

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET

sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins

TABLE DES MATIÈRES

1	ENJEUX ET PERSPECTIVES.....	3
2	DÉVELOPPEMENT D’OUTILS ET DE PROCESSUS FAVORISANT LA CONTINUITÉ ET LA COORDINATION DES SOINS.....	4
2.1	Principes généraux.....	4
2.2	L’échange et le partage sécurisés d’informations électroniques : le dossier électronique du patient (DEP).....	4
2.3	Le langage commun : la suite interRAI.....	8
2.4	Les incitatifs financiers.....	9
2.5	Economicité de la prise en charge.....	11
3	UN EXEMPLE CONCRET DE PROJET LIÉ AU DÉCRET : LE PLAN DE MÉDICATION PARTAGÉ.....	12
4	PROJET DE DÉCRET.....	13
4.1	Résultats de la consultation.....	13
4.2	Projet soumis au Grand Conseil.....	14
4.2.1	<i>Introduction.....</i>	<i>14</i>
4.2.2	<i>Grandes lignes du projet de décret.....</i>	<i>15</i>
5	COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DU PROJET DE DÉCRET.....	16
6	CONSÉQUENCES.....	24
6.1	Constitutionnelles, légales et réglementaires (y. c. eurocompatibilité).....	24
6.2	Financières (budget ordinaire, charges d’intérêt, autres).....	24
6.3	Conséquences en termes de risques et d’incertitudes sur les plans financier et économique.....	26
6.4	Personnel.....	26
6.5	Communes.....	26
6.6	Environnement, développement durable et consommation d’énergie.....	26
6.7	Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	26
6.8	Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales.....	26
6.9	Conformité de l’application de l’article 163 alinéa 2 Cst-VD.....	26
6.10	Découpage territorial (conformité à DecTer).....	27
6.11	Incidences informatiques.....	27
6.12	RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	28
6.13	Simplifications administratives.....	28
6.14	Protection des données.....	28
7	CONCLUSION.....	28

1 ENJEUX ET PERSPECTIVES

La population vaudoise vieillit, avec un rythme qui va fortement s'accélérer ces prochaines années. En 2030 déjà, un vaudois sur cinq sera âgé de plus de 65 ans. Mais c'est surtout l'augmentation du nombre de personnes très âgées qui sera spectaculaire. D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dans le canton de Vaud devrait doubler, c'est-à-dire que leur nombre va passer de **58'000** aujourd'hui à près de **100'000** en 2035 (prévision STATVD selon scénario de base (Tableau T01.04.03-A2016-1)).

Ce changement démographique est la résultante de deux facteurs : d'une part, la constante augmentation de l'espérance de vie qui devrait atteindre les 90 ans pour les femmes en **2045** (prévision OFS selon scénario de référence) et, d'autre part, le vieillissement des " baby-boomers ", ces nombreux bébés nés après-guerre qui atteignent aujourd'hui l'âge de la retraite et qui auront entre 75 et 95 ans en 2040.

Si ce vieillissement démographique est globalement la résultante d'importants progrès sociaux et médicaux, il représente aujourd'hui un défi sociétal considérable, notamment dans les domaines de la santé et du social. Il va en effet engendrer une augmentation considérable de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle (besoin d'aide pour réaliser des tâches de la vie quotidienne). Le nombre de malades souffrant de problèmes cardio-vasculaires, de cancers, de problèmes respiratoires ou de démences va approximativement doubler d'ici 2040. L'OFSP prédit, par exemple, que le nombre de personnes avec démence pourrait passer de quelques 110'000 personnes à près de 300'000 en 2060 (stratégie nationale en matière de démence 2014–2017).

Cette augmentation du nombre de malades chroniques va mettre sous tension notre système de santé aujourd'hui encore calibré pour prendre en charge, de manière épisodique, des maladies aiguës. Ces prochaines décennies, notre système devra de plus en plus répondre aux besoins de malades chroniques, souvent âgés, qui nécessiteront non seulement des soins de longue durée, mais aussi une prise en compte plus importante de leurs besoins sociaux et médico-sociaux.

Ces changements épidémiologiques vont donc impacter fortement l'utilisation du système de soins et les coûts de la santé, dont 80% peuvent être imputés au traitement des maladies chroniques (voir Projet de Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) du Département fédéral de l'intérieur), vont inévitablement augmenter. En termes de planification, si l'utilisation de notre système de soins reste identique, le canton de Vaud devrait mettre en activité plus de **500 lits hospitaliers** (Hypothèse : Taux de recours à l'hospitalisation identique à âge donné) pour les personnes âgées de 80 ans et plus d'ici 2030 et plus de **3'300 lits d'EMS** (hypothèse : scénario de référence) d'ici 2035 pour pouvoir satisfaire les besoins.

Par ailleurs, le baby-boom aura aussi un effet sur la démographie des professions de la santé : le renouvellement des professionnels partant à la retraite nécessitera à la fois de soutenir l'effort en matière de formation, de redéfinir les rôles des professionnels et de recourir à des forces de travail supplémentaires.

Il est donc urgent d'explorer les possibilités de réformes permettant d'appréhender ce défi historique, à la fois sous l'angle des structures et sous l'angle des processus.

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 été présenté aux partenaires dans le cadre d'Assises sur l'aide et les soins dans la communauté le 17 mars 2016. Ce projet fera l'objet d'une loi qui sera mise en consultation à l'automne 2016.

Le Conseil d'Etat présente dès aujourd'hui un EMPD visant à développer des outils et des processus communs entre les acteurs du système de santé afin d'établir un langage commun et partagé par les différents intervenants auprès du patient. Ces éléments sont fondamentaux pour améliorer la prise en

charge des maladies chroniques, pour la continuité et la coordination des soins et participeront à contenir le besoin de lits supplémentaires hospitaliers et d'hébergement.

2 DÉVELOPPEMENT D'OUTILS ET DE PROCESSUS FAVORISANT LA CONTINUITÉ ET LA COORDINATION DES SOINS

2.1 Principes généraux

L'objectif principal du décret soumis au Grand Conseil est de développer des outils et des processus communs, uniformes sur le canton et partagés entre professionnels et institutions sanitaires et médico-sociales, afin de renforcer la continuité et la coordination des soins. La multiplicité des prestataires de soins autour d'un même patient rend aujourd'hui difficile le suivi d'un plan de prise en charge. Chaque prestataire a sa propre vision de prise en charge et celle-ci n'est pas forcément partagée par les autres professionnels. Il s'ensuit des risques pour le patient et une certaine incompréhension de celui-ci.

Le décret inscrit le dossier électronique du patient (DEP) comme un outil à développer de manière prioritaire pour les patients souffrant de pathologies chroniques, en vue de faciliter l'échange et le partage sécurisé d'informations entre les intervenants sous une forme électronique. Il prévoit également le déploiement d'un langage commun par l'adoption d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé, adapté aux différents lieux de prise en charge. En outre, afin d'amorcer ces changements de pratique, le décret prévoit des mesures financières incitatives pour soutenir la participation des professionnels et des patients aux différents projets ou actions de déploiement prévus dans le cadre de ce décret. Le Conseil d'Etat souhaite à cet égard se concentrer sur la population qui bénéficiera le plus d'une coordination des soins renforcée, soit les personnes souffrant de pathologies chroniques.

Au niveau fédéral, la loi sur le dossier électronique du patient (LDEP) a été adoptée et les ordonnances d'application sont actuellement soumises à consultation. Au vu des premières réactions liées à ces ordonnances, le Conseil d'Etat estime que la mise en application de la LDEP va prendre encore du temps. Au demeurant, une fois qu'elle sera en vigueur, cette loi donnera encore aux hôpitaux et aux EMS un délai de trois ans, respectivement de cinq ans, pour rejoindre une communauté et mettre en œuvre le DEP. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat souhaite se doter d'une base légale temporaire, calquée sur la LDEP, par voie de décret, afin de pouvoir poursuivre de manière continue le déploiement du DEP, démarré en mode pilote en 2012 dans notre canton. Une fois la loi fédérale et ses ordonnances entrées en vigueur, il s'agira vraisemblablement de doter le canton de Vaud d'une base légale pérenne par une révision de la loi sur la santé publique.

2.2 L'échange et le partage sécurisés d'informations électroniques : le dossier électronique du patient (DEP)

A l'exception de certains processus administratifs, le secteur de la santé est globalement en retard vis-à-vis d'autres secteurs (industrie, tourisme, recherche,...) concernant les échanges électroniques d'informations : le papier et le fax restent les vecteurs majoritaires alors que le nombre d'intervenants auprès du patient augmente et que les prises en charge se complexifient.

L'usage de dossiers patients informatisés au sein des institutions ou des cabinets médicaux est pourtant en train de devenir la norme, et amène des bénéfices indéniables en termes d'efficacité, à l'intérieur de l'institution ou des cabinets médicaux.

L'information médicale "numérique", toujours plus disponible, est théoriquement prête à être échangée dans de nombreux contextes. Toutefois, en l'absence de cadre formel et de langage commun pour l'échange ou le partage d'informations entre professionnels de santé, se développent aujourd'hui des solutions informatiques spécifiques, des échanges point-à-point coûteux à maintenir, ou des silos

d'informations médicales par pathologie, souvent sans que le patient ne soit partie prenante. De plus, la sécurité des données et le respect de la réglementation en matière de protection des données ne sont parfois pas assurés.

La stratégie eHealth du canton favorise l'échange et le partage sécurisés de l'information entre les acteurs sous forme électronique afin d'assurer une disponibilité rapide et sécurisée des informations utiles à la prise en charge des patients, notamment lors de transition d'un lieu de soins à un autre. Dans ce contexte, une interopérabilité des systèmes d'information devra être mise en place afin de pouvoir garantir un partage d'information tout en permettant à chaque intervenant de pouvoir continuer à travailler dans son environnement informatique habituel.

Tous les partenaires sanitaires, au niveau cantonal comme au niveau fédéral, s'accordent à dire que la mise en œuvre du DEP est un élément essentiel à la coordination des soins. Le DEP contribue à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des traitements médicaux. Ce faisant, la sécurité de l'information et la protection des données constituent une priorité.

Loi fédérale sur le dossier électronique du patient

La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) a été adoptée par le parlement suisse le 19 juin 2015. Le message du Conseil fédéral concernant cette loi fédérale précise les éléments suivants :

Le dossier électronique du patient est au cœur des priorités du Conseil fédéral en matière de politique de la santé, mais aussi de la Stratégie Cybersanté Suisse de 2007. Cet outil permet de rendre accessible à l'ensemble des professionnels de la santé qui prennent part à un traitement les informations pertinentes en l'espèce, en tout temps et en tout lieu. Les patients ont la possibilité d'accéder directement à leurs propres données et de gérer les droits d'accès. Le dossier électronique leur permet en outre de mettre leurs propres informations médicales (par ex., tension artérielle ou journal des douleurs) à la disposition des professionnels de la santé qui les traitent. L'objectif n'est pas de mettre l'ensemble de la documentation assemblée par un professionnel de la santé au sujet d'un patient (dossier médical) à la disposition d'autres professionnels de la santé, mais seulement les parties qui leur sont utiles pour poursuivre le traitement du patient (par ex. lettres de sortie, ordonnances, radiographies, etc.).

Le dossier électronique du patient (DEP), selon l'art. 3 al. 2 de la LDEP, "vise à améliorer la qualité de la prise en charge médicale et des processus thérapeutiques, à augmenter la sécurité des patients, à accroître l'efficacité du système de santé ainsi qu'à encourager le développement des compétences des patients en matière de santé". En permettant au patient de consulter ses données médicales et de déterminer les personnes autorisées à accéder aux données, il lui permet une meilleure intégration au processus de prise en charge et renforce son droit à l'autodétermination (voir art. 13 Cst.) tout en respectant la protection de sa sphère privée.

Cette loi, dont l'entrée en vigueur est prévue courant 2017, est conçue pour assurer l'interopérabilité technique et juridique des différentes solutions amenées à se développer à l'échelle régionale et pour garantir un cadre juridique minimal. Elle introduit la notion de "communautés" de professionnels de la santé qui proposeront un dossier électronique aux patients qui le désirent, tout en imposant un certain nombre d'exigences techniques et organisationnelles qui devront être respectées afin d'être "certifiées" au niveau Suisse.

La LDEP ne prescrit pas de modèle organisationnel et de financement pour ces futures "communautés". Elle imposera, dans un délai de trois ans après son entrée en vigueur, une obligation aux hôpitaux et cliniques inscrits sur la liste LAMal de s'affilier à une communauté, et un délai de cinq ans pour les EMS. En revanche, aucune obligation n'est prévue pour les patients ou les professionnels de la santé du domaine ambulatoire. La loi prévoit en outre, et dans un délai de trois ans, un

financement de départ pour la constitution et la certification des communautés dans les régions. Ce financement est limité à 30 millions de francs pour toute la Suisse et est conditionné à un financement au moins équivalent de la part des cantons ou de tiers.

La LDEP n'attribue pas de rôle aux cantons dans l'émergence des communautés. Lors de l'assemblée plénière de la Conférence des Directeurs de la Santé du 19 novembre 2015, les directeurs de la santé se sont toutefois engagés à créer les conditions cadres pour l'émergence d'au moins une communauté par canton pour permettre aux patients et aux professionnels de leur région de s'y affilier.

Dans cette ligne, le Conseil d'Etat entend prendre un rôle actif pour favoriser et encadrer l'émergence du DEP en ciblant d'abord son utilisation pour des patients souffrant de pathologies chroniques, en incitant la première ligne de soins à l'utiliser et en garantissant le respect du cadre dicté par la future loi fédérale.

Sécurité et protection des données

Pour l'ouverture d'un DEP, le consentement éclairé et écrit du patient est requis. Ce dernier doit être informé de manière approfondie sur le but et l'usage du DEP et notamment les droits d'accès au DEP, les niveaux de confidentialité des données et la possibilité de révocation. Le patient décide et donne les droits d'accès à ses données, il décide également des niveaux de confidentialité. Un professionnel de la santé ne peut ainsi pas accéder au DEP d'un patient sans y être autorisé par ce dernier.

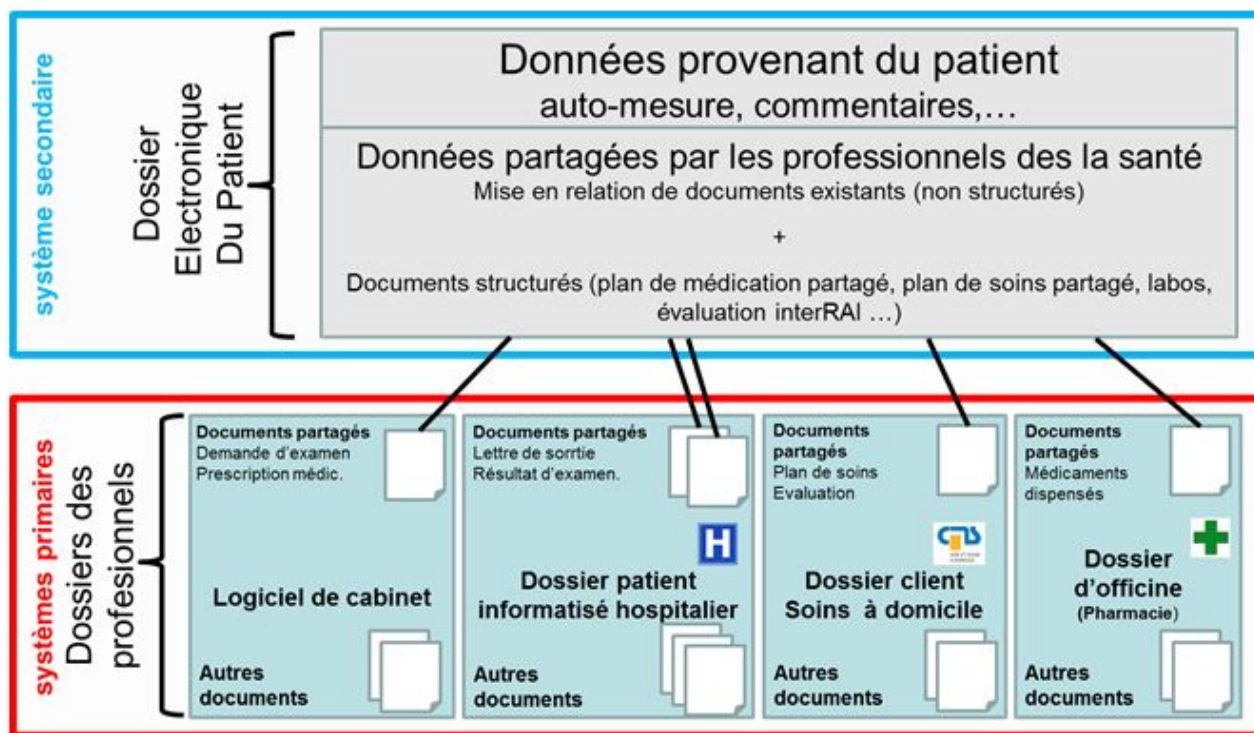
Dans le cadre de la LDEP, des exigences en termes de sécurité et de protection des données seront définies. En attendant son entrée en vigueur, le Conseil d'Etat entend s'appuyer sur les standards et les règles de bonnes pratiques les plus abouties en la matière dans le respect de la législation en matière de protection des données.

Relation entre le dossier électronique du patient et le dossier du patient

Selon l'article 87 LSP, "les professionnels de santé doivent tenir à jour un dossier du patient qui documente leurs observations, les prestations fournies ou prescrites et, excepté pour les pharmaciens, l'évolution du cas".

Le DEP ne remplace pas le dossier du patient tenu par les professionnels, informatisé ou non. Il l'enrichit en fournissant un espace de partage sécurisé où certaines informations pertinentes peuvent être mises à disposition du patient et à d'autres professionnels de santé autorisés par le patient.

Selon la terminologie utilisée dans le message accompagnant la loi fédérale, le DEP est un "système secondaire" pour les données médicales, ne contenant qu'une copie ou un lien vers des données médicales des "systèmes primaires" (les logiciels de cabinet ou dossier patient informatisés des institutions).



Les prestataires de soins qui travaillent sans dossier informatisé pourront interagir avec le dossier électronique du patient via un portail internet sécurisé, accessible depuis un ordinateur de leur cabinet. En revanche, les prestataires de soins qui tiennent un dossier informatisé devraient idéalement travailler dans leur logiciel habituel, sans faire de double saisie pour consulter ou mettre à disposition les informations pertinentes dans le DEP.

C'est pourquoi il est nécessaire de s'assurer de la construction d'interfaces techniques entre les logiciels des prestataires de soins et le dossier électronique du patient afin de favoriser son adoption et son utilisation au quotidien et ainsi de favoriser un langage commun standardisé.

Le Conseil d'Etat n'entend pas financer la réalisation de ces interfaces, mais encourager les éditeurs de logiciels et les institutions de santé qui sont informatisées à les construire, en s'appuyant pour ce faire sur des formats d'échanges standardisés, adoptés par la Confédération. Il faut relever que l'intégralité des travaux d'intégration menés pendant la phase pilote vaudoise pourront être réutilisés.

Financement du DEP

Pour la durée du décret, le DSAS entend prendre en charge, dans le cadre de son budget de fonctionnement, les coûts de la mise à disposition du dossier électronique du patient pour les professionnels de la santé et les patients ciblés par le décret. Le modèle retenu pour le décret est un modèle de location de service (SaaS – Software as a Service) afin d'éviter un investissement de départ et d'avoir des coûts de fonctionnement proportionnels à l'usage et enfin de travailler en partenariat avec La Poste pour l'utilisation de sa solution "vivates", éprouvée à Genève. S'agissant du périmètre, le service loué comprend le dossier électronique du patient partagé (DEP) et des échanges électroniques

de données médicales entre prestataires de soins. Le nombre de DEP envisagé au terme du décret est de l'ordre de 10'000 patients mais pourrait évoluer en fonction de l'avancement du déploiement et des moyens disponibles au budget du Département.

De plus, l'aide fédérale mentionnée en début de chapitre pour la constitution et la certification des communautés sera activée dès l'entrée en vigueur de la LDEP.

L'analyse qui sera conduite au terme du décret devra permettre de poser les bases d'une structure de financement de la cybersanté élargie à d'autres acteurs, notamment les assureurs et potentiellement les prestataires sanitaires devant répondre à l'obligation de participation à la cybersanté dès 2020 imposée par la loi fédérale. De plus, un rapprochement vers les autres cantons utilisant le service de La Poste (actuellement les cantons de Genève, de Neuchâtel, du Tessin et d'Argovie, et à terme probablement d'autres cantons) est envisagé et permettrait de rationaliser ces coûts.

Expériences vaudoises en matière de cybersanté

Depuis 2012, le DSAS collabore avec le canton de Genève, dans le cadre de projets pilotes, notamment grâce à l'utilisation d'une solution technique commune développée et proposée comme un service par La Poste suisse. Grâce à cette collaboration, des projets pilotes d'échange de documents entre institutions ont été mis en œuvre. Des concepts communs sont actuellement à l'étude ou en test dans les deux cantons. Il s'agit d'un plan de traitement médicamenteux partagé et d'un plan de soins partagé construits dans le DEP.

Ces projets pilotes ont pu amener une expérience technique et organisationnelle pour un certain nombre d'acteurs institutionnels et ambulatoires du canton et ont pu démontrer les synergies d'une collaboration avec le canton de Genève, notamment au niveau des travaux d'intégration et des développements de l'outil.

2.3 Le langage commun : la suite interRAI

La suite interRAI propose une famille d'outils permettant d'effectuer une évaluation globale, multidimensionnelle et standardisée des patients dans les différents lieux de prise en charge. Cette approche permet d'identifier les besoins et capacités des patients dans les domaines en lien avec sa santé, son autonomie fonctionnelle, son environnement familial et social ainsi que sa sécurité et renforce la possibilité de proposer un plan de soins global et personnalisé. Les outils interRAI sont des aides à la décision pour les professionnels et les équipes interdisciplinaires dans la prise en charge et le suivi des patients et dans l'anticipation des risques, notamment du déclin fonctionnel. La suite interRAI permet le déploiement d'un langage commun à travers le système de santé, en s'appuyant sur le dossier électronique du patient pour assurer le partage des informations. Cet outil permet par exemple de suivre au cours du temps l'évolution fonctionnelle d'un patient quel que soit son lieu de prise en charge. Il permet également au patient de ne pas devoir répéter à chaque professionnel les mêmes éléments liés à ses problématiques et à son environnement.

Le DSAS a validé une première feuille de route, élaborée en collaboration avec les partenaires, pour le déploiement de la suite interRAI portant sur la période 2016-2017. Durant cette période, des projets pilotes seront conduits dans différents lieux de prise en charge : les soins à domicile, les établissements médico-sociaux, les Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIOs)/réseaux de soins et les hôpitaux.

L'outil interRAI dans les soins à domicile

Le langage RAI est déjà utilisé de manière uniforme en Suisse dans les soins à domicile. L'AVASAD a terminé le déploiement de l'outil RAI en mai 2015 et différentes actions vont devoir être menées afin d'optimiser l'utilisation et le potentiel de cet outil.

La version actuellement utilisée doit notamment être mise à jour afin de garantir la compatibilité avec

les autres outils de la suite interRAI utilisables dans les autres lieux de soins. Cette mise à jour permettra également de pouvoir optimiser l'utilisation des données issues des évaluations, notamment dans l'établissement d'indicateurs de qualité.

Des démarches en ce sens sont déjà engagées au niveau de la faîtière nationale des soins à domicile, Spitex, et devraient concerner l'ensemble des cantons suisses à terme.

Il est également nécessaire de tester l'utilisation d'une évaluation interRAI plus légère pour les patients bénéficiant d'aide à domicile. Actuellement, seule l'évaluation complète est proposée, ce qui pose un problème de proportionnalité pour les patients ayant un risque modéré ou faible. Le projet prévoit de tester l'utilisation d'un outil d'évaluation " allégé " pour les soins à domicile de la famille interRAI afin d'obtenir une meilleure couverture d'évaluation standardisée tout en garantissant la proportionnalité de l'outil aux besoins des patients.

L'outil interRAI dans les établissements médicaux-sociaux

La feuille de route prévoit de tester l'utilisation d'un outil d'évaluation clinique standardisé de la famille interRAI dans les établissements médicaux-sociaux du canton de Vaud afin d'évaluer le potentiel pour les établissements de pouvoir établir un langage commun au sein des différentes missions des établissements médicaux-sociaux (court séjour, accueil temporaire, long séjour), mais aussi avec les partenaires privilégiés des EMS que sont les soins à domicile, les hôpitaux, les BRIOs et les médecins traitants.

L'outil interRAI dans les BRIOs et les hôpitaux

Les projets pilotes concernant les BRIOs/réseaux de soins et les hôpitaux doivent encore être finalisés et validés à ce jour. Ils porteront principalement sur des aspects de formation et de sensibilisation à la compréhension et l'utilisation des données d'évaluation issues de l'outil interRAI provenant des prestataires utilisant activement le langage interRAI (notamment les soins à domicile). Certains items de la famille interRAI seront également introduits dans le dossier de soins informatisé des hôpitaux.

2.4 Les incitatifs financiers

Les expériences réalisées, que ce soit en Suisse ou partout dans le monde, témoignent de l'importance d'accompagner le changement de pratique par des incitations financières adéquates. Le Conseil d'Etat est ainsi convaincu qu'il est opportun d'accompagner le déploiement du dossier électronique du patient par des incitatifs financiers adéquats afin de cibler la population pour laquelle la plus-value sera la plus importante et d'encourager les professionnels de la première ligne, non concernés par l'obligation de participer par la LDEP, à y adhérer. En effet, l'atteinte des buts mentionnés dans la LDEP et soutenus par le Conseil d'Etat, ne pourra se faire que par la participation de tous les prestataires sanitaires impliqués dans la prise en charge du patient. Ces incitatifs financiers seront valables pour la durée du décret. L'objectif est de permettre une utilisation active du DEP par un nombre suffisant de prestataires et de patients afin de créer une plus-value à même d'entraîner la participation des autres prestataires.

Pour les professionnels

Le projet de décret donne une base légale expresse permettant de soutenir financièrement les professionnels non subventionnés selon trois principes :

1. une indemnisation pour la participation à des projets et actions visant à améliorer la qualité, la continuité, l'adéquation et l'économicité des soins (participation à des cercles de qualité, temps passé à la réconciliation médicamenteuse et à l'adhésion thérapeutique, ...)
2. la prise en charge des frais inhérents à la constitution d'un dossier électronique du patient et à l'implantation technique de la plateforme dans leur cabinet ou officine, y compris des frais de formation et de soutien sur site ;

3. une participation éventuelle à la couverture des frais informatiques.

Ces incitants financiers seront versés sous forme d'un forfait aux professionnels non subventionnés ayant adhéré à un projet ou action relevant du présent décret et basé sur l'utilisation du DEP. Ce forfait variera en fonction du nombre de patients inscrits sur la plateforme (pour les évaluations de coûts, se référer au tableau de la section 6.2).

Pour les institutions subventionnées

Pour les institutions déjà subventionnées aujourd'hui par l'Etat (hôpitaux, EMS, soins à domicile), le soutien financier pour développer des processus et outils communs, en particulier pour implanter le DEP, est considéré comme inclus dans les moyens financiers dont elles disposent déjà aujourd'hui. Si nécessaire, les éventuels besoins supplémentaires en la matière seront négociés avec les autres besoins au cas par cas dans le cadre du processus budgétaire.

Pour les patients

Le projet de décret prévoit également un incitatif financier visant à soutenir la participation des patients aux projets ou actions relevant du décret et basés sur l'utilisation du DEP. En effet, pour tous les patients faisant partie de la population cible, les frais liés à la constitution d'un dossier électronique seront pris en charge par le DSAS. A cela pourrait se rajouter, pour les patients ayant de modestes moyens financiers, le financement de tout ou partie de leur quote-part.

Dans le contexte LAMal, les rabais de prime sont destinés à inciter les assurés à choisir des modèles alternatifs d'assurance-maladie proposant des prises en charge particulières, type réseaux de soins. Toutefois, les règles applicables en la matière ne favorisent pas la création de tels modèles alternatifs pour une population consommatrice de soins. Différentes études scientifiques suisses montrent en effet une sélection importante d'assurés en bonne santé au sein des modèles alternatifs existants. L'effet dû à la sélection des risques est de manière générale plus important que l'économicité réelle atteinte par ces modèles. Or, c'est bien sur la population atteinte dans sa santé que les enjeux de continuité des soins sont les plus importants et que les plus gros gains d'économicité peuvent être réalisés.

Le Conseil d'Etat propose donc une autre possibilité au rabais de prime prévu par la LAMal dans le cadre de ces modèles. Celle-ci consiste à créer un incitant financier portant sur la quote-part à charge des assurés. Elle s'adresse bien aux consommateurs de soins, qui recevront un incitant d'autant plus important que leurs besoins en soins seront élevés. Il est également intéressant de relever que le rabais moyen de prime pour un assuré adulte suisse optant pour la franchise minimum en 2013 s'élevait à CHF 741.-, ce qui correspond environ à la quote-part maximum à charge d'un assuré adulte (CHF 700.-). L'octroi d'un tel incitant financier sera conditionné à l'adhésion à un projet ou action agréé par le DSAS, visant à garantir une prise en charge multidisciplinaire coordonnée par l'utilisation du DEP. Sous l'angle des coûts, l'objectif est que la charge financière découlant pour l'Etat de l'introduction de cet incitant financier soit en tout ou partie compensée par les gains d'économicité réalisés (voir ch. 2.5 ci-dessous).

Suite à la consultation, le Conseil d'Etat retient la variante B (cf. ch. 4.1 ci-dessous). Cette proposition est donc ciblée sur un double objectif : d'une part, permettre d'inciter les assurés ayant des besoins de soins importants et étant de condition économique modeste à adhérer à des projets ou actions de prise en charge coordonnée et, d'autre part, réduire les effets de seuil importants observés dans le subsidie de prime entre les assurés en bonne santé et ceux atteints dans leur santé devant supporter une participation aux coûts (franchise et quote-part). De tels effets de seuil s'observent notamment à la sortie des régimes de revenu d'insertion (RI) et des prestations complémentaires AVS/AI (PC AVS/AI) qui prennent en charge l'intégralité de la participation aux coûts, alors que celle-ci est nulle pour les ménages qui connaissent une situation financière à peine supérieure. Avec cette proposition, le taux d'effort pour l'assuré atteint dans sa santé est réduit et les effets de seuil sont limités.

Conformément au projet de décret, il appartiendra au Conseil d'Etat de déterminer les modalités précises de ce subside (v. art. 10). En l'état, les estimations effectuées se sont fondées sur la prise en charge de la quote-part à hauteur de CHF 525.- en moyenne, ce qui représente les montants suivants en fonction de l'évolution attendue du nombre de patients participant au programme et adhérant au DEP :

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de patients	1'000	2'000	4'000	7'000	10'000
Nombre de bénéficiaires (1/3 de l'effectif)	333	667	1'333	2'333	3'333
Montant total de subside de quote-part	175'000	350'000	700'000	1'225'000	1'750'000

2.5 Economicité de la prise en charge

Différentes études scientifiques suisses (Beck K., M. Trottmann, U. Käser, S. Von Rotz, " Efficiency gains thanks to Managed Care ? – evidence from Switzerland ", CSS institute for Empirical Health Economics, 2010 ; Reich O., R. Rapold, M. Flatscher-Thöni, " An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland ", International Journal of Integrated Care, 2012 ; Grandchamp C., L. Gardiol, " Does a mandatory Telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks ? ", Health Economics, 20, 2011) ont examiné le potentiel d'économie des modèles alternatifs d'assurance-maladie en Suisse, dont certains consistent en des réseaux de soins mis en place par les prestataires. Une fois tenu compte de la sélection des risques, le potentiel d'économie s'élève à environ 8-10% des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

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. Les gains d'efficacité sur une telle population sont donc potentiellement importants. Par manque de données, les coûts de cette population sont estimés par les coûts des assurés les plus âgés, qui sont également les plus coûteux en moyenne. En effet, les assurés vaudois âgés de 76 ans et plus engendrent presque un tiers des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, alors qu'ils ne représentent que 7.3% de la population. Per capita, ils ont généré un coût moyen de CHF 13'000.- à charge des assureurs-maladie dans le canton de Vaud en 2014. Le potentiel d'économie par une prise en charge coordonnée de cette population s'élève donc à un montant de l'ordre de CHF 1'000.- à CHF 1'300.- par personne pour les assureurs, ce qui représente environ CHF 430.- à CHF 530.- pour l'Etat (l'ensemble des coûts du périmètre LAMal pour les assurés de 76 ans et plus représentent environ CHF 17'000.- si l'on ajoute aux CHF 13'000.- payés par les assureurs-maladie les montants directement payés par l'Etat aux prestataires de soins (hôpitaux, CMS, EMS). L'Etat en finance environ 30%. Ces estimations sont déduites d'extrapolations linéaires basées sur des données de l'OFSP et de l'OBSAN). Cette économie provient de la part des prestations subventionnées par l'Etat qui ne seront pas réalisées (hospitalisations principalement) ainsi que d'une moindre croissance des subsides de primes (cette dernière économie est probablement légèrement surestimée, et découle de la méthode de calcul de la part de l'Etat dans les coûts liés à l'assurance-maladie).

Actuellement, 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. Il paraît donc nécessaire que l'Etat donne une impulsion pour permettre 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.

Il est dès lors envisageable que le subside de quote-part puisse être à terme, autofinancé, en tout cas en large partie, par l'efficacité globale réalisée. Ainsi, dans l'hypothèse où 1000 patients adhéreraient à

des projets et actions menées dans le cadre du décret, l'économie pour l'Etat pourrait atteindre environ CHF 450.- à CHF 500.- par personne, soit CHF 450'000.- à CHF 500'000.- au total, alors que la prise en charge de la quote-part de ces patients selon les estimations effectuées à ce stade (v. ci-dessus) lui coûterait environ CHF 500'000.- au total.

Il s'agira d'évaluer, au terme du décret, dans quelle mesure ces projets ou actions relevant du décret et basés sur l'utilisation active du DEP ont pu dégager une économicité suffisante, tous payeurs confondus, afin de décider du maintien ou non d'un tel incitatif pour les patients au-delà de la durée du décret.

3 UN EXEMPLE CONCRET DE PROJET LIÉ AU DÉCRET : LE PLAN DE MÉDICATION PARTAGÉ

Des évidences montrent que la multiplication des prescripteurs (médecins spécialistes, hôpitaux), une absence de médecin référent, des transitions fréquentes et une faible implication du patient dans sa prise en charge entraînent une tendance à la sur-prescription, des risques d'erreurs de prise de médicaments et une mauvaise adhésion thérapeutique du patient (Locca J.-F. et al., "Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens ; Revue Médicale Suisse ; 5 ; 2009 ; Anguish I. et al., "Ordonnance de sortie d'hôpital : un défi pour la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle", Revue Médicale Suisse, 9, 2013 ; Bugnon O., "Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription", Revue Médicale Suisse ; 8 ; 2012).

La polypharmacie (au moins quatre médicaments différents sur une période d'au moins 3 mois, définition selon Convention tarifaire RBP IV, concernant l'entretien de polymédication et la prescription inappropriée de médicaments (utilisation d'un médicament ne correspondant pas aux standards de pratique, ou dont les risques d'effets secondaires dépassent les bénéfices escomptés) ont des impacts majeurs en termes de risque d'hospitalisation et de réadmission, de mortalité et d'altération de la qualité de vie. Des effets indésirables surviendraient ainsi chez 15 à 35% des personnes âgées de plus de 65 ans et un tiers d'entre eux seraient évitables. La polypharmacie est également associée à une prévalence augmentée de chutes et de fractures fémorales chez les personnes âgées.

Optimiser l'utilisation des médicaments et offrir une plus grande sécurité des prises en charge pour le patient a ainsi été identifié par les partenaires comme thème à développer prioritairement pour favoriser la coordination des soins. Ce projet associe en effet des intervenants de la première ligne de soins (en particulier médecin et pharmacien), autour d'un plan de médication conçu et adapté en commun, sur la base d'un partage d'informations sous une forme électronique.

Le Conseil d'Etat entend dès lors déployer sur tout le canton un plan de médication partagé, intégré dans le DEP, dès l'entrée en vigueur du décret. Ce déploiement s'appuiera sur le travail et l'expérience acquise par le déploiement du projet-pilote mené actuellement dans le Nord vaudois concernant la "sécurisation de la médication tout au long de la chaîne de soins". Le but de ce projet pilote est d'expérimenter, sur un collectif de patients polymédiqués et ayant de multiples intervenants, la mise en œuvre d'une gestion collaborative d'un plan de traitement partagé reposant sur la plate-forme de cybersanté vaudoise. Cette phase expérimentale, qui associe des médecins traitants, des pharmacies, les soins à domicile du Nord vaudois et l'Ensemble hospitalier du Nord vaudois, a débuté en septembre 2014.

Les premiers résultats montrent que l'outil proposé fonctionne correctement et donne satisfaction aux professionnels de la santé qui l'utilisent. Des points cruciaux d'amélioration sont aussi relevés, comme l'interopérabilité entre la plateforme du DEP et les logiciels métiers. Une telle interopérabilité permet d'éviter la double saisie et les erreurs qui lui sont liées et, ainsi, de gagner du temps.

Pour 2016, la poursuite du projet pilote s'appuie sur ces résultats et élargit le périmètre à l'activité de médecine générale de la PMU de Lausanne. Les échanges entre les médecins et les pharmaciens sont favorisés, en soutenant la création de cercles de qualité médecin-pharmacien et en soutenant financièrement les médecins et les pharmaciens pour l'implantation et l'utilisation du DEP et du Plan de médication dans leurs cabinets et officines.

Les patients, premiers intéressés, seront aussi soutenus par l'intermédiaire d'entretiens de polymédication réalisés par leurs pharmaciens pour la réconciliation médicamenteuse. Ces entretiens permettront aux patients une meilleure adhérence thérapeutique à leur traitement et d'éviter ainsi des accidents dus à la surmédication.

La démarche entreprise a favorisé la participation des médecins et pharmaciens au projet. Les contrats d'adhésion au projet ont été élaborés d'entente, pour les médecins, avec la Société vaudoise de médecine et, pour les pharmaciens, avec la Société vaudoise de pharmacie. Les chaînes de pharmacies ont été informées du déroulement du projet et devraient aussi participer.

Ainsi, globalement, les médecins référents, respectivement les pharmaciens référents, participant au projet de plan de médication partagé recevront un soutien annuel forfaitaire calculé notamment en fonction du nombre de patients inscrits sur la plateforme. Ces forfaits comprennent les différents éléments de soutien listés ci-dessous (en CHF) :

	01 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	> 40
Médecin référent - Total annuel	1'800	2'400	3'000	3'600	4'200
Pharmacie de référence - Total annuel	1'450	2'300	3'150	4'000	4'850

Le déploiement du plan de médication sera suivi à l'aide d'indicateurs portant sur l'utilisation de la plateforme, la prescription médicamenteuse, l'adhésion thérapeutique et la satisfaction des usagers et des patients. Ce monitoring sera réalisé si possible avec la collaboration d'assureurs-maladie afin de favoriser un investissement financier de leur part.

4 PROJET DE DÉCRET

4.1 Résultats de la consultation

En juin 2015, le Conseil d'Etat a autorisé le Département de la santé et de l'action sociale à mettre en consultation trois propositions légales, accompagnées d'un rapport explicatif. La première proposition consistait en un projet de décret instituant un programme cantonal de développement de la coordination des soins. Les deux autres portaient sur des modifications de lois existantes destinées à soutenir le déploiement du programme. Il s'agissait d'une modification de la loi sur la santé publique permettant la mise en œuvre du dossier électronique du patient, ainsi que d'une modification de la loi vaudoise d'application de la LAMal (LVLAMal) introduisant un incitant financier à l'adhésion des patients visés par le programme, selon deux variantes. Dans la variante A, chaque assuré adhérent à un programme ou à un réseau agréé par le DSAS, visant à garantir une prise en charge coordonnée au sens des objectifs décrits dans le projet de décret pouvait bénéficier d'une prise en charge par l'Etat de sa quote-part ou d'une partie de celle-ci. Dans la variante B, cet incitant financier était réservé à la population de condition économique modeste.

Au total, sur les 91 instances consultées, 51 se sont prononcées, dont la plupart des partenaires de la Commission de politique sanitaire et des partis politiques.

Globalement, la grande majorité des instances consultées et qui se sont prononcées ont fait part de leur soutien aux intentions et objectifs affichés. Les principales remarques ont consisté à souligner l'importance de faire un bilan des actions et mesures déjà mises en œuvre en matière de coordination

des soins, à demander que les conséquences financières soient précisées, à faire part d'une crainte d'une structure ou d'une couche administrative supplémentaire ou encore à relever l'importance de respecter les sphères de responsabilité (autonomie) de chaque acteur.

S'agissant plus spécifiquement du décret, les objectifs visés et les moyens facilitant la coordination des soins ont été très largement soutenus. Plusieurs instances consultées ont insisté sur la nécessité de définir précisément les rôles des intervenants, en particulier le médecin et le pharmacien, ainsi que les infirmières de pratique avancée et les équipes interprofessionnelles. De plus, certains consultés ont demandé que l'autodétermination du patient soit renforcée dans le texte et que l'appui à la famille et aux proches aidants, ainsi que le rôle des bénévoles soient intégrés.

Le développement d'un langage et de processus cliniques communs a également été largement soutenu. Cela étant, des consultés ont relevé que la mise en œuvre d'un outil commun entre les acteurs devait être étudiée attentivement sous plusieurs facettes (adéquation, qualité, coûts, ...) et que les "preuves scientifiques" sur les outils actuellement disponibles étaient modestes. D'autres ont souligné que les outils ne remplaçaient pas le bon sens et la communication entre les partenaires et que le langage devait toujours rester compréhensible pour le patient, en évitant d'alourdir le processus et/ou des doublons.

En ce qui concerne la modification de la LSP, les instances consultées soutiennent largement la création d'un dossier électronique du patient (DEP) tel que proposé. Les réserves ou les positions négatives sont essentiellement liées à des préoccupations de protection des données. Des voix se sont également élevées contre l'intégration de données sociales dans le DEP et contre l'accès au DEP pour les professionnels du monde social. Plusieurs consultés ont mis l'accent sur l'aide à apporter au patient dans la démarche de création d'un DEP, en termes de facilité d'accès et d'information. Une telle facilité d'accès et d'utilisation a également été soulignée pour les professionnels, en termes d'interopérabilité des systèmes informatiques. La volonté de soumettre la " Communauté " à la surveillance de l'Etat a été saluée. Enfin, une bonne majorité des consultés se sont déclarés favorables à l'utilisation du numéro AVS comme caractéristique d'identification du patient dans le DEP, en soulignant l'importance de préserver la protection des données.

S'agissant enfin du projet de modification de la LVLAMal, plusieurs consultés ont renoncé à se prononcer. Sur ceux qui se sont prononcés, une large majorité estime que l'introduction d'un incitatif à l'attention des patients est judicieuse et bienvenue. Au sein de cette majorité, un léger avantage se dessine pour la variante B.

Outre les adaptations apportées au projet de décret et au présent exposé des motifs, les nombreux commentaires recueillis lors de la consultation seront pris en compte par le Conseil d'Etat et le DSAS dans la mise en œuvre du dispositif.

4.2 Projet soumis au Grand Conseil

4.2.1 Introduction

Sur la base des résultats de la consultation, le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil un seul texte de niveau légal, à savoir un projet de décret sur le développement d'outils et de processus communs favorisant la continuité et la coordination des soins, qui vise à créer les conditions-cadres permettant un tel développement dans le canton.

Les modifications apportées par rapport aux textes mis en consultation ont dès lors principalement consisté à :

- a. redimensionner globalement le projet pour mieux l'articuler avec le projet de réforme structurelle portant sur l'organisation du système de santé, sa gouvernance et son financement à venir ultérieurement ;

- b. intégrer dans le décret les modalités de soutien à l'échange électronique de données et à la création d'un dossier électronique du patient pour les projets et actions relevant du décret (abandon d'une modification en parallèle de la LSP) ;
- c. préciser et concrétiser le soutien financier incitatif prévu, en distinguant clairement, d'une part, le soutien financier à l'attention des professionnels et, d'autre part, le soutien financier au patient, qui a été inscrit directement dans le décret (abandon d'une modification en parallèle de la LVLAMal).

4.2.2 *Grandes lignes du projet de décret*

S'agissant du **but** du décret, le projet met l'accent sur la nécessité de développer entre les intervenants des outils et des processus communs, et notamment de disposer d'un langage et d'objectifs de soins partagés leur permettant de prendre en charge les patients d'une manière continue et cohérente.

En termes de **bénéficiaires**, le décret, et les projets et actions qui seront menés à ce titre, s'adressent aux patients souffrant de pathologies chroniques, pour lesquels le développement de la coordination des soins s'avère prioritaire. Par ailleurs, le décret entend renforcer le rôle actif du patient en lui donnant accès aux données le concernant.

Sous l'angle du **pilotage**, le projet de décret prévoit que la conduite de la mise en œuvre du décret soit placée sous la responsabilité du DSAS. Ce dernier définira, en collaboration avec les partenaires de l'Etat, les prestations allouées, les projets et actions menés, ainsi que les populations cibles visées dans le cadre de ces projets ou actions.

La **mise en œuvre** du décret s'effectuera donc sur un mode partenarial et coopératif. Les modalités d'adhésion des médecins et des pharmaciens au projet portant sur le plan de médication partagé (voir ch. 3 ci-dessus) ont ainsi été arrêtées d'entente avec la Société vaudoise de médecine, respectivement la Société vaudoise de pharmacie.

Le décret inscrit le **dossier électronique du patient** comme un **outil à développer de manière prioritaire** pour favoriser la continuité et la coordination des soins. Il entend ainsi faciliter l'échange et le partage d'informations entre les intervenants sous une forme électronique, en s'assurant du consentement du patient et en lui précisant clairement les modalités d'accès aux données. Il permet de créer d'ores et déjà les fondements du dossier électronique du patient voulu à l'échelon fédéral.

Des mesures financières incitatives sont prévues. Elles s'adressent aux professionnels des domaines sanitaire et médico-social, ainsi qu'aux patients et visent à soutenir leur participation aux projets et actions relevant du décret et utilisant le DEP.

Enfin, le projet de décret est expressément limité dans le temps (cinq ans) et ne sera à priori pas reconduit. En effet, le décret offre les bases légales temporaires pour le déploiement du DEP en attendant l'entrée en vigueur de la loi fédérale et de ses ordonnances d'application. Il s'agira à terme de doter le canton de dispositions légales d'application pérennes dans la loi sur la santé publique (LSP). Le subside de quote-part devra quant à lui être évalué, notamment sous l'angle de la capacité d'autofinancement par les effets bénéfiques des projets ou actions mis en œuvre dans le cadre du décret. Dans le cas où cette mesure serait pérennisée, il s'agira d'adapter la loi vaudoise d'application de la LAMal (LVLAMal) en conséquence. Finalement, les incitants financiers ciblant les professionnels de la santé non subventionnés sont mis en place pour amorcer et encourager une adoption suffisante du DEP au sein des professionnels afin de créer une plus-value à l'adhésion des autres professionnels. Ils n'ont donc pas vocation à perdurer au-delà d'une phase de démarrage, estimée à ce jour à la durée du décret.

5 COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE DU PROJET DE DÉCRET

Préambule

Le Conseil d'Etat relève que les principales raisons qui l'ont amené à privilégier la voie d'un décret ad hoc plutôt que la modification d'une loi existante sont les suivantes :

1. Le Conseil d'Etat souhaite donner à ce dispositif la visibilité et la légitimité les plus claires et fortes possibles, y compris sous l'angle des moyens budgétaires qui en relèvent (v. art. 8 et suivants). L'adoption d'un acte spécifique tel qu'un décret constitue l'acte adéquat à cet égard.
2. Le Conseil d'Etat souhaite que ce dispositif soit limité dans le temps et fasse l'objet d'une évaluation (voir art. 11). Là également, l'intégration dans un décret, lui-même limité dans le temps, plutôt que dans une base légale pérenne, constitue la voie la plus indiquée.

Par rapport au projet de décret mis en consultation au courant de l'été 2015, le Conseil d'Etat souligne que les principales modifications ont consisté à introduire directement dans le décret (art. 4 et suivants) la constitution d'un dossier électronique du patient pour permettre le partage d'informations entre professionnels et institutions, qui est un des outils favorisant la continuité et la coordination des soins. La modification de la LSP à ce propos a dès lors été abandonnée. Cette intégration dans le décret souligne l'importance du DEP en tant qu'un outil favorisant le développement de la coordination des soins. Le Conseil d'Etat présentera ultérieurement au Grand Conseil l'adaptation générale des bases légales rendue nécessaire par la mise en œuvre de la LDEP.

En outre, les modalités de soutien financier à la participation à des projets et actions relevant du décret, tant pour les professionnels que pour les patients, ont été précisées (voir art. 9 et suivants). En particulier, pour les patients, la possibilité de verser un subside de quote-part a été inscrite directement dans le décret (art. 10) et la modification de la LVLAMal à ce propos a été abandonnée.

Enfin, le projet a été simplifié et recentré pour assurer la cohérence avec la réforme structurelle portant sur l'organisation du système de santé, sa gouvernance et son financement à venir ultérieurement.

Dispositions générales

Article 1^{er} - But

Comme son titre l'indique, le décret porte sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins, qu'il s'agisse de soins somatiques ou psychiatriques. L'article 1^{er} reprend ce but général.

La coordination des soins implique que les professionnels et institutions qui y participent mettent en place des outils et processus communs et partagés, tels que le dossier électronique du patient, des outils d'évaluation partagés, etc. Un des outils spécifiques et fondamentaux dont les professionnels et institutions ont besoin est de pouvoir partager des informations sur le patient sous une forme électronique et selon un langage commun. C'est pourquoi cet élément est mis en évidence. Le Conseil d'Etat se réfère à ce propos aux explications fournies sur le eHealth (voir ch. 2.2 ci-dessus), ainsi que sur les commentaires ci-dessous concernant les articles du décret y relatifs (voir commentaires ad art. 4 et suivants).

En termes de population, le décret se concentre sur les personnes souffrant de pathologies chroniques (al. 2). C'est en effet pour cette population qu'un développement d'outils et de processus communs favorisant la coordination des soins s'avère prioritaire.

Article 2 Pilotage et mise en oeuvre

Cet article décrit les modalités de pilotage du décret, dont la mise en œuvre est placée sous la responsabilité du DSAS (al. 1^{er}).

Comme relevé dans le commentaire relatif à l'article 1^{er} alinéa 2 ci-dessus, le décret permettra de

développer des projets et actions visant à offrir un certain nombre de prestations à la population constituée des malades chroniques. L'alinéa 2 de l'article 2 souligne à ce propos que ces prestations, ces projets et ces actions seront définis par le DSAS en collaboration avec ses partenaires. Il appartiendra également au DSAS de définir plus précisément, au sein de la population générale des malades chroniques, les populations cibles de chacun des projets et actions menés au titre du décret.

D'une manière générale, il appartiendra au DSAS d'établir les dispositions de mise en oeuvre nécessaires, notamment les conditions à respecter par les professionnels et institutions de même que par les bénéficiaires (al. 3). On pense ici à des conditions liées à la constitution du dossier électronique du patient ou liées directement à la prise en charge des patients (telles que l'obligation de répondre aux patients dans un certain délai, d'organiser la prise en charge et de collaborer à cet effet avec les autres professionnels et institutions impliqués ou encore, pour le pharmacien, de procéder à des entretiens de polymédication avec le patient).

Ce dispositif sera défini sur un mode partenarial, par les conventions que passera le DSAS avec les partenaires concernés (al. 4). Ainsi, le DSAS et la Société vaudoise de médecine (SVM), respectivement la Société vaudoise de pharmacie (SVPh) ont d'ores et déjà défini les conditions de participation des médecins et des pharmaciens au projet sur le plan de médication partagé. De plus, le DSAS intégrera les dispositions ad hoc dans les contrats de prestations déjà existants auprès des partenaires concernés.

Le pilotage et l'édiction des règles générales se font au niveau cantonal, mais la mise en oeuvre s'effectue au niveau régional, pour assurer une meilleure proximité autant avec les professionnels et institutions qu'avec les patients (al. 5). Le DSAS pourra déléguer certaines tâches administratives et de contrôle liées à cette mise en oeuvre au niveau régional. Cas échéant, il passera une convention fixant les éléments essentiels de cette délégation.

Développement de processus et d'outils communs

Article 3 Principes

Cet article précise que les outils et processus visés par le décret portent sur l'évaluation des besoins du patient, ainsi que sur le partage des informations liées à son traitement, et qu'il appartient au DSAS de soutenir leur introduction, leur mise en oeuvre et leur développement par des projets et actions ciblés.

Articles 4 et suivants : dossier électronique du patient

Le Conseil d'Etat propose de soutenir spécifiquement la création d'un dossier électronique du patient dans le cadre de la mise en oeuvre du décret. L'échange et le partage de données entre prestataires de soins sont en effet particulièrement précieux dans le cadre de traitement de personnes atteintes de pathologies chroniques. En remettant le patient au centre de sa prise en charge, ce partage de données favorise la continuité des soins, tout en assurant la sécurité des données et le respect du secret médical, le consentement du patient étant une condition préalable à cet échange (art. 4 ci-après).

Les dispositions qui suivent sont très largement reprises de la LDEP. Cette loi n'étant en l'état pas encore en vigueur, il n'est en effet pas possible de s'y référer. Il convient dès lors de reproduire ses dispositions au niveau cantonal pour leur donner la force nécessaire, en attendant leur entrée en vigueur formelle au niveau fédéral. Le Conseil d'Etat a repris à cet effet mot pour mot les dispositions de la LDEP qui lui paraissaient essentielles dans le cadre de la mise en oeuvre du décret, qui concernent les points clés que sont le consentement du patient (art. 4) et l'accès au dossier électronique (art. 6). Il a ajouté deux dispositions (art. 5 et 7), non prévues par le droit fédéral, mais qui sont nécessaires au niveau cantonal.

Article 4 Consentement du patient

Cet article reprend l'article 3 LDEP. Le Conseil d'Etat se réfère donc aux explications données lors de l'élaboration et l'adoption de cette disposition, en ajoutant quelques commentaires ci-dessous.

Eu égard au respect de ses droits fondamentaux, le patient est libre d'accepter ou de refuser la constitution d'un dossier électronique. En cas d'acceptation, le patient devra en premier lieu remettre une déclaration de consentement écrit, après avoir été informé de manière approfondie sur les données qui peuvent être rendues disponibles, les possibilités de consultation, les possibilités de configuration des droits d'accès (niveaux d'accès) ainsi que sur la protection et la sécurité des données.

Si un patient possède un dossier électronique, les professionnels de la santé qui traitent ce patient partent du principe qu'ils peuvent l'utiliser pour rendre disponibles les données et les documents habituellement communiqués à d'autres professionnels de la santé au cours d'un processus de traitement, tels que les radiographies, les résultats d'analyses laboratoires, les rapports d'opération ou les rapports de sortie de l'hôpital. Il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement du patient pour la mise à disposition de chaque document. Toutefois, si le patient ne souhaite pas que certains documents soient disponibles dans son dossier électronique, il lui appartient d'en informer le professionnel de la santé concerné.

Le droit de publication d'un document en cas de traitement médical doit être distingué du droit de consulter. Au niveau de la consultation, seuls les professionnels explicitement autorisés par le patient sont habilités à accéder aux données mises à disposition.

Enfin, le patient peut modifier en tout temps le niveau de confidentialité des documents et/ou révoquer son consentement d'adhésion au DEP, sans justifier sa décision. Quand le patient retire son consentement, le DEP sera supprimé. Cette suppression aura pour effet d'effacer les copies ou liens vers les différents documents que les professionnels de la santé avaient rendus disponibles dans le DEP de ce patient, mais cela n'efface pas les documents originaux, qui se trouvent dans les systèmes primaires des professionnels de la santé. Si le patient souhaite en plus faire effacer les documents originaux, ou faire rectifier certaines données, il devra, comme aujourd'hui, s'adresser directement aux prestataires de soins concernés.

Article 5 Caractéristique d'identification des patients

Cet article prévoit que les professionnels et institutions sanitaires participant au programme peuvent utiliser le numéro NAVS13, présent sur la carte d'assuré, souvent renseigné dans les logiciels de cabinet des médecins ou d'hôpitaux et disponible comme critère de recherche et d'identification univoque (sécurité) d'un dossier patient. Ce numéro ne sera pas utilisé comme numéro du dossier mais ne le sera que comme critère de recherche. Une base légale cantonale au sens formel est nécessaire afin de pouvoir se référer au numéro NAVS comme critère de recherche. Une telle possibilité d'étendre l'usage du NAVS est prévue par l'article 50e alinéa 3 de la loi fédérale sur l'AVS (LAVS).

Le cercle des utilisateurs légitimés à utiliser le NAVS dans le cadre de la mise en œuvre du DEP sera ainsi composé des professionnels et institutions de la santé qui utilisent ce DEP. On relèvera que la grande majorité de ces utilisateurs sont déjà aujourd'hui individuellement autorisés à utiliser ce numéro pour leur gestion administrative, notamment la facturation des prestations LAMal. Dans ce contexte, les mesures de précaution prises permettent déjà de répondre aux exigences de l'article 50g LAVS et, en dehors d'une sécurité informatique poussée, inhérente au DEP, aucune mesure de précaution supplémentaire n'est prévue.

Certes, la LDEP, qui prévoyait initialement d'utiliser le NAVS comme identificateur des patients, y a finalement renoncé. Cependant, la proposition d'utiliser ce numéro n'est pas une position purement vaudoise. La Conférence des Directrices et Directeurs cantonaux de la Santé (CDS) est en effet favorable à une telle utilisation, tout comme l'association faîtière des hôpitaux H+ et le groupement d'intérêt eHealth Suisse (IG eHealth), entre autres. De même, les cantons de Genève et Valais ont adapté leurs textes légaux relatifs à la cybersanté dans ce sens.

Il est intéressant de relever qu'en France, la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) a

changé d'avis sur l'utilisation du numéro de sécurité sociale comme identifiant du dossier électronique du patient (appelé dossier médical partagé en France), alors qu'elle était résolument contre en 2007. En janvier 2016, le gouvernement français a donc modifié le code sur la santé publique (article L1111-8-1) pour autoriser l'utilisation du numéro de sécurité sociale comme identifiant national de santé. Les arguments mis en évidence par l'étude d'impact relative à ce projet de loi peuvent s'appliquer par analogie en Suisse : "L'absence d'un identifiant du patient unique, solide et pérenne est reconnue depuis longtemps par les acteurs de santé comme par les représentants des usagers comme une faiblesse majeure et même un frein au développement des systèmes d'information de santé. Ce sujet touche directement à la qualité et à la sécurité des soins, la confusion de personne constituant un risque majeur dans l'utilisation d'informations médicales (particulièrement en matière de prescriptions et de résultats d'examens, ou encore de transfusion sanguine)."

Au demeurant, le NAVS n'est pas un "sésame" magique qui donne accès aux différents registres qui utilisent ce numéro. Ce n'est pas un mot de passe et il faut mettre en relation le risque potentiel de croisement illicite de données au risque sanitaire d'une mauvaise identification de patient. La mise en relation illicite de données est tout aussi possible avec simplement le nom et le prénom. En outre, les données du dossier électronique du patient ne seront pas hébergées par l'Etat, mais par un tiers de confiance. Il y aura donc une séparation claire des données utilisant le NAVS comme référence.

Article 6 Accès au dossier électronique

Avec la LDEP, les Chambres fédérales ont adopté une législation spécifique en matière de cybersanté qui crée les conditions permettant de garantir un échange de données sécurisé et conforme aux dispositions sur la protection des données entre les institutions sanitaires et les professionnels de la santé impliqués dans le traitement des patients. La réglementation fédérale couvre notamment les domaines suivants :

- garantie de la protection des données : but du traitement des données, réglementations d'accès, etc. ;
- réglementation de l'identification et de l'authentification, ainsi que des moyens d'identification nécessaires (y compris les registres et processus d'émission nécessaires).

De même, les articles 4 et suivants du décret, repris de la LDEP, posent au niveau cantonal un cadre législatif spécifique pour la cybersanté qui assure une protection des données conforme à la législation y relative. Le patient désigne un ensemble restreint de professionnels de santé, un cercle de confiance dans le cadre d'une relation thérapeutique, qui peut accéder aux données médicales de son dossier (al. 4). Le patient a également accès en tout temps aux données (al. 1) et dispose d'une traçabilité complète des accès à son dossier par le biais de l'historique des accès. En outre et comme relevé sous l'article 4, il peut à tout moment modifier les niveaux d'accès (al. 5).

Sous réserve d'une disposition explicite contraire du patient, un mode d'accès en urgence (al. 7) permet à tout professionnel de santé ou institution affilié d'accéder aux données médicales "générales" des patients, si cela relève d'une urgence vitale. En revanche, conformément aux règles prévues au niveau fédéral et à celles appliquées par exemple par le canton de Genève, les informations classifiées comme "stigmatisantes" ou "secrètes" par le patient ne sont pas accessibles en urgence. Le patient sera notifié de l'activation de ce mode d'urgence.

Cet article (al. 2) prévoit également la possibilité pour le patient de saisir dans son dossier certaines données le concernant (suivi glycémique, poids, activité physique, ...). Ces données seront clairement distinctes des données médicales et seront considérées comme telles par les professionnels de santé, mais elles peuvent être pertinentes par exemple dans le cadre d'une prise en charge de maladie chronique, d'éducation thérapeutique ou d'autonomisation du patient.

Article 7 Utilisation des données issues du dossier électronique

Certaines données collectées pourront être utilisées par le DSAS à des fins statistiques et de pilotage de la politique sanitaire, ainsi que pour l'évaluation du programme (voir art. 11), à condition que ces données soient anonymisées et ne permettent donc pas d'identifier les patients concernés, conformément aux règles usuelles applicables en pareils cas, en particulier la législation en matière de protection des données.

Mesures incitatives

Article 8 Principes

L'investissement de l'Etat dans la mise en œuvre du décret se manifestera également sous l'angle financier, par la mise en œuvre de mesures incitatives (voir ch. 2.4 ci-dessus). Au niveau des principes, ces moyens financiers seront inscrits au budget du DSAS (al. 1^{er}), dans le respect de la planification financière du Conseil d'Etat. Au moment de déterminer ces moyens, le DSAS s'efforcera de chercher des soutiens auprès de partenaires publics ou privés et tiendra compte d'une éventuelle participation des assureurs-maladie. Le décret souligne ainsi l'importance que revêt ce financement dans le développement de la coordination des soins. Une des limites du système actuel est que les prestations à charge de l'AOS n'englobent pas, ou pas suffisamment, les tâches de coordination effectuées par les acteurs. Un financement de la part des assureurs-maladie à ces tâches repose donc aujourd'hui sur une base volontaire. A cet égard, le DSAS a entrepris des démarches auprès de certains assureurs pour déterminer dans quelle mesure et selon quelles modalités ils seraient prêts à entrer en matière sur un financement de leur part.

L'alinéa 2 introduit les incitatifs financiers concrets qui seront accordés pour soutenir la participation, d'une part, des professionnels (voir art. 9) et, d'autre part, des patients (voir art. 10).

Au-delà des moyens directement affectés à la mise en œuvre du décret, le DSAS veillera à utiliser les moyens financiers à sa disposition à l'heure actuelle de manière à favoriser la réalisation du décret (al. 3). Ainsi, le DSAS pourrait utiliser une partie des montants figurant à son budget pour financer les prestations d'intérêt général pour renforcer le développement d'outils et de processus favorisant la coordination entre tous les acteurs de la prise en charge.

Comme indiqué plus haut, un des projets menés dans le cadre du décret porte sur le plan de médication partagé. Or, il pourrait arriver que des patients souhaitant adhérer à ce projet soient assurés auprès d'un assureur-maladie pratiquant pour les médicaments le système du tiers garant, ce qui constitue un frein à leur adhésion. Des discussions ont été entamées avec certains de ces assureurs pour déterminer s'ils seraient prêts, pour les patients participant au programme, à adopter un système de tiers payant pour les médicaments. Si ces discussions devaient ne pas aboutir, l'alinéa 4 conférerait à l'Etat une base légale lui permettant d'intervenir. Dans ce système, ce serait l'Etat qui prendrait en charge les factures émises par les pharmacies pour les patients relevant du programme, avant de se faire rembourser par les assureurs-maladie. On pourrait également imaginer la mise en place d'un système de cessions de créance, soutenu par l'Etat.

Article 9 Mesures de soutien aux professionnels

L'article 9 circonscrit précisément le soutien qui pourra être octroyé aux professionnels participant à des projets et actions relevant du décret (voir ch. 2.4 ci-dessus).

Ce soutien permettra ainsi de les indemniser pour leur participation à des projets et actions relevant du développement d'outils et de processus communs, tels que la participation à des cercles de qualité ou la délivrance d'entretiens de polymédication (al. 1^{er} lettre a).

Comme pour les patients, il consistera également à assumer les frais liés à la constitution d'un dossier électronique du patient et à fournir des prestations support pour pouvoir utiliser ce dossier, en termes de formation ou d'assistance (al. 1^{er} lettre b).

Enfin, il permettra de contribuer à la couverture des frais informatiques des professionnels concernés

(al. 1^{er} lettre c). Cette disposition s'adresse principalement aux médecins, les pharmacies étant ainsi déjà largement informatisées. S'agissant des médecins, certains ont déjà informatisé leur dossier, alors que d'autres ne l'ont pas encore fait. Une informatisation adéquate et à jour est cependant indispensable à la mise en place d'un dossier électronique. Aussi le Conseil d'Etat propose-t-il de contribuer aux frais informatiques des médecins. Cette contribution forfaitaire permettra de soutenir l'informatisation des médecins non encore suffisamment outillés, ainsi que la maintenance et le développement informatiques des médecins déjà équipés.

Article 10 Mesures de soutien aux patients

A côté d'un soutien à l'attention des professionnels, le Conseil d'Etat propose d'introduire également un soutien à l'attention des patients. Ce soutien consistera, d'une part, à mettre gratuitement à leur disposition un dossier électronique du patient (comme pour les professionnels) et, d'autre part, à leur octroyer un subside de quote-part, sous certaines conditions.

La politique de subside de prime mise en place dans le canton de Vaud a permis de réduire massivement les inégalités par rapport aux dépenses de santé entre les assurés de faibles revenus et les autres. Toutefois, des effets de seuil importants perdurent entre des assurés en bonne santé et ceux devant supporter une participation aux coûts (franchise et quote-part). C'est notamment le cas à la sortie des régimes de revenu d'insertion (RI) et des prestations complémentaires AVS/AI (PC AVS/AI) qui prennent en charge l'intégralité de la participation aux coûts, alors que l'aide est nulle pour les ménages qui connaissent une situation financière à peine supérieure. Une action visant à réduire le taux d'effort pour l'assuré atteint dans sa santé et à limiter les effets de seuil apparaît dès lors nécessaire.

En général, le subside de prime ne permet pas de couvrir l'entier de la prime. Ainsi les personnes à faibles revenus sont incitées à choisir une franchise élevée afin de diminuer leur participation. En cas de maladie, ils devront assumer les participations aux coûts (franchise et quote-part) et risquent de faire l'objet d'une procédure de recouvrement de la part de l'assureur en cas de non-paiement des montants à leur charge, ce qui les rendra captifs même si leurs primes devaient augmenter massivement. La croissance de la survenue de ce risque est visible dans la croissance du contentieux.

Ainsi, une personne subsidiée en bonne santé peut opter pour une franchise élevée et donc couvrir presque l'intégralité de sa prime avec le subside, ne supportant aucune participation aux coûts et ayant un taux d'effort proche de zéro si on met en rapport ses charges financières liées à l'assurance obligatoire des soins (AOS) avec son revenu disponible (par revenu disponible, on entend le revenu net diminué des frais d'acquisition de celui-ci selon la pratique fiscale). A contrario, une personne subsidiée atteinte dans sa santé et nécessitant des soins coûteux doit supporter une prime élevée consécutive au choix de la franchise minimale, dépassant largement le montant de son subside, mais aussi le montant des participations aux coûts qui peuvent représenter pour un adulte jusqu'à CHF 1'000.- par an. Le taux d'effort d'un tel subsidié peut facilement atteindre les 30% de son revenu disponible.

Comme les participations aux coûts sont prises en charge par les régimes du RI et des PC AVS/AI (jusqu'à CHF 1'000.-) et que les subsides alloués sont plus conséquents, des effets de seuil importants subsistent à la sortie de ces régimes, tout particulièrement pour les personnes nécessitant des traitements. Ceci peut également dissuader les personnes dont les revenus sont proches des limites des régimes sociaux à en sortir. En outre, des frais de santé importants peuvent faire entrer des personnes à faible revenu dans les régimes sociaux ou induire des dettes menant à des procédures de recouvrement.

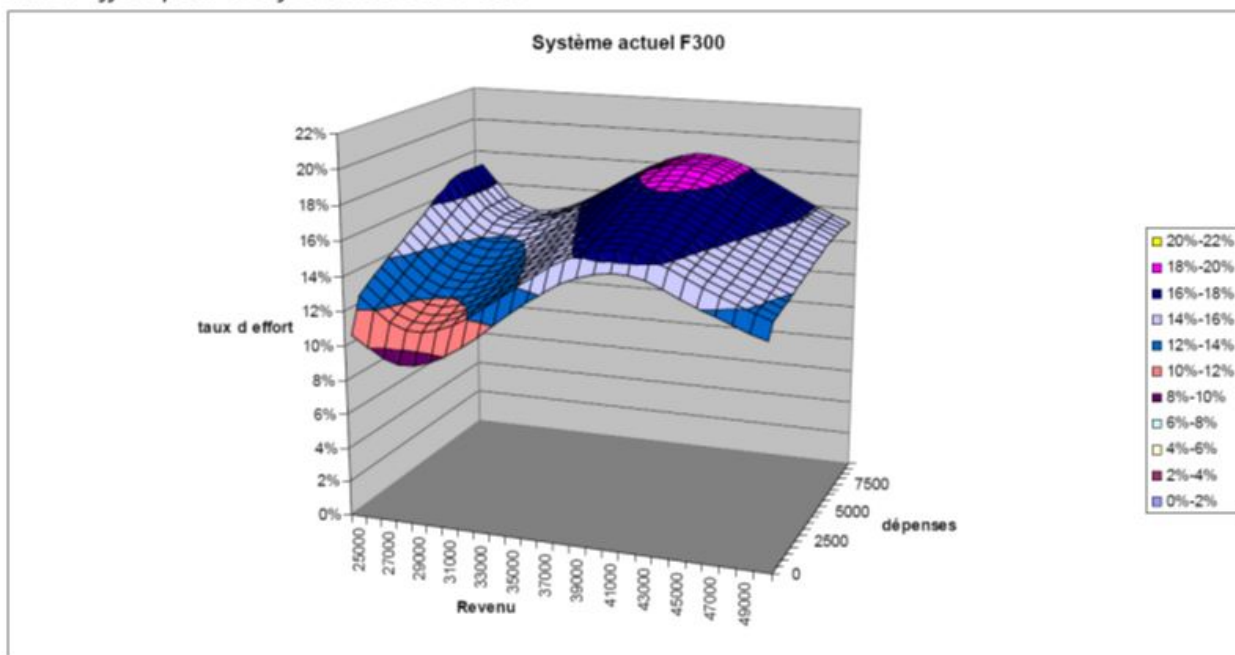
Face à ces constats et suite à des analyses, il résulte que la réduction du taux d'effort de la charge des coûts de l'AOS pour l'assuré malade serait maximale en subsidiant non pas la franchise mais la quote-part de 10% prévue par la LAMal.

En effet, le subside de quote-part touche spécifiquement les personnes avec des frais de soins importants et de manière progressive en fonction de leurs besoins. Si l'effet est plus modéré en termes de réduction du taux d'effort que le subside de la franchise, il est plus ciblé et évite de créer des distorsions dans le choix de l'assuré en matière de couverture d'assurance-maladie comme pour la franchise.

Les deux graphiques ci-après présentent les taux d'effort pour un assuré subsidié ayant une franchise minium (CHF 300.-) en fonction de ses dépenses de santé et de son revenu déterminant. Une surface plate sur l'axe horizontal représente un taux d'effort identique quel que soit le revenu du subsidié. Une surface plate sur l'axe en profondeur représente un taux d'effort identique quel que soit le niveau de dépenses de santé du subsidié. La comparaison entre ces deux graphiques (avec ou sans subside de quote-part) montre bien l'impact sur l'axe en profondeur, soit un aplatissement de la surface correspondant à une égalisation du taux d'effort quel que soit le niveau de dépenses de soins.

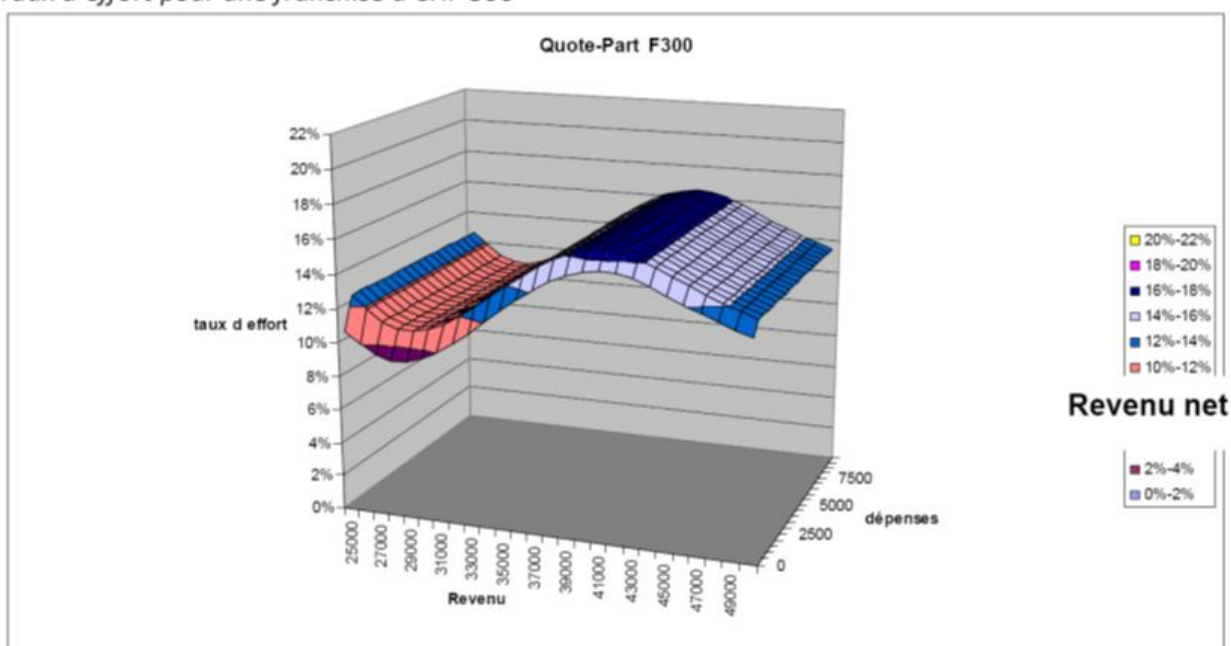
Graphique 1 : situation actuelle (sur la base des subsides 2014)

Taux d'effort pour une franchise à CHF 300



Graphique 2 : situation avec une prise en charge complète de la quote-part

Taux d'effort pour une franchise à CHF 300



Afin d'introduire le principe d'un tel subside de quote-part dans la législation vaudoise, une base légale ad hoc est nécessaire. L'octroi de ce subside, qui s'adresse à la population ciblée par le décret,

soit les personnes consommatrices de soins, sera conditionné à l'adhésion à un projet ou une action relevant de celui-ci (art. 10 al. 2). En outre, suite à la consultation, le Conseil d'Etat retient la variante B, qui conditionne le versement de ce subside à des conditions de ressources (art. 10 al. 2). La formulation proposée se veut souple, en renvoyant pour l'essentiel au Conseil d'Etat, à qui il appartiendra de déterminer annuellement par voie d'arrêté les limites de revenu permettant d'ouvrir le droit à ce subside, les différentes catégories d'assurés et le montant de la quote-part subsidiée (art. 10 al. 3).

Enfin, l'alinéa 4 de l'article 10 renvoie pour tout le reste à la LVLAMal, notamment afin de déterminer quelle est l'autorité compétente pour le calcul et l'octroi, à savoir l'OVAM, ainsi que pour tous les aspects de procédure (décision, recours, ...).

Dispositions finales

Article 11 Durée et évaluation

Le dispositif établi par le présent décret, qui vise à changer les pratiques des acteurs de la santé, est novateur. Dans cet esprit, il est important qu'il soit limité dans le temps, afin de prévoir formellement une évaluation de son effet et de ses résultats. Cette évaluation sera conduite par le Conseil d'Etat, qui proposera sur cette base au Grand Conseil les suites à donner.

Article 12 Exécution et entrée en vigueur

Cet article, qui reprend la formule usuelle d'exécution et d'entrée en vigueur, n'appelle pas de commentaires particuliers.

6 CONSÉQUENCES

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

Adoption d'un décret ad hoc. Ce texte nécessitera des dispositions d'applications du Conseil d'Etat ou du département.

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

Le décret n'est pas lié directement à une demande de financement, mais il aura des conséquences financières sur les budgets à venir du DSAS. L'ampleur de ces conséquences dépendra des projets et actions qui seront développés dans le futur dans le cadre du projet de décret, qui ne sont pas arrêtés précisément à ce jour (sous réserve du projet sur le plan de médication partagé). Il n'est donc pas possible de donner des chiffres globaux précis, mais à ce stade, le Conseil d'Etat peut fournir les indications générales suivantes :

- a. Les conséquences financières liées à l'introduction d'un subside de quote-part ont été intégrées aux compensations financières accordées dans le cadre de la révision de la fiscalité des entreprises (RIE III). Cette enveloppe budgétaire n'est toutefois effective qu'à partir de 2019. Pour les années 2017 et 2018, le Conseil d'Etat a d'ores et déjà adopté une mesure de compensation consistant à faire naître le droit au subside LAMal le premier jour du mois suivant celui où la demande de subside est déposée, plutôt que le premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée (modification du règlement concernant la loi d'application vaudoise de la LAMal, RLVLAMal).
- b. Le Conseil d'Etat entend développer progressivement les outils et les processus favorisant la coordination des soins, sur un mode de "montée en puissance", en se concentrant sur la population qui consomme le plus de soins et pour laquelle le besoin de coordination est la plus forte, à savoir les personnes souffrant de pathologies chroniques (voir art. 1^{er} al. 2 projet de

décret). Le déploiement du Dossier électronique du patient se fera sur un même mode progressif, en appui des projets métier de renforcement de la coordination des soins. Les efforts financiers y relatifs seront donc progressifs également. Outre le subside de quote-part évoqué sous la lettre a) ci-dessus, l'article 9 du projet de décret cible en la matière les incitatifs qui pourront être versés aux professionnels des domaines sanitaire et médico-social (voir ch. 2.4 ci-dessus). Le versement de ces incitatifs sera conditionné au respect d'un cahier des charges visant à développer des prestations directement liées à la prise en charge des patients.

c. Le développement d'outils et de processus favorisant la coordination des soins permet d'améliorer la prise en charge des patients concernés, y compris s'ils bénéficient d'un subside, et, partant, de maîtriser l'évolution des coûts liés à leur prise en charge. Comme indiqué sous le ch. 2.5 ci-dessus, l'efficacité liée à l'amélioration de la prise en charge pourrait permettre à terme, de couvrir une partie des incitatifs financiers prévus, notamment le subside de quote-part. Pour démontrer cet impact, le Conseil d'Etat entend évaluer la mise en œuvre de projets du décret sous l'angle de la qualité, de la sécurité et de l'économicité (voir art. 11 du projet de décret). Cette évaluation pourrait permettre également d'obtenir à terme une participation des assureurs-maladie au financement des mesures mises en œuvre.

d. Au-delà des incitatifs financiers prévus spécifiquement par le projet de décret, le DSAS assumera les coûts liés à la mise en œuvre du décret par des réallocations internes au sein du budget dont il dispose aujourd'hui. Autrement dit, il entend utiliser le budget déjà à sa disposition pour soutenir l'atteinte des objectifs du décret (voir art. 8 al. 3 du projet de décret). Il en va ainsi en particulier des moyens nécessaires au fonctionnement des projets et actions relevant du décret et aux coûts d'abonnement à la plateforme eHealth. Le DSAS sollicitera en outre des soutiens financiers auprès d'entités tierces publiques ou privées (voir art. 8 al. 1^{er} du projet de décret).

e. S'agissant plus spécifiquement du déploiement du DEP, le Conseil d'Etat relève que la loi fédérale en la matière (LDEP) prévoit une participation de la Confédération à la création des "communautés eHealth" dans les cantons, à hauteur d'un total de CHF 30 millions, y compris pour les projets menés par les cantons avant son entrée en vigueur. En d'autres termes, les frais engagés par le canton de Vaud pour la mise en place de la communauté eHealth vaudoise et le déploiement du DEP pourront faire l'objet d'une contribution financière de la Confédération, dont les modalités et l'ampleur restent à discuter, une fois que cette loi fédérale sera en vigueur. De plus, comme évoqué ci-dessus, le Conseil d'Etat entend s'appuyer, pour le déploiement du DEP, sur une collaboration avec le canton de Genève et d'autres collaborations avec d'autres cantons sont en cours de discussion. Ces collaborations permettent de mutualiser les efforts et, par conséquent, de répartir les coûts. Enfin, le Conseil d'Etat relève que la solution qu'il propose ne sollicite pas le budget d'investissement de l'Etat et permet dès lors de retirer les CHF 4 millions qui y avaient été inscrits pour le développement du eHealth.

f. Dans tous les cas, les moyens financiers nécessaires à la réalisation du décret respecteront la planification financière du Conseil d'Etat.

En ce qui concerne le déploiement du DEP et basé sur l'expérience du projet "Plan de médication

partagé", les conséquences financières des incitatifs sont, en fonction du déploiement progressif prévu, les suivantes (voir également ch. 2.4 et 3 ci-dessus) :

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de patients	1'000	2'000	4'000	7'000	10'000
Total incitatifs pour les professionnels	305'000	500'000	988'000	1'460'000	2'020'000
Total incitatifs pour les patients	175'000	350'000	700'000	1'225'000	1'750'000
Total annuel (CHF)	480'000	850'000	1'688'000	2'685'000	3'770'000

6.3 Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

Voir ch. 6.2 ci-dessus.

6.4 Personnel

Néant.

6.5 Communes

Néant.

6.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Les mesures proposées ont pour vocation de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la population vaudoise et de consolider ou développer le système de santé. En ce sens, elles contribuent au volet "social" du développement durable.

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

Le développement d'outils et de processus favorisant la coordination des soins est en parfaite conformité avec les intentions annoncées par le Conseil d'Etat dans le Rapport sur la politique sanitaire 2013-2017 (voir notamment les axes C "Renforcer la première ligne de prise en charge des patients" et D "Mettre en œuvre la politique cantonale Vieillesse et santé").

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

Le projet de décret vise à donner une base légale à l'octroi d'incitatifs financiers aux professionnels des domaines sanitaire et médico-social, en conformité avec la loi sur les subventions.

6.9 Conformité de l'application de l'article 163 alinéa 2 Cst-VD

Conformément à l'article 163 alinéa 2 de la Constitution cantonale (Cst-VD) et aux articles 6 et suivants de la loi du 20 septembre 2005 sur les finances (LFin), le Conseil d'Etat, lorsqu'il présente un projet de décret entraînant des charges "nouvelles", est tenu de proposer des mesures compensatoires ou fiscales simultanées d'un montant correspondant. Les charges "nouvelles" sont définies par opposition aux charges dites "liées", soustraites à l'obligation précitée. Une charge est "liée" lorsqu'elle est imposée par une disposition légale en vigueur ou par l'exécution d'une tâche publique, de sorte que l'autorité de décision n'a aucune marge de manœuvre quant à son principe, à son ampleur et au moment où elle doit être engagée.

En l'occurrence, il faut souligner en préambule, comme indiqué sous chiffre 6.2, lettre a), ci-dessus, que pour ce qui concerne l'introduction d'un subside de quote-part, les conséquences financières dès 2019 ont été intégrées aux compensations financières accordées dans le cadre de la révision de la fiscalité des entreprises (RIE III) et que, pour les années 2017 et 2018, le Conseil d'Etat a d'ores et

déjà adopté une mesure spécifique de compensation.

S'agissant des incitatifs prévus pour les professionnels participant aux projets et actions relevant du décret, le Conseil d'Etat estime que même si ces incitatifs ne reposent aujourd'hui pas encore sur une base légale formelle, qui est créée par le décret, les dépenses en la matière n'en constituent pas moins des charges "liées" :

1. Le Conseil d'Etat a décrit plus haut le contexte démographique et épidémiologique dans lequel s'inscrit le présent EMPD. Cette évolution des besoins est inéluctable et si l'usage du système de santé reste identique, en particulier si les habitudes des professionnels de la santé ne se modifient pas, le canton de Vaud devra mettre en activité plus de 500 lits hospitaliers pour les personnes âgées de 80 ans et plus d'ici à 2030 et plus de 3'300 lits d'hébergement d'ici à 2035.
2. Conformément à la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, il incombe aux cantons d'assurer la couverture des besoins en soins de leur population. Pour le canton de Vaud, une telle obligation est inscrite à l'article 65 de la Constitution (cf. également article 1^{er} alinéa 2 LPFES). Il appartient donc à l'Etat d'organiser la couverture des besoins de la population vaudoise et de faire évoluer le système de santé afin qu'il puisse suivre l'évolution des besoins.
3. Les incitatifs prévus dans le cadre du présent EMPD visent précisément à faire évoluer le système de santé et à le transformer en regard de l'évolution des besoins et du défi historique qui s'annonce. Ses conséquences financières modestes sont sans commune mesure avec les conséquences qui s'annoncent à l'horizon 2030, qui seront d'autant plus importantes si rien n'est fait.
4. L'amélioration de la prise en charge des patients portera tant sur les aspects de sécurité, de qualité que d'économicité. L'efficience gagnée par la mise en place d'outils et de processus communs pourrait couvrir à terme une partie des incitatifs financiers. Ainsi, dans le cas de la consommation de médicaments, visée par le projet sur le plan de médication partagé, une surconsommation peut bien entendu avoir des conséquences dramatiques pour les patients, mais elle induit également des dépenses non seulement pour l'assurance obligatoire des soins, mais également pour l'Etat, via la facturation hospitalière et la réduction individuelle de primes. L'intervention de l'Etat prévue par le présent EMPD découle dès lors également d'une bonne utilisation des deniers publics.
5. Dans tous les cas, l'engagement de l'Etat inscrit dans le présent EMPD est limité dans le temps (5 ans).

Au vu de ce qui précède, le Conseil d'Etat considère qu'il n'y a aucune marge de manœuvre quant au principe, à l'ampleur et au moment de la dépense relative aux incitatifs pour les professionnels. Il découle du caractère nécessaire et donc lié de cette dépense qu'elle n'a pas à être compensée. Toutefois, le décret sera soumis au référendum facultatif conformément à l'article 84 alinéa 1^{er}, lettre a), de la Constitution cantonale, en raison de sa spécificité, ainsi que de toute manière en raison de l'introduction d'un subside de quote-part (charge "nouvelle" compensée).

6.10 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

6.11 Incidences informatiques

Le déploiement du DEP aura des conséquences sur les systèmes informatiques des prestataires de soins. Ce déploiement s'appuiera sur les systèmes existants desdits prestataires (en particulier sur le dossier informatisé hospitalier), s'effectuera de manière progressive et sera accompagné par le DSAS.

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

Néant.

6.13 Simplifications administratives

Néant.

6.14 Protection des données

Néant.

7 CONCLUSION

Fondé sur ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de décret ci-après sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins.

PROJET DE DÉCRET

sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins

du 29 juin 2016

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 But

¹ Le présent décret a pour but de développer des outils et des processus communs et partagés entre professionnels et institutions des domaines sanitaire et médico-social, notamment en matière de partage d'informations sous forme électronique, afin de favoriser la continuité et la coordination des soins en assurant leur économicité.

² Les projets et actions menés au titre du présent décret visent les personnes souffrant de pathologies chroniques.

Art. 2 Pilotage et mise en oeuvre

¹ Le département en charge de la santé (ci-après : le département) conduit la mise en œuvre du décret et édicte les dispositions nécessaires à cet égard.

² Il définit, en collaboration avec les partenaires de l'Etat au sens de l'article 5 de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), les prestations allouées, les projets et actions menés, ainsi que les populations cibles visées par ceux-ci.

³ 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 conditions.

⁴ Il conclut, avec les partenaires de l'Etat, ainsi qu'avec les professionnels et institutions concernés les conventions nécessaires à la mise en œuvre du décret et intègre dans les contrats de prestations existants les dispositions utiles à cet égard.

⁵ 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.

Chapitre II Développement d'outils et de processus communs

Art. 3 Principes

¹ Le département soutient par des projets et actions ciblés l'introduction, la mise en œuvre et le développement, par les professionnels et institutions des domaines sanitaire et médico-social, d'outils et de processus communs portant sur l'évaluation des besoins des patients, ainsi que sur l'échange et le partage des informations pertinentes liées à leur traitement et leur suivi.

Art. 4 Dossier électronique du patient

a) Consentement du patient

¹ La constitution d'un dossier électronique requiert le consentement écrit du patient. Le patient ne consent valablement que s'il exprime sa volonté librement et après avoir été dûment informé sur la manière dont les données sont traitées et sur les conséquences qui en résultent.

² Le patient qui a donné son consentement à la constitution d'un dossier électronique est présumé accepter que les professionnels et les institutions sanitaires y saisissent des données en cas de traitement médical.

³ Le patient peut révoquer son consentement en tout temps et sans motif.

⁴ Il ne peut être contraint de rendre accessibles des données de son dossier électronique.

Art. 5 b) Aide à l'identification du patient

¹ Afin de garantir une identification fiable du patient, le numéro d'assuré au sens de l'article 50c de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants peut être utilisé comme aide à l'identification.

Art. 6 c) Accès au dossier électronique

¹ Le patient peut accéder à ses données.

² Il peut saisir ses propres données, notamment sa volonté concernant le don d'organe ou ses directives anticipées.

³ Le département fixe la configuration de base des droits d'accès et des niveaux de confidentialité qui est applicable dès la constitution d'un dossier électronique. Le patient peut l'adapter.

⁴ Les professionnels et institutions sanitaires ne peuvent accéder aux données d'un patient que dans la mesure où celui-ci leur a accordé un droit d'accès.

⁵ Le patient peut accorder des droits d'accès à certains professionnels ou institutions sanitaires ou exclure tout accès à certains professionnels ou institutions.

⁶ Il peut adapter les niveaux de confidentialité de certaines données.

⁷ En cas d'urgence médicale, les professionnels et institutions sanitaires peuvent accéder aux données du dossier électronique même sans droit d'accès, à moins que le patient ait exclu cette possibilité. Le patient doit être informé d'un tel accès à ses données.

Art. 7 d) Utilisation des données issues du dossier électronique

¹ A des fins statistiques et de pilotage de la politique sanitaire, ainsi que pour l'évaluation du décret, le département peut utiliser des données anonymisées issues des dossiers électroniques des patients dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier les patients concernés.

Chapitre III Mesures incitatives

Art. 8 Principes

¹ Le département soutient la mise en oeuvre du présent décret par des mesures financières incitatives. Les montants alloués à cet effet figurent à son budget. Ils tiennent compte des autres sources de financement, en particulier du soutien de partenaires publics ou privés et du financement des assureurs-maladie.

² Le financement de l'Etat vise à promouvoir la participation des professionnels des domaines sanitaire et médico-social (art. 9) ainsi que des patients (art. 10).

³ Le département assure la cohérence entre le financement directement alloué à la mise en oeuvre du décret et les autres moyens financiers inscrits à son budget. Dans la mesure du possible, il veille à utiliser ceux-ci de manière à inciter les professionnels et institutions à y participer, ainsi qu'à développer des modalités novatrices de collaboration.

⁴ Pour les patients ayant adhéré aux projets et actions menés dans le cadre du décret et lorsque les assureurs-maladie ne sont pas les débiteurs de la rémunération conformément à la LAMal, le département peut mettre en place un système dans lequel l'Etat avance le paiement de certaines prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, notamment les prestations des pharmaciens. Cas échéant, il définit les modalités de mise en œuvre d'un tel système.

Art. 9 Mesures de soutien aux professionnels

¹ Le soutien accordé aux professionnels couvre :

- 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 ;
- b. une mise à disposition d'un dossier électronique du patient, ainsi qu'une offre de formation de base et d'une assistance pour l'utilisation de ce dossier ;
- c. une participation éventuelle à leurs frais informatiques.

Art. 10 Mesures de soutien aux patients

¹ La mise à disposition d'un dossier électronique est gratuite pour le patient qui adhère à un projet ou une action relevant du présent décret et s'engage à respecter les conditions le régissant.

² Les patients peuvent prétendre à l'octroi d'un subside de quote-part s'ils remplissent les conditions personnelles et financières fixées par le Conseil d'Etat et s'ils adhèrent à un projet ou une action relevant du présent décret et s'engagent à respecter les conditions le régissant.

³ Le Conseil d'Etat fixe chaque année, par arrêté, les catégories particulières de subsides de quote-part, les limites de ressources économiques déterminant le droit à un subside et le montant de la quote-part subsidiée.

⁴ Pour le surplus, la législation cantonale sur l'assurance-maladie s'applique par analogie aux questions de compétence et de procédure d'octroi des subsides, y compris à celles relatives à l'obligation de restitution.

Chapitre IV Dispositions finales

Art. 11 Durée et évaluation

¹ Le décret est valable pour une durée de cinq ans à compter de son entrée en vigueur.

² A la fin de cette période, le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil un rapport d'évaluation et, sur la base de ses résultats, propose au Grand Conseil les suites à donner.

Art. 12 Exécution et entrée en vigueur

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret. 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 29 juin 2016.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean