle que modifiée le 6 février 2001, RSB 811.01).

Les bases légales existantes doivent être complétées en prévoyant notamment le principe de la perception d'une taxe de compensation en cas de non participation aux services de garde. Conformément aux exigences résultant du principe de la légalité rappelées par le Tribunal fédéral, la base légale doit au moins définir le cercle des assujettis, ainsi que l'objet et les principes de calcul. Il convient en outre de respecter l'égalité de traitement en exonérant du paiement de la taxe compensatoire les personnes dispensées de l'obligation de garde pour des motifs indépendants de leur volonté (cf. arrêt *Gloor c/ Suisse* de la Cour européenne des droits de l'homme du 30 avril 2009, affaire n°13444/04). Pour des motifs pratiques, le montant de la taxe doit être fixé de manière forfaitaire. En effet, une perception fondée sur d'autres critères tels que le chiffre d'affaires du médecin entraînerait des coûts disproportionnés.

Cette taxe de compensation destinée à rétablir l'égalité de traitement en cas d'inexécution de l'obligation ne constitue pas une sanction. Elle doit être distinguée des mesures disciplinaires qui peuvent éventuellement être infligées au professionnel récalcitrant, en application des art. 43 ss LPMéd pour les personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant, respectivement des art. 191 ss LSP. Seules les autorités disciplinaires instituées par la loi (cf. chapitre 5 de l'EMPL) sont compétentes pour prononcer une sanction qui peut aller de l'avertissement

jusqu'au retrait de pratiquer.

L'association professionnelle à laquelle l'organisation de la garde médicale est confiée sera compétente pour trancher les litiges relatifs à l'exécution du service de garde et d'urgence et au paiement de la taxe et devra prévoir une instance de recours interne. En revanche, dans l'hypothèse où un professionnel n'exécute pas ses obligations, l'association professionnelle devra dénoncer le cas à l'autorité disciplinaire habilitée à prononcer une sanction.

S'agissant du contenu de l'obligation de participer aux services de garde, la formulation très générale de la loi actuelle permet déjà aux associations privées auxquelles l'organisation du service de garde est confiée de préciser des conditions spécifiques d'astreinte, notamment pour la garde médicale, de reconnaître la participation à des services de garde hospitaliers ainsi que, cas échéant, d'imposer aux personnes soumises à l'obligation de participer à de tels services. Il a paru opportun de clarifier ce qui précède en précisant dans la loi l'étendue de l'obligation des médecins en matière de garde, notamment en ce qui concerne la possibilité d'imposer aux médecins, y compris à ceux pratiquant à titre indépendant, de participer à la garde hospitalière dans les hôpitaux et cliniques offrant des services d'urgence ou de soins intensifs. Compte tenu du risque de pénurie de certaines spécialités dans ces établissements, il pourrait en effet arriver à l'avenir qu'ils ne soient plus en mesure d'assurer un service de garde conforme aux exigences de la loi, en particulier qui tienne compte de l'organisation des urgences décrites ci-dessous. Une convention conclue entre l'association professionnelle cantonale des médecins et les différents représentants des milieux hospitaliers (CHUV et autres établissements de droit public, Fédération des hôpitaux vaudois et Vaud Cliniques) précisera les modalités de cette obligation.

Malgré les critiques émises lors de la procédure de consultation, il est nécessaire d'apporter un certain nombre de précisions dans la loi au sens formel sur le contenu de cette obligation : d'une part, la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière contraint les cantons à réglementer le contenu de l'obligation et la perception éventuelle d'une taxe d'exemption dans une base légale d'autre part, l'exécution de cette tâche publique sera probablement comme jusqu'ici déléguée à des associations privées si bien qu'il se justifie d'ancrer un certain nombre de règles dans la loi elle-même.

4.3 Organisation des urgences hospitalières

L'organisation des services des urgences hospitalières n'est actuellement pas optimale. Les patients recourent de plus en plus fréquemment aux services des urgences hospitalières alors que certains cas ne nécessitent pas de traitement spécifiquement hospitalier.

Traditionnellement, le service des urgences s'organise autour d'une équipe infirmière. Les autres professionnels de la santé, et notamment les médecins-cadres ou assistants, interviennent selon un tournus tenant compte des disciplines principales. Ces professionnels sont délégués par d'autres services et ne restent souvent que pour une durée limitée dans les services des urgences.

Cette organisation ne permet pas d'assurer une organisation efficace du service des urgences hospitalières. L'organisation traditionnelle des urgences hospitalières doit donc évoluer vers une organisation plus structurée de base afin de faire face à l'afflux de patients aux urgences tout en renforçant l'efficacité des prises en charge et donc la sécurité des patients.

L'article 43 du règlement du 26 janvier 2011 sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud (RES, RSV 810.03.1) contient déjà un certain nombre d'exigences à cet égard pour les établissements autorisés à exploiter des services d'urgence ou de soins intensifs. Une base légale se justifie au vu de l'importance que revêtent les services d'urgence.

Ainsi, sur le modèle de l'organisation qui prévaut déjà au CHUV, les hôpitaux et cliniques qui sont au bénéfice d'une autorisation d'exploiter leur permettant d'avoir des services d'urgence ou de soins intensifs devront nommer un médecin-chef responsable du service des urgences, disposer d'un centre

de tri et de priorisation des patients avec des infirmières formées et au bénéfice d'une formation complémentaire en pédiatrie et gériatrie ainsi que de lits d'observation permettant une investigation plus poussée afin d'orienter correctement les patients et d'éviter des hospitalisations inutiles. Les établissements qui ne sont pas autorisés à exploiter des services d'urgence ne sont pas concernés par cette exigence.

4.4 Cabinets de groupe et établissements sanitaires ambulatoires

La législation actuelle concernant les regroupements de médecins est relativement souple. La réglementation ne fixe par exemple aucune limite au nombre de médecins autorisés à pratiquer à titre indépendant qui peuvent être réunis au sein d'une même structure. En outre, il est possible qu'une structure juridique organisée sous la forme d'une personne morale à but lucratif engage jusqu'à trois médecins autorisés à pratiquer à titre dépendant, lesquels peuvent eux-mêmes engager des médecins dépendants, sans être assimilée à une institution sanitaire ambulatoire. Des structures médicales importantes, telles que Vidymed, ne sont pas assimilées à un établissement sanitaire et échappent de ce fait à toute surveillance du département autre que celle s'exerçant directement sur les professionnels concernés. Plusieurs participants à la procédure de consultation ont approuvé la volonté du Conseil d'Etat de combler cette lacune.

La liberté économique garantit aux professionnels de la santé de pouvoir choisir la forme économique selon laquelle ils souhaitent exercer leur activité. L'Etat est tenu à un devoir de neutralité en la matière et ne peut par exemple privilégier l'exercice d'une activité indépendante en raison individuelle ou la constitution de sociétés coopératives par rapport à la constitution de sociétés anonymes.

Pour des motifs de santé publique, en particulier pour assurer la protection des patients, l'Etat peut toutefois intervenir par des mesures appropriées pour instituer des mesures de surveillance à l'instar de ce qui prévaut pour les établissements sanitaires de droit privé. En effet, lorsque ces structures pratiquent des interventions sensibles nécessitant, par exemple, des mesures particulières en matière d'hygiène et de prévention de l'infection ou déploient des activités variées où interviennent de nombreux professionnels de la santé, l'autorité doit veiller à ce que les infrastructures et l'organisation de l'institution permettent d'assurer la sécurité des patients. Cela implique que les exigences relatives à l'organisation des soins, aux locaux, aux équipements ainsi qu'à la responsabilité civile imposés aux établissements sanitaires soient respectées.

Sur le modèle de ce qu'ont prévu d'autres cantons (cf. par ex. art. 100a de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé du Canton de Fribourg, RSF 821.0.1), la réglementation en vigueur serait renforcée en permettant au département d'assimiler à des établissements sanitaires ou apparentés les cabinets de groupe et les institutions de soins ambulatoires comptant jusqu'à trois médecins autorisés à pratiquer à titre dépendant. Cette disposition permet également d'assimiler à des établissements sanitaires des cabinets comptant des médecins indépendants exerçant au sein d'une structure comptant divers spécialistes ou professionnels de la santé et/ou pratiquant des interventions sensibles.

4.5 Organisation des soins de base

Différentes mesures ont été étudiées pour utiliser au mieux la marge de manœuvre cantonale en matière d'organisation des soins de base. Comme au niveau national, le Canton de Vaud est confronté à une pénurie dans certaines spécialités, en particulier la médecine générale qui est essentielle pour assurer les soins de base. Cette pénurie touche plus particulièrement les régions les moins densément peuplées. Dans cette perspective, il est essentiel de promouvoir une meilleure collaboration entre les différents professionnels de la santé, notamment entre médecins et pharmaciens, afin de permettre de remédier aux pénuries régionales. Il paraît donc pertinent d'étudier les possibilités d'étendre les compétences professionnelles respectives des pharmaciens et des médecins. Une telle collaboration va également dans le sens de la politique envisagée par la Confédération, notamment dans le cadre du "Masterplan" intitulé "Médecine de premier recours et médecine de base" et du contre-projet à l'initiative populaire "Oui à la médecine de famille".

Le Conseil fédéral a adopté le 14 novembre 2012 un projet de révision (FF 20131, 131) de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (ou loi sur les produits thérapeutiques, LPTh, RS 812.21) qui modifierait quelque peu les compétences en matière de remise des médicaments par des professionnels de la santé. Ainsi, les pharmaciens seraient autorisés à remettre certains médicaments de la catégorie B sans ordonnance préalable d'un médecin (cf. art. 24 et 25 du projet de révision de la LPTh, FF 2013138). En outre, le projet permettrait aux pharmaciens de délivrer de leur propre initiative des médicaments destinés à la prévention (par exemple, médicaments utilisés en médecine de voyage...) ainsi que des médicaments destinés au traitement de maladies chroniques lorsqu'il existe une première prescription d'un médecin. Si elles sont acceptées par le Parlement, ces mesures seraient de nature à soulager les médecins de premier recours de certaines consultations.

Par contre, le gouvernement a renoncé à proposer une modification de la réglementation en matière de remise des médicaments par les médecins (propharmacie).

En l'état, la loi sur les produits thérapeutiques habilite tant les pharmaciens que les autres personnes exerçant une profession médicale à remettre des médicaments soumis à ordonnance. Les pharmaciens ne peuvent en principe le faire que sur ordonnance médicale et les autres professionnels de la santé "conformément aux dispositions sur la pro-pharmacie" (art. 24 LPTh). Pour le surplus, la LPTh ne contient aucune disposition sur la propharmacie qui relève donc en principe du droit cantonal (art. 83 LPTh).

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) prévoit que les pharmaciens titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral sont admis à pratiquer à charge de l'assurance-obligatoire de soins (art. 37, al. 1 et 2 LAMal). Les médecins autorisés à tenir une pharmacie peuvent être assimilés aux pharmaciens aux conditions fixées par les cantons qui doivent "tenir compte des possibilités d'accès des patients à une pharmacie" (art. 37, al. 3 LAMal). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. not. ATF 131 I 198, c.3.7, traduction libre), "l'article 37, al. 32^{ème} phrase LAMal n'oblige pas les cantons autorisant la propharmacie à la limiter ou à la supprimer ; inversement, cet article n'oblige pas les cantons qui interdisent la propharmacie à l'introduire à l'avenir". Les cantons disposent à cet égard d'une large marge de manœuvre puisqu'il résulte des travaux préparatoires que le législateur n'a pas donné de valeur contraignante à cette disposition mais qu'elle constitue une simple indication en ce sens que les cantons doivent tenir compte de la fonction des pharmacies dans la réglementation sur la dispense des médicaments. La Haute Cour a ainsi considéré que la loi zurichoise, qui donne aux médecins une large possibilité de dispenser des médicaments, était conforme au droit fédéral (ATF 131 I 198).

Traditionnellement, le Canton de Vaud a adopté une approche restrictive à l'égard de la propharmacie.

En outre, la Suisse est le seul pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à autoriser la propharmacie, qui pose d'importants problèmes de conflits d'intérêts. Sous réserve des médecins-vétérinaires (art. 176 LSP), les médecins ne sont donc pas autorisés à dispenser eux-mêmes des médicaments. La loi ne l'autorise de manière exceptionnelle qu'en cas d'urgence ou moyennant une autorisation du département lorsque les circonstances locales rendent l'approvisionnement en médicaments particulièrement difficile. Actuellement, seuls deux médecins disposent d'une telle autorisation.

Afin de favoriser l'installation de médecins dans des régions où il existe une pénurie dans certaines spécialités (médecine générale notamment), il a été envisagé d'autoriser plus largement la propharmacie qui pourrait être une source complémentaire de revenu pour les médecins. Toutefois, cette situation entraînerait dans ces régions une concurrence indésirable entre médecins et pharmaciens pour la dispense des médicaments qui pourrait condamner certaines pharmacies alors que celles-ci peinent déjà à subsister dans certaines localités. Par ailleurs, le public est attaché à la tâche spécifique des pharmaciens. La consultation a en outre démontré qu'une extension de la propharmacie se heurte à l'opposition non seulement des pharmaciens, mais encore des associations de défense des usagers, notamment des consommateurs, ainsi que de nombreux partis politiques. Il convient donc plutôt de rechercher une meilleure collaboration entre ces deux professions médicales universitaires conformément à la LPMéd (art. 4 al. 2 let. f LPMéd).

D'autres mesures visant à mieux utiliser les compétences professionnelles des pharmaciens (par exemple, en matière de conseil pour les soins de base) nécessiteraient des modifications de la législation fédérale, notamment pour permettre une rémunération de ce type de prestations par l'assurance de base.

Dans le cadre de la législation cantonale, la marge de manœuvre paraît réduite pour prendre des mesures contraignantes permettant la régulation de l'offre des soins de base sur le territoire cantonal.

Favoriser la collaboration plutôt que la concurrence entre médecins et pharmaciens contribue à la maîtrise des coûts de la santé et va dans l'intérêt des patients. Ainsi, l'expérience des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription des médicaments menée notamment dans le Canton de Fribourg depuis 1998 a montré qu'une approche interdisciplinaire permet une meilleure maîtrise des coûts directs des médicaments tout en garantissant l'individualisation des traitements médicamenteux. Un cercle de qualité réunit sur une base volontaire des médecins de premier recours et un à deux pharmaciens d'officine. Les professionnels de la santé se réunissent périodiquement pour "*définir puis appliquer des consensus pour l'amélioration continue de la sécurité et de l'efficacité des prescriptions médicales*" (cf. Impact des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription médicamenteuse entre 1999 et 2010, Charrière/Ruggli/Buchmann/Jordan/Bugnon, PrimaryCare 2012, n° 2, p.27). Le Canton de Vaud compte 21 cercles de qualité médecins-pharmaciens en pratique ambulatoire qui donnent de bons résultats. Il expérimente également cette approche dans le cadre des établissements médico-sociaux. Les cercles de qualité constituent donc une manière parmi d'autres d'améliorer cette collaboration.

Plutôt qu'une autorisation de la propharmacie risquant de mettre en concurrence médecins et pharmaciens, l'Etat propose de favoriser les accords entre médecins et pharmaciens obligeant à la recherche de synergies et protégeant le rôle spécifique du pharmacien. Le droit cantonal permettrait ainsi de créer des conditions favorables à la reconnaissance de cercles de qualité par des assureurs maladie.

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

Comme relevé plus haut, la révision vise essentiellement les dispositions liées aux Commissions. Le Conseil d'Etat a toutefois saisi l'occasion de cette révision pour revoir certains articles concernant le Bureau de la médiation. A ce stade, on relèvera donc les changements suivants au niveau du Bureau de la médiation : il est proposé de modifier la procédure d'engagement du (des) médiateur (s) (trices) et de donner cette compétence au département. Sans remettre en cause l'indépendance du (de la) médiateur (trice), cette option a l'avantage de clarifier son statut. Jusqu'ici le (la) médiateur (trice) était désigné (e) par les Commissions mais engagé (e) par le département. Cette situation a posé problème, en particulier pour déterminer qui, des Commissions ou du Département, devait être considéré comme autorité d'engagement. Il est également prévu que le Bureau de la médiation santé-handicap puisse informer le département lorsque des faits graves, qui pourraient notamment avoir un impact au niveau de l'organisation d'un établissement, lui sont signalés. Cette option permet ainsi au médiateur ou à la médiatrice d'informer le Département pour que celui-ci puisse prendre des mesures à même de protéger l'intérêt public si jamais il n'en n'avait pas déjà été informé (plaintes directes de patients ou résidents, rapports d'inspection, courriers de proches, etc.).

En ce qui concerne les Commissions et comme relevé plus haut, les modifications importantes sont liées à leur fusion et à l'octroi d'un pouvoir décisionnel accru pour les plaintes entrant dans leur domaine de compétence. La commission resterait toutefois autorité de préavis pour les décisions portant sur une limitation ou une suspension de l'autorisation de pratiquer, d'exploiter ou de diriger, voire sur un retrait de la qualité de responsable (art. 191 lit. d LSP et 55 al.1 lit. b LAIH), sur une fermeture des locaux (art. 191 lit. e LSP) ainsi que sur une interdiction de pratiquer (art. 191 lit. f LSP).

5 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE

5.1 Projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique

a) Bureau cantonal de la médiation santé-handicap et Commission d'examen des plaintes

Art. 4, 13, 13g : dans la mesure où il n'y a plus qu'une seule Commission d'examen des plaintes, la formulation de ces articles a été revue.

Art. 15a :

- **al. 1** : Le nom du Bureau est simplifié afin de correspondre à la pratique actuelle, soit "Bureau cantonal de la médiation santé-handicap" souvent abrégé par "Bureau de la médiation". Dès lors, ce nom peut être consacré dans la loi. Il est par ailleurs prévu que l'engagement du médiateur émane du Département et celui du secrétariat, du Service de la santé publique, sans toutefois remettre en cause le principe de l'indépendance (voir al. 8 et 8bis ci-après).

- **al. 4** : L'expérience a montré que lorsqu'un patient ou un résident recourt au Bureau cantonal de la médiation santé-handicap, il ne souhaite pas être renvoyé à une autre instance. Le projet maintient dès lors un devoir d'information du (de la) médiateur (trice) mais sans aller au-delà. Malgré certaines critiques faites lors de la consultation, cette formulation a été maintenue, celle-ci étant plus en adéquation avec les attentes des patients et des résidents.

- **al. 5** : il est précisé qu'un recours n'est pas possible à l'encontre des actes du (de la) médiateur (trice).

- **al. 8 et 8bis** : le principe de l'indépendance est maintenu mais rappelé à l'alinéa 8bis. Une adjonction est en outre faite pour que le (la) médiateur (trice) puisse informer le département sans craindre de violer le secret de fonction lorsque les faits allégués remettent en cause le fonctionnement d'une institution ou la pratique d'un professionnel de la santé. Selon la nature du problème, il peut en effet s'avérer indispensable d'informer le département afin que celui-ci puisse prendre rapidement des

mesures, par exemple si un établissement rencontre des problèmes au niveau du personnel (sous-dotation importante) ou si un professionnel se voit accusé de soins inadéquats ou dangereux. L'avant-projet prévoyait une obligation d'informer. Celle-ci a été muée en possibilité suite aux nombreuses remarques faites lors de la consultation.

- **15c al. 3** : Le délai de prescription est maintenu pour le médiateur mais supprimé pour les Commissions. L'article 192 LSP suffit en effet à régler le domaine et il appartiendra cas échéant au chef de département, sur préavis de la commission, de constater la prescription.

Art. 15c al. 5 et 6 : A l'instar de ce qui existe aujourd'hui, la Commission pourra ordonner la cessation des violations caractérisées que la LSP reconnaît aux patients, en particulier en matière de contrainte. Dans ce cas, elle statuera dans les cinq jours, lorsque la mesure contestée n'aura pas cessé (par exemple : une mesure de contrainte qui n'a pas cessé au moment où la plainte est déposée, une demande d'assistance au suicide qui se heurte à une fin de non recevoir et ne respecte pas la nouvelle procédure mise en place par l'art. 27d LSP, etc). Elle pourra statuer soit par une décision sur le fond (à condition d'avoir entendu les personnes concernées) soit par le biais d'une mesure provisionnelle si elle n'a pas pu entendre les parties.

Pour le reste, la Commission rendra sa décision ou son préavis dans les six mois. Bien qu'un délai soit rarement précisé dans une loi, il a finalement été décidé de le maintenir et de le prolonger à six mois, les Commissions actuelles estimant qu'un délai de 4 mois pour instruire est souvent trop court. Les décisions rendues par la Commission d'examen des plaintes pourront être contestées auprès du Chef du département dans un délai de 30 jours dès leur réception, puis, cas échéant, devant la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal.

Pour le surplus, les dispositions de la loi sur la procédure administrative, en particulier liées aux possibilités de recours contre les mesures provisionnelles s'appliquent.

Art. 15d al. 2 : une précision a été apportée suite à la suppression de l'alinéa 3. La Commission est en effet appelée à traiter des plaintes concernant l'ensemble des professionnels, établissements et institutions figurant dans la loi sur la santé publique ou dans la loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées. Pour le reste, cet article n'a pas subi de changement : la Commission est donc compétente pour traiter non seulement des violations des droits des patients et des résidents figurant dans le chapitre III de la loi sur la santé publique mais également d'autres droits touchant aux violations des droits de la personne (on pense en particulier à la maltraitance qui figure à l'art. 80a LSP).

Art. 15d al. 4 : les compétences de la Commission ont été revues afin d'être compatibles avec ses nouvelles attributions. Il a notamment été précisé que la Commission peut, même sans que le professionnel de la santé ait été délié par le patient ou le résident concerné, obtenir toute information utile ou accéder au dossier faisant l'objet de la plainte. Dans les cas où la plainte émane d'un dénonciateur et que le résident ou le patient concerné a son discernement, il doit toutefois être sollicité et délier du secret médical les professionnels de la santé. Pour pouvoir instruire de façon rapide, il apparaît en effet utile de conférer cette compétence à la Commission, mais une précision a été ajoutée afin de répondre aux préoccupations de certaines personnes consultées qui craignaient notamment que la commission, suite à une dénonciation, ait accès au dossier d'un patient ou d'un résident capable de discernement sans que celui-ci en fut informé. La lettre c) a été reformulée pour donner à la Commission un pouvoir décisionnel et lui permettre de prononcer une sanction allant de l'avertissement à l'amende (art. 191 al. 1 lit. a à c LSP). Elle pourra donc prononcer une sanction administrative à l'encontre de tout professionnel de la santé ou établissement/institution sanitaire ou (lettre d) ordonner la cessation des violations caractérisées des droits que la LSP reconnaît aux patients et résidents (dans les 5 jours). Dans ce dernier cas, on pense surtout aux mesures de contraintes, mais cette disposition permet également à la Commission d'agir rapidement dans les cas de maltraitance ou

de refus d'entrer en matière sur une demande d'assistance au suicide. Dans ce contexte, il pourra s'agir soit d'une décision sur le fond, soit d'une mesure provisionnelle, selon que les parties auront pu ou non être entendues. Toutefois, elle restera autorité de préavis pour les sanctions figurant à l'article 191 lit. d à f, soit tout ce qui a trait à une limitation, une suspension ou un retrait d'une autorisation (de diriger, d'exploiter, de pratiquer) ou au retrait de la qualité de responsable, à la fermeture de locaux ou à l'interdiction de pratiquer. Dans ces derniers cas, le préavis sera transmis au Chef du département qui statuera.

Art. 15d al. 4bis : bien que la Commission instruisse, voire décide de façon indépendante, il est indispensable que des liens existent avec le département et que ce dernier soit informé des plaintes qui sont déposées auprès d'elle, afin de garantir une bonne coordination, non seulement avec le département mais également avec d'autres autorités habilitées à traiter les plaintes, soit le Conseil de santé et l'autorité de protection de l'adulte (en particulier dans le cadre des mesures de contraintes prises en établissement de type résidentiel).

Il existe aujourd'hui déjà des liens entre les Commissions et le département dans la mesure où de nombreuses plaintes sont transmises directement au Chef du département. Il arrive également que les Commissions sollicitent le Service de la santé publique pour traiter un courrier qui ne s'avère pas être à proprement parler une plainte. Certaines plaintes s'apparentent en effet plus à des requêtes ou à des questions qu'à des plaintes proprement dites. On pense notamment au patient qui demande si c'est à juste titre que son médecin lui refuse l'accès à son dossier. Dans ce type de cas, un simple appel téléphonique suffit souvent à résoudre la situation. A l'inverse, certaines plaintes sont complexes et ne traitent pas seulement de droits des patients mais peuvent également concerner l'organisation d'un établissement ou une pratique douteuse de la part d'un professionnel de la santé. Dans ces cas, il peut s'avérer important de pouvoir agir rapidement, la plainte nécessitant une instruction de la part du département ou du Conseil de santé. Les nouvelles compétences octroyées à la COP accroissent encore ce besoin de coordination. Le fait d'être informé des plaintes permettra ainsi un échange de vue entre les deux autorités en amont. Enfin et dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles dispositions liées à la révision du droit de la protection de l'adulte et de l'enfant, une coordination est nécessaire afin d'éviter des procédures conjointes, le champ de compétence n'étant pas toujours clairement délimité, en particulier au niveau des personnes résidant en établissement médico-social. Eu égard à ce nouvel alinéa, l'alinéa 6 de l'article 15d a été supprimé.

Art. 15e al. 1 et 2 : Le projet prévoit une seule Commission de dix-sept membres afin de pouvoir traiter des plaintes des patients et des résidents/usagers. Ce nombre permet une bonne représentation des domaines de la santé et du social.

En outre et suite à la procédure de consultation, le projet prévoit la création d'un poste de greffier. Ce dernier devra avoir de bonnes connaissances juridiques, mais ne sera pas nécessairement juriste. Il pourra ainsi efficacement seconder le ou les président (s) de la Commission ou des sous-commissions (voir art. 15g ci-après) en particulier au niveau des mesures d'instruction et de la rédaction des décisions ou préavis.

Art. 15g : Suite aux inquiétudes manifestées lors de la procédure de consultation quant à la lourdeur qui pourrait découler d'une commission comptant autant de membres, le projet prévoit la mise en place de sous-commissions. Il incombera à la Commission d'examen des plaintes de décider si elle entend ou non désigner des sous-commissions sauf dans les cas de l'art. 15d al. 4 lit. d LSP et de l'art. 15g, al 3 ter où la loi prévoit que la commission siège à au moins trois membres. Pour le surplus, ces sous-commissions, composées d'au moins cinq membres, pourront être constituées sur le long terme ou en fonction d'une plainte. Elles auront les mêmes compétences que la Commission plénière ; elles pourront instruire et rendre une décision ou un préavis. Pour ce faire, elles devront statuer dans une composition d'au moins cinq membres mais pourront le faire, soit dans le cadre d'une séance, soit par

voie de circulation. Un règlement précisera les modalités de cette organisation pour le surplus.

Art. 18a : à l'instar des membres des Commissions, les membres du Bureau cantonal de la médiation santé-handicap ont été ajoutés afin qu'il ressorte clairement de la loi qu'ils sont également soumis au secret de fonction.

b) Réglementation des professions médicales

Art. 75 – Autorisation de pratiquer à titre indépendant

L'alinéa 2bis nouveau instaure la collaboration avec l'association professionnelle cantonale (aujourd'hui la SVM) dans l'examen des autorisations de pratiquer à titre indépendant la profession de médecin et permet au département d'assortir l'autorisation de pratiquer de recommandations non contraignantes. En concertation avec l'association professionnelle cantonale, l'autorité examinera notamment le parcours professionnel du requérant pour déterminer sa connaissance du système de santé publique fédéral et vaudois et de ses devoirs professionnels, notamment celui de participer aux services de garde et d'urgence établis dans le canton (art. 91a LSP). Une attention particulière sera également accordée au projet professionnel du requérant, notamment à sa viabilité économique au regard de la spécialité pratiquée et du lieu d'établissement choisi.

Les recommandations visées par cette disposition pourront par exemple concerner le lieu où le médecin entend déployer son activité ou l'état du marché dans la spécialité dans laquelle il compte exercer. Elles pourront également attirer l'attention du professionnel sur des synergies ou des collaborations. Elles ne constituent donc pas une mesure limitant d'une quelconque manière la liberté du professionnel qui remplit les conditions prévues par la LPMéd.

L'alinéa 7 a été adapté suite à l'entrée en vigueur, le 1er septembre 2013, de la loi fédérale sur l'obligation de déclaration et sur la vérification de qualifications professionnelles des prestataires de services dans le cadre de professions réglementées (LPPS, RS 914.01). Cette nouvelle législation harmonise la déclaration préalable pour l'ensemble des professions réglementées et implique une légère modification de l'art. 75, al. 7 dans la mesure où ce n'est plus le département mais le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI, anc. OFFT) qui se prononce sur la reconnaissance des qualifications professionnelles des professions réglementées. Le SEFRI adresse ensuite sa prise de position aux cantons.

Art. 75a (nouveau) – Autorisation de pratiquer pour les titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat tiers

Cette disposition met en œuvre la possibilité prévue par les articles 36, al. 3 LPMéd et 14 OPMéd d'autoriser les titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat hors UE/AELE mais jugé équivalent par la MEBEKO, d'exercer une profession médicale pour autant qu'il existe une offre de soins insuffisante ; il convient de l'introduire également pour les médecins exerçant à titre dépendant. Les critères pour déterminer l'insuffisance de l'offre de soins seront inspirés de ce qui prévalait pour l'application de l'art. 55a LAMal en tenant notamment compte des travaux relatifs à la démographie médicale menés dans le cadre du partenariat public-privé DSAS-SVM et des données fournies par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Cette autorisation serait cas échéant assortie de restrictions géographiques de manière à ce que son titulaire soit obligé de s'installer dans une région donnée (art. 37 LPMéd). Il appartiendra à l'autorité d'apprécier de cas en cas la proportionnalité de la mesure à imposer.

Art. 76 – Pratique à titre dépendant

Le droit actuel ne soumet à autorisation l'exercice d'une profession de la santé à titre dépendant que lorsque le professionnel de la santé assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnellement indépendante, en particulier dans un cabinet individuel ou de groupe (art. 76, al. 3 LSP). Dans la mesure où il exerce sous la surveillance directe d'un professionnel de la santé

autorisé à pratiquer dans la même discipline, un médecin peut donc pratiquer sans qu'une autorisation soit délivrée par le département.

Cette réglementation n'est plus adaptée à certains développements économiques de l'activité médicale. On constate notamment une augmentation du nombre de médecins engagés comme salariés par des établissements sanitaires ou d'autres structures. La surveillance de l'Etat sur ces professionnels n'est actuellement pas optimale puisqu'il appartient alors uniquement à l'employeur de s'assurer que les professionnels de la santé qu'il engage remplissent les conditions d'exercice de la profession (art. 86, al. 2 LSP). S'il se justifie pour les médecins en formation, ce système n'est plus satisfaisant en ce qui concerne les médecins exerçant à titre dépendant dans des établissements sanitaires, notamment dans le secteur des soins ambulatoires.

Pour les motifs développés dans la motion Jacques-André Haury et consorts demandant qu'une autorisation de pratiquer soit requise pour les médecins pratiquant à titre dépendant (cf. infra ch. 6), le Conseil d'Etat propose donc d'étendre le régime de l'autorisation de pratiquer et de permettre ainsi à l'Etat de vérifier directement que tous les médecins exerçant leur profession dans le canton satisfont aux exigences posées par la loi. Seuls les médecins en formation continueront à être exemptés de cette autorisation. Concrètement, le département sera appelé à délivrer deux types d'autorisations : le premier type visera les médecins dépendants titulaires du diplôme fédéral et du titre postgrade (ou titres jugés équivalents). Ceux-ci devront remplir les mêmes conditions que les médecins indépendants. Le second type d'autorisation sera délivré à des médecins au bénéfice du seul diplôme fédéral (ou titre jugé équivalent) et qui ne sont pas en formation. Ces derniers ne pourront être autorisés à exercer par le département que sous supervision d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline. Pour le surplus, les dispositions liées à la pratique à titre indépendant, notamment celles concernant les recommandations (75 al. 2bis) s'appliquent.

L'extension du régime de l'autorisation générera une augmentation de la charge de travail du service compétent dont les conséquences financières sont détaillées plus bas.

Le régime actuel qui dispense d'autorisation de pratique les professionnels exerçant de manière professionnellement dépendante est en revanche maintenu pour les autres professions de la santé (y compris les autres professions médicales) sauf lorsque ces professionnels exercent de façon professionnellement indépendante ou avec des tâches de supervision, auquel cas une autorisation est nécessaire. En effet, les arguments avancés par les motionnaires ne concernent que l'exercice de la profession de médecin.

Art. 76a (nouveau) – Limitation de la pratique à titre dépendant de la profession de médecin

L'augmentation du nombre de médecins pratiquant à titre dépendant dans certaines spécialités a deux effets indésirables. Premièrement, elle risque d'augmenter la densité médicale au-delà des besoins dans certaines régions alors que d'autres souffrent de pénurie. Deuxièmement, dans certaines spécialités, de nombreux professionnels quittent le secteur public pour des emplois financièrement plus attractifs dans le secteur privé.

Dans la grande majorité des cas, les médecins qui quittent les établissements assumant un mandat de service public le font soit pour exercer une activité économiquement indépendante (par exemple, en cabinet) soit pour exercer une activité économiquement dépendante mais professionnellement indépendante (par exemple, au sein de certaines structures ambulatoires). Ils doivent donc déjà actuellement être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer soit à titre indépendant au sens de l'art. 75 LSP et de la LPMéd soit à titre dépendant au sens de l'art. 76, al. 3 LSP. Compte tenu du droit fédéral, les cantons ne peuvent restreindre les conditions auxquelles sont délivrées les autorisations de pratiquer à titre économiquement indépendant. En revanche, le canton peut intervenir s'agissant des autorisations professionnelles de pratiquer à titre dépendant qui doivent être distinguées des autorisations de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Compte tenu de la

modification proposée à l'art. 76, tous les médecins devront désormais être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, à la seule exception des médecins en formation.

Lorsque la situation l'exige, notamment lorsque les établissements sanitaires publics et privés reconnus d'intérêt public ont des difficultés de recrutement, le département pourra, sur préavis de l'association professionnelle reconnue, limiter le nombre d'autorisations de pratiquer délivrées à titre dépendant. Tel ne devrait en principe pas être le cas tant que l'admission selon le besoin est en vigueur s'agissant de l'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Les établissements hospitaliers ou celles de leurs divisions admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (au sens de l'art.39LAMal et des art. 6 et 7 de l'arrêté du Conseil d'Etat du 29 juin 2011 édictant la liste vaudoise 2012 des établissements hospitaliers autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal) (AListeLAMal, RSV 832.11.1) ne seront pas concernés par une éventuelle limitation du nombre d'autorisations de pratiquer. Si un établissement n'est admis que pour une partie de son activité, il sera concerné par la limitation pour le reste de son activité, notamment pour le domaine ambulatoire. Il appartiendra au département de déterminer sur la base des indications fournies par l'établissement l'affectation d'un médecin. A ce stade, cette mesure est une solution plus opportune que la limitation des équipements lourds qui pose des problèmes juridiques et pratiques (cf. réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Bernard Borel ci-dessous).

Une limitation du nombre de médecins autorisés à pratiquer à titre dépendant ne pourrait avoir d'effet rétroactif sur l'effectif des établissements sanitaires, cliniques ou autres structures concernées. Les remplacements de médecins ne seraient donc pas concernés par cette mesure : seule la délivrance d'autorisations de pratiquer supplémentaires serait limitée.

Le département fixera les seuils déterminants pour chaque spécialité en concertation avec l'association professionnelle en se fondant sur les données disponibles aussi bien au sein du département que des milieux concernés. En outre, le département pourra, si nécessaire, subordonner l'autorisation à des conditions en la limitant à une région ou à une spécialité donnée, ce qui constitue une mesure moins grave qu'un éventuel refus. Cette limitation devra en outre être limitée dans le temps et prononcée pour une durée de trois ans au maximum. A l'échéance de ce délai, le département devra réexaminer la situation et, si nécessaire, il pourra prononcer une nouvelle limitation pour une durée de trois ans sans qu'une décision du Grand Conseil ou du Conseil d'Etat soit nécessaire.

Art. 78a (nouveau) - Formation continue

La disposition vise à ancrer dans la loi l'obligation en matière de formation continue dont le principe figure déjà dans le règlement cantonal sur l'exercice des professions de la santé (art. 10 REPS, RSV 811.01.1).

S'agissant des personnes exerçant une profession médicale universitaire à titre indépendant, l'obligation de suivre une formation continue est un devoir professionnel (art. 40 let. b LPMéd). La LPsy prévoit une obligation identique pour les personnes exerçant la psychothérapie à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle (art. 27, let. b LPsy). En cas de non respect de cette obligation, l'autorité peut prononcer l'une des mesures disciplinaires prévues par le droit fédéral (art. 43 LPMed et art. 30 LPsy). En ce qui concerne les autres professionnels de la santé soumis exclusivement au droit cantonal, le non respect de l'obligation prévue par la LSP pourra entraîner l'une des mesures disciplinaires prévues par l'art. 191 LSP. La disposition proposée permettra ainsi d'imposer la même obligation à tous les professionnels de la santé.

Le projet permet de déléguer l'organisation de la formation continue aux écoles et associations professionnelles, comme le fait déjà actuellement le REPS (art. 10, al. 2). Actuellement, selon l'article 10 REPS, le minimum exigé est de cinq jours par période de trois ans. Le règlement sera en

outre complété pour prévoir une formation continue destinée à donner aux médecins des connaissances suffisantes du système de santé vaudois. Il s'agira, notamment pour les médecins, de leur présenter le système de garde, les filières de soins (diabète, soins palliatifs, etc) ainsi que le système de prise en charge existant dans le canton (des soins à domicile au monde hospitalier ou médico-social).

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

Cette disposition précise le contenu de l'obligation faite aux personnes exerçant une profession médicale de participer aux dispositifs de garde et d'urgence. Pour les médecins, ce dispositif comprend la garde dite de premier recours ou celle par spécialité. Le Conseil d'Etat souhaite toutefois que les médecins "de ville" puissent également être astreints à un dispositif de garde en hôpital ou clinique disposant de services d'urgence ou de soins intensifs et devant assurer une garde médicale 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 lorsque ces établissements rencontrent des difficultés. En effet, ces établissements ne sont pas toujours à même d'assurer des services de garde avec leurs seules ressources internes (voir art. 91b).

Toutes les professions médicales sont en principe soumises à l'obligation de participer aux dispositifs de garde et d'urgence. Toutefois, des exceptions sont prévues pour les professionnels qui seraient empêchés temporairement ou durablement de l'accomplir pour des raisons indépendantes de leur volonté limitant leur capacité de travail (par ex. en cas d'accident ou de maternité). Les personnes qui, pour de justes motifs, n'accomplissent pas l'obligation prévue par la loi doivent payer une taxe d'exemption forfaitaire. Selon le Conseil d'Etat, il ne se justifie pas de dispenser sans contrepartie les professionnels qui ont atteint une certaine limite d'âge comme l'ont proposé certains des participants à la procédure de consultation. Ces personnes continuent à pratiquer la médecine et restent de ce fait soumis aux mêmes contraintes que les autres professionnels. En revanche, les personnes qui se soustraient à l'obligation ne sont pas sujettes au paiement d'une taxe mais passibles de sanctions disciplinaires.

Conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, le projet (al. 4) réserve expressément la possibilité d'exonérer du paiement de la taxe d'exemption des professionnels qui seraient durablement empêchés d'accomplir le service de garde et pour lesquels aucune obligation alternative (par ex., permanence téléphonique) ne pourrait être mise en place. Toutefois, de tels cas devraient rester exceptionnels.

La compétence de principe en la matière appartient au département. Celui-ci peut toutefois comme actuellement déléguer l'organisation du service de garde à une association professionnelle sous la surveillance du département qui a notamment un pouvoir d'approbation des modalités particulières.

Dans la mesure où l'organisation du service de garde est déléguée à une association, celle-ci prélève la taxe avec l'obligation d'en utiliser le produit pour l'exécution des tâches confiées par la loi. Dès lors que la contribution financière a la caractéristique d'une taxe et non d'un impôt, les produits générés par celle-ci doivent être affectés à un but spécifique en relation avec son prélèvement.

Il appartient également dans cette mesure à l'association de fixer le montant forfaitaire de la taxe d'exemption, la loi fixant, conformément à la jurisprudence, un montant maximum annuel de 20'000 francs. L'association statue sur les demandes de dispense et fixe le montant de la taxe. Elle met sur pied une instance de recours interne.

Dans le domaine de la garde médicale, la réglementation permettra comme à l'heure actuelle de reconnaître la participation aux services de garde hospitalière comme équivalence pour les médecins travaillant dans ces structures.

Dans la mesure où l'accomplissement de cette obligation représente une tâche de service public, l'Etat participera au financement du service de la garde de premier recours et par spécialité, par le biais d'une convention de subventionnement qui devrait permettre de rémunérer les professionnels soumis à un

montant forfaitaire par garde.

Les décisions relatives à l'assujettissement et au paiement de la taxe doivent pouvoir faire l'objet d'un recours interne au sein de l'association auprès d'une commission *ad hoc*. Seules les décisions définitives de l'association pourront être contestées auprès du département, puis, le cas échéant, du Tribunal cantonal.

En outre, l'association devra dénoncer à l'autorité disciplinaire les professionnels qui ne respectent pas leurs obligations relatives aux services de garde et d'urgence, par exemple qui refusent sans motif de les accomplir. L'autorité disciplinaire pourra prononcer, comme pour toute violation des devoirs professionnels, une sanction pouvant aller jusqu'au retrait de l'autorisation de pratiquer pour les cas les plus graves.

Art. 91b - Garde médicale des hôpitaux et cliniques

Il appartient dans un premier temps aux hôpitaux de veiller à s'organiser de manière adéquate afin de pouvoir accomplir leur mission en offrant des conditions de travail attractives pour les médecins cadres, notamment en termes de reconnaissance professionnelle, d'aménagement du temps de travail et de rémunération.

Le Conseil d'Etat entend dès lors encourager les hôpitaux (il s'agit d'un terme générique qui englobe également les cliniques) offrant des services d'urgence ou de soins intensifs à rechercher des synergies, que ce soit entre établissements ou avec d'autres partenaires, afin de s'assurer de disposer des ressources humaines nécessaires pour assumer leur mission. Les institutions et les associations professionnelles pourront aussi agir en ce sens, en encourageant les médecins à accomplir des prestations de garde sur une base volontaire ou en harmonisant les conditions de travail par le biais de conventions collectives de travail, ce qui facilite la mobilité professionnelle.

Si, malgré ces démarches, certains hôpitaux devaient être exposés à une pénurie de médecins ne leur permettant plus d'assumer leur mission visant à garantir les besoins en soins de la population, le département pourrait choisir d'étendre le service de garde aux hôpitaux et cliniques qui offrent des services d'urgence ou de soins intensifs. Dans ce cas, il passerait une convention cadre fixant certains principes (situations où les médecins peuvent être astreints à la garde hospitalière stationnaire, rémunération, formation, validation des heures de formation ou des gardes, etc.) avec l'association représentative des médecins. Cette dernière passerait ensuite une convention avec les représentants des milieux hospitaliers (CHUV et autres établissements de droit public, FHV et Vaud Cliniques) fixant les modalités d'application.

Dans le cadre de l'exécution de ce dispositif de garde, le département verse une rémunération conforme aux usages dans les hôpitaux concernés. Il met en place et rémunère les formations nécessaires à l'exercice de cette mission pour les médecins concernés. Ceux-ci doivent avoir des connaissances suffisantes sur l'organisation hospitalière, en particulier sur le personnel soignant hospitalier et l'utilisation des moyens techniques et logistiques.

En l'absence de convention entre le chef du département et l'association professionnelle cantonale des médecins et si le chef du DSAS devait constater qu'une situation présente un risque et que la mission d'un hôpital est mise en péril pour défaut de personnel médical, il pourrait alors prendre les mesures urgentes qui s'imposent, après avoir entendu les associations professionnelles et les médecins concernés.

Art. 97 – Institution de soins ambulatoires

L'alinéa 4 de cette disposition est modifié de manière à permettre au département d'assimiler à des établissements sanitaires certaines institutions de soins ambulatoires et certains cabinets de groupe qui échappaient jusqu'ici à toute forme de surveillance. Tel sera en particulier le cas des cabinets de groupe pratiquant des interventions sensibles nécessitant, par exemple, des mesures particulières en

matière d'hygiène et de prévention de l'infection (bloc opératoire, etc.) ou déployant des activités variées faisant intervenir différents spécialistes ou professionnels de la santé. La nature des interventions et la diversité des professionnels de la santé seront utilisés comme des critères justifiant d'assimiler ces structures à des établissements sanitaires du point de vue de la protection de la santé publique.

Art. 105 – Institutions de soins dentaires ambulatoires

La modification permet également de prendre en compte le développement des institutions de soins dentaires ambulatoires qui, compte tenu des interventions pratiquées ou des professionnels qui y sont actifs, doivent être assimilés à des établissements sanitaires.

Art. 111 – Pharmaciens b) incompatibilité et collaboration

La disposition est modifiée de manière à introduire la promotion par l'Etat d'une collaboration plus intense entre pharmaciens et médecins. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription des médicaments présentent un intérêt particulier, notamment en ce qui concerne la médecine de premier recours au niveau local : certaines études ont démontré que cette approche interdisciplinaire permet de générer des économies tout en garantissant l'individualisation des traitements médicaux. La disposition proposée ne ferme en outre pas la porte à des mesures de soutien d'autres formes de collaboration.

Le département pourra également autoriser les médecins et les pharmaciens à exercer des compétences supplémentaires dans les limites du droit fédéral. Cette mesure ne pourra être prise qu'avec l'accord des associations professionnelles cantonales. Elle pourrait par exemple viser une région spécifique en permettant une collaboration pour les soins de base en laissant les médecins exercer certaines compétences dévolues aux pharmaciens comme la remise de certains médicaments et en permettant aux pharmaciens d'exercer des compétences supplémentaires, notamment en matière de prévention et de conseil, voire de vaccination.

Art. 147 – Conditions (d'exploitation des établissements sanitaires de droit privé)

Une condition supplémentaire est ajoutée aux conditions d'obtention de l'autorisation d'exploiter de manière à obliger les établissements sanitaires de droit privé disposant de services d'urgence ou de soins intensifs à mettre en place une garde médicale appropriée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sous la responsabilité d'un médecin-chef. Seuls les établissements hospitaliers autorisés à exploiter un service d'urgences sont donc concernés par cette disposition. Les autres établissements sanitaires doivent avoir un dispositif permettant de faire face aux urgences médicales.

Art. 183a – Service de garde

Cette disposition est abrogée, toutes les dispositions cantonales relatives à l'obligation de participer aux services de garde figurant désormais aux articles 91a et 91b LSP.

Art. 191 - Sanctions administratives

Cet article est modifié afin de tenir compte des compétences de la Commission d'examen des plaintes de prononcer des sanctions administratives au sens de l'article 191 lit. a à c LSP.

Art. 199a – Dispositions transitoires de la loi du [date d'adoption de la présente loi]

Des dispositions transitoires sont nécessaires pour préciser certaines situations auxquelles s'appliquerait la nouvelle.

Dès l'adoption de la loi, le département invitera les institutions de soins ambulatoires et les institutions de soins dentaires ambulatoires à lui fournir les informations lui permettant de déterminer si elles doivent être assimilées à des établissements sanitaires et faire l'objet d'une autorisation d'exploiter en application des art. 97 al. 4 et 105 al. 4. Les institutions concernées seront informées par le département dans un délai de trois mois dès l'entrée en vigueur de la loi et auront un délai d'un an dès

cette information pour se conformer aux conditions d'obtention de cette autorisation.

5.2 Projet de modification de la loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (LAIH)

Art. 6j - Le Bureau cantonal de la médiation santé-handicap

- **al. 1** : Le Bureau de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs est souvent abrégé par le terme "Bureau cantonal de la médiation santé-handicap". Dès lors, ce nom peut être consacré dans la loi par souci de simplification. Il est par ailleurs prévu que l'engagement du médiateur et du secrétariat est le fait du Département, sans toutefois remettre en cause le principe de l'indépendance.

- **al. 1bis** : Une adjonction est en outre faite pour que le (la) médiateur (trice) puisse informer le département sans craindre de violer le secret de fonction lorsque les faits allégués remettent en cause le fonctionnement d'une institution. Selon la nature du problème, il peut en effet s'avérer indispensable d'informer le département afin que celui-ci puisse prendre rapidement des mesures, par exemple si un établissement rencontre des problèmes au niveau du personnel. L'avant projet prévoyait une obligation d'informer. Cette obligation a été muée en possibilité suite aux nombreuses remarques faites lors de la consultation.

Art. 6k - La Commission d'examen des plaintes

Al. 1 lettre b : Les structures d'accueil sont des établissements socio-éducatifs, terme consacré par la LAIH.

Al. 1 lettre d à i : les compétences de la Commission ont été revues afin d'être compatibles avec ses nouvelles attributions : il a notamment été précisé que la Commission peut, même sans que le détenteur du dossier médical ait été délié par la personne concernée, obtenir toute information utiles ou accéder au dossier faisant l'objet de la plainte. Dans les cas où la plainte émane d'un dénonciateur et que la personne handicapée a son discernement, elle doit toutefois être sollicitée et délier du secret médical le détenteur du dossier. Pour pouvoir instruire de façon rapide, il apparaît en effet utile de conférer à la Commission cette compétence mais une précision a été ajoutée afin de répondre aux préoccupations de certaines personnes consultées qui craignaient notamment que la Commission, suite à une dénonciation, ait accès au dossier d'une personne en institution, sans que celle-ci en fut informée alors qu'elle a son discernement. La lettre e) a été reformulée étant donné que le projet donne à la Commission un pouvoir de décision.

6 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT SUR LA MOTION JACQUES-ANDRE HAURY ET CONSORTS DEMANDANT QU'UNE AUTORISATION DE PRATIQUER SOIT REQUISE POUR LES MEDECINS PRATIQUANT A TITRE DEPENDANT

6.1 Rappel du texte de la motion

Le 30 octobre 2012, le député Jacques-André Haury et 20 cosignataires ont déposé une motion dont le texte est le suivant :

"L'exercice de la médecine nécessite une autorisation de pratiquer, délivrée par le Département de la santé et de l'action sociale. Cette autorisation, accordée sur la base d'une liste de critères définis à l'art. 75 de la loi sur la santé publique (LSP), vise à assurer à la population une qualité minimale dans les soins dispensés. Le principe en est bien antérieur à toute démarche politique visant à réguler le nombre de praticiens offrant des soins médicaux.

Actuellement, les médecins qui pratiquent à titre dépendant sont dispensés de cette exigence (art. 76 LSP), au motif que l'autorisation est accordée à l'établissement sanitaire qui les emploie. Cette dispense est particulièrement justifiée lorsqu'il s'agit de médecins en formation dans des établissements ou des services reconnus par la Fédération des médecins suisses (FMH).

Mais l'effet actuel de cette disposition permet aux établissements sanitaires d'engager des médecins qui ne satisfont pas aux exigences fixées par la LSP pour obtenir l'autorisation de pratiquer à titre indépendant. De plus, elle permet à ces établissements de contourner toutes les tentatives de régulation du nombre de médecins actifs dans notre canton. Elle permet en outre aux établissements hospitaliers – privés ou publics – de développer sans limite le secteur de leurs soins ambulatoires, activité à la fois lucrative pour ces établissements et coûteuse pour les assurances, puisqu'ils peuvent y employer des médecins salariés qui n'ont besoin d'aucune autorisation pour exercer leur art.

Il y a là incontestablement une lacune, qui devient particulièrement préoccupante à l'heure de l'ouverture des frontières à des médecins étrangers, alors que nos autorités s'emploient à limiter le nombre de médecins spécialistes actifs dans notre pays.

La question des médecins en formation constitue évidemment une situation particulière, qui justifie un dispositif particulier, réservé aux postes de formation reconnus par la FMH. Mais le principe de la dispense d'autorisation de pratiquer accordé aux médecins dépendants doit être supprimé."

Après que la commission thématique de la santé publique a recommandé à l'unanimité de prendre en considération la motion, le Grand Conseil l'a renvoyée au Conseil d'Etat le 19 mars 2013.

6.2 Rapport du Conseil d'Etat

Comme rappelé plus haut, les conditions de l'exercice de la profession de médecin à titre indépendant sont désormais définies par le droit fédéral (LPMéd) et non par le droit cantonal. L'autorité cantonale – soit le Service de la santé publique – demeure toutefois compétente pour vérifier que les conditions de l'autorisation sont remplies. Sous certaines réserves, les cantons sont en revanche libres de soumettre ou non l'autorisation de pratiquer la profession de médecin à titre dépendant à autorisation.

Au moment de mettre en œuvre la LPMéd, le Grand Conseil avait sur proposition du Conseil d'Etat accepté de renoncer à exiger une autorisation de pratiquer des médecins exerçant leur profession à titre dépendant. Le législateur a en effet considéré à l'époque que cette surveillance pouvait être déléguée aux employeurs dans la mesure où les professionnels concernés exerçaient leur art sous la surveillance directe d'un professionnel autorisé. Cette mesure permettait en outre de diminuer un certain nombre de tâches administratives.

Comme exposé ci-dessus, cette réglementation n'est plus adaptée aux développements récents de l'activité médicale, notamment dans le secteur ambulatoire des établissements sanitaires et des cliniques. Le Conseil d'Etat patage donc les préoccupations des motionnaires.

Comme le demande la motion renvoyée au Conseil d'Etat, le présent projet de loi propose donc qu'une autorisation de pratiquer soit à nouveau exigée des médecins exerçant leur profession à titre dépendant. Seuls les médecins en formation dans des établissements ou des services reconnus en seront dispensés. La réintroduction de cette autorisation permettra ainsi à l'Etat de s'assurer directement que l'ensemble des médecins exerçant dans le canton remplissent les conditions posées par la loi.

7 RÉPONSES DU CONSEIL D'ETAT AUX INTERPELLATIONS DE DENIS RUBATTEL "RÉINTRODUCTION DU MORATOIRE SUR L'OUVERTURE DES CABINETS MÉDICAUX : UNE TUILE POUR NOTRE CANTON ! " ET DE BERNARD BOREL " COMMENT SE FAIT LA PLANIFICATION DES ÉQUIPEMENTS LOURDS UTILISÉS EN MÉDECINE DANS LE CANTON DE VAUD ? "

7.1 Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation Denis Rubattel "réintroduction du moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux : une tuile pour notre canton !"

7.1.1 Rappel de l'interpellation

Le 6 novembre 2012, le député Denis Rubattel a déposé l'interpellation suivante au Grand Conseil :

"Ces derniers jours, les médecins, les assureurs, certains cantons et hôpitaux ont fait connaître leur opposition à la réintroduction du moratoire pour l'ouverture de cabinets médicaux par des spécialistes. En effet, les critiques fusent contre la réintroduction du moratoire sur l'ouverture des dits cabinets. A défaut d'autres solutions, le projet du Conseil fédéral, dont la brève procédure de consultation a pris fin le 5 novembre 2012, pourrait être introduit au printemps prochain déjà. Il faut se souvenir que le précédent moratoire en place depuis 10 ans a été levé par le Conseil fédéral voici moins d'une année.

Aux yeux du Conseil fédéral, cette mesure représente la seule alternative crédible pour lutter contre une trop forte demande d'ouverture des cabinets médicaux. Depuis le début des années 2000, la possibilité d'ouvrir un cabinet médical spécialisé, ou mixte comprenant des médecins généralistes associés à des médecins spécialistes, était restreinte. Dès lors, il paraît logique que depuis la levée du moratoire, la demande pour l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux soit en forte hausse.

Aujourd'hui, ce moratoire souhaité par le Conseil fédéral est une entorse à la liberté économique et professionnelle. Il introduit une barrière à la venue de nouveaux médecins, excluant de fait les plus jeunes médecins qui souhaiteraient s'établir.

En fonction de la volonté du Conseil fédéral de réintroduire le moratoire, nous prions le Conseil d'Etat de répondre aux questions suivantes :

- 1. Depuis la levée du moratoire, le Canton de Vaud a-t-il enregistré une croissance des demandes d'ouverture de cabinets médicaux sur sol vaudois ?*
- 2. Durant cette période de levée du moratoire, qui attribuait plus de compétences aux cantons, le Conseil d'Etat a-t-il favorisé l'ouverture de cabinets médicaux en dehors de l'Arc Lémanique ?*
- 3. Quelles est l'appréciation politique du Conseil d'Etat concernant la probable remise en vigueur du moratoire ? A l'exemple d'autres cantons, ce dernier a-t-il rendu attentif le Conseil fédéral au besoin spécifique de certaines régions de notre canton ?*
- 4. Selon certains cantons et de nombreux spécialistes, le projet du Conseil fédéral fixerait de manière rigide des valeurs maximales par canton, par catégorie de médecins, ainsi qu'une densité moyenne des cabinets. Qu'en est-il pour le Canton de Vaud et des particularités géographiques ?*
- 5. Le Conseil d'Etat ne pense-t-il pas qu'un système de tarifs différenciés entre les zones à forte densité médicale et les régions périphériques en pénurie de médecins permettrait de rendre ces dernières plus attractives pour les médecins ?*
- 6. Existe-t-il au niveau du Conseil d'Etat des études scientifiques qui permettraient d'affirmer ou d'infirmer que le précédent moratoire a rempli ses principaux objectifs, soit de freiner à la hausse les coûts de la santé ?*
- 7. Le Conseil d'Etat ne pense-t-il pas qu'une levée partielle de l'obligation de contracter vis-à-vis des spécialistes serait une mesure adéquate, simple à mettre en œuvre et efficace afin d'orienter les jeunes médecins vers la médecine de famille y compris dans les régions frappées de pénurie ?"*

7.1.2 Réponse du Conseil d'Etat

En préambule, il convient de rappeler que les Chambres fédérales ont adopté le 21 juin 2013 une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie réintroduisant l'admission temporaire selon le besoin (RO 2013 2065). Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013 et a effet jusqu'au 30 juin 2016 sous réserve d'un éventuel référendum.

- 1. Depuis la levée du moratoire, le Canton de Vaud a-t-il enregistré une croissance des demandes d'ouverture de cabinets médicaux sur sol vaudois ?*

Ni les médecins généralistes ni les pédiatres n'étaient concernés par l'admission selon le besoin entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2012. Après une période de stabilité et malgré le fait que les

médecins de premier recours n'étaient pas soumis à la clause du besoin, le nombre d'installations de professionnels étrangers (en majorité de nationalité française) au bénéfice d'un titre postgrade de "médecin praticien" a augmenté de manière marquée en 2012 (+ 41%). En ce qui concerne les spécialistes, une augmentation importante (+ 67%) d'installations de spécialistes en 2012 a été constatée à l'échéance de la clause du besoin.

2. Durant cette période de levée du moratoire, qui attribuait plus de compétences aux cantons, le Conseil d'Etat a-t-il favorisé l'ouverture de cabinets médicaux en dehors de l'Arc Lémanique ?

L'arrivée à échéance de la disposition légale permettant une limitation de l'admission selon le besoin a au contraire supprimé toute compétence pour les cantons de réguler l'offre médicale en fonction des zones géographiques.

3. Quelle est l'appréciation politique du Conseil d'Etat concernant la probable remise en vigueur du moratoire ? A l'exemple d'autres cantons, ce dernier a-t-il rendu attentif le Conseil fédéral au besoin spécifique de certaines régions de notre canton ?

Le Conseil d'Etat est intervenu auprès du Conseil fédéral pour soutenir la réintroduire temporaire de l'admission selon le besoin. Toutefois, le gouvernement cantonal considère, comme le gouvernement fédéral, qu'elle n'est pas une mesure adéquate à long-terme, mais une étape transitoire dans l'attente de disposer d'un outil de régulation (en cas de pléthore ou de pénurie) tel que proposé par la Fédération des médecins suisses (FMH) et la CDS. Parallèlement à ces mesures de régulation, le Conseil d'Etat agit sur plusieurs axes pour réduire la pénurie de médecins, notamment par des actions de formation (plus de médecins en faculté, assistantat en cabinets, etc.) et le soutien à des solutions alternatives dans des zones périphériques (maison de santé - plateforme 1er recours), etc. Le présent projet propose diverses mesures utilisant la marge de manœuvre réduite des cantons en la matière.

4. Selon certains cantons et de nombreux spécialistes, le projet du Conseil fédéral fixerait de manière rigide des valeurs maximales par canton, par catégorie de médecins, ainsi qu'une densité moyenne des cabinets. Qu'en est-il pour le Canton de Vaud et des particularités géographiques ?

L'annexe à l'ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire fixe le nombre maximum de médecins autorisés à pratiquer par spécialité et par canton. Toutefois, l'OLAF laisse une certaine souplesse aux cantons, notamment en leur permettant d'étendre la clause du besoin au domaine de l'hospitalier ambulatoire et de délivrer des autorisations exceptionnelles pour les régions où la couverture sanitaire est insuffisante (art. 2, 4 et 5 OLAF). L'arrêté adopté par le Conseil d'Etat a utilisé au maximum cette marge de manœuvre pour tenir compte des particularités cantonales. Enfin, tout commelors de l'application de la clause du besoin en vigueur jusqu'à fin2011, le Département maintient sa collaboration avec la SVM pour procéder à une évaluation détaillée de la situation par spécialité et par région dans le cadre de l'application d'une régulation.

5. Le Conseil d'Etat ne pense-t-il pas qu'un système de tarifs différenciés entre les zones à forte densité médicale et les régions périphériques en pénurie de médecins permettrait de rendre ces dernières plus attractives pour les médecins ?

La législation fédérale ne permet pas en l'état d'adopter des tarifs différenciés en fonction de critères géographiques. En outre, si la loi devait être modifiée en ce sens, d'autres mesures devraient être aussi considérées pour augmenter l'attractivité des jeunes médecins à s'installer en régions rurales. Les expériences menées à l'étranger démontrent que l'impact financier sur l'incitation d'un médecin à s'installer en zones rurales est modérée à court terme et devient très faible à long terme. Pour attirer les jeunes médecins à venir travailler en régions périphériques, des aides à l'installation ou des mises à disposition de locaux notamment pour la création de cabinet de groupe, sont des incitatifs pouvant davantage influencer les nouvelles générations de médecins.

6. *Existe-t-il au niveau du Conseil d'Etat des études scientifiques qui permettraient d'affirmer ou d'infirmer que le précédent moratoire a rempli ses principaux objectifs, soit de freiner à la hausse les coûts de la santé ?*

Aucune étude scientifique n'a été réalisée dans le canton de Vaud pour analyser la relation entre les coûts de la santé et l'application de la clause du besoin. Il faut relever qu'il est extrêmement difficile de déterminer si l'application de l'admission selon le besoin jusqu'au 31 décembre 2011 a pu freiner la hausse des coûts de la santé puisque l'évolution des coûts de la santé est influencée par de nombreux facteurs.

Au niveau national, l'Obsan a publié un rapport scientifique en 2012 traitant de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sur la période 1998-2010. La corrélation entre les coûts de la santé et la mise en application de la clause du besoin n'est pas étudiée dans ce rapport. Cependant, cette étude démontre que les dépenses totales du système de santé ont continuellement augmenté depuis 1998. Les dépenses les plus importantes concernent les soins ambulatoires et les coûts des médicaments et du matériel. Une analyse plus fine révèle que cette hausse est plus importante pour les prestations ambulatoires dispensées par les hôpitaux et plus modérée pour les médecins installés.

7. *Le Conseil d'Etat ne pense-t-il pas qu'une levée partielle de l'obligation de contracter vis-à-vis des spécialistes serait une mesure adéquate, simple à mettre en œuvre et efficace afin d'orienter les jeunes médecins vers la médecine de famille y compris dans les régions frappées de pénurie ?*

La levée partielle de l'obligation de contracter avec certains spécialistes ne diffère pas fondamentalement de l'introduction d'une limitation de facturer. Par rapport à la limitation de l'admission selon le besoin, elle aurait pour avantage de traiter de manière égale les anciens praticiens et les praticiens cherchant à s'installer. Toutefois, une limitation de l'obligation de contracter donnerait un pouvoir supplémentaire problématique aux assureurs qui seraient en mesure de choisir les médecins qu'ils acceptent de rembourser. En outre, le résultat extrêmement net de la votation populaire du 17 juin 2012 sur le projet des réseaux de soins, qui introduisait une brèche dans l'obligation de contracter, a montré que la population était fermement attachée au principe de la liberté de choix du médecin.

7.2 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 ?"

7.2.1 Rappel de l'interpellation

Le 10 mai 2005, le député Bernard Borel avait déposé l'interpellation suivante au Grand Conseil.

Deux faits récents ont suscité mon intérêt. En effet, il y a un peu plus d'un an, l'hôpital du Chablais a fait installer un appareil à IRM. En fait, c'est un institut privé de radiologie qui loue des locaux à l'hôpital et facture ensuite au prix Tarmed les prestations fournies à l'hôpital tout en utilisant les capacités techniques des radiologues de l'hôpital, qui interprètent les clichés et sont les interlocuteurs des cliniciens, et dont les prestations sont très mal rémunérées.

A l'époque, la direction de l'hôpital a justifié ce mode de faire en argumentant que sans IRM on ne trouverait plus de radiologues d'accord de travailler dans l'hôpital et que si l'on n'ouvrait pas des locaux à l'hôpital, l'Institut de radiologie installerait son appareil "en ville". Dans l'EMPD sur les transformations de l'Hôpital de Morges, on voit que l'installation d'un IRM se fait par des "fonds propres", et donc échappe au contrôle de l'Etat. Il est même dit que "l'exploitation de cet appareil se fera par le biais d'une société hors exploitation et ce afin de séparer toutes les charges et les recettes du fonctionnement de l'hôpital".

Il ne fait pas de doute que si les prestations d'une IRM peuvent être facturées au prix Tarmed, le propriétaire en tire des bénéfices et l'hôpital public qui est soumis aux APDRG ou autre système de

forfait, pour les patients hospitalisés, y perd. (Ce qui ensuite fait dire que l'hôpital public est mal géré) sans compter que l'hôpital ne touche rien pour les examens ambulatoires.

Ces deux exemples me font poser au Conseil d'Etat les questions suivantes:

- 1. Ces deux IRM répondent-ils à un besoin démontré et si oui, pourquoi l'Etat n'a-t-il pas trouvé le moyen de les financer lui-même ?*
- 2. L'Etat a-t-il calculé en combien de temps l'investissement pouvait être remboursé ?*
- 3. Existe-t-il une clause du besoin pour toute installation d'équipement lourd en particulier en radiologie dans le Canton de Vaud ?*
- 4. De manière plus générale, le Conseil d'Etat a-t-il connaissance de la teneur des contrats de prestations passés entre un hôpital privé d'intérêt public et un sous-traitant privé de manière à s'assurer que les fonds alloués par le canton à ces hôpitaux soient utilisés au mieux de l'intérêt de l'Etat (donc de manière efficace, économique donc efficiente !) et des usagers ?*

7.2.2 Réponse du Conseil d'Etat

Dans son interpellation, le député Borel fait référence à la problématique de la planification des équipements médicaux, appelée communément "clause du besoin pour les équipements médicaux lourds". Cette question a suscité beaucoup de débats contradictoires à la Confédération et dans les cantons sans toutefois trouver d'issue claire et incontestable. Aujourd'hui, rares sont les cantons qui ont fait le choix de légiférer dans ce domaine et la validité de ces législations doit encore être confirmée par le Tribunal fédéral. En 2006, le Conseil d'Etat avait mis en consultation une modification de la loi sur la santé publique visant à introduire des restrictions en matière d'équipements médicaux lourds. Ce projet a finalement été abandonné après la consultation. En renonçant à choisir la voie coercitive, le Conseil d'Etat a opté pour une approche partenariale incluant les cabinets médicaux. Cet axe fait l'objet de l'action N° 35 du rapport de politique sanitaire 2008-2012 intitulée "Mettre en place un dispositif de régulation de l'offre en soins". A noter que la Loi du 5 décembre 1978 sur les établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) octroie au Conseil d'Etat la compétence de contrôler les investissements des hôpitaux reconnus d'intérêt public. Cette compétence, qui s'exprime par l'approbation ou le refus des plans pluriannuels des investissements des établissements, donne à l'exécutif cantonal des possibilités de superviser les stratégies d'acquisition d'équipements lourds dans le domaine stationnaire.

1. Les deux IRM respectivement de l'hôpital du Chablais et l'hôpital de Morges répondent-ils à un besoin démontré et si oui, pourquoi l'Etat n'a-t-il pas trouvé le moyen de les financer lui-même ?

De manière générale, les IRM sont principalement utilisés pour des prestations ambulatoires qui échappent en l'état au pouvoir planificateur de l'Etat. De plus, comme il s'agit d'activités rémunératrices qui sont facturées à charge de l'assurance-maladie, les autorités cantonales n'ont pas la possibilité d'influencer les choix des hôpitaux concernés en agissant sur les subventions. N'ayant aucune possibilité d'intervenir lorsqu'un hôpital, une clinique ou un institut ambulatoire privé désire acquérir une IRM, le Conseil d'Etat n'a pas jugé opportun d'établir une analyse des besoins en IRM dans le canton. Il s'est contenté de participer au recensement réalisé en 2005 dans l'ensemble des cantons romands.

2. L'Etat a-t-il calculé en combien de temps l'investissement pouvait être remboursé ?

Pour les mêmes motifs, la réponse est négative.

3. Existe-t-il une clause du besoin pour toute installation d'équipement lourd en particulier en radiologie dans le canton de Vaud ?

Comme relevé plus haut, la LPFES octroie au Conseil d'Etat la compétence de contrôler les investissements des hôpitaux reconnus d'intérêt public dans le domaine stationnaire. Mais il n'existe

pas de "clause du besoin" pour toute installation d'équipement lourd. L'avant-projet de révision de la loi sur la santé publique mis en consultation en 2006 avait pour objectif d'introduire une clause du besoin pour les équipements lourds à l'échelle cantonale. Toutefois, la nature coercitive des dispositions proposées a fait l'objet de vives oppositions. Finalement en 2007, le Conseil d'Etat a renoncé à ce projet au profit d'une approche plus partenariale limitant le rôle de l'Etat sur le suivi du développement de ces équipements lourds. En Suisse, les cantons de Neuchâtel et du Tessin en particulier, disposent d'une telle clause dans leur législation. La conformité de ces textes au droit fédéral est toutefois contestée. Dans le canton de Neuchâtel, le Tribunal cantonal, dans un arrêt du 18 décembre 2012, a rejeté le recours déposé par une clinique privée qui s'est vue refuser une demande d'acquisition d'un IRM par l'exécutif neuchâtelois. La clinique a annoncé son intention de recourir au Tribunal fédéral. Le Conseil d'Etat suit attentivement l'issue de la procédure en cours concernant le Canton de Neuchâtel pour déterminer la suite à donner sur ce dossier.

4. De manière plus générale, le Conseil d'Etat a-t-il connaissance de la teneur des contrats de prestations passés entre un hôpital privé d'intérêt public et un sous-traitant privé de manière à s'assurer que les fonds alloués par le canton à ces hôpitaux soient utilisés au mieux de l'intérêt de l'Etat (donc de manière efficace, économique donc efficiente !) et des usagers ?

L'Etat peut, cas échéant, exiger la production de tels documents via les contrôles annuels d'audit et de reporting. Cependant, le Conseil d'Etat ne juge pas utile de s'immiscer dans les relations contractuelles entre des institutions indépendantes et leurs fournisseurs dans la mesure où sa marge de manœuvre est très limitée et les IRM sont aujourd'hui financièrement autoporteurs.

8 CONSEQUENCES

8.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Cette révision entraînera une révision de la LSP et de la LAIH ainsi qu'une révision réglementaire.

8.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

Vu la réorganisation des commissions et la diminution du nombre de membres, le montant des indemnités versées aux membres va diminuer. Toutefois, cette réorganisation implique également une plus grande professionnalisation, ce qui aura un impact sur le budget du Service de la santé publique. La Commission des plaintes se verra en effet adjoindre les compétences d'un greffier, soit l'équivalent d'un demi-EPT. Un tel poste devrait représenter un salaire moyen de l'ordre de CHF 55'000 pour un 50%, charges sociales comprises. Le financement de ce demi-EPT sera assuré par les ressources ordinaires du service.

La réintroduction des autorisations de pratiquer à titre dépendant pour les médecins, ainsi que l'application des différentes mesures visant une régulation de l'offre médicale ambulatoire (limitation des admissions, autorisations pour les médecins hors UE en cas de pénurie, etc) vont générer un accroissement important des tâches administratives. Pour y faire face, 0,5 EPT est nécessaire. Là aussi, le financement de ce demi-poste sera assuré par les ressources ordinaires du service.

8.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et éc

Néant.

8.4 Personnel

Engagement d'un greffier à mi-temps et d'un demi EPT en tant que gestionnaire de dossier par le SSP.

8.5 Communes

Néant.

8.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

8.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

8.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA

Néant.

8.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

8.10 Incidences informatiques

Néant.

8.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

8.12 Simplifications administratives

La fusion des deux COP va dans le sens d'une simplification des procédures.

8.13 Autres

Néant.

9 CONCLUSION

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de loi ci-après :

Texte actuel

Art. 4 Département de la santé et de l'action sociale

¹ Sous réserve des pouvoirs du Conseil d'Etat, le département propose et met en oeuvre la politique sanitaire du canton. Il assure l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions cantonales et intercantionales d'ordre sanitaire.

² Le département agit avec la collaboration des services de l'Etat. Le cas échéant, il s'assure le concours :

- a. du Conseil de santé ;
- b. de la Commission cantonale de politique sanitaire ;
- c. des réseaux de soins reconnus d'intérêt public ;
- d. des préfets ;
- e. des médecins-délégués ;
- f. des médecins-vétérinaires-délégués ;

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique
(LSP)

du 27 novembre 2013

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

¹ La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique est modifiée comme il suit :

Art. 4 Département de la santé et de l'action sociale

¹ Sans changement.

² lit a – i : sans changement.

j. de la Commission d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après la Commission d'examen des plaintes) ainsi que du Bureau cantonal de la médiation santé-handicap (ci-après le Bureau de la médiation) ;

lit k – m : sans changement.

Texte actuel

- g. des municipalités et des commissions de salubrité ;
- h. des institutions d'intérêt public, des associations professionnelles, des groupements d'établissements sanitaires ;
- i. des commissions permanentes en matière de santé publique nommées par le Conseil d'Etat ;
- j. des Commissions d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs ainsi que du Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs ;
- k. de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) ;
- l. de la Commission des maladies transmissibles ;
- m. de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA).

Art. 13 Rôle

¹ Le Conseil de santé se prononce par préavis ou par décision. Il donne notamment son préavis lorsque le chef du département ou cinq membres du Conseil de santé le demandent sur :

- a. les problèmes de santé publique ;
- b. la nomination et le licenciement des directeurs, chefs de département, chefs de service et des chefs de divisions autonomes des établissements sanitaires cantonaux ou privés d'intérêt public, ainsi que des instituts sanitaires cantonaux.

² Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en

Projet

Art. 13 Rôle

¹ Sans changement.

² Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en application

Texte actuel

application des articles 79 et 191 de la présente loi, sous réserve des compétences des Commissions d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.

⁵ Le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'article 321 du Code pénal ou par la présente loi.

⁶ Sont réservées les autres attributions du Conseil de santé prévues par les articles 4, 12, 39 et 178 ainsi que par d'autres lois touchant la santé publique.

⁷ Le Conseil de santé peut décider de déléguer ses attributions à un ou plusieurs membres, notamment en cas d'urgence ou dans les domaines nécessitant une expérience spécifique.

⁸ Les règles de fonctionnement du Conseil de santé sont fixées par le Conseil d'Etat.

Projet

des articles 79 et 191 de la présente loi, sous réserve des compétences de la Commission d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.

⁵ Sans changement.

⁶ Sans changement.

⁷ Sans changement.

⁸ Sans changement.

Texte actuel

Art. 13g Rôle

¹ La CMSU est une commission consultative et de préavis dans les domaines suivants :

- a. évaluation des besoins en matière de prise en charge des urgences préhospitalières ;
- b. coordination de l'activité des services de prise en charge des urgences préhospitalières ;
- c. aménagement et développement du dispositif de prise en charge des urgences préhospitalières ;
- d. décisions relatives aux autorisations d'exploiter et de diriger (services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières) et aux autorisations de pratiquer (ambulanciers) sous réserve des compétences du Conseil de santé et des Commissions d'examen des plaintes ;
- e. fixation des niveaux de formation des intervenants préhospitaliers ;
- f. dispositions à prendre en cas d'événement majeur ou de catastrophe ;
- g. collaboration intercantonale et transfrontalière.

² Elle rend compte au département.

Projet

Art. 13g Rôle

¹ lit a - c : sans changement.

d. décisions relatives aux autorisations d'exploiter et de diriger (services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières) et aux autorisations de pratiquer (ambulanciers) sous réserve des compétences du Conseil de santé et de la Commission d'examen des plaintes ;

lit e – g : sans changement.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 15a Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs

¹ Le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : le Bureau de la médiation) est composé d'un médiateur au moins désigné conjointement par les Commissions d'examen des plaintes prévues à l'article 15d. Celles-ci sont également compétentes pour révoquer le personnel du Bureau de la médiation.

² Le médiateur est chargé d'informer les patients et les résidents des droits que leur consacre la LSP et le Code civil en matière de protection de l'adulte ainsi que de concilier les intéressés.

^{2bis} Il participe à l'information et à la promotion des droits des patients consacrés par la LSP et le Code civil auprès des personnes concernées.

³ Il est compétent pour traiter de toute plainte relative à une violation des droits des patients ou des résidents consacrés par la LSP ou le Code civil. Il peut recourir à tout moyen qui lui semble raisonnablement utile à résoudre le différend qui sépare les intéressés.

⁴ Lorsque la plainte concerne le représentant d'une profession ou d'une institution disposant de son propre médiateur, celui-ci traite la plainte par délégation. Le plaignant peut refuser la délégation.

⁵ Lorsque le médiateur ne parvient pas à résoudre le différend, il remet aux intéressés un document constatant l'échec de la médiation et attire l'attention du plaignant sur la possibilité de saisir la Commission d'examen des plaintes compétente ou une autre instance.

⁶ Le Bureau de la médiation exerce également les compétences que lui attribue la LAIH .

Projet

Art. 15a Bureau cantonal de la médiation santé-handicap

¹ Le Bureau de la médiation est composé d'un médiateur au moins engagé par le département et, sur préavis du médiateur, d'un secrétariat engagé par le Service de la santé publique. Sauf dispositions contraires de la présente loi, le médiateur est soumis à la loi du 12 novembre 2001 sur le personnel de l'Etat de Vaud.

² Sans changement.

^{2bis} Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Lorsque la plainte concerne le représentant d'une profession ou d'une institution ou établissement disposant de son propre médiateur, le Bureau de la médiation en informe le plaignant.

⁵ Lorsque le médiateur ne parvient pas à résoudre le différend, il remet aux intéressés un document constatant l'échec de la médiation et attire l'attention du plaignant sur la possibilité de saisir la Commission d'examen des plaintes ou une autre instance. Les actes du médiateur ne sont pas susceptibles de recours.

⁶ Sans changement.

Texte actuel

⁷ Le Bureau de la médiation établit annuellement un rapport d'activité qui est public.

⁸ Le médiateur ne peut être membre des Commissions d'examen des plaintes. Il est rattaché administrativement au département dont il est indépendant.

⁹ Les autres règles d'organisation sont fixées par le Conseil d'Etat.

Art. 15b Qualité pour agir

¹ Toute personne qui souhaite obtenir une information sur un droit que la LSP ou le Code civil en matière de protection de l'adulte reconnaît aux patients ou aux résidents ou qui a un motif de se plaindre d'une violation d'un tel droit peut :

- a. s'adresser en tout temps au Bureau de la médiation ;
- b. déposer une plainte auprès de la Commission d'examen des plaintes compétente. Le dénonciateur n'a pas qualité de partie, tout comme le plaignant, si ce dernier bénéficie de l'anonymat au sens de l'article 15c, alinéa 4.

² Les compétences de l'autorité de protection de l'adulte indiquées à l'article 15d de la présente loi ainsi que les dispositions de la loi vaudoise d'application de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVP AE) relatives à la qualité de partie sont réservées.

Projet

⁷ Le Bureau de la médiation adresse un rapport annuel au département. Le rapport est public.

⁸ Le médiateur ne peut être membre de la Commission d'examen des plaintes.

^{8bis} Lorsque des faits graves sont allégués qui pourraient avoir un impact sur l'organisation d'un établissement ou d'une institution ou sur la pratique d'un professionnel de la santé, le médiateur peut en informer le département sans que le secret de fonction ne lui soit opposable. Pour le surplus, il est indépendant du département.

⁹ Sans changement.

Art. 15b Qualité pour agir

¹ 1er paragraphe sans changement.

a : sans changement.

b. déposer une plainte auprès de la Commission d'examen des plaintes. Ni le dénonciateur, ni le plaignant qui requiert l'anonymat au sens de l'article 15c, alinéa 4 n'ont la qualité de partie.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 15c Procédure

¹ Les personnes impliquées dans une médiation se présentent personnellement et ne sont pas assistées par un mandataire professionnel. Le patient ou le résident peut se faire accompagner par une personne de confiance, de son choix.

² Lorsqu'une plainte est présentée directement à une Commission d'examen des plaintes sans que le médiateur n'ait été préalablement saisi, la commission informe le plaignant qu'il a le droit de tenter une conciliation devant le médiateur. Si le plaignant s'y refuse, la commission se saisit de la plainte et la traite.

³ Le droit de saisir le médiateur ou les commissions se prescrit par cinq ans dès la survenance des faits reprochés. Si ces faits peuvent donner lieu à une action civile ou pénale soumise à une prescription de plus longue durée, cette prescription s'applique également.

⁴ L'anonymat est garanti au plaignant qui le demande, auquel cas celui-ci perd sa qualité de partie et les droits qui lui sont attachés (art. 15b). Toutefois, si la plainte est jugée manifestement abusive, l'anonymat est levé.

⁵ Dans le cas de l'article 15d, alinéa 4, lettre d, la Commission d'examen des plaintes rend sa décision dans un délai de cinq jours si, lors du dépôt de la requête, la mesure contestée n'a pas cessé. Dans les autres cas, la commission rend son préavis dans les quatre mois qui suivent le dépôt de la requête.

⁶ Les décisions prises par les Commissions d'examen des plaintes en application de l'article 15d, alinéa 4, lettre d sont susceptibles d'un recours devant la Cour de droit administratif et public du Tribunal cantonal.

⁷ La procédure devant le médiateur et les Commissions d'examen des plaintes doit être simple, rapide et gratuite.

Projet

Art. 15c Procédure

¹ Sans changement.

² Lorsqu'une plainte est présentée directement à la Commission d'examen des plaintes sans que le médiateur n'ait été préalablement saisi, la commission informe le plaignant qu'il a le droit de tenter une conciliation devant le médiateur. Si le plaignant s'y refuse, la commission se saisit de la plainte et la traite.

³ Le droit de saisir le médiateur se prescrit par cinq ans dès la survenance des faits reprochés.

⁴ Sans changement.

⁵ Dans le cas de l'article 15d, alinéa 4, lettre d, la Commission d'examen des plaintes rend sa décision dans un délai de cinq jours si, lors du dépôt de la requête, la mesure contestée n'a pas cessé. Dans les autres cas, elle rend sa décision ou son préavis dans les six mois qui suivent le dépôt de la requête.

⁶ Les décisions prises par la Commission d'examen des plaintes sont susceptibles d'un recours administratif auprès du département.

⁷ La procédure devant le médiateur et la Commission d'examen des plaintes doit être simple, rapide et gratuite.

Texte actuel

Art. 15d Commissions d'examen des plaintes, missions

¹ Il est institué une Commission d'examen des plaintes des patients et une Commission d'examen des plaintes des résidents ou usagers d'EMS, de divisions C d'hôpitaux et d'établissements socio-éducatifs définis dans la LAIH (ci-après : les Commissions d'examen des plaintes des patients et des résidents).

² La Commission d'examen des plaintes des patients a pour mission d'assurer le respect des droits des patients consacrés par la présente loi et de traiter les plaintes relatives à la prise en charge par les professionnels de la santé et les institutions sanitaires, touchant aux violations des droits de la personne.

³ La Commission d'examen des plaintes des résidents a la même mission pour les résidents d'EMS et de divisions C d'hôpitaux.

⁴ Sous réserve des compétences de l'autre commission, chacune exerce, d'office ou sur requête, les attributions suivantes :

- a. elle instruit les plaintes citées aux alinéas 2 et 3 ci-dessus et, dans la mesure du possible, tente la conciliation entre les parties ;
- b. elle peut demander aux professionnels de la santé et aux établissements sanitaires toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche ;
- c. elle transmet au chef du département son préavis sur les mesures à prendre ainsi que ses éventuelles recommandations ;
- d. elle peut ordonner la cessation des violations caractérisées des droits que la LSP reconnaît aux patients et résidents, en particulier en matière de contrainte (art. 23b à 23e LSP) ;
- e. elle exerce en outre les tâches qui lui sont attribuées par la

Projet

Art. 15d Commission d'examen des plaintes, missions

¹ Il est institué une Commission d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs définis par la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées ^A(ci-après : la Commission d'examen des plaintes).

² La Commission d'examen des plaintes a pour mission d'assurer le respect des droits des patients et des résidents consacrés par la présente loi et de traiter les plaintes relatives à la prise en charge par les professionnels de la santé ainsi que par les établissements ou institutions sanitaires touchant aux violations des droits de la personne.

³ Abrogé.

⁴ La Commission d'examen des plaintes exerce, d'office ou sur requête, les attributions suivantes :

- a. elle instruit les plaintes et, dans la mesure du possible, tente la conciliation entre les parties ;
- b. elle peut demander aux professionnels de la santé et aux établissements et institutions sanitaires toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche et accéder au dossier faisant l'objet de la plainte, sans que 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 ;
- c. elle décide des mesures à prendre en application de l'article 191 al. 1 lit. a à c de la présente loi ;
- d. sans changement.
- e. elle transmet son préavis au chef du département lorsque la mesure à prendre vise l'article 191 al. 1 lit. d à f.

Texte actuel
présente loi.

⁵ La Commission d'examen des plaintes des résidents exerce également les compétences que lui attribue la LAIH.

⁶ Lorsque des faits graves sont allégués qui pourraient justifier la prise de mesures provisionnelles par le département (art. 191a LSP), ce dernier est immédiatement informé du dépôt de la plainte.

⁷ Les compétences de l'autorité de protection de l'adulte liées aux articles 20, 20a et 23d sont réservées.

Projet
f. elle peut émettre des recommandations à l'attention du chef du département.

^{4bis} La Commission transmet au département copie de toute plainte déposée ainsi que des décisions prises sur la base de l'alinéa 4, lit. c et d ci-dessus.

⁵ La Commission d'examen des plaintes exerce également les compétences que lui attribue la LAIH.

⁶ Abrogé.

⁷ Sans changement.

Texte actuel

Art. 15e Composition

¹ La Commission d'examen des plaintes des patients est composée de treize membres, à savoir :

- deux juristes, dont un qui la préside ;
- deux représentants d'associations de patients ;
- deux médecins, dont un psychiatre ;
- deux infirmiers ;
- deux représentants du domaine social ou éthique ;
- un responsable administratif d'un établissement sanitaire ;
- un représentant d'une association du personnel ;
- un membre choisi en dehors des milieux de la santé.

² La Commission d'examen des plaintes des résidents est composée de treize membres, à savoir :

- deux juristes, dont un qui la préside ;
- deux représentants d'associations d'usagers ;
- deux médecins dont un psychiatre ;
- un infirmier pour les établissements sanitaires ;
- un éducateur pour les établissements socio-éducatifs ;
- un représentant du domaine social ou éthique ;
- un représentant de la direction d'un établissement sanitaire ;
- un représentant de la direction d'une institution

Projet

Art. 15e Composition

¹ La Commission d'examen des plaintes est composée de dix-sept membres, à savoir :

- a) deux juristes, dont un président et un vice-président ;
- b) un représentant d'associations de patients
- c) un représentant d'associations de résidents
- d) un représentant d'associations d'usagers
- e) deux médecins, dont un psychiatre
- f) deux infirmiers
- g) deux éducateurs
- h) un représentant du domaine social ou éthique
- i) un représentant de la direction d'un établissement hospitalier
- j) un représentant de la direction d'un établissement médico-social
- k) un représentant de la direction d'une institution socio-éducative
- l) un représentant d'une association du personnel du domaine de la santé
- m) un représentant d'une association du personnel du domaine du social

² La Commission d'examen des plaintes dispose d'un secrétariat et d'un greffier engagés par le Service de la santé publique, sur préavis de la Commission.

Texte actuel

- socio-éducative ;
- deux représentants d'associations du personnel.

Art. 15f Désignation

¹ Le Conseil d'Etat désigne les membres des Commissions d'examen des plaintes.

² Leur mandat est valable pour une législature ; il est renouvelable deux fois. Les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et lors de la reconduction.

³ Les collaborateurs des services en charge de la santé publique, des assurances sociales et de la prévoyance sociale ne peuvent faire partie des Commissions d'examen des plaintes. Ils peuvent toutefois être invités à leurs séances.

Art. 15g Organisation

¹ Les Commissions d'examen des plaintes peuvent fonctionner par délégation. Leur président décide de la composition de la délégation en fonction des circonstances.

² Elles peuvent faire appel à des experts notamment lorsque la profession concernée n'est pas représentée dans la Commission et procéder à toutes les auditions nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

³ Les Commissions d'examen des plaintes délibèrent valablement si cinq de leurs membres sont présents. Lorsqu'elles statuent sur une requête concernant une mesure de contrainte, les commissions siègent à trois membres.

Projet

Art. 15f Désignation

¹ Le Conseil d'Etat désigne les membres de la Commission d'examen des plaintes.

² Les membres de la commission sont désignés pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable deux fois. Les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et de la reconduction.

³ Les collaborateurs des services en charge de la santé publique, des assurances sociales et de la prévoyance sociale ne peuvent être membres de la Commission d'examen des plaintes. Ils peuvent toutefois être invités à ses séances.

Art. 15g Organisation

¹ La Commission d'examen des plaintes peut constituer des sous-commissions d'au minimum cinq membres, représentatifs du domaine concerné. Elle définit leurs tâches et nomme leur président sous réserve de l'alinéa 3ter.

² La commission ou la sous-commission peut faire appel à des experts notamment lorsque la profession concernée n'est pas représentée dans la Commission et procéder à toutes les auditions nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

³ La Commission d'examen des plaintes peut valablement désigner une sous-commission, prendre des décisions ou rendre des préavis lorsqu'elle est composée d'au moins huit membres, sous réserve de l'alinéa 3ter. 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.

Texte actuel

⁴ Les Commissions établissent annuellement un rapport d'activité qui est public.

⁵ Les autres règles d'organisation sont fixées par le Conseil d'Etat.

Art. 15h Financement

¹ Le financement du Bureau de la médiation et des Commissions d'examen des plaintes est assuré par l'Etat.

Art. 18a Secret

¹ Les membres des commissions prévues par la présente loi sont soumis au secret de fonction. A ce titre, il leur est interdit de divulguer des faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur fonction et qui doivent rester secrets en raison de leur nature, des circonstances ou d'instructions spéciales. Dans les mêmes limites, il leur est également interdit de communiquer à des tiers ou de conserver par devers eux, en original ou en copie, des documents établis par eux ou par d'autres. Ces obligations subsistent après la cessation de leur fonction. Le non-respect de ces obligations tombe sous le coup des articles y relatifs du Code pénal .

² Les personnes invitées à participer aux séances le sont également. Leur attention sera attirée sur cette obligation.

Projet

^{3bis} La Commission d'examen des plaintes et les sous-commissions peuvent rendre des décisions ou des préavis par voie de circulation. Dans ce cas, un membre peut demander au président une délibération au cours d'une séance de la Commission d'examen des plaintes ou d'une sous-commission

^{3ter} Dans les cas d'urgence (art. 15d al. 4 lit. d) ou lorsqu'elle décide de mesures provisionnelles, une sous-commission, composée du président de la Commission d'examen des plaintes et d'au moins deux membres choisis par lui statue.

⁴ La Commission d'examen des plaintes adresse annuellement un rapport d'activité au département. Ce rapport est public.

⁵ Sans changement.

Art. 15h Financement

¹ Le financement du Bureau de la médiation et de la Commission d'examen des plaintes est assuré par l'Etat.

Art. 18a Secret

¹ Les membres des commissions et du Bureau de la médiation prévus par la présente loi sont soumis au secret de fonction. A ce titre, il leur est interdit de divulguer des faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur fonction et qui doivent rester secrets en raison de leur nature, des circonstances ou d'instructions spéciales. Dans les mêmes limites, il leur est également interdit de communiquer à des tiers ou de conserver par devers eux, en original ou en copie, des documents établis par eux ou par d'autres. Ces obligations subsistent après la cessation de leur fonction. Le non-respect de ces obligations tombe sous le coup des articles y relatifs du Code pénal ^A.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 23e Procédure en cas de contestation

¹ La personne concernée, son représentant, ses proches ou un accompagnant peuvent en appeler à la commission d'examen des plaintes compétente contre la mesure limitant la liberté de mouvement, conformément à l'article 15d.

² Lorsque la mesure concerne une personne incapable de discernement en EMS ou divisions C d'hôpitaux, les personnes indiquées à l'alinéa précédent doivent s'adresser à l'autorité de protection de l'adulte.

³ Le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs peut être sollicité au préalable dans tous les cas.

⁴ L'autorité de surveillance au sens de l'article 151 LSP est informée du dépôt de la requête ainsi que de la décision rendue. S'il s'agit d'un détenu, le Médecin cantonal en est informé.

Art. 75 Autorisation de pratiquer à titre indépendant

¹ L'exercice d'une profession de la santé à titre indépendant est soumis à autorisation du département qui fixe la procédure.

³ L'autorisation de pratiquer est accordée au requérant à condition qu'il :

- a. soit titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord

Projet

Art. 23e Procédure en cas de contestation

¹ La personne concernée, son représentant, ses proches ou un accompagnant peuvent en appeler à la Commission d'examen des plaintes contre la mesure limitant la liberté de mouvement, conformément à l'article 15d.

² Sans changement.

³ Le médiateur peut être sollicité au préalable dans tous les cas.

⁴ Sans changement.

Art. 75 Autorisation de pratiquer à titre indépendant

¹ Sans changement.

^{2bis} Le département examine les demandes d'autorisation de pratiquer la profession de médecin à titre indépendant en étroite collaboration avec l'association professionnelle cantonale qui se détermine en particulier sur le parcours professionnel du requérant, notamment en lien avec le système de santé fédéral et vaudois, ainsi que sur son projet professionnel. Selon le résultat de cet examen, il peut assortir l'autorisation de pratiquer de recommandations.

³ Sans changement.

Texte actuel

intercantonal ;

- b. ait l'exercice des droits civils ;
- c. n'ait pas été condamné pour un crime ou un délit incompatible avec l'exercice de la profession ;
- d. se trouve dans un état physique et psychique qui lui permet d'exercer sa profession ;
- e. conclue une assurance responsabilité civile couvrant son activité.

⁴ Les articles 120, 122b, 122f, 135, 141 et 153a sont réservés.

⁵ L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquement à ses devoirs professionnels.

⁶ Le requérant au bénéfice d'une autorisation de pratiquer la même profession dans un autre canton bénéficie d'une procédure simplifiée selon les conditions fixées par le département.

⁷ Les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès du département et produire leurs diplômes.

⁸ La loi fédérale sur les professions médicales est réservée.

⁹ On entend par exercice à titre indépendant une activité non salariée, rémunérée par des honoraires.

Projet

⁴ Sans changement.

⁵ Sans changement.

⁶ Sans changement.

⁷ Les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès de l'autorité compétente.

⁸ Sans changement.

⁹ Sans changement.

Texte actuel

Art. 76 Pratique à titre dépendant

¹ L'autorisation de pratiquer n'est pas requise pour l'exercice à titre dépendant d'une profession médicale lorsque le professionnel est titulaire du diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent. S'il s'agit d'un médecin ou d'un chiropraticien, titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il doit exercer sous la surveillance directe d'un professionnel de la santé autorisé à pratiquer dans la même discipline. Les dispositions relatives aux nombres d'assistants par médecin s'appliquent par analogie.

² L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation lorsque le professionnel est titulaire d'un titre admis au niveau fédéral, intercantonal ou cantonal.

³ En dérogation aux alinéas précédents, l'exercice d'une profession de la santé à titre dépendant est toutefois soumis à autorisation lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon

Projet

Art. 75a Autorisation de pratiquer pour les titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat tiers

¹ Dans des communes où l'offre de soins médicaux est insuffisante selon les critères fixés par le département, ce dernier peut délivrer une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant aux titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de traité sur la reconnaissance réciproque des diplômes. Le professionnel doit être titulaire d'un diplôme ou d'un titre postgrade équivalent à un diplôme ou à un titre postgrade fédéral et disposer de connaissances suffisantes du français.

² Pour le surplus, le requérant doit remplir les conditions prévues par l'article 75.

Art. 76 Pratique à titre dépendant

¹ L'exercice de la profession de médecin à titre dépendant est soumis à autorisation du département. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Lorsque le médecin est titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il ne peut exercer que sous la surveillance directe d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline.

² Les médecins titulaires du seul diplôme fédéral ou d'un titre équivalent sont dispensés de l'autorisation lorsqu'ils suivent une formation postgrade au sens de l'art. 25 de la loi sur les professions médicales. Ils doivent pratiquer sous la surveillance directe d'un médecin au bénéfice d'une autorisation de pratique dans la même discipline.

³ L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation lorsque le professionnel est titulaire d'un titre admis au niveau fédéral, intercantonal ou cantonal.

Texte actuel

professionnellement indépendante, en particulier dans un cabinet individuel ou de groupe. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie.

⁴ Le département renseigne les employeurs sur l'appréciation des diplômes ainsi que sur les cas d'interdiction dont il a connaissance.

⁵ Les articles 86 et 93 sont réservés.

Projet

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.

⁴ Sans changement.

⁵ Sans changement.

Art. 76a Limitation de la pratique à titre dépendant

¹ Sur préavis de l'association professionnelle cantonale, le département peut décider, pour une durée maximale de trois ans renouvelable, de limiter par spécialité et/ou par région le nombre des médecins autorisés à pratiquer à titre dépendant au sens de l'art. 76, al. 1. Les médecins employés par des établissements hospitaliers admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas concernés dans la mesure des missions médicales et des types de mandat reconnus par le droit cantonal. Le département peut subordonner l'autorisation de pratiquer à des conditions, en particulier la limiter à une région ou à une spécialité.

Art. 78a Formation continue

(nouveau)

Les professionnels de la santé doivent suivre une formation continue afin de mettre à jour les connaissances et les compétences nécessaires au bon exercice de leur profession.

² Le Conseil d'Etat définit le minimum exigé en la matière, notamment s'agissant des connaissances du système de santé vaudois. Il peut confier l'organisation de la formation aux associations et organisations professionnelles.

Texte actuel

Art. 91a Devoir de participer au service de garde

¹ Les membres des professions médicales sont astreints à participer aux dispositifs de garde établis dans le canton.

Projet

Art. 91a Devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence

¹ Les membres des professions médicales doivent participer aux dispositifs de garde et d'urgence établis dans le canton.

² Pour les médecins, le dispositif de garde est constitué par la garde de premier recours et la garde de spécialité. Il peut être étendu à la garde médicale des hôpitaux et cliniques qui offrent des services d'urgence ou de soins intensifs et qui ont la mission de garantir les besoins en soins de la population en tout temps, conformément à l'art. 91b ci-après.

³ 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. Les personnes au bénéfice d'une dispense sont tenues de verser une taxe de compensation forfaitaire dont le montant n'excède pas 20'000 francs par an. La situation est réexaminée si le motif de dispense devient caduc.

⁴ Sur demande motivée, un membre d'une profession médicale dispensé de l'obligation peut être exceptionnellement exonéré du paiement de la taxe s'il démontre que son incapacité de travail n'est pas temporaire et qu'aucune obligation alternative ne peut raisonnablement lui être imposée.

⁵ Le département peut déléguer par convention l'organisation des dispositifs de garde et d'urgence et l'exécution des obligations y relatives à une association professionnelle. Dans un règlement soumis à l'approbation du département, l'association professionnelle fixe notamment les motifs de dispense, la procédure d'examen des demandes de dispense comprenant une voie de recours interne et le montant de la taxe d'exemption. Elle conserve le produit de la taxe qui est comptabilisé de manière distincte et affecté exclusivement à l'exécution des tâches confiées par la présente disposition.

Texte actuel

Projet

⁶ Par convention, l'Etat peut accorder à l'association professionnelle délégataire une subvention destinée à financer la rémunération des professionnels de la santé astreints à un dispositif de garde et d'urgence.

⁷ Les décisions sur recours rendues par une association professionnelle sur les dispenses de l'obligation de participer au dispositif de garde et sur le paiement de la taxe de compensation peuvent faire l'objet d'un recours au département. Les membres des professions médicales qui ne respectent pas leur obligation de participer au dispositif de garde sont dénoncés au département.

⁸ Si aucune convention n'est signée ou si une association professionnelle ne met pas en place des mesures suffisantes, le département peut prendre directement les mesures d'organisation et veiller à leur exécution.

Art. 91b Garde médicale des hôpitaux et cliniques

¹ L'organisation du dispositif de garde des hôpitaux et cliniques défini à l'art. 91a, alinéa 2, fait l'objet d'une convention particulière entre le département et l'association professionnelle cantonale des médecins. Cette dernière règle les modalités d'application avec les associations représentatives des hôpitaux et des cliniques.

² A défaut d'une convention entre le département et l'association professionnelle cantonale des médecins et après avoir entendu les intéressés, le département peut fixer les modalités pour une durée déterminée de 3 mois, renouvelable une fois, lorsqu'il estime qu'une situation de pénurie de médecins hospitaliers présente un risque pour la sécurité et la continuité de la mission d'un hôpital.

³ Pour le surplus, les dispositions de l'art. 91a, alinéas 3, 4, 6 et 7 s'appliquent.

Texte actuel

Art. 97 Institution de soins ambulatoires

¹ Les institutions de soins ambulatoires sont des institutions où sont dispensés des soins médicaux par des médecins exerçant à titre dépendant.

² Ils sont assimilés à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152 LSP.

³ Si l'institution compte trois médecins ou moins autorisés à pratiquer à titre dépendant, ils sont assimilés à un cabinet de groupe. Ils peuvent s'adjoindre un médecin diplômé ou un assistant.

⁴ Le département émet des directives d'application de l'alinéa 3 en collaboration avec les associations professionnelles concernées.

⁵ L'article 76 est réservé.

Art. 105 Institutions de soins dentaires ambulatoires

¹ Les institutions de soins dentaires ambulatoires sont des institutions où sont dispensés des soins médico-dentaires par des médecins-dentistes exerçant à titre dépendant.

² Ils sont assimilés à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152.

³ Si l'institution compte trois médecins-dentistes ou moins autorisés à pratiquer à titre dépendant, ils sont assimilés à un cabinet de groupe.

⁴ Le département émet des directives d'application de l'alinéa 3 en collaboration avec les associations professionnelles concernées.

Projet

Art. 97 Institution de soins ambulatoires

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Après consultation des associations professionnelles concernées, le département peut assimiler des cabinets de groupe au sens de l'alinéa 3 ci-dessus ou des cabinets de groupes au sens de l'article 96 à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152, notamment s'ils pratiquent des interventions sensibles ou si d'autres spécialistes ou professionnels de la santé déploient leur activité au sein de la même structure.

⁵ Sans changement.

Art. 105 Institutions de soins dentaires ambulatoires

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Après consultation des associations professionnelles concernées, le département peut assimiler des cabinets de groupe au sens de

Texte actuel

⁵ L'article 76 est réservé.

Art. 111 b) Incompatibilité

¹ Sauf les cas prévus aux articles 176 et 177, l'exercice simultané de la pharmacie et d'une autre profession médicale est interdit.

Projet

l'alinéa 3 ci-dessus ou des cabinets de groupe au sens de l'article 96 à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152, notamment s'ils pratiquent des interventions sensibles ou si d'autres spécialistes ou professionnels de la santé déploient leur activité au sein de la même structure.

⁵ Sans changement.

Art. 111 b) Incompatibilité et collaboration

¹ Sauf les cas prévus aux articles 176 et 177, l'exercice simultané de la pharmacie et d'une autre profession médicale est interdit, sous réserve de l'alinéa 3.

² Le département encourage la collaboration entre médecins et pharmaciens en soutenant la création de cercles de qualité.

³ Avec l'accord des associations professionnelles cantonales de médecins et de pharmaciens, le département peut autoriser les médecins et les pharmaciens d'une même région à exercer des compétences supplémentaires dans les limites du droit fédéral.

Texte actuel

Art. 147 Conditions

¹ Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que :

- a. l'établissement est dirigé par un responsable d'exploitation répondant aux conditions énumérées à l'article 148 de la présente loi ;
- b. l'établissement dispose d'un responsable médical (art. 149a) voire d'un responsable infirmier (art. 149b), ainsi que du personnel qualifié en nombre suffisant ;
- c. son organisation est adéquate et respecte les droits des patients au sens de la présente loi ;
- d. la localisation de l'établissement, ses accès sont adéquats et son environnement ne présente pas d'inconvénient au sens de la présente loi ;
- e. l'établissement dispose des locaux et de l'équipement nécessaire répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients ;
- f. l'établissement répond aux exigences de prévention et de lutte contre l'incendie et les éléments naturels ;
- g. une assurance responsabilité civile couvre ses activités.

² Le requérant qui répond aux conditions susmentionnées reçoit une autorisation d'exploiter un établissement sanitaire de la part du département.

³ Le Conseil d'Etat règle les conditions d'octroi et d'exercice de l'autorisation.

Projet

Art. 147 Conditions

¹ Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que:

let. a et b : sans changement.

b bis (*nouveau*) dans la mesure où il est autorisé à exploiter des services d'urgence ou de soins intensifs, l'établissement dispose d'un service de garde médicale adapté aux soins qu'il dispense et conforme aux exigences prévues par le règlement, en particulier d'un service apte à assurer une garde médicale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sous la responsabilité d'un médecin-chef ;

let. c à g : sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

Texte actuel

Art. 183a Service de garde

¹ Le département vérifie qu'une garde assurée par les professions médicales est mise en place. Il peut en confier l'organisation à des instances privées.

Art. 191 Sanctions administratives

¹ Lorsqu'une personne n'observe pas la présente loi ou ses dispositions d'application, lorsqu'elle a fait l'objet d'une condamnation pour un crime ou un délit, lorsqu'elle est convaincue d'immoralité ou de procédés frauduleux ou lorsqu'elle fait preuve dans l'exercice de sa profession de négligence, de résistance aux ordres de l'autorité ou d'incapacité, le département peut lui infliger les sanctions administratives suivantes :

- a. l'avertissement ;
- b. le blâme ;
- c. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- ;
- d. la mise en place de conditions, la limitation, la suspension, le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation de pratiquer, d'exploiter ou de diriger ou encore le retrait de la qualité de responsable.
- e. la fermeture des locaux ;
- f. l'interdiction de pratiquer.

² Ces sanctions peuvent être cumulées.

³ Sauf dans les cas où un avertissement est prononcé, le département peut publier la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire.

⁴ Le droit fédéral est réservé.

Projet

Art. 183a Service de garde

¹ Abrogé.

Art. 191 Sanctions administratives

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Les compétences de la Commission d'examen des plaintes, figurant à l'article 15d al. 4 lit c de la présente loi sont réservées.

Texte actuel

Projet

Art. 199a Dispositions transitoires de la loi du [date d'adoption] 2012

¹ Dans un délai de trois mois dès l'entrée en vigueur de la loi du [*date d'adoption de la présente loi*], le département informe les institutions de soins ambulatoires et les institutions de soins dentaires ambulatoires qui sont assimilées à des établissements sanitaires en application des articles 97, al.4 et 105, al.4. Ces institutions ont un délai d'un an dès la communication du département pour satisfaire aux conditions d'obtention de l'autorisation d'exploiter.

Art. 2

¹ 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 27 novembre 2013.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi sur les mesures d'aide et d'intégration
pour personnes handicapées (LAIH) du 10 février 2004

du 27 novembre 2013

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

¹ La loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) du 10 février 2004 est modifiée comme suit :

Texte actuel

SECTION III *BUREAU DE LA MÉDIATION ET COMMISSION
D'EXAMEN DES PLAINTES DES RÉSIDENTS*

Art. 6j **Le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs**

¹ Le Bureau cantonal de la médiation des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : le Bureau de la médiation) est compétent pour :

- a. informer les personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées en établissement socio-éducatif (ci-après : les personnes placées) des droits que leur consacre la LAIH ;
- b. participer à l'information et à la promotion des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées consacrés par la LAIH auprès des personnes concernées ;
- c. traiter de toute plainte relative à une violation des droits des personnes placées consacrés par la LAIH. Le médiateur peut recourir à tout moyen qui lui semble raisonnablement utile à résoudre le différend qui sépare les intéressés et pour les concilier ;
- d. établir annuellement un rapport d'activité, qui est public.

² Les autres règles sont fixées aux articles 15a et suivants LSP , et s'appliquent par analogie.

Projet

SECTION III *BUREAU DE LA MÉDIATION ET COMMISSION
D'EXAMEN DES PLAINTES*

Art. 6j **Bureau cantonal de la médiation santé–handicap (Bureau de la médiation)**

¹ Le Bureau de la médiation est compétent pour :

- a) informer les personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées en établissement socio-éducatif (ci-après : les personnes placées) des droits que leur consacre la LAIH ;
- b) participer à l'information et à la promotion des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées consacrés par la LAIH auprès des personnes concernées ;
- c) traiter de toute plainte relative à une violation des droits des personnes placées consacrés par la LAIH. Le médiateur peut recourir à tout moyen qui lui semble raisonnablement utile à résoudre le différend qui sépare les intéressés et pour les concilier ;
- d) établir annuellement un rapport d'activité pour le département ; ce rapport est public.

^{1bis} Lorsque des faits graves sont allégués qui pourraient avoir un impact sur l'organisation d'un établissement, le médiateur peut en informer le département sans que le secret de fonction ne lui soit opposable. Pour le surplus, il est indépendant du département.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 6k La Commission d'examen des plaintes des résidents ou usagers d'EMS, de divisions C d'hôpitaux et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : la Commission d'examen des plaintes des résidents)

¹ La Commission d'examen des plaintes des résidents est compétente pour exercer, d'office ou sur requête, les attributions suivantes :

- a. assurer le respect des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées en établissement socio-éducatif défini par la LAIH, consacrés par la présente loi ;
- b. traiter les plaintes et dénonciations relatives à leur prise en charge par les professionnels des structures d'accueil touchant aux violations des droits de la personne ;
- c. dans la mesure du possible, tenter la conciliation entre les parties ;
- d. demander aux professionnels des établissements sanitaires ou socio-éducatifs concernés toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche ;
- e. transmettre au département son préavis sur les mesures à prendre, ainsi que ses éventuelles recommandations ;
- f. ordonner la cessation des violations caractérisées des droits que la LAIH reconnaît aux résidents, notamment en matière de contrainte ;
- g. exercer en outre les tâches qui lui sont attribuées par la présente loi ;
- h. aviser immédiatement le département lorsque des événements graves, pouvant justifier une mesure provisionnelle, sont dénoncés, (art. 24 c LAIH).

Projet

Art. 6k La Commission d'examen des plaintes

¹ La Commission d'examen des plaintes est compétente pour exercer, d'office ou sur requête, les attributions suivantes :

- a) assurer le respect des droits des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales placées en établissement socio-éducatif défini par la LAIH, consacrés par la présente loi
- b) traiter les plaintes et dénonciations relatives à leur prise en charge par les professionnels des établissements socio-éducatifs touchant aux violations des droits de la personne ;
- c) dans la mesure du possible, tenter la conciliation entre les parties ;
- d) 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 ;
- e) décider des mesures à prendre en application des articles 55 al. 1 lettre a et 55a ;
- f) transmettre son préavis au département lorsque la mesure à prendre vise les articles 55 al. 1 lettre b et 57 ;
- g) ordonner la cessation des violations caractérisées des droits que la LAIH reconnaît aux résidents, notamment en matière de contrainte ;
- h) exercer en outre les tâches qui lui sont attribuées par la présente loi ;
- i) émettre des recommandations à l'attention du département.

^{1bis} La Commission transmet au département copie de toute plainte déposée

Texte actuel

² Les autres règles sont fixées aux articles 15a et suivants LSP , et s'appliquent par analogie.

Projet

ainsi que des décisions prises sur la base de l'alinéa 1, lettres e et g.

² Sans changement.

Art. 2

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 27 novembre 2013.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean