

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJETS DE LOIS modifiant

- **la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES)
du 5 décembre 1978**
 - **la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006**
 - **la loi sur les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées (LAIH)
du 10 février 2004**
- dans le cadre des prestations cantonales d'accompagnement en hébergement psychiatrique**

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	4
1.1	Historique.....	4
1.2	Constat actuel.....	5
	1.2.1 Cadre administratif.....	5
	1.2.2 Cadre de référence.....	5
	1.2.3 Cadre financier.....	6
	1.2.4 Cadre légal.....	6
2	ENJEUX ET PERSPECTIVES.....	6
2.1	Introduction.....	6
2.2	Politique sanitaire vaudoise.....	8
2.3	Assurer la continuité et la coordination des soins et de l'accompagnement socio-éducatif.....	8
2.4	Un cadre de référence unique.....	8
3	IMPLEMENTATION DE LA PHASE INITIALE DU PROJET DE FILIERE.....	9
4	LA PEDAGOGIE DU RETABLISSEMENT : UN MODELE QUI FONDE LA FILIERE.....	9
4.1	Le rétablissement entre processus et pédagogie.....	9
	4.1.1 Bref historique.....	9
	4.1.2 Fondement du modèle.....	9
4.2	La transposition du modèle.....	10
4.3	Nomenclature et missions des établissements d'accompagnement psychiatrique adulte.....	10
4.4	Les cinq missions spécifiques des EPSM et PPS.....	11
	4.4.1 La mission de soutien dans les besoins de base	11
	4.4.2 La mission de maintien des acquis et de réhabilitation.....	11
	4.4.3 La mission de réduction des risques et d'engagement dans le suivi.....	12
	4.4.4 La mission d'insertion socio-professionnelle	12
	4.4.5 La mission de soutien à domicile	13
5	OBJECTIFS DE LA PHASE INITIALE DE LA FUTURE FILIERE PSYCHIATRIQUE.....	13
5.1	Développer un langage et des outils communs pour assurer une continuité et une coordination de l'accompagnement.....	13
5.2	Déploiement d'une centrale cantonale de coordination et d'information psychiatrique (CCICp).....	13
5.3	Assurer une approche spécialisée et centrée sur les besoins spécifiques de la personne	14
5.4	Assurer un financement et une gouvernance équitable et adaptée à l'ensemble des EPSM et des PPS.....	15
5.5	Assurer des prestations en soins (art. 25a LAMal et 7a OPAS).....	15
5.6	Assurer des prestations socio-éducatives	16
5.7	Adaptation des prestations hôtelières et administratives.....	16
5.8	Adaptation des infrastructures et des mesures de sécurité	16

5.9	Adaptation informatique au sein de l'Etat	16
5.10	Maintenir la surveillance.....	16
6	ASPECTS ADMINISTRATIFS INTERNES LIES A LA BASCULE.....	17
6.1	Assurer les gouvernances.....	17
6.2	Les conditions de travail	17
7	RISQUES.....	17
8	PERIODE TRANSITOIRE.....	18
8.1	Introduction.....	18
8.2	Mandats de prestations annuels	18
8.3	Les prochaines étapes.....	19
9	DES BASES LEGALES RENFORCEES POUR SOUTENIR LA FILIERE.....	19
9.1	Consultation.....	19
9.2	Projet soumis au Grand Conseil.....	19
	9.2.1 Introduction.....	19
	9.2.2 Application du cadre légal : gestion de la transition.....	19
	9.2.3 Modifications des lois et commentaires article par article des <i>modifications</i>	20
9.3	Modifications d'ordre réglementaire.....	25
10	CONSEQUENCES.....	25
10.1	Constitutionnelles, légales et réglementaires	25
10.2	Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres).....	25
10.3	Conséquences en termes de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique.....	26
10.4	Personnel.....	26
10.5	Communes.....	26
10.6	Environnement, développement durable et consommation d'énergie	26
10.7	Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	26
10.8	Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales.....	26
10.9	Conformité de l'application de l'article 163 alinéa 2 Cst-VD	27
10.10	Découpage territorial (conformité à DecTer).....	27
10.11	Incidences informatiques.....	27
10.12	RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	27
10.13	Simplifications administratives.....	27
10.14	Protection des données.....	27
11	CONCLUSION.....	27

1 INTRODUCTION

1.1 Historique

L'hébergement des personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques soulève de nombreuses questions depuis plus de vingt ans. En 1989 déjà, le Tuteur général (actuellement : Office des curatelles et tutelles professionnelles [OCTP]), confronté aux difficultés d'appliquer des règlements différents pour le même type d'hébergement et emprunté dans l'orientation de ses bénéficiaires face au manque de clarté des prestations assurées par les établissements, avait dénoncé une situation dysfonctionnelle auprès des services cantonaux compétents. Il était aussi constaté l'absence d'une définition claire de l'établissement à mission psychiatrique.

Selon un rapport datant de 1991, le canton comptait 36 établissements à même d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques, parmi lesquels 24 établissements de type médico-social, EMS (dont 6 plutôt considérés comme pension de famille sans personnel soignant) et 12 de type établissement socio-éducatif, ESE. Un constat était déjà posé : la plupart de ces établissements hébergeait une population mixte tant du point de vue de l'âge que des problématiques de santé, lesquelles étaient parfois accompagnées de troubles addictifs. Ce même rapport mettait en évidence également d'importantes inégalités de traitement financier, souvent en défaveur des résidents. Enfin, il mentionnait des lacunes en accompagnement socio-éducatif dans les EMS, le manque d'établissements sécuritaires et le nombre insuffisant de pensions accueillant des personnes nécessitant des prestations de type familial et non médicalisées. Un quart de siècle plus tard, les chiffres annoncés à l'époque sont restés très proches du paysage actuel de la psychiatrie (voir pt. 1.2.4).

Simultanément, de nombreux professionnels sollicitaient le regroupement des établissements psychiatriques dans un seul réseau afin de fluidifier l'itinéraire socio-thérapeutique, d'améliorer la planification et de promouvoir une meilleure cohérence et une coordination des actions centrées sur les besoins des personnes. Cette proposition se heurta cependant à des obstacles financiers liés aux régimes conventionnels en vigueur et aux conditions posées par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) – une partie du réseau dépendait en effet de cet office - concernant notamment les normes architecturales et le statut juridique des établissements. Depuis, la question a été abordée à plusieurs reprises, ne dépassant jamais le stade du rapport^[1].

En 2009, à la demande de trois services^[2] du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), le dossier est repris à la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle péréquation des charges entre la Confédération et les cantons et en lien avec l'entrée en vigueur du nouveau régime du financement des soins au niveau fédéral, introduisant une clarification du financement des assureurs dans les EMS. Le réseau accueille alors favorablement la perspective de réunir les établissements à vocation psychiatrique dans une seule filière. Les objectifs énoncés étaient, d'une part, d'assurer l'équité de traitement et l'accès aux soins, ainsi qu'aux prestations socio-éducatives, et, d'autre part, de maintenir une diversité de prises en charge en développant les complémentarités entre les intervenants socio-éducatifs et soignants - composante indissociable d'une offre centrée sur les besoins des personnes atteintes dans leur santé psychique. Pour lancer les réflexions, le DSAS a mandaté une recherche dont le rapport final^[3], rendu en 2013, a mis en évidence la nécessité de construire une filière cantonale d'accompagnement et d'hébergement regroupant tous les acteurs de la psychiatrie adulte. Les conclusions de ce rapport ont fait l'objet d'une large consultation et il a recueilli l'unanimité des instances concernées^[4]. Fort de ce constat, décision a été prise de lancer un projet cantonal, en désignant un chef de projet pour le conduire et en intégrant les partenaires concernés dans les travaux nécessaires à la constitution de cette filière.

1.2 Constat actuel

1.2.1 Cadre administratif

Jusqu'au 31 décembre 2016, des disparités de traitement touchant les bénéficiaires souffrant de troubles psychiatriques existaient. En effet, selon que l'établissement d'accueil relevait administrativement de la législation fédérale sur le financement des soins (LAMal^[5]) ou de la législation fédérale et cantonale (LIPPI^[6] et LAIH^[7]) qui s'applique favorablement aux personnes en situation de handicap, la prise en "charge" différait. Etaient concernés 45 établissements médico-sociaux ou socio-éducatifs proposant un accompagnement et un hébergement à près de 1'000 personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ces établissements, bien qu'accueillant des bénéficiaires avec des besoins et des pathologies similaires, bénéficiaient pour partie d'un mode de financement et de bases légales différents, propres à l'un ou l'autre des trois services du DSAS (Service de la santé publique [SSP], Service des assurances sociales et de l'hébergement [SASH] et Service de prévoyance et d'aide sociales [SPAS]).

Pour pallier ces disparités entre établissements à vocation psychiatrique et compte tenu que la bascule budgétaire a été mise en œuvre le 1^{er} janvier 2017 du transfert de la gestion du dossier de l'hébergement médico-social du SSP au SASH, les ESE ont été inscrits sur la liste EMS LAMal dans l'arrêté y relatif, du 18 janvier 2017^[8]. A ce titre, devenant des EMS, ils peuvent pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire des soins (ci-après AOS).

Le présent EMPL est ainsi le résultat d'une collaboration avec les partenaires concernés, en particulier les associations faîtières^[9]. Il répond aux besoins d'accompagnement psychiatrique adulte, dont les bases légales ne satisfont pas totalement aux exigences de cette population, dans cette phase de transition.

Il prévoit ainsi la modification de plusieurs lois afin de créer la base légale et réglementaire nécessaire à la filière psychiatrique.

1.2.2 Cadre de référence

Actuellement, l'accompagnement en hébergement psychiatrique diffère s'il est assuré par un établissement d'obédience soignante (EMS à mission psychiatrique et anciennement HNM à mission psychiatrique) ou éducative (anciennement ESE Psy). Bien que la qualité de l'accompagnement ne soit pas à remettre en question, cette différence peut engendrer des difficultés d'adaptation pour le bénéficiaire changeant d'établissement et avoir un impact sur son évolution en fonction de sa sensibilité à l'une ou l'autre approche (soignante versus socio-éducative). Et ce d'autant que le futur résident ne décide que rarement de son futur lieu de vie (lequel dépend souvent de la place disponible dans le réseau). Aux yeux de l'Etat et de l'ensemble des rapports d'experts qui traitent de l'accompagnement, cette situation n'est plus adaptée, ni suffisante et encore moins correcte.

Il n'existe pas à ce jour de nomenclature précisant la mission spécifique de chaque établissement psychiatrique, même si chacun assure des prestations définissant un certain type d'approche et d'accompagnement. Ainsi, pour un bénéficiaire ou son curateur, trouver l'établissement le plus adapté ne sera pas aisé, le manque de clarté des missions assurées rendant parfois l'orientation erronée. Cette situation peut engendrer des échecs, fragilisant le parcours et l'engagement de la personne dans son rétablissement.

Cette absence de définition de mission empêche les institutions de se spécialiser, de développer un accompagnement spécifique et pointu répondant de façon plus adaptée et ciblée aux besoins individuels du bénéficiaire.

1.2.3 Cadre financier

Avant la période transitoire (1^{er} janvier 2017), dans les ESE à mission psychiatrique, les soins nécessaires aux bénéficiaires étaient majoritairement assurés par le personnel de l'établissement. Ces soins étaient totalement financés par l'Etat, alors que dans les EMS à mission psychiatrique, ces mêmes prestations sont en grande partie financées par les assureurs, conjointement avec l'Etat au titre du financement résiduel LAMal.

Au regard des coûts engendrés, des devoirs et des responsabilités de l'Etat et des assureurs, cette situation inégale ne se justifiait plus. Un financement équilibré et assumé par toutes les parties concernées semble plus judicieux et plus équitable.

Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2017, les soins prodigués dans les anciens ESE à mission psychiatrique sont financés de la même manière que dans les EMS, grâce à leur inscription sur la liste LAMal.

1.2.4 Cadre légal

Avant la transition, comme mentionné au point 1.2.1, les établissements à vocation psychiatrique dépendaient de trois services étatiques et, par conséquent, relevaient de législations différentes tant sur le plan fédéral que cantonal. Les dénominations étaient dans ce sens différentes.

Avec la bascule, tous les établissements à mission psychiatrique concernant les adultes ont rejoint le même service administratif (SASH) et dépendent tous des mêmes bases légales. Avec le présent EMPL, le but est d'offrir un cadre légal plus adapté à la population hébergée en établissement psychiatrique, en modifiant certaines lois déjà existantes (LPFES, LAPRAMS). En effet, actuellement les lois topiques permettent le financement sanitaire mais pas le financement de l'accompagnement socio-éducatif, alors que ce dernier constitue un appui indispensable au rétablissement.

Jusqu'à la période de transition, la répartition géographique de ces 41 établissements est la suivante (état mi-2016) :

	EMS Psy ¹⁰	ESE Psy ¹¹	HNM Psy ¹²	PPP Psy ¹³	Total
Centre	10 (170 lits)	7 (150 lits)	0	1 (50 lits)	18 (370 lits)
Est	7 (167 lits)	1 (38 lits)	1 (7 lits)	0	9 (212 lits)
Ouest	3 (95 lits)	1 (9 lits)	0	0	4 (104 lits)
Nord	5 (116 lits)	3 (42 lits)	2 (32 lits)	0	10 (190 lits)
Total	25 (548 lits)	12 (239 lits)	3 (39 lits)	1 (50 lits)	41 (876 lits)

¹⁰ L'EMS à mission psychiatrique est un établissement sanitaire destinés à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte d'autonomie et, dans la mesure du possible, à la récupérer.

¹¹ L'ESE à mission psychiatrique est un établissement spécialisé qui assure de façon appropriée l'hébergement, l'encadrement et l'occupation de personnes en situation de handicap ou en grandes difficultés sociales.

¹² Le HNM à mission psychiatrique devenu EMS était un home qui accueille au minimum six personnes qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, mais qui ne nécessitent pas de soins continus. Ces derniers sont au besoin assurés par des intervenants externes (OSAD, CMS).

¹³ Les PPP (pension pour patient psychiatrique) correspondent à des pensions de famille.

2 ENJEUX ET PERSPECTIVES

2.1 Introduction

Les besoins en accompagnement psychique sont en partie induits par les exigences actuelles d'adaptation à un environnement concurrentiel où la rapidité de l'évolution technologique n'est plus à prouver et où l'emploi est soumis à des pressions de plus en plus fortes. Ce contexte favorise l'émergence de fragilités psychiques, pouvant déboucher sur des problématiques plus lourdes^[14].

Ce phénomène risque fort d'augmenter en réponse à une conjoncture marquée par des tensions économiques et des incertitudes accrues. A titre d'exemple, le nombre de personnes devant recourir à l'assurance-invalidité^[15](AI) pour des raisons psychiques est passé de 173'000 à 256'000 cas entre 1997 et 2007. On observe que le nombre de nouvelles rentes octroyées aux jeunes reste stable mais que celui d'octrois pour des troubles psychiques progresse fortement parmi les 18 à 24 ans^[16]. A l'autre bout de la vie, le vieillissement de la population souffrant de troubles psychiatriques pose également d'importants défis, ne serait-ce que par la mise à disposition de lieux de vie adaptés.

Aujourd'hui, il convient de prendre en considération les difficultés contemporaines des personnes souffrant de troubles psychiques, dont l'expression du malaise se décline sous de nombreuses nouvelles formes, afin de les accompagner au mieux dans leur processus de rétablissement. Le but ultime de l'accompagnement en psychiatrie est de soutenir le bénéficiaire vers une plus grande autodétermination. Devenant actrice de sa propre vie et malgré un contexte parfois stressant et de possibles symptômes persistants, la personne en souffrance psychique peut ainsi évoluer vers une vie riche et pleine. Cette orientation, soutenue par les professionnels, diminue pour le bénéficiaire les risques d'aggravation de son état de santé psychique et physique, le recours aux soins d'urgence voire à l'automédication par des produits psychotropes. A terme, elle représente la meilleure voie pour tendre vers une réhabilitation.

On rappellera, à ce stade, que la complexification du traitement des troubles psychiatriques et de leurs manifestations est en partie à mettre en lien avec l'augmentation des comorbidités. Si, pour la plupart des personnes souffrant de troubles psychiatriques, le respect et l'application de leurs droits représentent une réelle opportunité d'évolution et de rétablissement, ils sont aussi susceptibles de constituer un risque pour celles qui sont prises en otage entre leur vulnérabilité et leur liberté.

Dans la société actuelle, l'accès facilité aux produits stupéfiants et à l'alcool représente pour une partie des personnes souffrant psychiquement une possible automédication^[17]. Bien que l'ensemble des études montrent que celle-ci péjore leur état et leur évolution, elle est souvent perçue par les personnes concernées par la maladie psychique comme plus efficace et moins stigmatisante que les traitements médicaux.

Par ailleurs, tout traitement contraint étant proscrit par la loi, les personnes concernées par la maladie psychique peuvent refuser ou réduire leur médication, quitte à favoriser une décompensation ou vivre en permanence avec des symptômes handicapants, augmentant ainsi les besoins en soins aigus.

La qualité de vie perçue étant une dimension très individuelle mais très prégnante, les réponses du système de santé doivent être nuancées en fonction des besoins et des choix individuels.

Tous ces éléments démontrent qu'il est, par conséquent, pertinent et adéquat de développer une approche qui soutienne de façon ciblée et équitable les personnes souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant un lieu d'hébergement afin de limiter les risques de péjoration de leur état de santé et, par conséquent, une augmentation des coûts.

2.2 Politique sanitaire vaudoise

Le rapport de politique sanitaire vaudoise pour la période de 2013 à 2017 prévoit cinq objectifs principaux dont celui de "consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnel". Cet objectif se décline notamment par la "mise en œuvre de la filière de psychiatrie adulte pour améliorer l'accessibilité et la qualité de soins" (mesure n°31). Le présent exposé des motifs propose une première étape pour répondre à cet objectif, visant à assurer une offre équitable et adaptée aux besoins et ressources de la personne, à favoriser la continuité de l'accompagnement dans le réseau ainsi qu'à partager une culture et des valeurs communes. Du point de vue des services de l'Etat, cette filière doit contribuer à la consolidation d'une politique sanitaire et sociale en santé mentale plus efficiente, notamment en désignant un seul interlocuteur étatique, garant d'une approche reconnue aujourd'hui comme la plus pertinente.

2.3 Assurer la continuité et la coordination des soins et de l'accompagnement socio-éducatif

Dans le cadre de cette politique sanitaire en santé mentale, la continuité et la coordination des prestations soignantes et socio-éducatives sont essentielles. Les personnes présentant des troubles psychiatriques, chroniques ou non, en seront les premières bénéficiaires, d'autant plus lorsqu'elles recourent à plusieurs prestataires, ce qui est souvent le cas.

Le système actuel favorise plutôt le développement d'unités centrées sur leur activité spécifique et la coordination entre les différents acteurs est peu efficiente, pour ne pas dire difficile. Il tend aussi à multiplier les interventions de spécialistes externes pour les situations complexes, alors qu'il serait plus judicieux de renforcer les compétences internes.

Même si de nombreux efforts ont été fournis ces dernières années pour développer les échanges entre les institutions et les intervenants du réseau sanitaire, l'organisation globale du système de soins reste fragmentée, intégrant peu les intervenants sociaux, ce qui diminue son efficacité, sa qualité et ainsi la stabilité des personnes concernées. Par exemple, lors des transitions entre l'hôpital et la communauté mais aussi l'inverse, on constate de sévères lacunes en termes de transmission d'informations et de suivi de l'accompagnement ; ce qui peut avoir un impact sur l'accompagnement proposé.

Des mesures visant à renforcer la collaboration entre les partenaires des domaines sanitaires et sociaux, ainsi qu'une réelle concertation autour des procédures et du suivi des bénéficiaires, doivent déboucher sur des modifications de pratiques institutionnelles et professionnelles pour chaque acteur du système. En outre, le domaine de l'emploi devrait également à terme être inclus, en particulier les ateliers protégés.

2.4 Un cadre de référence unique

D'un point de vue général, confirmé par le rapport final de février 2013, la création d'une filière cantonale de psychiatrie répond aux besoins actuels et émergents de ce domaine d'activité. Pourtant, à ce stade, il est difficile de réunir tous les acteurs de la santé psychique en une seule filière et de nombreux travaux doivent encore être menés pour y parvenir. Ainsi, une gestion du projet en plusieurs phases a été privilégiée, la première touchant le secteur de l'hébergement (objet du présent EMPL). Suivra une seconde phase (possiblement en 2022) qui traitera notamment de l'accompagnement dans la communauté et des activités hors hébergement. Cette stratégie devrait permettre l'adhésion progressive des acteurs concernés par la santé mentale ainsi qu'une mise en œuvre échelonnée.

3 IMPLEMENTATION DE LA PHASE INITIALE DU PROJET DE FILIERE

Afin de marquer l'identité à la fois soignante et socio-éducative des structures d'hébergement de la future filière cantonale de psychiatrie adulte, il est proposé de réunir les EMS, les ESE à mission psychiatrique et certains HNM (qui ont fait le choix de se médicaliser) sous l'appellation d'établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) et les PPP sous celle de pensions psycho-sociales (PPS).

La réunion de l'accompagnement socio-éducatif et soignant dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques représente une opportunité unanimement soutenue dans les milieux concernés. La motivation pour créer une nouvelle approche émanant d'univers professionnels distincts est palpable. Chacun est conscient de la plus-value de ce changement qui emprunte des valeurs et des compétences propres et communes à chaque profession, dans une pratique transverse où l'expertise de chacun est mise au service de tous.

Aujourd'hui, les lois qui régissent les EMS à mission psychiatrique s'adressent avant tout aux personnes âgées en EMS et ne sont pas adaptées aux besoins spécifiques d'une population adulte, souvent jeune. L'adaptation des lois existantes permettra donc de répondre à ces besoins spécifiques dont la réhabilitation, l'insertion sociale et/ou professionnelle font partie. Cette phase initiale de la filière oriente ses actions dans ce sens en modifiant les bases légales et les directives cantonales.

4 LA PEDAGOGIE DU RETABLISSEMENT : UN MODELE QUI FONDE LA FILIERE

4.1 Le rétablissement entre processus et pédagogie

Selon Wiliam Anthony ^[18] *"Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale"*.

4.1.1 Bref historique

Selon la doctrine^[19], *"Le mouvement en faveur du rétablissement en santé mentale est relativement récent : il remonte aux années 90. À cette époque, les personnes souffrant de troubles mentaux avaient souvent une mauvaise expérience avec les services de santé ; elles se sont dit qu'il devait bien exister une autre approche, et ont commencé à exiger des soins de meilleure qualité. Ces personnes refusaient de croire qu'une maladie mentale les condamnait à mener une vie de tristesse et de solitude"*. Elles ont été appuyées dans leur cause par des chercheurs et cliniciens progressistes comme Larry Davidson de la Yale University, William Anthony à la Boston University et Robert Drake à la Dartmouth Medical School.

Patricia Deegan ^[20], l'une des premières personnes à avoir survécu à la schizophrénie, explique que pour se rétablir il est essentiel de constituer sa personnalité indépendamment de la maladie mentale *"parce qu'à partir du moment où vous ne faites plus qu'un avec la maladie, il n'y a plus personne à l'intérieur pour faire le travail de guérison"*.

4.1.2 Fondement du modèle

Le rétablissement n'est pas synonyme de guérison clinique ou de remède. Le rétablissement est un processus de longue haleine qui consiste à faire sa vie malgré la maladie, de la même façon que les personnes qui souffrent de maladie chronique, comme les diabétiques ou les asthmatiques.

D'après Boardman^[21], trois facteurs essentiels entrent dans le rétablissement :

- a. Espérer : l'espoir est au centre du rétablissement ; si on n'entrevoit pas la possibilité d'un avenir,

à quoi bon essayer de guérir ?

- b. Prendre sa vie en charge : régler ses propres problèmes, s'occuper de sa vie et de son avenir.
- c. Avoir la possibilité de faire partie de la société et d'y contribuer, être apprécié ; avoir accès aux possibilités offertes par la société et pouvoir y apporter quelque chose.

L'espoir, la responsabilité personnelle, l'autonomie, la prise en charge de sa propre vie, le bien-être, l'éducation et l'appui des pairs sont quelques-uns des facteurs de rétablissement. D'autres facteurs, mis en avant par les patients qui ont triomphé de la maladie, sont l'acceptation, la prise en charge de soi-même, l'autodétermination, le contrôle des symptômes et l'appui d'un psychiatre.

4.2 La transposition du modèle

Le modèle du rétablissement a conduit les réflexions et les adaptations du terrain transcrites dans le rapport final de 2013. Il est soutenu par l'ensemble des acteurs concernés et intéressés. Il a accompagné les échanges de l'ensemble des groupes de travail.

Un rapport spécifique^[22], annexe du rapport final de 2013 sur lequel s'étaye la filière, définit une nomenclature des établissements et de leur mission, en s'appuyant sur ce concept et en traduit les grandes lignes. Il énonce en priorité un processus de progression de la personne atteinte dans sa santé psychique en cinq étapes non linéaires, détaillées ci-dessous, dont les frontières sont perméables.

- a. La phase de moratoire
La personne ne parvient pas à identifier son malaise. Elle dénie sa maladie et ses manifestations. Elle est méfiante, refuse l'aide et s'isole. On note une prévalence des symptômes.
- b. La phase de conscience
La personne reconnaît un besoin de soutien. Elle identifie des difficultés d'adaptation. On note la présence de symptômes souvent vécus comme des parasites.
- c. La phase de préparation
La personne reconnaît la maladie. Elle identifie ses ressources. Les symptômes sont identifiés. Elle s'engage dans son suivi et cherche à développer ses ressources.
- d. La phase de reconstruction
La personne s'engage dans la gestion de sa maladie et son suivi. Elle mobilise ses ressources vers des buts personnels. Les symptômes sont identifiés et analysés. Elle prend des risques et considère l'échec comme une étape et un possible apprentissage.
- e. La phase de croissance
La maladie est connue dans ses limites, elle a été apprivoisée. La personne connaît ses ressources face à la maladie et aux exigences d'une vie autonome. Les symptômes sont identifiés et contrôlés. La maladie a transformé la personne dans un sens vécu plus positivement.

Les personnes concernées peuvent passer de la phase de croissance à celle du moratoire pour rebondir plus tard sur celle de préparation, sans que le processus soit remis en question. C'est l'apprentissage acquis dans chaque phase qui permet à la personne concernée de se construire en sortant du préconçu que la " régression " à une phase antérieure constitue un échec. En effet, l'expérience acquise dans les phases antérieures développe les compétences de la personne face à sa maladie. Le processus est fortifié.

4.3 Nomenclature et missions des établissements d'accompagnement psychiatrique adulte

Afin de favoriser le rétablissement et d'assurer un accompagnement ciblé exercé par des spécialistes, cinq missions^[23], issues du rapport final de 2013 et de ses annexes, également définies ci-dessous, ont été proposées et acceptées par l'ensemble du réseau. Cette déclinaison cantonale doit permettre aux établissements assurant l'hébergement psychiatrique de développer une approche adaptée et spécifique à la mission annoncée.

Comme indiqué ci-avant, les établissements concernés seront regroupés sous l'appellation d'établissements psycho-sociaux médicalisés (ci-après **EPSM**) et pensions psycho-sociales (ci-après **PPS**) pour les non médicalisés.

4.4 Les cinq missions spécifiques des EPSM et PPS

Chaque établissement psycho-social s'inscrit dans une mission en relation avec sa pratique actuelle, qu'il soit médicalisé ou non. Il accroît par conséquent son expertise dans cette mission et, dans ce sens, oriente les compétences des équipes d'accompagnement, son programme de formation continue et ses partenariats autour des besoins spécifiques des bénéficiaires.

Les appellations initiales des missions issues du rapport final portant à confusion ou donnant un caractère peu encourageant, ont été renommées. Ainsi, leur spécificité est clairement énoncée dans leur appellation et la confusion autour du terme réhabilitation abolie. Ces spécificités seront plus précisément détaillées ci-dessous.

Comme déjà énoncé, les établissements d'accompagnement en hébergement psychiatrique pour adultes connaissent déjà leur mission, cette dernière correspondant aux prestations assurées par chacun ainsi qu'au profil majoritaire des bénéficiaires accueillis. Au cours des années à venir, une meilleure connaissance du réseau permettra, en fonction de l'évolution des besoins de la population concernée, de faire évoluer l'un ou l'autre établissement vers une autre mission.

Avant de présenter plus en détail les missions, il est important de préciser que chaque bénéficiaire peut traverser les différentes phases de son rétablissement sans pour autant devoir changer d'établissement.

4.4.1 La mission de soutien dans les besoins de base

Elle propose un accompagnement de même intensité que celui d'un proche aidant dans un milieu familial. Le gîte et le couvert sont assurés 7/7 jours, ainsi qu'une présence socio-éducative, assurée par du personnel formé, à certains moments clés de la journée, tels que les repas. Les prestations de soins sont assurées par une structure externe du type OSAD^[24] (CMS ou privée). Les établissements concernés par cette mission ne sont pas médicalisés.

Elle s'adresse aux personnes dont les besoins ne nécessitent pas des soins et un accompagnement continu, mais doivent être soutenus dans les actes de la vie quotidienne. Les bénéficiaires vivent souvent en marge de la société et présentent des troubles psychiatriques stabilisés ou non, et parfois une légère déficience intellectuelle. Les soutenir vers une insertion sociale et leur assurer une prise en compte de leurs besoins de base sont les deux axes principaux de l'accompagnement. Cette mission s'apparente à celle des pensions actuellement existantes dans le réseau aussi appelées PPP (cf. pt. 1.2.4).

4.4.2 La mission de maintien des acquis et de réhabilitation

Cette mission offre un hébergement et un accompagnement psycho-éducatif 7/7 jours, 24/24 heures. L'accompagnement psycho-éducatif regroupe les interventions sociales, éducatives et de soins. Ses prestations répondent aux besoins spécifiques des bénéficiaires, présentant pour la plupart des troubles psychiatriques sévères, nécessitant une stimulation, un soutien ou une suppléance socio-éducative dans les actes de la vie quotidienne, des soins et une présence continue. Dans ce sens, les prestations soignantes et socio-éducatives sont assurées dans l'établissement par une équipe dite psycho-sociale, formée de personnel soignant et d'intervenants socio-éducatifs.

Les bénéficiaires concernés par cette mission requièrent une approche ciblée sur le maintien de leurs acquis, le développement de leurs compétences ainsi qu'un travail sur leurs habiletés sociales et instrumentales dit "travail de réhabilitation".

Des activités occupationnelles et des loisirs aussi bien à l'interne qu'à l'externe de l'établissement sont encouragés et soutenus. Ils permettent le développement de nouvelles compétences et favorisent l'estime de soi et la sociabilisation. L'encouragement à l'autodétermination comme processus personnel d'évolution doit aboutir, à chaque fois que cela est possible, à l'engagement de la personne dans son processus de rétablissement. Bien que ce ne soit pas le but premier, la perspective de vivre en appartement, supervisé, ou non, reste un objectif durant tout le processus.

4.4.3 La mission de réduction des risques et d'engagement dans le suivi

Cette mission offre un hébergement et un accompagnement psycho-éducatif 7/7 jours et 24/24 heures. Elle s'adresse à des bénéficiaires présentant une problématique complexe, une symptomatologie marquée (dite *floride*), souvent d'importants troubles du comportement, régulièrement liés à des consommations aiguës (alcool et/ou drogues), une remise en question quasi permanente de tout traitement souvent liée à un déni massif de la problématique psychique. Dans ce sens, les prestations soignantes et l'accompagnement socio-éducatif sont assurés dans l'établissement.

En raison de leur symptomatologie et de la complexité de leur problématique, les bénéficiaires concernés par cette mission nécessitent une forte suppléance socio-éducative et soignante dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Les compétences sociales et instrumentales ne font pas défaut aux bénéficiaires, mais leur difficulté à les canaliser, les mobiliser et les diriger, freine leur évolution.

Une occupation en atelier et des loisirs adaptés sont par conséquent fortement encouragés et la perspective d'une vie autonome en appartement sans cesse considérée dans le processus individuel du rétablissement.

S'ils parviennent à entrer dans leur suivi, ils présentent un fort pouvoir de rétablissement, empêché jusque-là par la prépondérance de leurs consommations ou des manifestations de leur maladie. Ainsi, ils requièrent une approche spécialisée visant leur sécurité et la réduction des risques, leur permettant une plus grande distance avec leur problématique.

4.4.4 La mission d'insertion socio-professionnelle

Cette mission offre un hébergement et un accompagnement psycho-éducatif 7/7 jours et 24/24 heures. Elle s'adresse principalement à un public jeune (entre 18 et 30 ans), nécessitant un accompagnement adapté aux besoins très particuliers de cette tranche d'âge.

Elle propose un accompagnement orienté vers la réhabilitation des habiletés sociales et instrumentales et l'insertion sociale, notamment à travers la vie communautaire et la reprise rapide d'une activité occupationnelle ou professionnelle. Généralement d'une durée de 2 ans, le projet du bénéficiaire se construit autour d'une reprise d'activité rapide, le but étant d'éviter une trop longue coupure avec le monde environnant et ses exigences.

Les symptômes, bien que présents, n'empêchent pas l'adhésion au projet, prérequis à l'admission.

Le site est pensé comme un ou plusieurs appartements communautaires de petite taille où les apprentissages de la vie ordinaire sont soutenus en regard des difficultés personnelles.

Les bénéficiaires concernés par cette mission requièrent une approche spécialisée dans la psycho-éducation. Cette dernière favorise le développement de compétences donnant accès à une meilleure gestion des émotions et la mise en place de stratégies de contournement, comme la capacité de s'entourer dans les périodes de fragilité.

L'activité professionnelle ou occupationnelle, la constitution d'un réseau social et médical, ainsi que les activités ludiques telles que les sorties, sont centrales. Elles favorisent le processus de socialisation des bénéficiaires. Toute expérience sociale confrontant le bénéficiaire aux défis de la vie, celui-ci

apprend à gérer ses symptômes et leur expression publique.

4.4.5 La mission de soutien à domicile

Cette mission de transition offre un soutien et un suivi aux bénéficiaires vivant dans un appartement supervisé (protégé). Elle propose un accompagnement socio-éducatif ponctuel, répondant aux besoins spécifiques des bénéficiaires à leur domicile.

L'accompagnement s'axe sur le développement ou le maintien des acquis, des réseaux sociaux, médicaux et des liens sociaux. Il a pour but de consolider le processus de rétablissement. Il met également l'accent sur l'évaluation, l'anticipation et la prévention des possibles rechutes.

Cette mission fera l'objet d'un projet spécifique dans le cadre d'une phase ultérieure de la filière. Elle n'est donc pas concernée par cette phase initiale de la filière cantonale de psychiatrie adulte.

5 OBJECTIFS DE LA PHASE INITIALE DE LA FUTURE FILIERE PSYCHIATRIQUE

Même s'il ne s'agit que d'une phase initiale, le présent EMPL permet de se fixer une série d'objectifs ambitieux et réalisables, qui concourent tous à ancrer solidement la filière dans le dispositif médico-social.

5.1 Développer un langage et des outils communs pour assurer une continuité et une coordination de l'accompagnement

Le présent projet a la volonté de s'engager sur le partage de valeurs communes et le développement d'un langage, d'outils et de processus harmonisés. En effet, la continuité et la coordination de l'accompagnement doit couvrir à la fois les prestations soignantes et socio-éducatives (cf. chapitre 2.3).

Ainsi, la réalité des bénéficiaires pourra être appréhendée dans une compréhension partagée de leurs ressources et de leurs besoins.

5.2 Déploiement d'une centrale cantonale de coordination et d'information psychiatrique (CCICp)

Aujourd'hui, aucune information centralisée n'est disponible sur le réseau d'accompagnement et d'hébergement de personnes en difficultés psychiatriques, à l'inverse du modèle existant dans le secteur des EMS de la personne âgée avec les Brios^[25]. Afin de pallier ce manque, un outil analogue, adapté à la psychiatrie et à son réseau plus modeste (environ 1000 lits), a été proposé sous la forme d'une centrale cantonale de coordination et d'information psychiatrique (ci-après : CCICp). Rattachée à un réseau de soins, cette entité travaillera pour les quatre secteurs psychiatriques actuels (Centre = région lausannoise, Nord = région du Nord vaudois, soit Yverdon, Payerne, Orbe et Ste-Croix, Ouest = région de l'Ouest vaudois comprenant Prangins, Nyon et Morges et Est = Nant) et facilitera la liaison entre les différents intervenants lorsque cela est nécessaire. La centrale mettra à disposition une plate-forme informatique donnant des informations sur les différents types d'hébergement psychiatrique, leurs mission et prestations, dans des fiches de présentation standard. Son rôle principal sera de soutenir, appuyer, conseiller dans la mise en relation entre l'offre et la demande, c'est-à-dire entre les places disponibles et les demandes d'orientation. Elle apportera aussi son appui pour construire des solutions adaptées pour les quelques situations du réseau qui exigent un accompagnement particulièrement complexe.

Il a été décidé de construire l'outil informatique en adaptant l'outil "Brioche", actuellement utilisé à satisfaction pour l'orientation des personnes âgées par les Brios. A noter qu'il est déjà utilisé dans son état actuel par la psychiatrie de l'Est vaudois.

Les demandes d'orientation seront soutenues par des informations ciblées du demandeur sur les

besoins de la personne concernée. Ces informations seront déclinées au sein du nouveau document médico-social de transmission (DMST v3). En effet, des travaux d'adaptation du DMST actuel sont en cours au niveau cantonal. Cette nouvelle version intègre des informations importantes dans le domaine de la psychiatrie adulte mais absentes dans les versions précédentes qui ciblaient principalement les besoins des personnes âgées.

Ces nouveaux outils (Brioche psy et DMST v3) adaptés aux spécificités de la psychiatrie seront à disposition des utilisateurs. Les accès à ces informations seront formellement définis et contrôlés en fonction du rôle de l'intervenant et conformément à la loi sur la protection des données. Ces outils permettront d'évaluer les ressources et les besoins de la personne concernée et ainsi de mettre celle-ci en lien avec l'établissement hébergeur le mieux à même d'y répondre.

L'outil "Brioche" est aussi construit de manière à mettre à disposition un certain nombre de données statistiques. Ces données anonymisées alimenteront des indicateurs de manière à disposer d'informations quant aux besoins en accompagnement et en prestations. Cela permettra d'assurer de façon ciblée la planification cantonale des besoins d'hébergement et d'accompagnement en psychiatrie. Les indicateurs déclinés mettront l'accent sur les besoins en missions, selon la zone géographique, le nombre d'orientations vers un retour à domicile versus un hébergement, etc. Comme pour tout outil de pilotage, le but est de mesurer la concordance entre l'offre et la demande, si l'offre correspond aux besoins de la population par tranche d'âge et ainsi prévenir les besoins futurs.

La CCICp favorisera une orientation adaptée aux besoins individuels ; elle aura donc des effets positifs pour la personne concernée et sur les coûts :

- la durée des hospitalisations devrait se raccourcir grâce à une information précise et actualisée sur les places disponibles dans le réseau d'hébergement ;
- le taux d'occupation des établissements d'hébergement devrait se stabiliser grâce à la diffusion de l'information d'une place disponible au sein de l'ensemble du réseau ; des places dans les hôpitaux psychiatriques seront ainsi libérées ;
- le nombre de mauvaises orientations devrait diminuer et par là-même l'effet dit de " portes tournantes " entre les hôpitaux psychiatriques et les lieux d'hébergement ;
- l'outil de pilotage que constituera la " Brioche psy " permettra d'ajuster les prestations à l'évolution des besoins.

L'organisation, le fonctionnement ainsi que les compétences de la CCICp seront déclinés dans une directive du DSAS dont l'ancrage légal est l'article 7 al. 1^{er} ch. 7 LPFES, à l'instar des Brios.

5.3 Assurer une approche spécialisée et centrée sur les besoins spécifiques de la personne

Comme mentionné dans le point 4.1, l'expression de la maladie au travers des symptômes et des comportements prend différentes formes selon la phase dans laquelle se trouve la personne. Chaque type de mission correspond à un type d'hébergement et d'accompagnement pour des personnes présentant une problématique individuelle.

C'est bien l'intensité avec laquelle les phases sont vécues et le niveau d'engagement possible de la personne qui définissent le type de prestations. Les personnes concernées doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement socio-éducatif et de prestations de soins performants, afin de soutenir leur engagement dans leur rétablissement.

Comprendre la maladie psychiatrique et son expression requiert une formation ciblée, de l'expérience et une certaine maturité affective. Il est erroné de penser qu'avec du bon sens et de l'intérêt, tout un chacun est à même de soutenir une personne atteinte dans sa santé psychique et plus particulièrement si elle nécessite un accompagnement en hébergement.

Aujourd'hui, certains établissements comptent une majorité de personnel qui n'est ni certifié, ni diplômé ; ils se trouvent confrontés à une problématique additionnelle, puisque ce personnel ne dispose pas des compétences requises pour faire face à des situations complexes, notamment aux comportements imprévisibles nécessitant des réponses rapides et très précises. Ce personnel est dès lors plus rapidement mis à mal par une situation d'urgence et de crise. Or, ces situations prégnantes sont de plus en plus fréquentes.

Le personnel dont la qualification est adaptée gère les crises mais aussi, et surtout, les prévient en agissant en amont. Il en va de même pour les personnes en situation de pré-décompensation nécessitant une grande rapidité d'évaluation et d'action.

Proposer des lieux de vie adaptés à la personne concernée, avec des prestations ciblées par mission, permet de réduire le recours aux soins d'urgence. Le type de mission définit en partie le niveau de formation et de spécialisation des intervenants. Ainsi, par exemple, une mission de réduction des risques confrontée à la récurrence de situations de crises ou vitales exige du personnel spécifiquement formé. A l'inverse, une mission de soutien pourra compter une plus forte proportion de personnel auxiliaire.

Durant la transition, il s'agira pour chaque institution de définir, en étroite collaboration avec le DSAS, les cibles à atteindre pour répondre aux exigences de sa mission. Le DSAS veillera à ce que l'offre en lits par mission corresponde aux besoins et planifiera, avec les établissements d'hébergement, les formations nécessaires à la professionnalisation des collaborateurs.

Par l'intermédiaire des données transmises dans les reportings financiers, mais aussi à l'issue des inspections de la Coordination interservices des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS), le DSAS sera à même d'évaluer l'adéquation entre mission annoncée et mission assurée, ainsi que, cas échéant, décider de mesures correctrices.

5.4 Assurer un financement et une gouvernance équitable et adaptée à l'ensemble des EPSM et des PPS

Comme signalé aux points 1.2.1 et 1.2.3, le financement des établissements concernés (avant la transition au 1^{er} janvier 2017) dépendait essentiellement du service auquel ils étaient rattachés administrativement (SASH, SSP ou SPAS).

Les diverses modifications de lois, présentées sous chiffre 9.3, visent à réunir dans un seul cadre administratif les prestations des actuels établissements médico-sociaux, établissements socio-éducatifs, homes non médicalisés et pensions pour patients psychiatriques, regroupés sous les appellations EPSM et PPS, selon qu'ils sont médicalisés ou non. Le financement des établissements a été unifié et harmonisé dans le cadre de la bascule.

Dans cette perspective, des adaptations concernant notamment les processus administratifs, les règles de financement, les outils informatiques ou encore les règles de gestion devront être effectuées. Pour ce faire, une phase de transition d'une durée de cinq ans est prévue.

5.5 Assurer des prestations en soins (art. 25a LAMal et 7a OPAS)

Avant la transition, les ESE à mission psychiatrique ne facturaient pas les actes médicaux délégués qu'ils assuraient, ce qui représentait une inégalité de traitement, un coût pour le canton et un manque de reconnaissance des compétences disponibles.

Dès le 1^{er} janvier 2017, en vertu de l'arrêté du 18 janvier 2017 (cf. pt. 1.2.1), les ESE à mission psychiatrique sont devenus des EMS qui facturent selon la LAMal les prestations soignantes. L'équité de traitement entre les établissements, la validation et la valorisation des actes médicaux délégués sont ainsi assurées.

5.6 Assurer des prestations socio-éducatives

Aujourd'hui dans les EMS à mission psychiatrique, l'outil socio-hôtelier (SOHO^[26]) permet de déterminer la dotation en animation socio-culturelle et son financement. Cet outil ne couvre pas les besoins en prestations socio-éducatives des EPSM.

Dans les ESE à mission psychiatrique devenus EMS en 2017, l'accompagnement socio-éducatif était financé par le SPAS avec une participation du bénéficiaire. Depuis la bascule au 1^{er} janvier 2017, la reconnaissance par les assureurs des prestations fournies dans les anciens ESE à mission psychiatrique permet à l'Etat de réallouer une partie de son financement, auparavant affecté aux prestations médico-sociales, en faveur des prestations socio-éducatives.

La période de transition de 5 ans permettra d'atteindre les cibles en personnel socio-éducatif, lesquelles s'appuient sur l'outil SOED^[27], qui traduit les besoins en prestations socio-éducatives en lien avec les missions.

5.7 Adaptation des prestations hôtelières et administratives

Le calcul des prestations hôtelières et administratives à financer est assuré par l'outil SOHO pour les anciens comme les nouveaux EMS à mission psychiatrique. Cet outil permet de calculer un financement journalier standard sur la base de prestations requises et des frais généraux. L'outil tient également compte de données spécifiques à chaque établissement (surface d'hébergement, charges sociales patronales jusqu'à un plafond, structure du bâtiment, etc.). Comme indiqué plus haut, les prestations d'animation socio-culturelle ont été mises à zéro dans l'outil, afin d'éviter un double financement.

5.8 Adaptation des infrastructures et des mesures de sécurité

Afin d'assurer une mise en conformité aux normes ECA des nouveaux EMS à mission psychiatrique et des PPS, un crédit cadre devra être adopté. A cette fin, une demande de financement sous la forme d'un décret sera déposée dès que l'évaluation complète du réseau aura été effectuée, selon les procédures suivies avec les EMS. En effet, le réseau des EPSM compte des anciens EMS qui ont pu bénéficier d'un financement de l'Etat pour la mise en conformité de leur protection incendie grâce à un crédit cadre de 15 millions. Il s'agit donc d'assurer l'égalité de traitement entre ces institutions et les anciens ESE ; ceci pour atteindre le même objectif : garantir une sécurité incendie aux résidents qui soit conforme aux normes actuelles. La toute première évaluation indique une cible de l'ordre de 1.11 millions de francs qui feront l'objet d'une PCE pour des travaux entre 2018 et 2022 environ.

5.9 Adaptation informatique au sein de l'Etat

La gestion administrative des divers établissements rattachés au DSAS est supportée par des outils informatiques transverses. Afin d'assurer le suivi et le financement des établissements, il est impératif d'adapter les outils actuels. Ces travaux ont été lancés et financés par le budget ordinaire.

Du côté des établissements, il se peut que ces nouvelles procédures exigent des adaptations informatiques. Elles seront financées par les outils tarifaires habituels (tarifs SOHO).

5.10 Maintenir la surveillance

La surveillance assurée par l'Etat, telle que définie dans les lois et les règlements, sera appliquée à l'ensemble des EPSM et des PPS, à l'instar du dispositif pratiqué depuis plus de 15 ans dans les EMS.

Dans le cadre des inspections CIVESS, une grille d'évaluation adaptée à la psychiatrie a été élaborée avec l'ensemble des partenaires sur la base du modèle du rétablissement. Elle est utilisée par la CIVESS depuis octobre 2013 pour les inspections et donne satisfaction.

La surveillance financière et de la gestion maintiendra le dispositif actuellement en vigueur pour les EMS à mission psychiatrique (reporting annuel, analyses par les contrôleurs de gestion du SASH, audit ciblé sur place, mandat aux organes de révision, etc.).

6 ASPECTS ADMINISTRATIFS INTERNES LIES A LA BASCULE

6.1 Assurer les gouvernances

Les EPSM devront s'assurer d'un système de gouvernance qui leur permettra d'appréhender de manière efficace les enjeux stratégiques et leurs réponses opérationnelles, en s'adaptant aux prestations et standards définis dans la LPFES, la LAPRAMS et la LSP.

Différents indicateurs stratégiques et opérationnels permettront d'évaluer l'offre et la demande et de réaliser les adaptations nécessaires (cf. point 5.2).

6.2 Les conditions de travail

Aujourd'hui, le secteur concerné connaît deux conventions collectives de travail : la Convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois (ci-après CCT SAN) et la Convention collective de travail du secteur social parapublic vaudois (ci-après CCT Social). Chaque institution devra appliquer l'une de ces deux CCT ou, à défaut, appliquer le cadre fixé par le Conseil d'Etat.

7 RISQUES

La majeure partie des établissements concernés par la filière a déjà défini leurs missions et celles-ci seront maintenues.

Toutefois, des impacts à moyen terme sur le personnel sont possibles. En effet, la modification du profil des équipes d'accompagnement avec l'augmentation de personnel socio-éducatif dans les anciens EMS à mission psychiatrique (futurs EPSM) et l'augmentation du personnel soignant dans les anciens ESE à mission psychiatrique (futurs EPSM) pourrait être perçue comme une perte de la culture et de l'identité institutionnelle. Aussi, afin d'éviter toute crise dont les conséquences pourraient avoir des répercussions sur la qualité des prestations, une période d'adaptation de 5 ans, assortie d'un important dispositif d'accompagnement au changement, a été prévue.

Une des évolutions importantes touche les anciens ESE à mission psychiatrique qui devront s'adapter à une nouvelle gestion budgétaire et financière. Jusqu'à la bascule du 1^{er} janvier 2017, ceux-ci ont bénéficié d'un système de garantie de couverture du déficit dans le cadre d'une négociation annuelle définissant un prix de journée basé sur un budget prévisionnel. Aujourd'hui, le financement de ces établissements correspond à celui que les EMS à mission psychiatrique connaissent depuis 1998, à savoir un tarif socio-hôtelier calculé à partir d'un taux d'activité prévisionnel actuellement défini à 98%, une facturation aux assureurs et une participation de l'Etat aux charges d'investissement. Les directions des établissements bénéficient ainsi d'une plus grande autonomie de gestion avec un suivi et une surveillance *a posteriori* du SASH.

Afin d'éviter tout risque lié à une gestion inadaptée, un suivi spécifique est d'ores et déjà assuré par le SASH et sera maintenu tout au long de la période transitoire comme mentionné ci-dessous. Le SASH évaluera individuellement les besoins plus spécifiques et les accompagnera jusqu'à satisfaction en échelonnant ses exigences si nécessaire. Un dispositif de mandat de prestations a été prévu ; chaque année, des objectifs seront négociés et posés pour chaque établissement, dans la perspective d'atteindre la cible souhaitée dans les 5 ans qui suivront l'entrée en vigueur des modifications légales (chapitre 8.2).

8 PERIODE TRANSITOIRE

8.1 Introduction

Afin d'assurer l'introduction et l'adhésion de l'ensemble des institutions concernées par ce changement, les enjeux et les risques ont été identifiés pour la période transitoire prévue sur cinq ans.

Ainsi, pour l'année 2017, les budgets des anciens ESE à mission psychiatrique (venant du SPAS) sont garantis à concurrence des montants 2016 octroyés par le SPAS. Les sources de financement peuvent différer puisque depuis 2017, les assureurs en assument une partie. L'application de l'entrée en vigueur des modifications légales au 1^{er} janvier 2018 définira les budgets des EPSM et PPS selon les modalités explicitées dans le présent EMPL.

L'entrée dans la filière n'implique aucun changement de lieu de vie pour les bénéficiaires.

Quant au financement, seul le montant mis à la charge des bénéficiaires pourrait varier. Cette variation, quelle qu'elle soit, sera entièrement prise en considération par les régimes sociaux pour les bénéficiaires des prestations complémentaires AI ou des aides financières de la LAPRAMS. Seules les personnes autonomes financièrement devront payer un peu plus. Or, ces situations sont très rares en psychiatrie.

8.2 Mandats de prestations annuels

L'application progressive des changements prévus dans les équipes d'accompagnement est prévue dans les mandats de prestations annuels. Ces mandats définissent en particulier la mission, les dotations minimales et les profils professionnels attendus au terme de la période transitoire. Ils sont négociés entre le SASH et les établissements concernés.

La formation et le remplacement des départs naturels (démission, retraite) par du personnel répondant aux nouvelles exigences permettront l'atteinte des cibles fixées dans le mandat, en excluant tout licenciement dans les équipes d'accompagnement. Les missions et les prestations qu'ils assurent actuellement correspondent dans l'ensemble à ceux attendus à l'avenir.

L'adaptation à une nouvelle gestion financière du budget pour les anciens ESE à mission psychiatrique, les anciens HNM à mission psychiatrique et les PPP dans une moindre mesure, nécessite une attention particulière. Cette adaptation figure aussi dans le mandat de prestations annuel en définissant des cibles et des objectifs à atteindre progressivement. Le SASH assure un soutien individualisé dans la transition. Afin de permettre aux anciens ESE à mission psychiatrique, aux anciens HNM à mission psychiatrique et aux PPP de se préparer à ces changements, des séances individuelles de sensibilisation au nouveau mode de financement ont déjà été organisées en 2016. Elles continueront d'avoir lieu durant la période de transition.

Une formation à l'outil PLAISIR (outil d'évaluation des soins requis) a été organisée en octobre 2016 pour les futurs évaluateurs des anciens ESE à mission psychiatrique et HNM à mission psychiatrique. Cet outil permet la reconnaissance et le financement des actes soignants par les assureurs. Un programme de suivi dans les établissements a été établi. Il permet de réaliser la plupart des évaluations avec le soutien d'experts, le reste étant assuré par l'établissement. Ainsi, les bénéficiaires ont presque tous été évalués avant fin 2016.

L'outil SOHO définissant les prestations administratives, techniques et hôtelières est fonctionnel. Les anciens ESE à mission psychiatrique ont été formés à son utilisation.

Le financement de l'accompagnement socio-éducatif est réalisé dans sa phase transitoire sur la base d'un ratio par place et d'une pondération par mission. Des réflexions seront menées pour le faire évoluer à l'avenir vers un système mieux en phase avec les missions et les prestations.

Afin de définir avec plus d'efficacité la couverture minimale en dotation et en prestations des

institutions concernées, un groupe de travail a défini les bases nécessaires à l'élaboration d'une directive spécifique, dans un rapport adopté en février 2017. L'entrée en vigueur probable de cette directive devrait se faire en 2019. Jusque-là, la Directive de dotation des soins de 2007 servira de point d'ancrage.

8.3 Les prochaines étapes

D'ici 2022, le canton disposera d'un réseau d'EPSM et de PPS organisé et structuré, répondant aux besoins d'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le DSAS pourra ainsi piloter ce réseau et le faire évoluer en fonction des besoins.

Cette phase est essentielle. Toutefois, la notion de filière ne pourra pleinement s'exprimer que lorsque qu'elle intégrera également les prestations d'accompagnement à domicile, celles assurées en ateliers internes aux établissements et en centre d'accueil temporaire (CAT). Dans cette perspective, les travaux débiteront dans la deuxième moitié de 2017.

Par ailleurs, il s'agira aussi d'inclure les problématiques liées à l'accompagnement d'une population psychiatrique vieillissante ainsi qu'à l'augmentation de la vulnérabilité dans la population^[27] citadine et plus particulièrement chez les jeunes^[28].

9 DES BASES LEGALES RENFORCEES POUR SOUTENIR LA FILIERE

9.1 Consultation

Les partenaires principaux du projet ont été régulièrement informés de son avancement. Des séances régulières ont été organisées depuis 2013. Les associations faitières (en particulier, l'AVDEMS, l'AVOP et la FEDEREMS) ont été étroitement associées aux travaux.

Les résultats de la consultation formelle ont fait l'objet d'une adaptation du présent EMPL.

9.2 Projet soumis au Grand Conseil

9.2.1 Introduction

Le projet présenté au Grand Conseil prévoit la modification de plusieurs lois afin de créer un minimum légal nécessaire au soutien de la filière psychiatrique.

Dans un proche avenir, les travaux annoncés en matière d'ateliers, d'accueil de jour, de logements accompagnés ou d'appuis dans la communauté pourraient déboucher sur la nécessité de doter le canton d'une loi spécifique couvrant l'entier de la filière psychiatrique. Toutefois, cette option exige de mener encore de nombreux travaux, encore non réalisés à ce jour. Avant de prendre cette décision, il convient d'assurer un cadre juridique unique applicable aux futurs EPSM et aux PPS par la modification des lois déjà existantes. On notera que les futurs EPSM dépendent déjà de ces lois (LSP, LPFES, LAPRAMS). Ces dernières sont simplement modifiées pour s'adapter à la pratique psychiatrique actuelle et ainsi offrir un cadre légal approprié.

9.2.2 Application du cadre légal : gestion de la transition

Les lois qui vont subir des modifications (cf. chiffre 9.2.3 ci-après) sont les suivantes :

- loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES ; RSV 810.01) ;
- loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS ; RSV 850.11) ;
- loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH ; RSV 850.61).

Ces modifications entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Une période transitoire maximale de 5 ans devrait permettre à l'ensemble des établissements concernés d'adapter leur pratique aux besoins spécifiques des missions. Le mandat de prestations définissant les différentes cibles à atteindre fera l'objet d'une rencontre et d'une évaluation annuelle pendant la phase de transition (cf. en particulier chiffre 8.2, pp. 18 et 19 de l'EMPL).

9.2.3 Modifications des lois et commentaires article par article des modifications

Les lois actuelles qui s'appliquent (partiellement) aux EMS à mission psychiatrique peuvent, moyennant de mineures modifications, trouver application aux futurs EPSM/PPS.

Ainsi, il est proposé d'adapter principalement la LAPRAMS et la LPFES. Dans un 2^{ème} temps, certaines directives seront révisées pour répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie adulte.

9.2.3.1 Modification de la LAPRAMS

La LAPRAMS vise principalement les prestations médico-sociales fournies à domicile ou lors d'hébergement. Les modifications de cette loi ont pour dessein son adaptation en regard des besoins spécifiques d'adultes souffrant de troubles psychiques.

Ainsi, les prestations socio-éducatives, comprises dans l'accompagnement psycho-éducatif, délivrées au sein des futurs EPSM/PPS, sont des outils indispensables au rétablissement de ces personnes. L'action socio-éducatrice est une approche centrée sur le développement des habiletés sociales et instrumentales, basée sur des concepts éducatifs adaptés à l'adulte. Elles sont généralement délivrées par du personnel socio-éducatif, soit des éducateurs et des assistants sociaux. Actuellement cet accompagnement, bien que proposé, fait défaut dans cette loi, raison pour laquelle les modifications de la LAPRAMS proposées ci-après vont dans le sens d'un ancrage légal de l'action socio-éducatrice.

Premièrement, **l'article 1 al. 1^{er} LAPRAMS** relatif au but de la loi est élargi pour intégrer les prestations délivrées par les futurs EPSM/PPS, à domicile ou lors d'hébergement, à savoir l'action psycho-éducatrice. En effet, il est indispensable que les bénéficiaires soient pris en charge et accueillis dans des établissements offrant des prestations qui correspondent de façon plus ciblée à leurs besoins. Dans l'esprit du modèle de rétablissement, les prestations fournies par les futurs EPSM/PPS doivent favoriser l'autonomie relationnelle, familiale, sociale et économique des bénéficiaires. En outre, des projets d'accompagnement à domicile de personnes atteintes de troubles psychiques sont encouragés par le législateur et feront l'objet d'une mise en œuvre dans un proche avenir.

S'agissant de **l'article 2 al. 1^{er} LAPRAMS**, celui-ci est également modifié pour intégrer l'action psycho-éducatrice dispensée à domicile ou lors d'hébergement en EPSM et en PPS. Comme indiqué précédemment, l'accompagnement psycho-éducatif regroupe les prestations sociales, éducatives et de soins.

Actuellement, le bénéficiaire de la LAPRAMS est une personne qui a besoin d'une aide ou d'un soutien en raison de son âge, d'une maladie ou d'un handicap, nécessitant un appui social, une aide à l'intégration ou un encadrement médico-social. La modification qui est proposée à **l'article 3 al. 1^{er} LAPRAMS** tend à élargir le champ d'application aux personnes qui ont besoin d'un encadrement psycho-éducatif, soit les bénéficiaires de la psychiatrie adulte. Les mineurs atteints de troubles psychiatriques ne sont donc *a priori* pas concernés. Cependant, il arrive que, dans des situations très particulières, certains jeunes de moins de 18 ans soient placés dans un établissement pour adultes, à la demande du SPJ qui garde le mandat et participe au suivi. Ces situations exceptionnelles doivent faire l'objet d'une mention dans l'autorisation d'exploiter l'établissement, laquelle doit citer l'accueil possible de mineurs dès 16 ans. Pour ces jeunes de 16 à 18 ans, la LAPRAMS ne s'applique pas, ceux-ci relevant de lois spéciales.

Par ailleurs, **la lettre b de l'article 3 al. 1^{er} LAPRAMS** est modifiée pour permettre l'intégration des

futurs EPSM/PPS, lesquels font l'objet d'une définition prévue aux nouveaux articles 21 et 21a de la LAPRAMS (*cf. le commentaire de ces articles*).

L'article 5 al. 3 LAPRAMS subit une modification mineure pour intégrer les futurs EPSM/PPS dans le cadre des conventions tarifaires, conclues avec le département.

L'article 7 al. 3 LAPRAMS est également révisé pour intégrer les futurs EPSM/PPS. Ces derniers, au même titre que les EMS et les HNM, sont soumis à la surveillance de la CIVESS, laquelle s'assure de la qualité de prise en charge des résidents de ces établissements.

La section I du chapitre I, titre II, de la LAPRAMS définit les prestations d'aide au maintien à domicile. Ces dernières permettent d'éviter l'hébergement en institutions, que ce soit en EMS, en HNM, en EPSM ou en PPS. **L'article 10 al. 1^{er} LAPRAMS** est simplement modifié pour englober les futurs EPSM/PPS.

La section II **du chapitre I**, titre II, de la LAPRAMS concerne les unités d'accueil temporaire (UAT). **L'article 13 al. 1^{er} LAPRAMS** donne une définition de l'UAT. Ce terme n'étant plus employé dans la pratique, il est proposé de le remplacer par le terme de CAT (centre d'accueil temporaire), utilisé aujourd'hui.

S'agissant des prestations fournies par les CAT, **l'article 14 al. 1^{er} LAPRAMS** est également modifié afin d'intégrer les prestations psycho-éducatives qui comprennent par exemple des prestations d'insertion socio-professionnelle et éducatives sous la forme d'entretiens individuels et d'ateliers de travail. Il est proposé d'introduire **un nouvel alinéa 1bis** afin de préciser que le CAT s'adresse à des personnes vivant encore à domicile, que ces personnes soient âgées, handicapées ou atteintes dans leur santé psychique. Enfin, comme indiqué ci-avant, la mention " UAT " des articles 14 al. 2, 15 al. 1^{er} et 20a al. 2 lettre c LAPRAMS est également remplacée par celle de " CAT ".

Dans sa teneur actuelle, l'article 16 LAPRAMS prévoit une prestation en logement protégé. Cette prestation s'adresse également aux personnes atteintes dans leur santé psychique. Par conséquent, **l'article 16 al. 1^{er} LAPRAMS** est modifié dans ce sens. Par ailleurs, il est proposé de faire une distinction entre le logement protégé pour une personne âgée (**modification de l'al. 2 de l'art. 16 LAPRAMS**) et le logement supervisé en faveur d'une personne souffrant de troubles psychiques ou de handicaps psychiques (**nouvel al. 2 bis de l'art. 16 LAPRAMS**), puisque l'accompagnement diffère selon ces deux modes.

Comme c'est déjà le cas actuellement, une aide individuelle peut être octroyée à la personne résidant en logement protégé. L'alinéa 1 de cette disposition est reformulé pour ouvrir l'aide individuelle aux personnes résidant en appartement supervisé qui bénéficient de prestations psycho-éducatives (**nouvel article 17 al. 1^{er} LAPRAMS**).

La section IV du chapitre I, titre II, de la LAPRAMS traite du court séjour aux **articles 18 et 19 LAPRAMS**. Pour intégrer les personnes souffrant de troubles psychiques, il est proposé de reformuler l'article 18 al. 1^{er} LAPRAMS relatif à la définition du court séjour. De plus, étant donné que la durée maximale du court séjour n'est pas identique en EMS (30 jours par année civile) ou en futurs EPSM (60 jours par année civile), il est prévu que l'article 18 al. 2 LAPRAMS traitant de la durée du court séjour en EMS, soit complété pour contenir cette distinction. Un **nouvel alinéa 2 bis** est également introduit, précisant que le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire vaudois. Des dérogations pourront être prévues par voie de convention intercantonale de rang légal. On précise encore que le court séjour en futurs EPSM peut aussi constituer un séjour temporaire d'observation ou de transition. Une directive précisera les modalités administratives et financières (notamment s'agissant des prestations couvertes, des modalités de financement, des outils d'évaluation des besoins à utiliser, de la dotation en personnel) de ce court séjour, sur le modèle de ce qui prévaut déjà actuellement pour les EMS. Cette directive fera

l'objet d'une consultation auprès des faïtières.

Dans sa version actuelle, le titre III de la LAPRAMS concerne exclusivement l'hébergement en EMS. Par voie de conséquence, les chapitres contenus dans ce titre ont été adaptés afin d'intégrer les EPSM. Ainsi, **un nouvel alinéa 2 de l'article 21 LAPRAMS** est introduit pour donner une définition de l'EPSM dans la LAPRAMS. Pour assurer une certaine uniformité dans la rédaction de cet article, sa définition procède à un renvoi à la LPFES comme cela est fait pour l'alinéa 1 relatif à la définition de l'EMS. Ainsi, à teneur de ce nouvel alinéa 2, l'EPSM est une catégorie d'EMS, la LAPRAMS exigeant en règle générale la reconnaissance d'intérêt public conformément à la LPFES ; il a donc un statut analogue à celui de l'EMS. Afin qu'ils puissent facturer leurs prestations de soins à l'AOS, les futurs EPSM ont été inscrits sur la liste LAMal des EMS (cf. point 1.2.1).

Le nouvel article 21a LAPRAMS définit la pension psycho-sociale (ci-après PPS). Cette dernière est un lieu d'hébergement non médicalisé accueillant des personnes qui présentent souvent des difficultés d'ordre social et/ou psychiques ne pouvant se suffire à elles-mêmes mais qui ne nécessitent pas de soins continus. Pour cette raison, comme le HNM, la PPS ne peut pas être assimilée à un établissement sanitaire tel que défini par l'article 144 LSP. En effet, à la différence des EMS et des EPSM, ce type d'établissement ne fournit pas de soins. La PPS propose principalement des prestations socio-éducatives fournies par du personnel formé. Quant aux éventuels soins médicaux, ceux-ci sont assurés par des prestataires autorisés à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (par exemple, CMS, OSAD, etc.). Le **nouvel alinéa 3** permet aux PPS de bénéficier du même financement pour l'entretien immobilier et mobilier que les EPSM. Il doit par ailleurs répondre aux mêmes exigences de sécurité et reçoit pour ce faire le même financement que les EPSM (cf. art. 26 et 26 f LPFES).

L'article 22 LAPRAMS concerne le HNM. Cette disposition est simplement reformulée pour expliciter au mieux la différence entre la PPS et le HNM. En effet, ce type d'établissements (HNM) s'adresse plutôt à des personnes âgées qui ne présentent en principe pas de troubles psychiques nécessitant un accompagnement ciblé tel celui que pourrait leur offrir un hébergement en PPS.

L'article 23 LAPRAMS relatif à l'autorisation d'exploiter un HNM est revu pour permettre l'intégration de la PPS, laquelle est également soumise à autorisation d'exploiter. En effet, afin d'obtenir des subventions de la part de l'Etat, la PPS doit remplir certaines conditions : à cet égard, on appliquera par analogie certaines dispositions de la LPFES en matière de reconnaissance d'intérêt public. Le Conseil d'Etat les déterminera par voie de règlement (al. 3). Enfin, il convient encore de relever que les PPS doivent aussi conclure un contrat d'hébergement avec leurs résidents, au même titre que les HNM.

L'article 24 LAPRAMS traite du soutien administratif qui doit être apporté aux résidents d'EMS ou de HNM. Cette disposition est précisée pour incorporer les futurs EPSM/PPS qui sont également soumis à cette obligation.

Les articles 25 à 27 désignent les types de prestations qui sont délivrées en cas d'hébergement de longue durée. A ce titre, **l'article 25 LAPRAMS** donne une définition du long séjour effectué en EMS ou en HNM. Cette disposition est également complétée pour intégrer le séjour de longue durée en EPSM ou en PPS.

En cas de long séjour, les prestations délivrées par l'établissement peuvent être de diverses sortes et ne sont pas toutes similaires au sein des EMS, des HNM, des EPSM ou des PPS. Ainsi, les futurs EPSM fournissent, d'une part, des prestations de soins telles que définies par la LAMal et sa réglementation d'exécution et, d'autre part, des prestations socio-éducatives délivrées par des éducateurs ou des assistants sociaux. Pour exemple, la sociabilisation par le développement de compétences permettant une vie communautaire ou l'acquisition de gestes nouveaux favorisant l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, comme le rangement de l'espace privé, sont des prestations relevant de l'action

socio-éducative. Par ailleurs, des prestations hôtelières et administratives correspondant à un outil de mesure déjà défini par le département (actuellement, outil SOHO), complètent l'offre des prestations en EPSM et en PPS. Le **nouvel article 26a LAPRAMS** a trait ainsi aux prestations socio-éducatives effectuées dans le cadre du long séjour en EPSM et en PPS. Le règlement fixe le catalogue de ces prestations et leurs modalités.

Comme c'est déjà le cas actuellement, une aide financière individuelle peut être accordée aux personnes dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais engendrés par leur hébergement. **L'article 28 al. 2 LAPRAMS** est simplement reformulé pour intégrer le coût des prestations socio-éducatives (nouvel art. 26a LAPRAMS) délivrées au sein des futurs EPSM/PPS, en sus des prestations socio-hôtelières. Comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les EMS, l'aide individuelle LAPRAMS sera versée directement aux futurs EPSM/PPS, lesquels ont l'obligation de l'utiliser pour les prestations définies, cas échéant, de la mettre à disposition du bénéficiaire ou de son répondant.

L'octroi des aides individuelles à l'endroit de résidents en futurs EPSM/PPS doit tenir compte des besoins spécifiques de ce type de bénéficiaires (besoins en accompagnement) qui diffèrent, par certains aspects, des besoins des personnes âgées hébergées dans un EMS à vocation gériatrique. Par conséquent, l'étendue de l'aide financière et les modalités de celle-ci ne sont pas similaires. C'est dans cette optique qu'est proposée l'introduction d'un **nouvel article 28a LAPRAMS**. Avec cette nouvelle disposition, compétence est donnée au Conseil d'Etat de préciser les conditions d'octroi des aides pour les résidents en EPSM et en PPS.

Enfin, le titre V de la LAPRAMS relatif aux sanctions administratives et dispositions pénales subit quelques modifications. Ainsi, **l'article 39 al. 1^{er} LAPRAMS** est complété pour élargir sensiblement la latitude des sanctions que le Département peut prononcer. Il convient encore de relever que, pour certaines entités soumises à la LAPRAMS, d'autres lois prévoyant des sanctions administratives (par exemple la LSP) s'appliquent également. Enfin, il est précisé dans un nouvel alinéa 4 que les sanctions administratives figurant sous alinéa 2, lettres c à e, peuvent faire l'objet d'une publication dans la FAO. Pour rappel, comme c'est déjà le cas dans la mouture actuelle de la LAPRAMS, ces sanctions vont du simple avertissement au retrait de l'autorisation d'exploiter (par exemple, dans le cadre de manquements graves et répétés par un HNM quant aux droits des résidents).

Pour le surplus, les autres dispositions de la LAPRAMS demeurent inchangées.

9.2.3.2 Modification de la LPFES :

La loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public a notamment pour but de régler le financement des établissements sanitaires, au nombre desquels figurent les EMS. Les EPSM étant une catégorie particulière d'EMS, visant l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques, il convient de clarifier cette loi, afin de permettre l'intégration des spécificités relatives à ces derniers dans le cadre légal actuel. Ainsi, trois articles sont modifiés dans ce sens (art. 3a, 4 et 26i LPFES). Trois autres modifications purement formelles sont également introduites (art. 12, 26g et 26h LPFES).

Premièrement, **l'article 3a al. 1^{er} LPFES** est complété afin de poser une base légale quant à la définition du futur EPSM. Dès lors, sous la catégorie "*Etablissements médico-sociaux*", il est proposé de définir les EPSM comme une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant de troubles psychiques. L'EPSM a donc un statut de base identique à celui de l'EMS. En outre, l'EPSM qui veut bénéficier du financement relevant de la LPFES doit remplir les exigences liées à la reconnaissance d'intérêt public, lesquelles sont posées par l'article 4 LPFES.

L'article 4 LPFES relatif à la reconnaissance d'intérêt public est également révisé pour intégrer les futurs EPSM, lesquels doivent remplir les mêmes conditions que les EMS. Par ailleurs, ceux-ci devront appliquer les conventions tarifaires en matière de prestations socio-éducatives puisqu'ils en

fournissent à la différence des EMS dits " standards ". Dans le cas où de telles conventions ne seraient pas signées ou en l'absence de conventions, les futurs EPSM devront alors se soumettre aux tarifs fixés par le Conseil d'Etat (*parallélisme avec l'article 4 al.1bis lettre a s'agissant des conventions de soins et socio-hôtelières*). C'est ce que précise la **nouvelle lettre f de l'article 4 al. 1bis LPFES**. Les associations faitières seront consultées pour définir les outils d'évaluation des prestations socio-éducatives requises et des prestations standards à offrir.

L'article 4e LPFES concerne le contrat d'hébergement qui doit être passé entre l'EMS et son résident. Cette disposition ne subit aucune modification. Toutefois, il faut préciser que, tout comme les EMS le font actuellement, les futurs EPSM devront appliquer un contrat d'hébergement conformément à cet article, adapté aux spécificités de la filière psychiatrique.

Une modification mineure est apportée à **l'article 12 LPFES** concernant la composition de la Commission de politique sanitaire. En effet, certains organismes sont amenés à disparaître dans un proche avenir (notamment avec la modification de la loi sur les réseaux de soins). Aussi, un nouvel alinéa 1bis est proposé, donnant compétence au Conseil d'Etat de compléter la liste des membres de cette Commission.

Sur un autre plan, une mise à jour de la législation vaudoise est souhaitée. Ainsi, il est proposé **l'abrogation de l'article 26g al. 3 let. b et c LPFES**. En effet, ces dispositions ont été déclarées inconstitutionnelles par le Tribunal fédéral (ATF 138 I 410, consid. 5), parce que violant le principe de la force dérogatoire du droit fédéral (art. 49 al. 1 Cst. féd.). Comme les cantons ont un devoir inconditionnel de couvrir les coûts des soins résiduels relatifs aux EMS admis sur la liste LAMal, le droit vaudois, par cette disposition, violait le principe de la primauté du droit fédéral.

L'article 26h LPFES relatif aux structures de soins de jour ou de nuit subit une modification purement formelle. En effet, le terme "unité d'accueil temporaire" n'est plus d'actualité aujourd'hui et celui-ci est remplacé désormais par le terme "centre d'accueil temporaire" (ci-après CAT). Cette mise à jour est, du reste, reprise dans les modifications de la LAPRAMS (cf. notamment art. 13 et ss LAPRAMS).

Dans sa teneur actuelle, **l'article 26i LPFES** concerne les coûts socio-hôtelières. Des prestations de type socio-hôtelier sont fournies tant dans les EMS que dans les futurs EPSM. Néanmoins, ces derniers fournissent également des prestations socio-éducatives. Eu égard à ce qui précède, il est proposé de faire un 2^{ème} alinéa concernant les coûts des prestations socio-éducatives délivrées au sein des futurs EPSM. Précisons que, aussi bien les coûts socio-hôtelières que les coûts socio-éducatifs sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat.

9.2.3.3 Modification de la LAIH :

Cette loi règle les mesures d'aide et d'intégration des personnes handicapées ou en grandes difficultés sociales accueillies en établissement socio-éducatif ou accompagnées dans le cadre des prestations socio-éducatives ou socio-professionnelles. Elle s'applique notamment à des personnes présentant un handicap psychique.

Le champ d'application matériel et personnel de la LAIH peut ainsi s'avérer très similaire à celui de la filière psychiatrique. Aussi, afin d'éviter toute confusion, et par conséquent d'éventuels conflits de compétence, il est proposé d'introduire **un nouvel alinéa 3 à l'article 2 LAIH**. A teneur de celui-ci, les EPSM, les PPS de même que les organismes tiers qui fournissent des prestations sur délégation de ces derniers, sont exclus du champ d'application de la LAIH.

9.2.3.4 Dispositions transitoires

L'entrée en vigueur des modifications légales présentées ci-avant est prévue au 1^{er} janvier 2018.

Dès cette entrée en vigueur, les EPSM et les PPS disposent d'un délai de 5 ans pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant. Pendant cette période, les EPSM et les PPS peuvent prétendre aux subventions conformément à la LAPRAMS et à la LPFES. Par ailleurs, les résidents de ces établissements peuvent aussi bénéficier des aides individuelles de la LAPRAMS.

Cette bascule permettra à l'ensemble des établissements de s'inscrire dans la filière en répondant au cadre légal. L'hébergement devant répondre aux besoins d'un lieu de vie à la fois individuel et communautaire, le SASH souhaite privilégier les petites unités de vie. Néanmoins, les petits établissements de moins de 15 places devront réorganiser leur offre afin d'assurer un budget en adéquation avec les besoins de l'exploitation. Dans ce sens, ils pourraient être amenés à s'agrandir ou à s'associer.

Passé ce délai de 5 ans, les EPSM et les PPS qui ne sont pas parvenus à se mettre en conformité, ne pourront plus prétendre aux subventions conformément à la LAPRAMS et à la LPFES. En outre, ils ne se verront pas renouveler leur autorisation d'exploiter.

Enfin, dans tous les cas, les autorisations d'exploiter émises avant le 1^{er} janvier 2018 en faveur de ces établissements sont caduques au 31 décembre 2017, compte tenu que les EMS psy deviendront des EPSM/PPS. Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2018, de nouvelles autorisations d'exploiter seront délivrées par le service compétent aux EPSM et aux PPS, en respect des dispositions applicables en la matière.

9.3 Modifications d'ordre réglementaire

A la suite de l'adoption des projets de lois par le Grand Conseil, le Conseil d'Etat devra adapter ses bases réglementaires, à savoir le RCCMS^[30], le RES^[31], le RCLPFES^[32] et le RLAPRAMS^[33].

10 CONSEQUENCES

10.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires

Après analyse, il ne semble pas opportun, du moins pour le moment, de constituer une nouvelle loi spécifique à la filière psychiatrique, le périmètre concerné dans cette première phase ne le justifiant pas. Les lois actuelles qui prévalent pour les EMS Psy, soit la LAPRAMS et la LPFES, sont tout à fait applicables aux EPSM, respectivement aux PPS, sous réserve de certaines adaptations. Dans un 2^{ème} temps, certaines directives se verront modifiées pour répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie adulte, d'ici 2020.

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

Le projet de la filière psychiatrique tel que proposé aujourd'hui, n'induit pas un besoin de financement nouveau, à périmètre constant (nombre stable de résidents, conditions de travail du personnel équivalentes).

Les règles de financement seront celles actuellement fixées aux EMS à mission psychiatrique avec un financement spécifique pour les prestations socio-éducatives en compensation de l'annulation des prestations d'animation socioculturelle dans le financement EMS.

Ainsi, les conséquences financières liées à l'introduction d'intervenants socio-éducatifs dans les établissements non pourvus actuellement sont compensées par la reconnaissance des actes médicaux délégués assurés dans les anciens ESE à mission psychiatrique et leur financement par les assureurs-maladie. Sur la base des premières évaluations PLAISIR dans ces anciens établissements, le montant est estimé à 3.4 mios. L'adaptation du niveau de qualification des équipes psycho-éducatives fera l'objet d'une planification sur cinq ans.

La création de la CCICp représente un coût de l'ordre de CHF 256'000.- par an pour un poste de responsable à 80% et un poste de collaborateur à 60%, dont CHF 62'800.- pour les charges informatiques. Ce montant couvre aussi les frais directs en lien avec l'activité (loyers, formation, etc.).

Pour 2017, le financement est intégré à la partie " prix de pension ", et donc mis à la charge des résidents et des régimes sociaux. Une contribution financière de l'ensemble des partenaires sera négociée courant 2017 en vue d'un financement identique à celui des Brios actuels dès 2018.

L'adaptation des outils informatiques nécessaires au fonctionnement de l'outil "Brioche", permettant la coordination des demandes et l'information sur les places disponibles, évaluée à CHF 72'000.-, a été financée en 2016 par un mandat ad hoc payé par l'Etat à partir de son budget pour les EMS à mission psychiatrique.

Les travaux d'adaptation des outils informatiques au sein du département ont débuté en 2016 et continueront durant le 1^{er} semestre 2017. Ils s'élèvent actuellement à CHF 240'000.- sans les impacts sur la BI, dont 164'400 ont déjà été financés en 2016. Dans tous les cas, ces charges devront faire l'objet d'une PCE spécifique.

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

Néant. Comme pour l'ensemble des établissements d'hébergement, le financement de la filière psychiatrique fera l'objet de négociations dans le cadre de la procédure budgétaire usuelle.

10.4 Personnel

La bascule des anciens ESE psy du SPAS au SASH a engendré le transfert de ressources internes du SPAS au SASH, soit 0,6 EPT.

Les adaptations de dotations et de niveau de formation du personnel seront soutenues par le DSAS dans le cadre du mandat de prestations, définissant les objectifs annuels de chaque établissement et permettant d'atteindre la cible. Aucun licenciement n'est à prévoir ; par contre des rocadés dans une même fondation ne sont pas exclues. Le remplacement du personnel sortant, lors de départs naturels (démissions ou retraite), par des personnes répondant à de nouvelles compétences sera privilégié. Le reclassement des personnes formées permettra d'améliorer le niveau général de qualification. Pour chaque situation, le respect des conditions-cadres des CCT sera assuré et financé. Le financement sera revu chaque année en fonction des cibles définies dans le mandat de prestations, de l'allocation des montants épargnés grâce au financement des assureurs et en tenant compte du cadre budgétaire de l'Etat.

10.5 Communes

Les subventions du SPAS étaient entièrement prises en considération dans la facture sociale. Or ces dernières comprenaient un montant de 1.3 million lié à l'investissement, qui n'est plus intégré à la facture sociale dans le cadre de la révision proposée. Ainsi, dès 2017, la contribution nette des communes devrait diminuer d'un peu plus de 1.6 million.

10.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

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

Les modifications proposées sont conformes à l'axe II "Consolider la réorganisation des services de santé et assurer une offre suffisante en personnel soignant" et à l'axe V "Renforcer les instruments de pilotage de la politique sanitaire" du rapport de politique sanitaire dont le Grand Conseil a pris acte en 2013.

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

Néant.

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

Dans la mesure où le versement du financement résiduel résulte de l'application directe d'une base légale formelle de rang fédéral (art. 25 LAMal), il appert que tout nouveau versement à des futurs EPSM rentre ainsi dans le champ d'application de l'article 163, al. 2 de la Constitution du 14 avril 2003 du Canton de Vaud (Cst-VD ; RSV 101.01) et constitue donc une charge liée.

Quoiqu'il en soit, le bilan financier de cette révision est pour ainsi dire neutre, à périmètre équivalent (nombre stable de résidents).

10.10 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

10.11 Incidences informatiques

Des modifications ont été mises en place dans divers programmes afin d'identifier la filière (y compris avec des comptes séparés) et d'ajouter les nouveaux établissements dans les procédures du SASH et du SSP. Les programmes impactés sont PROGRES, PULP, BI, ALFRESCO, etc.

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

A la suite de leur inscription sur la liste EMS LAMal au 1^{er} janvier 2017, les anciens ESE à mission psychiatrique ne sont plus soumis aux dispositions de la LIPPI et de la LAIH. *De facto*, ils sont exclus de la liste des établissements vaudois concernés par la convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) qui règle les modalités de financement du séjour de personnes dans des institutions sociales situées en dehors de leur canton de domicile.

Ainsi, le SASH a informé les services cantonaux concernés que les conventions précitées ne s'appliquent plus, dès lors qu'un ancien ESE à mission psychiatrique entre dans la filière. Ainsi, pour tous les bénéficiaires hors canton, c'est le service cantonal concerné qui convient de la couverture financière du séjour avec l'établissement concerné.

10.13 Simplifications administratives

Néant.

10.14 Protection des données

La mise en place et l'utilisation de la CCICp et des indicateurs issus de la Brioche feront l'objet d'une réglementation d'exécution détaillée dans une directive à l'instar des BRIO. Il en découle que les accès informatiques octroyés seront strictement contrôlés et alloués en fonction de droits définis selon les règles appliquées actuellement par les BRIO.

11 CONCLUSION

Fondé sur ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil l'adoption des modifications de lois.

Annexe : sources et commentaires

- [1] Evaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapique ou réhabilitative mis en œuvre dans le canton de Vaud à l'intention des patients psychiatriques adultes. Dr. F. Grasset et coll. 2002 ;
- [2] Service de la santé publique (SSP) ; Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) ;
- [3] Constitution d'une filière de psychiatrie adulte, Rapport final, Josiane Antille et Chantal Resplendino, février 2013 ;
- [4] Associations faitières d'établissements, réseaux de santé, hôpitaux psychiatriques, autres professionnels, partenaires publics ;
- [5] Loi fédérale sur l'Assurance Maladie du 18 mars 1994, RS 832.10 ;
- [6] Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides ; RS 831.26 ;
- [7] Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées ; RSV 850.61 ;
- [8] Arrêté édictant la liste des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation (divisions C) au sens de l'article 39 alinéa 3 LAMal (RSV 810.30) ;
- [9] AVDEMS (association vaudoise d'EMS), FEDEREMS (Fédération vaudoise des EMS), AVOP (association vaudoise des organismes privés pour personnes en difficulté) ;
- [10] L'EMS à mission psychiatrique est un établissement sanitaire destiné à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte d'autonomie et, dans la mesure du possible, à la récupérer ;
- [11] L'ESE à mission psychiatrique est un établissement spécialisé qui assure de façon appropriée l'hébergement, l'encadrement et l'occupation de personnes en situation de handicap ou en grandes difficultés sociales ;
- [12] Le HNM à mission psychiatrique devenu EMS était un home qui accueille au minimum six personnes qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, mais qui ne nécessitent pas de soins continus. Ces derniers sont au besoin assurés par des intervenants externes (OSAD, CMS) ;
- [13] Les PPP (pension pour patient psychiatrique) correspondent à des pensions de famille ;
- [14] Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action globale sur la santé mentale, OMS, août 2012 ;
- [15] a. Sécurité Sociale, Troubles psychiques, Insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques : analyse de cas, Henrike Winckel, Barbara Laskowska, Jörg Herdt, CHSS 5/2010 ;
b. SWI Swissinfo.ch, l'Al touchée de plein fouet par les troubles psychiques, Andréa Tognina, 15 mai 2007 ;
- [16] Patrick Cudré-Mauroux, Avocat, chef du secteur Législation et droit, domaine Assurance-invalidité, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, La Vie économique 3/2016, Assurance Invalidité ;
- [17] Addiction dans le canton de Neuchâtel, Etat des lieux et recommandations, commission cantonale addiction, juillet 2007 ;

Annexe : sources et commentaires

- [18] William Anthony, W.A. (1993). « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s ». Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, p.11-24 ;
- [19] <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale> ;
- [20] Patricia Deegan, Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities, Soc Work Health, 1997;25(3):11-24 ;
- [21] Jed Boardmann, Allen Curie, Helen Killaspy and Gillian Mezey, Social Inclusion and Mental Health, rcpsych publication, London 2010 ;
- [22] Proposition de nomenclature d'interventions pour définir les prestations et les compétences dans le cadre de la filière de l'hébergement, Jérôme Favrod et Shyhrete Rexhaj ;
- [23] Idem que [22] ;
- [24] Organisation de soins et aides à domicile ;
- [25] Bureau régional d'information et d'orientation ;
- [26] Basé sur l'art. 26 de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et l'art. 29 de son règlement d'application ;
- [27] Constitution d'une filière de psychiatrie adulte, Rapport final, Josiane Antille et Chantal Resplendino, février 2013 ;
- [28] Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action globale sur la santé mentale, OMS, août 2012 ;
- [29] www.ofas.admin.ch, étude sur les rentes AI octroyées aux jeunes atteints de troubles psychiques identifie des pistes d'action, OFAS, Nr. 19/15 ;
- [30] Règlement du 7 mai 2008 fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux, des lits de type C des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public, ainsi que des homes non médicalisés (RSV 810.31.1) ;
- [31] Règlement du 26 janvier 2011 sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud (RSV 810.03.1) ;
- [32] Règlement du 8 octobre 2008 précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RSV 810.01.3) ;
- [33] Règlement du 28 juin 2006 d'application de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (RSV 850.11.1).

Texte actuel

Projet

PROJET DE LOI
modifiant la loi du 5 décembre 1978 sur la planification
et le financement des établissements sanitaires (LPFES)

du 10 mai 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

¹ La loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires est modifiée comme suit :

Texte actuel

Chapitre I Dispositions générales

Art. 3a Types d'établissements

¹ En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :

- Hôpitaux
 - Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits des types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Les règlements relevant de la planification cantonale des établissements sanitaires (ci-après : la planification cantonale, art.18ss) précisent leurs missions.
- Etablissements médico-sociaux (EMS)
 - Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C. Ils sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante.
 - Les EMS peuvent fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et de la loi sur la santé publique dans les limites prévues par la planification cantonale et le mandat de prestations établi conformément aux articles 18 et suivants.
 - Ils peuvent également fournir leurs prestations à des personnes non hébergées.
 - Dans la mesure où ils exploitent des divisions de lits de type C (divisions C), les hôpitaux sont, pour ces divisions, assimilés à des EMS au sens de la présente loi.

² Les établissements sanitaires peuvent s'organiser entre eux sur une base volontaire sous la forme d'établissements de soins intégrés pour assumer plusieurs des missions définies dans l'alinéa premier.

Projet

Chapitre I Dispositions générales

Art. 3a Types d'établissements

¹ En regard de leurs missions, les types d'établissements sanitaires sont les suivants :

- Hôpitaux
 - sans changement.
- Etablissements médico-sociaux (EMS)
 - Sans changement.
 - Les établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) sont une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant de troubles psychiques.
 - Sans changement.
 - Sans changement.
 - Sans changement.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public

¹ Pour être reconnu d'intérêt public, un établissement sanitaire privé doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

- a. être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ;
- b. accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation, tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner ;
- c. se soumettre à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;
- d. recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information;
- e. appliquer les dispositions d'une convention collective de travail de force obligatoire existante ou à défaut les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;
- f. ...
- g. se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d ;
- h. adhérer au réseau de soins régional conformément à la législation y relative.

^{1bis} S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :

- a. se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations de soins et socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat ; les prestations socio-hôtelières sont fixées dans le standard officiel établi par le Conseil d'Etat, après consultation des associations faîtières, et qui constitue la base du tarif journalier ;

Projet

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public

¹ Sans changement.

^{1bis} S'il s'agit d'un EMS il doit en outre remplir les conditions suivantes :

- a. sans changement ;
- b. sans changement ;
- c. sans changement ;
- d. sans changement ;
- e. sans changement ;

Texte actuel

- b. appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;
- c. respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat , après consultation des associations faîtières, sur les catégories et les prix maximaux de prestations supplémentaires à usage personnel non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières ;
- d. créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f ;
- e. se soumettre aux dispositions prévues par l'article 4g en matière de sous-traitance d'activité.

^{1er} S'il s'agit d'un hôpital, il doit, outre les conditions posées par l'alinéa 1, se soumettre au contrôle de l'Etat sur ses investissements, ainsi qu'aux dispositions édictées en la matière par le Conseil d'Etat conformément à l'article 4h.

² La reconnaissance d'intérêt public fonde le droit de l'établissement à la contribution financière de l'Etat.

³ Le département décide du caractère d'intérêt public d'un établissement sanitaire.

⁴ La reconnaissance peut être accordée pour une durée limitée et assortie de conditions ou de charges. La liste des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public est à disposition des tiers intéressés.

⁶ Le Conseil d'Etat peut, par règlement, adapter les conditions posées par la lettre d) de l'alinéa premier en ce qui concerne les EMS reconnus d'intérêt public et pour les hôpitaux rattachés à une institution qui consacre une proportion significative de son activité à la prise en charge de cas relevant de l'assurance invalidité.

⁷ Pour ces établissements, le Conseil d'Etat peut limiter, voire supprimer la participation financière de l'Etat à la prise en charge des coûts de leurs

Projet

- f. en outre, pour les EPSM, se soumettre aux conventions tarifaires applicables aux prestations socio-éducatives ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat. Les outils d'évaluation des prestations socio-éducatives requises et les prestations standard à offrir en la matière sont définis par le Conseil d'Etat ;

^{1er} Sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Sans changement.

⁵ Sans changement.

⁶ Sans changement.

⁷ Sans changement.

investissements informatiques.

Texte actuel

Projet

Texte actuel

Chapitre II Autorités et commissions : compétences

Art. 12 Composition

¹ La Commission de politique sanitaire comprend :

- le chef du département, président ;
- le secrétaire général du département, vice-président ;
- le médecin cantonal ;
- le chef du Service de la santé publique ;
- le chef du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation ;
- un représentant supplémentaire de l'Etat, issu du département chargé de l'action sociale si celui-ci est distinct du département de la santé ;
- un représentant du Service des hospices cantonaux ;
- un représentant et un suppléant de la SVM ;
- un représentant et un suppléant de la FVAM ;
- un représentant et un suppléant de la GHRV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVDEMS ;
- un représentant et un suppléant de l'OMSV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVCP ;
- un représentant et un suppléant de l'ASI-VD ;
- un représentant de la Commission cantonale de mesures sanitaires d'urgence (CMSU) ;
- un représentant et un suppléant des associations de travailleurs ;
- un ou plusieurs représentants d'associations de consommateurs ou de patients désignés par le département au titre de l'article 5 ;
- un ou deux membres choisis en dehors des milieux de la santé publique ;
- un représentant et un suppléant de l'instance de coordination des réseaux de soins.

Projet

Chapitre II Autorités et commissions : compétences

Art. 12 Composition

¹ Sans changement.

Texte actuel

⁴ La Commission de politique sanitaire peut s'organiser en sous-commissions ; elle peut confier certaines tâches à une délégation.

⁵ Le secrétariat de la Commission de politique sanitaire est assuré par le département.

Chapitre IV Financement

SECTION II DÉPENSES D'INVESTISSEMENT

Art. 26g Coûts des soins

¹ La part du coût des soins fournis par les EMS à la charge de l'assurance-maladie est déterminée conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie et à ses dispositions d'application .

² Le Conseil d'Etat détermine annuellement, par voie d'arrêté :

- a. la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser le 10% de la contribution maximale de l'assurance-maladie ;
- b. le financement résiduel à la charge de l'Etat et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation.

³ Les EMS non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement résiduel mentionnée à l'alinéa 2, lettre b), ci-dessus à condition qu'ils :

- a. répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal ;
- b. respectent les conditions énumérées à l'article 4, à l'exception de celles posées par l'alinéa 1, lettres b) et g), par l'alinéa 1bis lettres c) et d), ainsi que, pour ce qui concerne leurs résidents ne relevant

Projet

^{1bis} Le Conseil d'Etat peut compléter la liste par d'autres représentants des milieux intéressés en matière de politique sanitaire.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Sans changement.

⁵ Sans changement.

Chapitre IV Financement

SECTION II DÉPENSES D'INVESTISSEMENT

Art. 26g Coûts des soins

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Les EMS non reconnus d'intérêt public peuvent également prétendre au financement résiduel mentionné à l'alinéa 2, lettre b), ci-dessus à condition qu'ils :

- a. sans changement ;
- b. abrogé ;
- c. abrogé.

Texte actuel

pas des régimes sociaux, par l'alinéa 1bis, lettre a) ;

c. se soumettent à la surveillance financière du département conformément à l'article 32a et lui fournissent à cet effet les informations requises des EMS reconnus d'intérêt public en application de l'article 32b.

⁴ Les "soins aigus et de transition" fournis par un EMS dans le cadre de son mandat sont financés par l'Etat et les assureurs-maladie conformément à la législation fédérale sur l'assurance-maladie et aux dispositions de la présente loi relatives au financement hospitalier, qui s'appliquent par analogie.

La loi du 17 mai 2011 a fait l'objet d'une requête à la Cour constitutionnelle enregistrée le 5 juillet 2011 (FAO 12.07.2011). Le 6 février 2012, la Cour constitutionnelle a rejeté la requête (FAO 10.02.2012). Un recours a été déposé au Tribunal fédéral. Par arrêt du 22 octobre 2012 (réf.2C_219/2012), ce dernier a partiellement annulé l'article 26g, alinéa 3, lettres b et c.

Art. 26h Structures de soins de jour ou de nuit

¹ L'article 26g, alinéas 1 à 3 s'applique par analogie au financement des soins fournis par des EMS ou des organisation de soins à domicile dans des "structures de soins de jour ou de nuit" au sens de la LAMal .

² Par "structure de soins de jour ou de nuit", on entend :

- a. les unités d'accueil temporaire au sens de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale
- b. les lieux qui permettent aux patients:
 - de résider durablement et en communauté
 - de disposer de soins en tout temps, immédiatement et sur appel et
 - de bénéficier de soins assimilables, par leur fréquence et leur intensité, à ceux qui seraient fournis en EMS.

³ Le département tient à jour la liste des structures de soins de jour ou de nuit.

Projet

⁴ Sans changement.

Art. 26h Structures de soins de jour ou de nuit

¹ Sans changement.

² Par "structure de soins de jour ou de nuit", on entend :

- a. les centres d'accueil temporaire (CAT) au sens de la LAPRAMS.
- b. sans changement.

³ Sans changement.

Texte actuel

Art. 26i Coûts socio-hôteliers

¹ Les coûts des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS reconnus d'intérêt public sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat sur la base de l'article 4, alinéa 1bis, lettre a).

Projet

Art. 26i Coûts socio-hôteliers et socio-éducatifs

¹ Sans changement.

² Les coûts des prestations socio-éducatives fournies par les EPSM reconnus d'intérêt public sont couverts conformément aux conventions tarifaires applicables en la matière ou, à défaut, au tarif édicté par le Conseil d'Etat sur la base de l'article 4, alinéa 1bis, lettre f).

Art. 2 Entrée en vigueur et disposition transitoire

¹ La présente loi entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

² Les EPSM qui requièrent la reconnaissance d'un statut d'intérêt public disposent d'un délai de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant.

Art. 3 Exécution

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'art. 84, alinéa 1, lettre a) de la Constitution cantonale et la mettra en vigueur, par voie d'arrêté, conformément à l'art. 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 10 mai 2017.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

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

du 10 mai 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

¹ La loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale est modifiée comme suit :

TITRE I **GÉNÉRALITÉS**

Art. 1 **But**

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

² Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) , sur la santé publique (LSP) , sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) , sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) , sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS) , ainsi que la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE) .

TITRE I **GÉNÉRALITÉS**

Art. 1 **But**

¹ La loi a pour but de garantir l'accès à un encadrement médico-social ou psycho-éducatif de qualité à domicile et lors d'hébergement.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 2 Objet

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

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

Art. 3 Champ d'application personnel

¹ La loi s'applique à toute personne qui, en raison de son âge, de la maladie ou d'un handicap, nécessite notamment un appui social, une aide à l'intégration sociale ou un encadrement médico-social :

- a. à domicile, et pour autant qu'elle soit domiciliée dans le canton ;
- b. dans un établissement médico-social au sens de l'article 21 de la loi ou dans un home au sens de l'article 22 de la loi, et qui peut justifier dans le canton d'un domicile immédiatement avant l'admission dans l'établissement ou le home.

² La loi s'applique également aux membres de l'entourage familial ou social qui contribuent de manière active et régulière au maintien à domicile de la personne âgée, malade ou handicapée.

Projet

Art. 2 Objet

¹ La loi institue un appui social et une aide financière individuelle en faveur des bénéficiaires dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais liés à :

- a. l'action médico-sociale dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement médico-social (ci-après EMS) ou en home non médicalisé (ci-après HNM) ;
- b. l'action psycho-éducative dispensée à domicile et lors d'hébergement en établissement psycho-social médicalisé (ci-après EPSM) ou en pension psycho-sociale (ci-après PPS).

² Sans changement.

Art. 3 Champ d'application personnel

¹ La loi s'applique à toute personne qui, en raison de son âge, de la maladie ou d'un handicap, nécessite notamment un appui social, une aide à l'intégration sociale, un encadrement médico-social ou psycho-éducatif:

- a. à domicile, et pour autant qu'elle soit domiciliée dans le canton ;
- b. dans un EMS, un EPSM, une PPS ou un HNM au sens de la présente loi, et qui peut justifier d'un domicile dans le canton immédiatement avant son admission.

² Sans changement.

Texte actuel

Art. 5 Conventions tarifaires

¹ En principe, les aides financières accordées aux bénéficiaires des régimes sociaux, notamment les prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : PC AVS/AI) et les aides individuelles versées au titre de la loi, sont fixées dans le cadre de conventions tarifaires conclues entre le département et les fournisseurs de prestations.

² Le Conseil d'Etat fixe les règles sur lesquelles se fondent les conventions, relativement aux montants que peuvent facturer les fournisseurs de prestations aux bénéficiaires de la loi, ainsi qu'au montant mensuel affecté à leurs dépenses personnelles. Elles ont notamment pour but de régler les conditions de prise en charge financière des bénéficiaires et le tarif des prestations.

³ En cas d'absence de conventions entre le département et les établissements médico-sociaux ou les homes non médicalisés, le Conseil d'Etat fixe les tarifs par voie d'arrêté.

Art. 7 Contrôle et surveillance

¹ Le département a notamment pour mission d'assurer le contrôle de la gestion et la surveillance des fournisseurs de prestations et organismes soumis à la loi, et de surveiller l'activité des organismes et établissements qu'il subventionne.

² Ceux-ci sont tenus de fournir toutes les informations nécessaires concernant leur activité, notamment comptables, financières et statistiques. Les organismes et établissements subventionnés sont en outre tenus de communiquer sans délai tout changement de nature à modifier les subventions. Le département contrôle en particulier que les ressources allouées soient utilisées conformément à l'affectation prévue.

³ Pour les établissements médico-sociaux et les homes non médicalisés, le département, par la Coordination interservices des visites en EMS au sens de la réglementation sur les établissements sanitaires, s'assure de la

Projet

Art. 5 Conventions tarifaires

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ En cas d'absence de conventions entre le département et les EMS, les EPSM, les PPS ou les HNM, le Conseil d'Etat fixe les tarifs par voie d'arrêté.

Art. 7 Contrôle et surveillance

¹ Sans changement.

² Sans changement.

³ Pour les EMS, les EPSM, les PPS et les HNM, le département, par la Coordination interservices des visites en EMS au sens de la réglementation sur les établissements sanitaires, s'assure de la qualité de prise en charge

Texte actuel

qualité de prise en charge sociale des personnes accueillies et peut visiter les établissements en tout temps.

⁵ Le règlement précise la portée et les modalités relatives à la surveillance, au contrôle et aux informations requises.

TITRE II MAINTIEN À DOMICILE

Chapitre I Définitions et prestations

SECTION I MAINTIEN À DOMICILE

Art. 10 Prestations d'aide au maintien à domicile

¹ Les prestations d'aide au maintien à domicile, au sens de la loi, sont celles qui permettent d'éviter, de retarder ou d'interrompre l'hébergement en établissement médico-social, en home non médicalisé ou en structure d'accueil au sens de la LAIH .

² Il s'agit notamment :

- a. des prestations fournies par les organisations de soins à domicile définies par la LSP (ci-après : OSAD) ;
- b. des prestations délivrées par les organismes favorisant le maintien à domicile et qui comprennent notamment :
 - l'aide, le soutien, l'accompagnement et l'encadrement socio-éducatif ainsi que l'encadrement sécuritaire à domicile ;
 - des mesures de soutien à l'entourage, dont notamment les services de relève ;
 - les mesures favorisant l'accessibilité aux transports adaptés des personnes à mobilité réduite ;
 - l'information et le conseil social ;
 - les mesures favorisant l'intégration sociale et l'entraide ;
 - le conseil spécialisé fourni par un organisme reconnu permettant l'engagement d'auxiliaires de vie par des personnes handicapées .
- c. des prestations délivrées dans les structures intermédiaires au sens

Projet

sociale des personnes accueillies et peut visiter les établissements en tout temps.

⁵ Sans changement.

TITRE II MAINTIEN À DOMICILE

Chapitre I Définitions et prestations

SECTION I MAINTIEN À DOMICILE

Art. 10 Prestations d'aide au maintien à domicile

¹ Les prestations d'aide au maintien à domicile, au sens de la loi, sont celles qui permettent d'éviter, de retarder ou d'interrompre l'hébergement en EMS, en EPSM, en PPS, en HNM ou en structure d'accueil au sens de la LAIH.

² Sans changement.

Texte actuel

des articles 13 à 19.

d. des prestations d'auxiliaires de vie engagés par les personnes handicapées elles-mêmes, qui assument un rôle d'employeur, avec le soutien d'un organisme reconnu, pour autant que ces prestations soient reconnues par une assurance sociale fédérale.

³ Le règlement définit le détail de ces prestations.

SECTION II UNITÉ D'ACCUEIL TEMPORAIRE

Art. 13 Définition

¹ Une Unité d'accueil temporaire (ci-après : UAT) est une "structure de soins de jour ou de nuit", au sens de l'article 26h LPFES, reconnue d'intérêt public et assurant, en coordination avec un établissement médico-social ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour personnes âgées ou handicapées vivant à domicile.

² L'accueil temporaire est limité à une durée maximale de 48 heures consécutives.

Art. 14 Prestations

¹ L'UAT dispense notamment des prestations socio-hôtelières, de transport et d'animation.

² Le règlement définit le catalogue détaillé des prestations dispensées en UAT.

Art. 15 Aide individuelle

¹ Une aide financière individuelle peut être octroyée aux bénéficiaires des prestations dispensées dans une UAT partie à une convention tarifaire.

² Les modalités de financement, notamment par subvention cantonale

Projet

³ Sans changement.

SECTION II CENTRE D'ACCUEIL TEMPORAIRE

Art. 13 Définition

¹ Un centre d'accueil temporaire (ci-après : CAT) est une "structure de soins de jour ou de nuit", au sens de l'article 26h LPFES, reconnue d'intérêt public.

² Sans changement.

Art. 14 Prestations

¹ Le CAT dispense notamment des prestations socio-hôtelières, de transport, d'animation ou des prestations psycho-éducatives.

^{1bis} Le CAT assure, en coordination avec un EMS, un EPSM ou un organisme favorisant le maintien à domicile, une prise en charge pour personnes âgées, handicapées ou souffrant de troubles psychiques vivant à domicile.

² Le règlement définit le catalogue détaillé des prestations dispensées par le CAT.

Art. 15 Aide individuelle

¹ Une aide financière individuelle peut être octroyée aux bénéficiaires des prestations dispensées dans un CAT partie à une convention tarifaire.

² Sans changement.

Texte actuel

ainsi que par les personnes accueillies, sont fixées à l'article 20a de la loi et dans le règlement .

SECTION III LOGEMENT PROTÉGÉ

Art. 16 Définition

¹ Un logement protégé est un appartement indépendant conçu pour permettre le maintien à domicile de personnes âgées ou handicapées et dans lequel des prestations médico-sociales reconnues par la loi sont dispensées.

² Les personnes qui, moyennant un bail à loyer, vivent en logement protégé, disposent au minimum d'un appartement adapté, d'espaces communautaires ainsi que d'un encadrement sécuritaire pour les personnes âgées et socio-éducatif pour les personnes handicapées psychiques.

³ Le règlement fixe les modalités.

Projet

SECTION III LOGEMENT PROTÉGÉ OU SUPERVISÉ

Art. 16 Définitions

¹ Un logement protégé (al. 2) ou un logement supervisé (al. 2^{bis}) est un appartement indépendant conçu pour permettre le maintien à domicile de personnes âgées, handicapées ou souffrant de troubles psychiques et dans lequel des prestations médico-sociales ou psycho-éducatives reconnues par la loi sont dispensées.

² Les personnes âgées qui, moyennant un bail à loyer, vivent en logement protégé, disposent au minimum d'un appartement adapté, d'espaces communautaires et d'un encadrement sécuritaire.

^{2bis} Les personnes souffrant de troubles psychiques ou handicapées psychiques qui, moyennant un bail à loyer, vivent en logement supervisé, disposent au minimum d'un appartement individuel, d'espaces communautaires et d'un soutien psycho-éducatif.

³ Sans changement.

Texte actuel

Art. 17 Aide individuelle

¹ Une aide financière individuelle peut être octroyée à la personne résidant dans un logement protégé, dont les prestations médico-sociales sont gérées par une structure qui remplit cumulativement les conditions suivantes :

- a. être constituée en association ou fondation ;
- b. appliquer les tarifs convenus et s'engager avec le bénéficiaire par le biais d'un contrat de prise en charge ;
- c. assurer une qualité de prise en charge satisfaisante dans l'application des prestations minimums définies à l'article 16 et disposer du personnel qualifié ;
- d. collaborer avec les dispositifs d'information et d'orientation des résidents mis en place par le réseau de soins.

² L'aide financière peut être octroyée sur la base d'une évaluation des besoins et des ressources du bénéficiaire par une OSAD reconnue ou par une institution signataire d'une convention tarifaire.

³ Elle est accordée sur la base d'un contrat conclu entre le résident et la structure gérant le logement protégé.

⁴ Le règlement précise les modalités.

SECTION IV COURT SÉJOUR

Art. 18 Définition

¹ Le court séjour est un hébergement temporaire nécessitant une prise en charge et des soins médico-sociaux. Il se déroule en établissement médico-social, dans le but de favoriser le maintien et le retour à domicile.

² Le court séjour est en principe limité à 30 jours par année civile.

Projet

Art. 17 Aide individuelle

¹ Une aide financière individuelle peut être octroyée à la personne résidant dans un logement protégé ou supervisé, dont les prestations médico-sociales, respectivement psycho-éducatives, sont gérées par une structure qui remplit cumulativement les conditions suivantes :

- a. sans changement ;
- b. sans changement ;
- c. sans changement ;
- d. sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

⁴ Sans changement.

SECTION IV COURT SÉJOUR

Art. 18 Définition

¹ Le court séjour est un hébergement temporaire pour des personnes nécessitant une prise en charge, des soins médico-sociaux ou un accompagnement psycho-éducatif en vue de favoriser le maintien ou le retour à domicile.

² Le court séjour est en principe limité, par année civile, à 30 jours en EMS et à 60 jours en EPSM.

^{2bis} Le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire

Texte actuel

³ Le règlement précise les modalités.

TITRE III HÉBERGEMENT

Chapitre I Dispositions générales

Art. 21 Etablissement médico-social

¹ Un établissement médico-social, au sens de la présente loi, est l'établissement médico-social reconnu d'intérêt public sur la base de la LPFES .

Art. 22 Home non médicalisé

¹ Un home non médicalisé est un home au bénéfice d'une autorisation d'exploiter au sens de l'article 23 et qui accueille au minimum six personnes, qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes et ne nécessitent pas de soins continus.

Projet

vaudois.

³ Sans changement.

TITRE III HÉBERGEMENT

Chapitre I Dispositions générales

Art. 21 Etablissement médico-social et établissement psycho-social médicalisé

¹ Sans changement.

² Un EPSM, au sens de la présente loi, est un EMS reconnu d'intérêt public sur la base de la LPFES.

Art. 21a Pension psycho-sociale

¹ Une PPS est un lieu d'hébergement non médicalisé accueillant des personnes qui souffrent de difficultés psychiques et qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, sans nécessiter de soins continus. Elle propose des prestations psycho-éducatives ponctuelles.

² Le cas échéant, le suivi médical y est assuré par des prestataires admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins.

³ La PPS bénéficie d'une participation de l'Etat à ses frais d'investissements et d'exploitation analogue à celle prévue par les articles 26 et 26 f LPFES en faveur des EMS reconnus d'intérêt public.

Art. 22 Home non médicalisé

¹ Un HNM est un home au bénéfice d'une autorisation d'exploiter au sens de l'article 23 et accueillant au minimum six personnes, en principe âgées, qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes et sans nécessiter de soins continus. Il propose un accompagnement social et, le cas échéant, une aide pour effectuer certains actes de la vie quotidienne.

Texte actuel

Art. 23 Autorisation d'exploiter d'un home non médicalisé

¹ Pour obtenir une autorisation d'exploiter, un home non médicalisé doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- a. remplir les conditions prévues par le règlement relatives à la qualité de la prise en charge ;
- b. conclure un contrat type d'hébergement avec le bénéficiaire, dont les modalités sont fixées par le règlement ;
- c. être dirigé par une ou des personnes justifiant de connaissances professionnelles reconnues suffisantes par le département ;
- d. disposer du personnel qualifié pour assumer l'encadrement et l'animation ;
- e. passer une convention tarifaire avec le département ;
- f. appliquer les dispositions édictées par le Conseil d'Etat en matière de conditions de travail minimales.

² L'autorisation d'exploiter est accordée pour une durée déterminée de minorité ; elle est renouvelable.

³ Le règlement précise les modalités et les conditions de l'autorisation d'exploiter.

Art. 24 Soutien administratif aux résidents

¹ Les établissements médico-sociaux et les homes non médicalisés fournissent toutes informations utiles à leurs résidents et s'assurent que les démarches administratives nécessaires dans le cadre de l'hébergement soient accomplies, en particulier pour l'obtention de toutes les prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre.

² L'aide individuelle n'est pas octroyée si le soutien prévu au précédent alinéa n'est pas fourni.

Projet

Art. 23 Autorisation d'exploiter un HNM ou une PPS

¹ Pour obtenir une autorisation d'exploiter, un HNM ou une PPS doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- a. sans changement ;
- b. sans changement ;
- c. sans changement ;
- d. sans changement ;
- e. sans changement ;
- f. sans changement.

² Sans changement.

³ Sans changement.

Art. 24 Soutien administratif aux résidents

¹ Les EMS, les EPSM, les HNM et les PPS fournissent toutes informations utiles à leurs résidents et s'assurent que les démarches administratives nécessaires dans le cadre de l'hébergement soient accomplies, en particulier pour l'obtention de toutes les prestations sociales auxquelles ils peuvent prétendre.

² Sans changement.

	Texte actuel
Chapitre II	Prestations
Art. 25	Long séjour
	¹ Le long séjour est un hébergement de durée indéterminée en établissement médico-social ou en home non médicalisé.
Art. 26	Prestations socio-hôtelières
	¹ Dans le cadre du long séjour, le résident bénéficie de prestations dans les domaines hôtelier et social, fixées dans un standard dont les modalités sont précisées dans le règlement .

Chapitre III Aides individuelles

Art. 28	Aide individuelle en cas de long séjour
	¹ L'Etat accorde une aide financière aux personnes dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais dus à leur hébergement. Il verse le montant de l'aide à l'établissement dans lequel séjourne le bénéficiaire.
	² L'aide individuelle journalière correspond à la différence entre le coût des prestations socio-hôtelières fournies conformément à l'article 26 et le revenu déterminant au sens de l'article 29.

	Projet
Chapitre II	Prestations
Art. 25	Long séjour
	¹ Le long séjour est un hébergement de durée indéterminée en EMS, en EPSM, en PPS ou en HNM.
Art. 26	Prestations socio-hôtelières
	¹ Sans changement.

Art. 26a	Prestations socio-éducatives
	¹ Dans le cadre du long séjour en EPSM ou en PPS, le résident bénéficie de prestations socio-éducatives, fixées dans un catalogue dont le standard et les modalités sont définies par le règlement.

Chapitre III Aides individuelles

Art. 28	Aide individuelle en cas de long séjour
	¹ Sans changement.
	² L'aide individuelle journalière correspond à la différence entre le coût des prestations fournies conformément aux articles 26 et 26a et le revenu déterminant au sens de l'article 29.

Art. 28a	Conditions d'octroi des aides individuelles pour les résidents en EPSM et en PPS
	¹ Le Conseil d'Etat définit dans le règlement les conditions d'octroi des aides financières individuelles pour les résidents en EPSM et en PPS.

Texte actuel

TITRE V SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET
DISPOSITIONS PÉNALES

Art. 39 Sanction administrative

¹ Celui qui exerce sans autorisation d'exploiter ou qui ne remplit pas les conditions légales fixées par la présente loi est passible d'une sanction administrative.

² Les sanctions administratives suivantes peuvent être prononcées par le département :

- a. l'avertissement ;
- b. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 20'000.- ;
- c. la limitation de l'autorisation d'exploiter ;
- d. le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation d'exploiter ;
- e. le retrait de la qualité de responsable d'un home non médicalisé.

³ L'amende est cumulable avec les sanctions prévues aux lettres c à e.

Projet

TITRE V SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET
DISPOSITIONS PÉNALES

Art. 39 Sanction administrative

¹ Le département peut prononcer une sanction administrative à l'encontre de celui qui enfreint la présente loi ou l'une de ses dispositions d'exécution, y compris les directives d'application, ainsi que contre celui qui exerce sans autorisation d'exploiter ou ne remplissant pas les conditions légales fixées par la présente loi.

² Les sanctions administratives suivantes peuvent être prononcées par le département :

- a. sans changement ;
- b. l'amende de CHF 500.- à CHF 20'000.- ;
- c. sans changement ;
- d. sans changement ;
- e. le retrait de la qualité de responsable d'un HNM ou d'une PPS.

³ Sans changement.

⁴ Dans les cas où une sanction administrative figurant à l'alinéa 2, lettres c à e, est prononcée, elle peut faire l'objet d'une publication dans la Feuille des Avis Officiels, une fois exécutoire.

Art. 2 Entrée en vigueur et droit transitoire

¹ La présente loi entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

² Les EPSM et les PPS disposent d'un délai de 5 ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi pour se mettre en conformité avec les dispositions les concernant.

Texte actuel

Projet

Art. 3 Exécution

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a de la Constitution cantonale et la mettra en vigueur, par voie d'arrêté, conformément à l'article 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 10 mai 2017.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean

Texte actuel

Projet

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

du 10 mai 2017

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article premier

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

Texte actuel

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre I **Objet**

Art. 2 Champ d'application

¹ La loi s'applique :

a. aux personnes présentant un :

- handicap physique ;
- handicap psychique ;
- handicap mental ;
- handicap sensoriel ;
- polyhandicap ;
- problème de dépendance ou en grandes difficultés sociales,

lorsqu'elles recourent à un fournisseur de prestations décrit par la présente loi ;

b. aux fournisseurs de prestations qui servent des prestations en leur faveur.

² Les fournisseurs de prestations sont les établissements socio-éducatifs et les organismes reconnus par le département en charge de l'action et de l'aide sociale.

Projet

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre I **Objet**

Art. 2 Champ d'application

¹ La loi s'applique :

a. aux personnes présentant un :

- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;
- sans changement ;

lorsqu'elles recourent à un fournisseur de prestations entrant dans le champ d'application de la présente loi ;

b. sans changement.

² Sans changement.

³ Les établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM), au sens de l'art. 3a de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, les pensions psycho-sociales (PPS), au sens de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, ainsi que les organismes tiers qui fournissent des prestations sur délégation d'un EPSM ou d'une PPS sont exclus du champ d'application de la présente loi.

Art. 2 Entrée en vigueur

¹ La présente loi entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Texte actuel

Projet

Art. 3 Exécution

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 1, lettre a de la Constitution cantonale et la mettra en vigueur, par voie d'arrêté, conformément à l'article 2 ci-dessus.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 10 mai 2017.

Le président :

Le chancelier :

P.-Y. Maillard

V. Grandjean