

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Exposé des motifs et projet de décret sur le développement d'outils et de processus
favorisant la continuité et la coordination des soins**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie les 5 et 30 septembre 2016.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Céline Ehrwein Nihan, Véronique Hurni, Lena Lio, Catherine Roulet (en remplacement de Céline Ehrwein Nihan le 05.09.2016), Muriel Thalmann (en remplacement de Filip Uffer le 05.09.2016), Annick Vuarnoz. MM. Alain Bovay, Fabien Deillon, Michel Desmeules, Pierre Grandjean, Axel Marion, Werner Riesen, Filip Uffer, Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin.

Excusé-e-s : Mme Céline Ehrwein Nihan (le 05.09.2016). M. Filip Uffer (le 05.09.2016).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Stéphanie Monod, Cheffe du Service de la santé publique (SSP) (le 05.09.2016), Chantal Grandchamp, Cheffe de service adjointe, SSP. MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Fabrice Ghelfi, Chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) (le 05.09.2016), Marc Weber, Adjoint santé, Coordination surveillance sanitaire et sociale, Patrick Beetschen, Responsable Stratégie et politiques de santé, SSP (le 30.09.2016), Jean-Christophe Bessaud, Système d'information en santé, SSP.

2. PRESENTATION DE L'EMPD – POSITION DU CONSEIL D'ETAT

D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans le canton de Vaud devrait doubler. Leur nombre va passer de 58'000 aujourd'hui à près de 100'000 en 2035 (prévision STATVD). Ce vieillissement démographique est la conséquence d'importants progrès sociaux et médicaux. Il représente toutefois un défi considérable, notamment dans les domaines de la santé et du social.

Ce phénomène va générer un doublement du nombre de malades souffrant de problèmes cardio-vasculaires, de cancers, de problèmes respiratoires ou de démences d'ici 2040. Le nombre de personnes qui auront besoin d'une aide spécifique pour réaliser des tâches de la vie quotidienne va aussi augmenter significativement.

Ce changement de paradigme va impacter fortement notre système de soins et les coûts de la santé.

Un projet de réforme structurelle portant sur l'organisation du système de santé, sa gouvernance et son financement, dans le but de renforcer l'efficacité du dispositif sanitaire a donc été imaginé par le DSAS et discuté auprès de différents acteurs. L'EMPD 311 visant à développer des outils et des processus communs entre les acteurs du système de santé n'est qu'un des volets de la vaste réforme envisagée par le département.

Les propositions figurant dans le décret s'appuient sur une dynamique déjà bien en place. Ce projet étend la logique des cercles de qualité déjà connue dans les EMS et compte des partenaires qui sont

prêts à agir¹.

Le processus proposé dans cet EMPD permettra de consentir des investissements pour la population qui a le plus besoin de soutien (malades chroniques) et pour laquelle les bénéfices de l'aide apportée se montrent les plus importants. Le système envisagé est aussi l'occasion de fédérer les acteurs autour d'un modèle de dossier électronique du patient (DEP) le plus multidisciplinaire possible, afin d'éviter le développement anarchique d'une multitude de systèmes différents proposant des solutions partielles. La perte de temps et d'argent que représentent l'introduction et la maintenance de systèmes d'information bilatéraux par rapport à un système unique multilatéral est importante. La demande que le Canton prenne la main sur cette question vient précisément du terrain. Les différents prestataires attendent désormais des réponses politiques pour avancer et procéder aux investissements nécessaires.

Les incitatifs financiers proposés dans cet EMPD ont pour objectif de cibler la population pour laquelle la plus-value sera la plus importante et d'encourager les professionnels à y adhérer.

Le projet présenté se borne à fixer les conditions cadre du dossier électronique du patient (DEP), notamment sous l'angle des droits du patient, introduit des incitatifs, sous réserve de l'accord préalable des participants et du respect par ces derniers des conditions définies. Le système envisagé n'instaure aucune obligation ou monopole. Une évaluation est prévue, après les 5 ans de durée de validité du décret, de l'économicité globale du dispositif.

3. DISCUSSION GENERALE

Les informations médicales numériques sont de plus en plus présentes (institutions, cabinets médicaux...). En l'absence de cadre formel pour l'échange ou le partage d'informations entre professionnels de la santé, des solutions spécifiques et non coordonnées se développent, sans que le patient ne soit partie prenante. L'ambition du projet présenté n'est pas que chacun dispose d'un dossier médical sur une carte en sa possession. L'idée est avant tout de favoriser l'échange de données de santé des personnes pour lesquelles un tel échange représente une plus-value en termes de qualité et d'économicité des soins.

Du point de vue de la **protection des données**, le DEP pose exactement les mêmes problèmes que le dossier papier, et l'informatisation offre justement l'occasion de clarifier les droits du patient en la matière, par exemple en prévoyant explicitement une procédure permettant au patient de modifier/radier une indication figurant dans son dossier médical. Le projet vaudois de DEP se trouve parfaitement dans la ligne du projet de loi fédérale : le patient donne le droit d'accès à son DEP à un certain nombre de prestataires qu'il choisit. Le patient peut dès lors exclure spécifiquement un prestataire s'il le souhaite et reste donc maître de son dossier. Il est prévu de fixer trois niveaux de confidentialité : niveaux « administratif, médical et secret ». Enfin, il convient de bien distinguer les dossiers informatisés primaires, tenus par les différents prestataires (établissements sanitaires, médecins en cabinet...), et le DEP qui représente une **extraction de certaines des données** contenues dans les différents dossiers primaires.

Des députés s'inquiètent des **contraintes** que pourrait représenter ce nouvel outil et se demandent si les médecins auront le temps de lire et de nourrir les dossiers électroniques de leurs patients. D'autres commissaires, estiment que le fait de réunir des informations disparates dans un même outil peut au contraire représenter un gain de temps pour le praticien. Le département rappelle que la démarche s'appuie en premier lieu sur les acteurs motivés par l'expérience. Le patient concerné et intéressé à adhérer au projet choisit son médecin de référence (généraliste ou pas) qui, de son côté, accepte ou non de jouer le rôle de référent. Le dispositif relève ainsi d'un régime libre, incitatif et ciblé.

Concernant les **coûts** de la solution envisagée par le Conseil d'Etat, il est précisé que la plate-forme choisie, développée par La Poste en collaboration avec Genève et Vaud, s'élève à CHF 280'000.- en 2016. Les coûts pour la phase de mise en œuvre du « décret » sont en train d'être négociés. Les montants évoqués se situent entre CHF 350'000.- et CHF 500'000.- par an. La différence entre le coût

¹Les cercles de qualité permettent une réduction des risques pour le patient à travers une médication mieux ajustée/contrôlée. Les expériences observées dans les EMS ces dernières années ont permis d'économiser 3,5 millions sur 5 ans.

qui sera finalement arrêté et celui déjà assumé jusqu'ici sera incorporée au budget de l'Etat. De plus, il convient de mettre en relation la dépense consentie avec le gain attendu d'une meilleure prise en charge de patients dont le traitement s'avère particulièrement onéreux.

Pour accompagner la mise en place de la démarche, une "ligne téléphonique" est à disposition des patients qui désirent accéder à leur dossier. En outre, une **formation** est prévue pour les médecins référents et les pharmaciens référents. Le coût de cette formation est compris dans le soutien financier prévu pour les professionnels participant au projet. L'aide financière prévue relève d'une amorce qui n'a pas vocation à durer au-delà de la durée du décret.

Plusieurs cantons ont déjà mis en place un système analogue. Genève a commencé les démarches il y a plus de 10 ans et compte désormais environ 20'000 patients avec dossier électronique. Le Tessin, qui a de même opté pour la plate-forme de La Poste, travaille plus particulièrement sur les filières oncologiques. Argovie a engagé un projet pilote relatif aux demandes de rendez-vous et d'hospitalisation. Le Valais a développé une solution technique propriétaire. Enfin, Fribourg a mené une expérience relative à la dispense des médicaments, expérimentation qui semble n'avoir pas donné entière satisfaction car n'intégrant pas les informations concernant la prescription des médicaments.

Plusieurs commissaires s'accordent à reconnaître que le DEP constitue une **véritable plus-value**, tant pour le praticien (facilitation de la mise à jour des posologies, gain de temps...) que pour le patient en termes de confort (disparition de la nécessité de répéter les mêmes informations à différents intervenants...) ou de sécurité (disparition des erreurs liées à la répétition des mêmes informations ou à une gestion déficiente des diverses pièces du dossier).

Les commissaires rappellent toutefois qu'il est essentiel que l'outil qui sera développé soit **au service des différents utilisateurs et pas l'inverse**. De plus, il importe de ne pas négliger le temps d'implémentation d'un tel outil (au-delà des 5 ans de validité du décret peut-être) et l'importance des efforts d'accompagnement qu'implique une telle implémentation.

Cercle des personnes touchées par le projet

Le projet de décret s'adresse aux patients chroniques et polymorbides, représentant environ 5-10% de la population et engendrant les dépenses de soins les plus élevées (EMPD 311). Aujourd'hui, une prise en charge coordonnée des individus les plus coûteux n'est pas favorisée dans le cadre des modèles alternatifs d'assurance, en raison d'une compensation des risques insuffisante. L'impulsion donnée par l'Etat à travers cet EMPD permettra le développement d'outils et de processus communs favorisant de telles prises en charge ciblant cette population spécifique. Le décret ne concurrence ainsi en aucun cas les modèles alternatifs proposés sur le marché de l'assurance-maladie (EMPD 311).

Au demeurant, il convient que le praticien présente à son patient le DEP/PMP en priorité sous l'angle de l'apport qualitatif qu'il représente en termes de prise en charge, avant d'aborder l'aspect financier (éventuel subside de la quote-part). Pour un commissaire, les incitations à l'attention des prestataires se justifient en particulier pour ceux qui sont peu ou ne sont pas du tout informatisés.

Pour une commissaire, le projet gagnerait à intégrer la population d'une institution, telle que celle de la Fondation de Vernand par exemple, qui prend en charge des personnes avec handicap mental, dont certaines vieillissantes. Le chef du Département estime que cette proposition mérite d'être étudiée.

Incitatifs financiers (articles 9 et 10 du décret)

Suite à la question d'un commissaire, le département détaille le **soutien accordé aux professionnels** (article 9). Pour les médecins : CHF 600.- que le médecin ne touchera pas et qui concernent le coût du DEP mis gratuitement à sa disposition + CHF 600.- pour la participation à 3 cercles de qualité par année + CHF 600.- de forfait par tranche de 10 patients participant au projet, ceci en compensation, essentiellement, des coûts pour le cabinet de démarrage du projet et de double saisie des données. Pour les pharmaciens, il est de même prévu un montant que le pharmacien ne recevra pas et qui concerne la mise à disposition gratuite du plan de médication partagé (PMP), ainsi qu'un montant qui correspond à la rétribution des entretiens de polymédication au moment de l'établissement du plan de traitement et lors des réconciliations médicamenteuses par exemple à la sortie de l'hôpital. Le chef du DSAS insiste sur l'objectif de l'économicité globale du dispositif, tous coûts confondus, et que l'évaluation devra

dûment documenter. Il espère en outre, d'ici à la fin de la validité du décret et compte tenu des faiblesses reconnues du système de tarification, une révision de Tarmed améliorant le soutien aux praticiens qui fournissent des prestations utiles.

Pour un commissaire, le subside de la **quote-part** (article 10) constitue une nouveauté contraire à l'esprit de la LAMal qui s'applique à tous les citoyens, et une nouveauté qui n'améliore en rien la continuité/coordination des soins, qui étend, à un certain coût, le filet social, accroissant de la sorte le nombre des assistés et qui, à ce titre, risque d'ouvrir une brèche indésirable. Ce commissaire s'interroge enfin sur l'opportunité d'imaginer d'autres mesures incitatives pour les patients et sur ce que prévoit en la matière la loi fédérale sur le DEP.

Pour le chef du DSAS :

- il serait inadéquat de faire deux poids deux mesures et de prévoir un incitatif pour les professionnels (les tarifs ne prenant pas suffisamment en compte l'investissement des professionnels dans les nouveaux projets) sans envisager un incitatif pour les patients aussi ;
- l'absence complète d'incitatifs impliquerait une perte quasi totale de substance du décret ;
- les incitatifs de la LAMal (rabais de prime pour participation de l'assuré à un système de *managed care*/réseau de soins, etc.) loupent leur cible puisque les collectifs ainsi constitués sont essentiellement composés de « bien-portants » pour lesquels, par définition puisqu'ils ne consomment pas ou peu de soins, il est difficile de générer des gains d'efficience dans la prise en charge. Quant au rabais de quote-part, il vise bien les personnes qui consomment des soins, les autres n'ayant pas à payer de quote-part ;
- l'impossibilité, en raison de la LAMal, pour les assureurs de proposer des rabais de quote-part érige le décret ici présenté en expérimentation pertinente et le cas vaudois en possible exemple au niveau fédéral en vue d'un éventuel remplacement des rabais de prime par des rabais de quote-part ;
- le décret ne prévoit pas un subside de quote-part pour tous (une telle mesure pouvant être considérée comme un contournement de la LAMal) mais uniquement pour les patients dans la cible et sous condition de ressources. En ce sens, le projet ne relève pas d'une politique sociale généralisée, quand bien même une telle politique pourrait paraître légitime, en particulier dans l'optique d'éliminer les effets de seuil qui subsistent. Si le dispositif devait être pérennisé, le chef du DSAS s'engage à examiner, plutôt qu'une extension généralisée du système, la question de l'égalité de traitement, tant du point de vue des droits que des devoirs, entre les personnes qui bénéficient des régimes sociaux et celles qui en sont exclues de peu. Un tel exercice impliquerait une modification de la loi vaudoise d'application de la LAMal, nécessitant passage au Grand Conseil ;
- les coûts du décret prévus sur 5 ans s'élèvent à un montant de l'ordre de 4,2 millions et font l'objet d'une mesure compensatoire qui représente une économie de l'ordre de 2,5 millions par an soit 12,5 millions sur 5 années. Le bonus de l'opération se monte ainsi à 8,3 millions (12,5 – 4,2).

4. DISCUSSION SUR LE PROJET DE DECRET ET VOTES

4.1. COMMENTAIRES, AMENDEMENTS ET VOTE

ARTICLE 1

L'alinéa 1 est adopté à l'unanimité.

Alinéa 2

Certains députés se demandent si les pathologies chroniques dont il est question sont précisément définies/listées. Le caractère « expérimental » du projet doit nous inciter à ne pas viser trop large et à cibler au mieux le décret sur la population pour qui il s'avère le plus utile.

Ainsi, l'amendement suivant est déposé : « Les projets et actions menés au titre du présent décret visent les personnes souffrant de pathologies chroniques et multiples et présentant des besoins médico-sociaux complexes ».

Le département se rallie à cet amendement qui, dans le cadre d'une phase test, rassure en circonscrivant mieux le cercle des personnes touchées par le projet. Le DSAS rappelle que la validité du décret est limitée à 5 ans et aucune volonté n'existe d'embrigader, à ce stade, l'ensemble de la population du canton.

Dans le but de ne pas décourager de potentiels participants et d'assurer un panel de population suffisamment large et diversifié pour l'expérimentation, un commissaire dépose le sous-amendement suivant : « Les projets et actions menés au titre du présent décret visent les personnes souffrant de pathologies chroniques et multiples ou présentant des besoins médico-sociaux complexes ». Selon ses partisans, cette optique ne cherche nullement à viser l'ensemble de la population du canton. D'autre part, le « ou » (non exclusif dans ce cas) vaut, d'un point de vue juridique, pour un « et/ou ».

Avec ce sous-amendement, le département craint un élargissement trop important de la cible du décret. Le chef du DSAS rappelle qu'il est prévu que le subsidie de la quote-part soit attribué sous condition de ressources, ce qui empêche toute explosion du nombre de bénéficiaires. Pour le reste, le principe du volontariat préside. Le chef du DSAS donne sa préférence au premier amendement déposé.

Par 9 voix contre 5 et 1 abstention, l'amendement est préféré au sous-amendement.

Est adopté, à l'unanimité moins 1 abstention, l'alinéa 2 amendé de la façon suivante : « Les projets et actions menés au titre du présent décret visent les personnes souffrant de pathologies chroniques et multiples et présentant des besoins médico-sociaux complexes ».

L'article 1 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 2

Alinéa 1

Afin de clarifier les différents rôles, l'amendement suivant est déposé : « Le Conseil d'Etat délègue au département en charge de la santé (ci-après : le département) ~~conduit~~ la mise en œuvre du décret en ~~et édicte~~ édictant les dispositions nécessaires à cet égard ».

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

Alinéa 2

Afin d'assurer la cohérence avec l'alinéa 1 modifié, l'amendement suivant est déposé et adopté à l'unanimité moins 1 abstention : « Le département ~~Il~~ définit, en collaboration avec les partenaires [...] ».

Alinéa 3

Dans un esprit de simplification rédactionnelle, l'amendement suivant est déposé : « Le département peut soumettre l'octroi de certaines prestations ~~ainsi que la participation des professionnels et institutions ou des patients à certains projets ou actions au respect de~~ à des conditions particulières ».

Il est précisé qu'en l'absence de prestations octroyées, aucune nécessité/légitimité n'existe de fixer des conditions particulières.

L'amendement est adopté à l'unanimité moins 3 abstentions.

L'alinéa 4 est adopté à l'unanimité.

Alinéa 5

Dans le but de simplifier et d'élargir le sens de la formulation, l'amendement suivant est déposé : « ~~La mise en œuvre du décret s'effectue au niveau régional.~~ Le département peut ~~à cet effet~~ déléguer des tâches à des tiers. Cas échéant, les tâches déléguées font l'objet d'une convention de délégation qui en fixe les éléments essentiels ».

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

L'article 2 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 3

L'article est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 4

Alinéa 1

Pour un commissaire, les notions d'informations compréhensibles fournies au patient et de consentement libre et éclairé du patient, confirmé par écrit par ce dernier, mériteraient de figurer dans le texte.

Le chef du DSAS indique à ce titre que les articles 4 et 6 reprennent très précisément la formulation de la loi fédérale sur le DEP, ceci afin d'éviter tout problème de divergence d'interprétation. « Etre dûment informé » implique en l'occurrence que le patient reçoive une information complète et compréhensible par lui. Sans cela, le patient ne peut librement exprimer sa volonté.

Alinéa 2

Un commissaire s'interroge sur l'opportunité d'obliger les praticiens à soumettre préalablement au patient les données qu'ils envisagent de saisir dans le DEP. Pour le chef du DSAS, cette option n'est pas envisageable, le DEP restant un dossier de professionnels qui doivent pouvoir en assumer le contenu. De plus, le patient peut demander le retrait des informations qu'il juge ne pas devoir figurer. Cette interprétation va d'ailleurs dans le sens des ordonnances fédérales discutées actuellement en la matière.

Alinéa 3

Pour éviter tout risque qu'un patient soit exclu des soins, il est ici rappelé que lorsqu'un patient révoque son consentement au DEP, il n'a pas à en subir de préjudice.

L'article 4 est adopté à l'unanimité moins 1 avis contraire.

ARTICLE 5

Le commentaire en lien avec cet article dit que les données du DEP ne seront pas hébergées par l'Etat mais par un tiers de confiance. Qu'en est-il ?

Le responsable Système d'information en santé indique que la loi fédérale impose un hébergement des données sur sol suisse par des prestataires déployant une activité en Suisse. En l'occurrence, l'hébergement est assuré par La Poste sur sol suisse.

L'article 5 est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 6

Alinéa 7

Afin de préciser la notion jugée vague d'urgence médicale et éviter ainsi des accès inopportuns au DEP, l'amendement suivant est déposé : « En cas d'urgence ~~médicale~~ vitale, les professionnels et institutions sanitaires peuvent accéder aux données [...] ».

A ceux qui estiment que la notion d'urgence vitale ne s'avère guère plus précise que celle d'urgence médicale, l'auteur de l'amendement répond qu'il faut comprendre par urgence vitale les cas où le patient n'est plus en mesure de donner son avis. De plus, l'idée d'intérêt supérieur et immédiat doit présider à l'accès en urgence au DEP.

Le département rappelle à ce titre que l'article reprend telle quelle la formulation de la loi fédérale, et souligne les cautèles fournies par le commentaire associé à l'alinéa 7 : accès uniquement aux données médicales « générales » en cas d'urgence vitale ; pas d'accès en urgence aux informations classifiées comme « stigmatisantes » ou « secrètes » ; notification par la suite au patient de l'activation du mode d'accès en urgence à son DEP. Le chef du DSAS ne s'oppose pas à l'amendement proposé.

Si un patient exclut la possibilité de consultation de son DEP en cas d'urgence, se pose alors la question de la manière dont il convient de prendre en charge ledit patient en cas d'urgence et d'incapacité dudit patient à exprimer son avis.

Pour le département, il revient aux professionnels des soins, DEP ou pas, de prendre des décisions thérapeutiques en fonction de la déontologie de leur métier et des responsabilités que celui-ci impose.

L'amendement est adopté à l'unanimité.

L'article 6 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 7

Face au scepticisme d'un commissaire concernant la collecte statistique en toutes circonstances et son utilité profonde, l'amendement suivant est déposé : « A des ~~fins statistiques et de pilotage de la politique sanitaire, ainsi que pour l'~~ d'évaluation du décret, le département peut utiliser des données [...] ».

Le chef du DSAS se rallie à cet amendement.

Pour un autre commissaire, l'intérêt des statistiques se montre essentiel en vue de comprendre les enjeux pour, ensuite, agir avec pertinence. De plus, les données utilisées seront anonymisées. Un troisième commissaire craint au contraire qu'un patient puisse être reconnu même en l'absence d'identification par son nom. Le chef du DSAS se dit convaincu que, dans le concret, les choses seront menées dans l'esprit du décret et que l'anonymisation évitera que les cas soient reconnaissables. Il n'y a en effet aucun intérêt à ce que les cas soient reconnaissables.

L'amendement est adopté à l'unanimité.

L'article tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 8

L'article est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 9

Afin de fixer avec plus de précision les mesures de soutien aux professionnels, l'amendement suivant est déposé à l'alinéa 1, lettre a : « une indemnisation pour leur participation à des projets ou actions relevant du développement d'outils et de processus communs et visant à améliorer la qualité, la continuité, l'adéquation et l'économicité des soins dans le sens du présent décret ».

L'amendement est adopté à l'unanimité.

L'article 9 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 10

Alinéa 1

L'alinéa est adopté à l'unanimité.

Alinéa 2

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

Alinéa 3

L'alinéa est jugé, dans le fond, redondant avec l'alinéa 2. D'autre part, il ne rappelle pas la portée limitée au décret présenté des mesures de soutien aux patients. Aussi, un amendement consistant à supprimer l'alinéa 3 est déposé.

La suppression de l'alinéa est adoptée à l'unanimité moins 1 abstention.

Alinéa 4

Du fait de la suppression de l'alinéa 3, l'alinéa 4 devient l'alinéa 3.

L'alinéa est adopté à l'unanimité.

L'article 10 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 11

Alinéa 2

Afin de définir plus précisément le cadre temporel de la remise du rapport d'évaluation, l'amendement suivant est déposé : « ~~A la fin de cette période~~ Durant la dernière année du décret, le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil un rapport d'évaluation [...] ».

L'amendement est adopté à l'unanimité.

Alinéa 3 nouveau

Afin d'introduire un droit de recours supplémentaire, l'amendement suivant est déposé (alinéa 3 nouveau) : « Les décisions prises par le département pour la mise en œuvre du décret peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil d'Etat ».

Le chef du DSAS rappelle que toute décision de l'Etat est susceptible de faire l'objet d'un recours auprès de la justice. Prévoir le Conseil d'Etat comme instance de recours avant les autorités judiciaires elles-mêmes recueille toutefois l'assentiment du chef du DSAS.

L'amendement (ajout de l'alinéa 3 nouveau) est adopté à l'unanimité moins 2 abstentions.

L'adoption de cet amendement implique la modification suivante du titre de l'article : « Durée et, évaluation et voie de recours ».

La modification du titre de l'article est adoptée à l'unanimité.

L'article 11 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

ARTICLE 12

L'article est adopté à l'unanimité.

5. VOTE FINAL SUR LE PROJET DE DECRET

Le projet de décret tel que discuté et amendé par la commission est adopté à l'unanimité.

6. ENTREE EN MATIERE SUR LE PROJET DE DECRET

Deux commissaires indiquent soutenir l'entrée en matière uniquement en raison du caractère expérimental du projet, de la durée limitée du décret et de l'existence d'une évaluation de l'économicité du dispositif en fin de période exploratoire.

La commission recommande au Grand Conseil l'entrée en matière sur ce projet de décret à l'unanimité des membres présents.

Yverdon-les-Bains, le 16 novembre 2016.

Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos