

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

(réforme de l'organisation des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients)

TABLE DES MATIERES

Glossaire.....	3
1. CONTEXTE GÉNÉRAL.....	4
1.1 Contexte historique	4
1.2 Etat des lieux.....	5
1.3 Limites du système actuel.....	5
1.4 La « Réponse à l'urgence ».....	6
2. Objectifs de la réforme.....	8
3. Propositions.....	9
3.1 Généralités	9
3.2 Gouvernance et pilotage du système.....	9
3.3 DisCUP	10
3.4 Interventions hors DisCUP	11
3.5 Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144)	12
3.6 Tarifs des interventions.....	13
3.7 Impacts financiers	14
3.8 Modifications légales	14
4. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE.....	15
4.1 Chapitre II Organisation et compétences	15
4.1.1 Article 4.....	15
4.1.2 Articles 13e, 13f, 13g et 13h (abrogés).....	15
4.1.3 Article 13i (nouveau).....	15
4.2 Chapitre XI Mesures préparatoires et mesures sanitaires d'urgence	15
4.2.1 Article 183(abrogé)	15
4.2.2 Article 183b (nouveau).....	15
4.2.3 Article 183c (nouveau)	16
5. Conséquences.....	17
5.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y c. eurocompatibilité).....	17
5.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)	17
5.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique	17
5.4 Personnel.....	17
5.5 Communes	17
5.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie.....	17
5.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	17
5.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA	17
5.9 Découpage territorial (conformité à DecTer).....	17
5.10 Incidences informatiques	17
5.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	17
5.12 Simplifications administratives.....	17
5.13 Protection des données.....	17
5.14 Autres	17
6. Conclusion.....	18

GLOSSAIRE

CASU-144 :	Centrale d'appels sanitaires urgents de la Fondation urgence santé
CEESV :	Centrale d'encaissements établissements sanitaires vaudois
CMSU :	Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (<i>commission actuelle</i>)
CCMSUP :	Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (<i>commission à créer</i>)
COMSUP :	Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (<i>commission à créer</i>)
CTMG :	Centrale téléphonique des médecins de garde
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DGS :	Direction générale de la santé (<i>anciennement SSP</i>)
DEP :	Dossier électronique du patient
DisCUP :	Dispositif cantonal des urgences préhospitalières <i>actuel</i>
ECAVENIR :	<i>Bâtiment en construction à Lausanne qui abritera les trois centrales d'urgence du canton Vaud, soit le 118, le 117, le 144, la Protection civile vaudoise et les infrastructures de l'Etat-major cantonal de conduite.</i>
EMS :	Etablissement médico-social
FHV :	Fédération des hôpitaux vaudois
First responders :	<i>Voir sous « Secouriste bénévole »</i>
FUS :	Fondation Urgence Santé
IAS :	Interassociation de sauvetage
LAA :	Loi fédérale sur l'assurance accident
LAMal :	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LSP :	Loi cantonale sur la santé publique
Orca :	Organisation en cas de catastrophe
Répondant rapide :	<i>Ambulancier avec un véhicule et des moyens de secours qui est engagé par la centrale en attendant l'arrivée des secours médicaux connu sous le terme anglosaxon de « Rapid responder »</i>
Premier répondant :	<i>Personne avec une formation en secourisme qui lui permet d'agir comme premier intervenant en attendant l'arrivée des services médicaux</i>
Rapid responder :	<i>Voir sous « Répondant rapide »</i>
Rega :	Rettingsflugwacht : <i>Garde aérienne suisse de sauvetage</i>
REMU :	Renforcement médical urgent : <i>médecin de garde fonctionnant comme médecin SMUR</i>
RUPH :	Règlement du 9 mai 2018 sur les urgences préhospitalières et le transport des patients
Secouriste bénévole :	<i>Personne avec une formation en secourisme qui lui permet d'agir comme premier intervenant en attendant l'arrivée des services médicaux connue sous le terme anglosaxon de « First responders »</i>
SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSP :	Service de la santé publique (actuelle DGS)

1. CONTEXTE GÉNÉRAL

L'organisation cantonale des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients en urgence découle de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP). Placée sous l'autorité du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et de la Direction générale de la santé (DGS), le dispositif s'appuie sur la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144, au sein de la Fondation urgence santé - FUS), des services d'ambulances, une médicalisation préhospitalière (SMUR, hélicoptère médicalisé, médecins Remu), des volontaires non professionnels et des bénévoles formés à la réanimation.

1.1 Contexte historique

A la fin des années 50, l'intervention de l'Etat se limite à encourager le développement d'ambulances majoritairement rattachées à des communes et desservies par les polices municipales. Si la première réglementation dans le domaine préhospitalier apparaît dans les années 1980, il faut attendre la fin des années 1990 pour que la prise en charge des urgences préhospitalières fasse l'objet de réflexions plus approfondies. Elles débouchent sur un programme de renforcement de la chaîne des urgences impliquant la CASU-144, les renforts médicalisés (SMUR, Remu) et l'organisation de zones sanitaires d'intervention pour les services d'ambulances majoritairement rattachés aux hôpitaux.

Au cours des années 2000, l'augmentation importante du nombre d'appels au 144, et par conséquent du nombre d'interventions, pousse le Service de la santé publique (SSP) à initier une réflexion sur un nouveau concept préhospitalier en collaboration avec la Commission des mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU) instaurée par la LSP.

Deux rapports sont produits en 2014 et 2015, qui décrivent l'état des lieux du système préhospitalier et proposent un certain nombre de recommandations. Ces travaux démontrent qu'une réforme structurelle serait nécessaire. Etant donné que la marge de manœuvre du Conseil d'Etat pour faire évoluer le système est limitée dans le cadre légal actuel, le DSAS décide alors de relancer les travaux en élargissant le cadre de réflexion et en impliquant des représentants des différents partenaires impliqués, afin d'actualiser le cadre légal.

En novembre 2020, la CMSU rend un nouveau rapport au DSAS (ce rapport est accessible sur le site de l'Etat à l'adresse : www.vd.ch/organisation-prehospitaliere et est également reproduit en annexe). La commission propose de distinguer clairement les activités d'urgence préhospitalière et les activités liées à des prestations non urgentes, l'Etat devant organiser et financer les premières et se limiter à assurer la qualité et la sécurité des prestations dans les secondes. Des propositions sont également faites sur la gouvernance et le pilotage du système avec notamment le remplacement de la CMSU par deux commissions, l'une centrée sur les questions stratégiques et l'autre sur les questions d'ordre opérationnel. La commission propose de réformer le mode de financement des services d'ambulance afin de donner davantage d'autonomie de gestion et de responsabilité aux institutions concernées. Le rôle de la CASU-144 est par ailleurs précisé. Enfin, des demandes de revalorisation des conditions de rémunération des personnels concernés sont également abordées.

Après avoir pris connaissance du document, le Conseil d'Etat décide de s'approprier en grande partie les propositions qu'il contient et de proposer un projet de modification de la LSP au Grand Conseil. C'est l'objet du présent EMPL.

Un avant-projet de loi a été mis en consultation en mai 2021 auprès des partenaires impliqués dans le domaine, des associations de communes concernées, des partis politiques et des associations syndicales. Toutes les organisations sont entrées en matière sur le projet à l'exception de la Société vaudoise de médecine. Cette dernière a estimé ne pas pouvoir soutenir la réforme car elle n'était pas représentée dans la CMSU alors que de nombreux médecins y siègent.

Si les différents partenaires se sont prononcés favorablement, ils ont émis un certain nombre de remarques et de demandes d'éclaircissements. L'Exposé des motifs a été complété afin de donner ces éclaircissements et le projet de loi a été modifié en précisant que ce sont bien des transports médicalement indiqués des patients dont il s'agit ici et que la commission stratégique est dans les faits une commission consultative pour le Conseil d'Etat et le Département.

1.2 Etat des lieux

La réception des appels d'urgence et l'engagement des moyens sont assurés au sein de la FUS par la CASU-144, qui assure le rôle de centrale d'urgences pour les cantons de Vaud et de Neuchâtel. L'organisation actuelle vaudoise permet l'engagement de 23 à 29 ambulances (nombre variant selon les horaires) au départ de 14 bases réparties dans le canton, 6 renforts médicaux SMUR rattachés aux hôpitaux de soins aigus, un hélicoptère médicalisé en partenariat avec la Rega et le CHUV et des médecins en cabinet qui agissent comme Renfort médical urgent (Remu) dans cinq régions périphériques (Vallée-de-Joux, Diablerets, Leysin, Pays d'Enhaut et Sainte-Croix). A ces moyens s'ajoutent des *Premiers répondants (First responders)*, volontaires locaux non professionnels disponibles de manière structurée dans la région de Villars-Gryon et de Vallorbe et des *Secouristes bénévoles*, bénévoles formés à la réanimation et alertés par la CASU-144 sur l'ensemble du canton pour intervenir en cas d'arrêt cardio-respiratoire d'un patient. Les *Premiers répondants* et les *Secouristes bénévoles* sont engagés en attendant l'arrivée des secours. Enfin, un concept de *Répondant rapide (Rapid responder)* est aujourd'hui en phase de test sur la Riviera et à Sainte-Croix. Il s'agit d'un véhicule d'urgence léger avec à son bord un ambulancier professionnel expérimenté et dont le rôle est d'assurer des soins d'urgence au patient en attendant qu'une ambulance le rejoigne sur le site d'intervention. A noter que le *Répondant rapide* ne transporte pas le patient et qu'il est à nouveau opérationnel lorsque l'ambulance part avec ce dernier.

En 2019, la CASU-144 a reçu près de 90'000 appels d'urgence et a engagé 157 missions par jour en moyenne. Les interventions sont classées selon la nomenclature de l'Interassociation de sauvetage (IAS) qui prévoit six catégories (P1, P2, P3, S1, S2, S3). Les lettres correspondent aux types de transports (P pour interventions primaires et S pour interventions secondaires) et les chiffres aux niveaux d'urgence (1 : départ immédiat avec signaux prioritaires ; 2 : départ immédiat sans probabilité d'une atteinte aux fonctions vitales ; 3 : départ autorisant un délai ou départ programmé). Les interventions primaires comprennent les prises en charge depuis le site d'intervention alors que les interventions secondaires sont constituées des transferts entre institutions de soins et des retours à domicile.

Pour assurer une réponse adéquate en matière de soins préhospitaliers et de transport de patients, le DSAS s'appuie sur le Dispositif cantonal des urgences préhospitalières (DisCUP). Ce dernier est institué par l'article 183 de la LSP et comprend toutes les ressources financées par l'Etat. La mission principale du DisCUP est la réponse aux appels qui nécessitent une intervention primaire. Son contour reste toutefois relativement flou car près de 10% des interventions primaires sont effectuées par des services d'ambulances non subventionnés qui n'en font pas partie et les ambulances du DisCUP réalisent régulièrement des missions secondaires. Au cours des dernières années, le dispositif a dû faire face à une augmentation annuelle régulière de 3 à 4% du nombre d'interventions primaires sur le canton pour atteindre 37'100 missions en 2019.

Le mode de gouvernance du dispositif est complexe. Au niveau stratégique, la planification et le financement sont assurés par la DGS qui régule le système au travers de contrats de prestations, alors que la conduite opérationnelle est assurée par des échelons décentralisés autonomes et peu coordonnés. Le DSAS et la DGS bénéficient de l'appui de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgences (CMSU), assemblée consultative et de préavis pour des thématiques principalement opérationnelles.

Le système actuel s'appuie sur de nombreux partenaires qui bénéficient chacun d'une large autonomie. Alors que la problématique et les enjeux sont d'ordre cantonal, la diversité des acteurs, leur ancrage régional et leur fonctionnement interne sont autant de freins à une coordination pourtant essentielle dans ce domaine. De manière générale, on constate que les bases d'ambulances sont stationnées sur le site même de leur appartenance administrative. Leur positionnement géographique est donc situé avant tout en lien avec leur infrastructure de référence et non en termes de délais de réponse ou de densité de population.

1.3 Limites du système actuel

La qualité du système préhospitalier vaudois est jugée bonne et les prises en charge individuelles comme la qualité des soins respectent les recommandations nationales et internationales. Toutefois, s'il répond encore de manière adéquate aux besoins actuels de la population vaudoise, le dispositif préhospitalier fonctionne de plus en plus à « flux tendu » et montre un certain nombre de fragilités.

Le système actuel est le résultat d'une construction historique. Or, les conditions qui prévalaient à l'époque de sa création ont évolué. La population vaudoise a fortement augmenté ces vingt dernières années et cette augmentation ne s'est pas faite de manière uniforme sur le territoire cantonal. Les besoins des patients ont changé avec une augmentation des pathologies gériatriques et des problèmes psycho-sociaux. Enfin le projet du DSAS de « Réponse à l'urgence communautaire » modifie l'organisation cantonale des soins de première ligne.

La réponse du système préhospitalier doit mieux suivre ces évolutions afin de minimiser les risques de carences en ressources dans certaines zones ou à des moments particuliers.

Aujourd'hui, les rôles stratégiques et opérationnels ne sont pas clairement définis, ni bien répartis entre l'Etat (DGS et DSAS), la CMSU et les différents intervenants (services d'ambulances, SMUR, etc.) qui y voient un certain manque de leadership dans le système. Chacun a tendance à se concentrer sur ses propres intérêts et certaines problématiques qui devraient être harmonisées au niveau cantonal trouvent des réponses différentes au niveau local. Si certains secteurs du système préhospitalier doivent être régulés et financés par les pouvoirs publics, d'autres devraient être laissés à la responsabilité des partenaires. Dans ce deuxième cas de figure, l'action de l'Etat doit se limiter à garantir la qualité, la sécurité et l'accessibilité des prestations.

Les questions de formation des professionnels font l'objet d'une attention particulière. Les ambulanciers professionnels ont gagné en compétence tandis que les médecins d'urgences se sont professionnalisés, nécessitant de redéfinir les périmètres de leurs activités réciproques.

Basé sur le principe de la couverture de déficit, le mode de financement des partenaires intégrés au DisCUP s'avère aujourd'hui inadapté. Dans le système actuel, les prestataires doivent chaque année obtenir de la DGS la reconnaissance de leurs coûts et la subvention qu'ils vont finalement recevoir résulte de la différence entre leurs dépenses effectives et leurs recettes. Outre le fait que ce modèle de financement n'est pas incitatif d'une gestion économique des ressources, il a pour conséquence que la DGS doit s'impliquer dans le fonctionnement des institutions partenaires.

De plus, toute ambulance au bénéfice d'une autorisation d'exploiter dans le canton peut être appelée par la CASU-144 pour effectuer des interventions d'urgences P1 ou P2, qu'elle soit intégrée dans le dispositif subventionné ou non. Ainsi, des sociétés à but commercial peuvent installer des ambulances dans les secteurs fortement peuplés et économiquement rentables alors que les régions à faible densité de population ne sont desservies que par les ambulances du DisCUP. Cette situation qui est permise dans le cadre légal actuel, déséquilibre toute l'organisation cantonale et met en concurrence des prestataires qui ne sont pas soumis aux mêmes règles.

Enfin le secteur est fortement dépendant des technologies informatiques et de télécommunication, deux domaines qui sont soumis à une évolution permanente sur le plan technologique. Citons notamment les possibilités et les défis posés par le travail à distance, les algorithmes d'aide à la décision, l'intelligence artificielle, les objets et les habits connectés, etc. Le DisCUP doit pouvoir profiter pleinement de ces évolutions.

Il convient ainsi de faire évoluer le système cantonal pour lui permettre de s'adapter à un contexte en changement permanent, qui voit les besoins de la population évoluer, les technologies progresser et les compétences des professionnels s'accroître d'année en année.

1.4 « Réponse à l'urgence communautaire » et Orca

Lors d'une consultation menée en 2016 sur un avant-projet de loi visant à instaurer des « Régions de santé », un consensus s'est dégagé sur la nécessité d'affiner la réponse à l'urgence du canton en s'appuyant sur le concept de quatre régions de santé. Ceci a conduit le DSAS à lancer fin 2017 un projet d'optimisation du processus de réponse aux urgences communautaires. Ce projet phare du programme de législature 2017-2022 s'inscrit pleinement dans la politique de santé publique du Canton et vise à ce que toute personne ayant un besoin de soins urgent, selon son appréciation, puisse obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais et qui soit en lien avec ses choix et ses préférences.

L'organisation de la « Réponse à l'urgence communautaire », tout comme l'Organisation sanitaire en cas de catastrophe (Orca), ne sont pas englobées dans le présent projet. Si leurs missions et celles du DisCUP sont bien délimitées, d'importants liens les unissent.

S'agissant de la « Réponse à l'urgence communautaire », les régulateurs de la CASU-144 ainsi que les intervenants du monde préhospitalier (ambulanciers, médecins SMUR) peuvent faire appel aux ressources mises à disposition de ce système (médecins de garde, équipes mobiles, etc.) pour intervenir et prendre le relais auprès du patients lorsque ce dernier ne nécessite pas un transport vers un hôpital mais ne peut être laissé seul.

De son côté, le service sanitaire Orca est responsable de toutes les planification et interventions sanitaires en cas de situation particulière, à titre préventif, d'accident majeur ou de catastrophe. Lorsqu'il est engagé, il s'appuie notamment sur les moyens et ressources du dispositif préhospitalier et coordonne son action avec ses partenaires non-sanitaires.

La réforme proposée doit donc tenir compte tant de la « Réponse à l'urgence communautaire » que de l'Orca sanitaire car ces trois domaines sont interdépendants, en particulier dans leurs déclinaisons opérationnelles. Le DSAS et la DGS sont chargés d'assurer la coordination entre ces différents périmètres.

2. OBJECTIFS DE LA REFORME

Selon la Constitution cantonale, l'Etat a le devoir de coordonner et d'organiser le système de santé dont fait partie le secteur des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients (art. 65) afin que toute personne ait droit aux soins médicaux essentiels (art. 34). Pour exercer cette responsabilité, le Conseil d'Etat veut organiser le secteur en laissant une grande marge de manœuvre aux différents acteurs du système.

Il s'agit notamment d'adapter les conditions-cadres qui régissent l'organisation des urgences préhospitalières vaudoises afin de la rendre mieux adaptée aux exigences actuelles et la préparer à faire face aux défis à venir. Le système doit devenir plus clair, plus efficace et mieux coordonné au service des patients vaudois.

Le projet s'attache donc à définir et à organiser les moyens engagés dans les cas d'urgences par les régulateurs de la CASU-144, soit les moyens ambulanciers (ambulances et *Répondants rapides*), les moyens médicalisés (SMUR, Remu, Rega), les *Premiers répondants*, les *Secouristes bénévoles*, etc. S'agissant des interventions non urgentes et des transports médicalement indiqués des patients, le Conseil d'Etat entend limiter son rôle en s'assurant de la qualité et de la sécurité des interventions qui sont confiées à la responsabilité des acteurs privés.

3. PROPOSITIONS

3.1 Généralités

Le système cantonal des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients a pour mission de garantir l'accès à des prestations de qualité à toute la population vaudoise. Si la responsabilité de l'Etat couvre toutes les prestations en matière de garantie de qualité, il s'agit toutefois de traiter différemment les activités préhospitalières urgentes (P1 et P2) des activités liées à des prestations primaires non urgentes (P3) ou des transports secondaires (S). Le dispositif cantonal subventionné doit se concentrer sur les interventions primaires urgentes afin d'assurer la meilleure couverture territoriale et la meilleure réponse possibles. La réalisation des interventions non urgentes ainsi que les transports secondaires peuvent quant à eux être confiés à la responsabilité des partenaires, à l'exception des transferts d'urgence absolue qui restent de la compétence du dispositif cantonal, dans la mesure où ce sont ses moyens qui sont impliqués (ambulance, hélicoptère). Dans tous les cas, la gestion opérationnelle doit être laissée à la responsabilité des institutions et des entreprises.

Au niveau du dispositif subventionné, il s'agit bien évidemment de s'assurer de son efficacité, c'est-à-dire alliant le meilleur rapport qualité-coûts, en instaurant des principes qui responsabilisent les fournisseurs de prestations.

Enfin, le système doit être évolutif, en ce sens qu'il doit permettre d'intégrer rapidement les développements technologiques et de s'adapter aux changements démographiques, à l'évolution des pathologies présentes dans la population et enfin aux demandes des patients.

3.2 Gouvernance et pilotage du système

Au niveau de la gouvernance du système préhospitalier, il s'agit de séparer clairement la conduite stratégique de la gestion opérationnelle.

Gouvernance stratégique

Les questions stratégiques sont de la compétence du Conseil d'Etat et du DSAS, qui gouvernent le domaine par l'édition de règlements et de directives. Pour appuyer ces organes et les orienter dans leurs décisions, il est proposé de créer une Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CCMSUP). Cette commission sera composée de représentants des partenaires institutionnels concernés (représentants des services d'ambulances, des sociétés professionnelles médicales et ambulancières, de la CASU-144, des hôpitaux, des écoles, des communes, des régions sanitaires, etc.), nommés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Présidée par la cheffe du Département, la CCMSUP est consultative et émet des préavis à l'intention du Conseil d'Etat et du DSAS pour toute question qui découle sur une modification réglementaire (Conseil d'Etat) ou sur une adaptation des directives d'application (DSAS).

Pilotage opérationnel

Le pilotage opérationnel se concentre sur les conditions de réalisation des activités conformément à ce qui a été défini au niveau stratégique. Si les décisions de management sont laissées à la responsabilité de chaque partenaire, certains aspects nécessitent d'être harmonisés au niveau cantonal et doivent être pilotés par la DGS, respectivement par le DSAS comme les critères d'engagements, la médication, l'équipement des véhicules, etc. Pour accompagner ces deux autorités dans leurs décisions, il est proposé de créer une Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (COMSUP). Cette commission réunit des experts du domaine, nommés *ad personam* par le DSAS pour une période législative. Tous les corps de métier (ambulanciers, médecins, régulateurs, responsables des services, etc.) concernés doivent pouvoir être représentés. A l'inverse de la CCMSUP, les membres qui siègent dans la COMSUP apportent leur expertise et n'interviennent pas en tant que représentants d'une organisation. La COMSUP est consultative mais doit également jouer un rôle propositionnel.

Monitoring et protection des données

Le pilotage du domaine nécessite la mise en place d'un système d'information performant car les décisions doivent être prises sur la base d'informations pertinentes, objectives et fiables. Des données (fiches d'interventions, vidéos, photos, résultats d'examen, etc.) sont récoltées en temps réel et réunies sur une plateforme centralisée accessible aux différents intervenants en charge du patient dans le respect des principes de la protection des données.

Des indicateurs sont générés et mis à disposition des pouvoirs publics, des commissions et des partenaires, c'est pourquoi il est donc essentiel que tous les intervenants du domaine fournissent des informations à cette plateforme centralisée, indépendamment du fait qu'ils soient subventionnés ou non.

S'agissant plus spécifiquement des données individuelles pertinentes du point de vue médical, il s'agira d'étudier très attentivement dans quelle mesure et sous quelles conditions ces informations pourraient être intégrées dans les dossiers électroniques des patients concernés (DEP).

3.3 DisCUP

Placé sous la responsabilité du DSAS et de la DGS, le dispositif cantonal des urgences préhospitalières comprend toutes les ressources qui réalisent exclusivement les interventions primaires urgentes de type P1 et P2 et les transferts d'urgence absolue (T1) qui sont une sous-catégorie des interventions secondaires urgentes S1. L'exclusivité de ces ressources signifie qu'elles sont réservées à ces missions et que des ressources non intégrées au DisCUP ne peuvent effectuer des missions primaires urgentes. La centrale aura toutefois la possibilité d'engager un moyen non intégré dans le DisCUP en cas de nécessité, par exemple lorsqu'aucune ambulance du DisCUP ne peut se rendre sur site dans un délai raisonnable.

L'efficacité du dispositif se mesure en termes de temps de réponse (soit le temps pour une ressource d'arriver sur le site) et de capacité de répondre à des demandes d'interventions simultanées. Pour l'IAS, un premier intervenant professionnel d'urgence doit être présent auprès du patient dans un délai de réponse de 15 minutes suivant l'alarme, ceci dans 90% des cas. Etant donné la répartition inégale de la population sur le territoire cantonal et l'étendue de ce dernier, le respect de ces normes nécessite de disposer d'un nombre de ressources important en regard du nombre d'interventions. Or, ces ressources sont très onéreuses et certaines peuvent finalement être peu sollicitées. A Genève par exemple, l'exiguïté du territoire permet de couvrir les besoins avec un nombre limité d'ambulances et les interventions facturées aux patients suffisent à financer le dispositif préhospitalier. Sur Vaud, par contre, les pouvoirs publics doivent soutenir financièrement les prestataires pour maintenir un service adéquat dans les régions décentralisées. L'efficacité du système tient à un juste dimensionnement du dispositif, une répartition géographique et temporelle des ressources adéquate, et à un modèle de financement adapté.

Enfin, le DisCUP doit maintenir les collaborations intercantionales et transfrontalières existantes et les renforcer. La CCMSUP pourra jouer un rôle important d'appui au DSAS dans ces questions.

Ambulances et Répondants rapides

Les ambulances et leurs équipages composés d'ambulanciers professionnels et de techniciens ambulanciers constituent le fondement du système préhospitalier et plus spécifiquement de la réponse aux interventions primaires urgentes. Leur nombre, leur disponibilité dans les plages horaires et la répartition géographique des ambulances sont ainsi d'importance stratégique.

Aujourd'hui, le dispositif est essentiellement construit sur la disponibilité des ambulances. Le concept de *Répondant rapide* semble toutefois prometteur pour intervenir dans certains endroits et/ou à certains moments de la journée lorsque le nombre potentiel d'interventions est trop faible pour légitimer la disponibilité d'une ambulance. Des *Répondants rapides* sont actuellement en phase de test sur la Riviera et à Sainte-Croix. Ils permettront de vérifier la pertinence du concept et d'en affiner les modalités d'application. Si les expériences devaient s'avérer positives, l'installation de *Répondants rapides* dans d'autres régions pourra se faire progressivement, selon les besoins, et en accord avec les partenaires locaux.

Pour remplacer le système de financement actuel qui fonctionne selon le principe de la couverture du déficit, ce secteur sera mis au bénéfice d'un financement par prestations basé sur des valeurs normatives. A l'avenir, la DGS versera aux services d'ambulances intégrés dans le DisCUP, un montant forfaitaire pour chaque ambulance ou *Répondant rapide* mis à disposition de la CASU-144 pour des interventions urgentes. Ce montant forfaitaire sera calculé de manière à couvrir l'intégralité des coûts fixes de cette mise à disposition indépendamment du nombre d'interventions pratiquées dans l'année. A ce financement s'ajoutera des montants variables pour chaque sortie réalisée prévus pour couvrir les frais variables des services (exploitation du véhicule, matériel, etc.). Pour fixer les montants forfaitaires, il s'agira de prendre en compte tous les coûts qui découlent des obligations légales en lien notamment avec la santé et la sécurité au travail ainsi que les charges administratives imposées. Cette réforme du mode de financement des moyens ambulanciers vise à donner davantage d'autonomie de gestion aux responsables d'exploitations des services d'ambulances afin d'améliorer l'efficacité du système.

Les coûts des services d'ambulances étant ainsi couverts, les recettes des interventions appartiendront alors à l'Etat. Pour réaliser la facturation et l'encaissement des prestations, la DGS mandatera la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV), ce qui permettra de professionnaliser ces activités et de réaliser des économies d'échelle. Le montant total annuel des subventions cantonales correspondra au différentiel entre les montants versés aux services d'ambulance et les montants résultants de l'encaissement des recettes.

Médicalisation

Dans le dispositif préhospitalier, les actes médicaux sont réalisés par les SMUR, les hélicoptères médicalisés et les médecins Remu.

L'augmentation des compétences des ambulanciers professionnels qui peuvent aujourd'hui effectuer un certain nombre d'actes médicaux délégués, rend moins nécessaire que par le passé la présence d'un médecin sur le site d'intervention. Si les renforts médicaux sont moins fréquemment appelés, lorsque c'est le cas, les médecins engagés doivent faire preuve de grandes compétences en médecine d'urgence pour pouvoir apporter une réelle plus-value dans l'équipe d'intervention.

L'organisation cantonale vaudoise en quatre régions possédant chacune un ou deux SMUR, selon le bassin de population, est adéquate. Le SMUR de Lausanne qui réalise une activité importante possède une équipe médicale dédiée, alors que dans les autres régions, l'activité médicale des médecins est partagée entre le SMUR et les services des urgences ou de l'anesthésiologie de l'hôpital. L'amélioration de la qualité des SMUR doit passer par l'engagement systématique de médecins expérimentés. Comme les services d'urgences des hôpitaux ne peuvent être suffisamment dotés en médecins-cadre pour assurer une présence permanente dans les unités intra-muros tout en effectuant des sorties SMUR, il s'agit d'engager au minimum des médecins assistants aînés bénéficiant de plusieurs années d'expérience.

L'hélicoptère médicalisé de la Rega qui dessert le canton est basé à la Blécherette. Il s'agit d'évaluer dans quelle mesure la CASU-144 devrait y avoir plus souvent recours pour des interventions en premier échelon dans les régions éloignées. Enfin, l'utilité des médecins Remu dans des régions périphériques est confirmée et leur action doit être soutenue, s'agissant de médecins de premier recours (généralistes).

S'agissant du financement des prestations médicales, les modèles actuellement en vigueur sont maintenus, soit un financement forfaitaire par la DGS de la disponibilité des ressources, les interventions étant facturées aux patients par les prestataires.

Intervenants non professionnels

En complément des ressources ambulancières et médicales, deux types d'intervenants non professionnels complètent le DisCUP. Il s'agit des *Premiers répondants*, volontaires de piquet installés de manière structurée dans des régions périphériques dépourvues de médecins Remu, et des *Secouristes bénévoles*, bénévoles formés à la réanimation pouvant être engagés sur tout le territoire. L'utilité de ces intervenants n'est pas à démontrer et leur activité doit être soutenue. A noter que ces intervenants peuvent être appelés dans des situations potentiellement traumatisantes, aussi un soutien psychologique est mis à leur disposition.

Enfin, les prestations ne sont pas facturables et leur financement est entièrement assuré par le canton.

3.4 Interventions hors DisCUP

Les interventions hors du dispositif cantonal sont composées des interventions primaires non urgentes (P3) et des transports secondaires (S) (à l'exception des transferts d'urgences absolues (T1) qui sont de la compétence du DisCUP). Les moyens engagés sont des ambulances, dont la composition des équipages doit être adaptée au type de patient, et des véhicules de transport assis. Ces ressources ne font pas partie du DisCUP.

Les missions non urgentes étant par définition planifiables, les moyens nécessaires à leur réalisation peuvent être optimisés. Cela signifie que les temps d'attente, qui sont extrêmement coûteux, peuvent, dans le cas des transferts, être minimisés. Ces interventions doivent être financièrement autoportées et les prestataires qui les réalisent sont financés exclusivement par les tarifs facturés aux bénéficiaires que sont les patients ou les institutions de soins. Ces tarifs, qui sont négociés avec les assureurs maladie selon la LAMal, avec les assureurs accidents selon la LAA ou encore avec les hôpitaux s'agissant des transferts, doivent couvrir l'intégralité des coûts. Toute ambulance autorisée dans le canton qui n'est pas intégrée au DisCUP et tout véhicule de transport reconnu peuvent être engagés pour des interventions de ce type.

Dans ce secteur, l'intervention de l'Etat doit se limiter à fixer des exigences de qualité et de sécurité et à effectuer des contrôles. Ces contrôles seront systématiquement déclenchés en cas de suspicion de non-respect des règlements ou de dénonciation par des utilisateurs. Ils seront également réalisés lors du traitement des demandes de renouvellement des autorisations d'exploiter des services d'ambulances. La DGS suivra attentivement l'évolution de ce secteur et, subsidiairement, le Département pourrait être appelé à organiser la réalisation des prestations si le système devait ponctuellement se révéler insuffisant, notamment pour des interventions primaires (P3). A noter que, dans des cas exceptionnels, la CASU-144 peut être appelée à engager des ressources du DisCUP pour des interventions non urgentes, notamment durant la nuit lorsqu'aucun autre moyen n'est disponible.

Interventions primaires non urgentes

Les interventions primaires non urgentes (P3) sont engagées par la CASU-144 car ils sont consécutifs à un appel au numéro d'urgence 144. Ils ne nécessitent cependant pas un départ immédiat du moyen de transport.

Transports secondaires

Les transports secondaires (S) regroupent les transports interhospitaliers et les transports médicalement indiqués de patients depuis l'hôpital vers une autre destination comme un EMS ou un domicile. Ils sont de la compétence des hôpitaux qui portent la responsabilité médicale du patient jusqu'au moment de sa prise en charge par un autre prestataire de soins ou à son arrivée à son domicile lors d'un transport. Il n'y a pas d'obligation d'une régulation de ces transports par la CASU-144, mais les partenaires peuvent lui déléguer cette tâche moyennant financement.

Dans la pratique, ces transports sont organisés par les équipes médico-soignantes des hôpitaux afin que les impératifs hospitaliers soient pris en compte. Des études ont été réalisées en collaboration entre la DGS, la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) pour mieux cerner cette problématique. Les experts s'accordent à penser que la classification de l'IAS en trois catégories S1, S2 et S3 n'est pas suffisamment précise. Ils proposent d'appliquer une nouvelle nomenclature composée de cinq niveaux définis en termes de description du patient, de composition de l'équipage, de signalisation prioritaire et de moyens à engager. C'est sous cette nouvelle nomenclature que les T1 sont définis. L'idée d'une plateforme cantonale de gestion des transferts présente dans le rapport de la CMSU mérite d'être étudiée. La DGS est à la disposition des partenaires pour approfondir cette question si ces derniers s'entendent pour lui en exprimer la demande.

Transports assis

Les transports assis représentent une alternative aux transports en ambulances lorsqu'il s'agit de déplacer des personnes à mobilité réduite ne nécessitant ni soins ni surveillance. Ces moyens peu onéreux peuvent être utilisés tant pour des transports primaires non urgents que pour des transferts secondaires et doivent être davantage développés. A noter que les transports assis urgents et non urgents gérés par la CASU-144 sont différents des bureaux TMR (transports à mobilité réduite) tant sur le plan de la clientèle que de la mission et des prestations.

3.5 Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144)

La CASU-144 est une unité de la Fondation urgence santé qui héberge également la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG). En 2013, le Conseil d'Etat a pris la décision de réunir les centrales d'alarme de la police, du feu et de la santé dans un nouveau bâtiment situé sur le site de la Grangette et construit par l'ECA. Ce projet intitulé ECAVENIR doit permettre de réaliser d'importantes synergies. Il est en phase de réalisation et devrait être opérationnel en 2022.

La CASU-144 a pour mission de recevoir et de traiter les appels qui lui parviennent via le numéro 144. Les appels qui ne nécessitent pas une intervention préhospitalière sont transmis à la CTMG et les autres sont pris en charge par les régulateurs qui apportent la réponse adéquate. Les moyens engagés pour des interventions urgentes P1, P2 et T1 sont essentiellement ceux du DisCUP. S'agissant des transferts urgents (S1) et des interventions primaires non urgentes (P3), la CASU-144 devra mettre en place une procédure distincte, en concertation avec les partenaires concernés, pour répondre efficacement aux demandes tout en répartissant équitablement les engagements entre ces derniers. Enfin, les hôpitaux pourront lui confier la gestion des transferts inter-hospitaliers et des autres missions secondaires (S2 et S3).

Au niveau du financement, les coûts de fonctionnement de la CASU-144 pour les engagements prioritaires sont couverts par une subvention de la DGS. A noter que le personnel de la FUS bénéficie aujourd'hui de conditions de travail spécifiques. Son éventuel rattachement à la CCT-San devra rapidement être étudié.

S'agissant de la régulation des transferts, la FUS devra négocier le financement de ses prestations avec les hôpitaux qui lui confieront cette mission sachant que cette activité essentiellement diurne pourrait être réalisée par d'autres acteurs comme le CHUV. Ces différents éléments devront faire l'objet d'analyses supplémentaires dans la suite des travaux.

Pour terminer, la question de la médicalisation de la CASU-144 a été mentionnée dans le rapport de la CMSU. Il s'agirait en l'occurrence de doter la centrale de compétences médicales capables d'orienter à distance les ambulanciers en interventions. Une telle solution nécessiterait l'implémentation de moyens techniques spécifiques et pose des questions pointues de responsabilité. Elle fait l'objet d'analyse dans les services concernés.

3.6 Tarifs des interventions

Les appels téléphoniques au numéro 144 sont gratuits mais les frais de sauvetage et de transports sont facturés aux patients et remboursés partiellement par les assureurs selon la couverture d'assurance impliquée (assurance-maladie obligatoire et/ou assurance complémentaire, assurances accidents, invalidité, ou militaire).

Les tarifs des interventions font l'objet de conventions entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ceux actuellement en vigueur dans le canton ont été négociés en 2008 par SantéSuisse et les hôpitaux représentés par le CHUV et la FHV. Dans le domaine de l'assurance-accident, la dernière négociation entre le Service central des tarifs médicaux et la FHV date de 2005.

Tarifs des interventions urgentes

Selon la LAMal, les assureurs-maladie sont tenus de rembourser la moitié du tarif des interventions en urgence, jusqu'à concurrence de CHF 5'000.- par assuré et par année. Dans notre canton, les tarifs couvrent les coûts des interventions et une fraction des coûts générés par la disponibilité des moyens 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le solde étant à charge de l'Etat.

Dans le modèle de financement proposé, les prestataires bénéficient d'une garantie de financement et l'Etat assume seul les conséquences des accords tarifaires. Or, la LAMal impose que les tarifs des interventions soient négociés entre les prestataires et les assureurs-maladie. Il est donc proposé que les partenaires confient à la CEESV la responsabilité de négocier les tarifs, partant du principe que cette dernière est sous le contrôle du DSAS via la DGS et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Tarifs des interventions non urgentes

Trois principes différents s'appliquent à la facturation des interventions non urgentes en fonction du lieu de destination du transport.

Selon l'article 26 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), les assureurs-maladie sont tenus de rembourser la moitié du tarif des transports médicalement indiqués non urgents pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie, jusqu'à concurrence de CHF 500.- par assuré et par année. Dans ce cas les tarifs résultent de négociations entre les prestataires et les assureurs.

Les transferts interhospitaliers ne sont en revanche pas facturables aux assureurs car les coûts de ces transferts sont compris dans les tarifs des hospitalisations qu'ils financent à raison de 45%. Les transferts interhospitaliers étant à la charge des hôpitaux, ces derniers doivent négocier les tarifs avec les services d'ambulances et les compagnies d'hélicoptères.

Enfin, les transports médicalement indiqués qui sont effectués depuis les hôpitaux en direction des établissements médico-sociaux de long séjour ou des domiciles des patients sont facturés à ces derniers et ne sont pas remboursés par les assureurs-maladie. Ces transports ne sont pas compris dans des conventions tarifaires et donc laissées à la libre décision des prestataires avec le risque de faire l'objet de facturation excessive. Il apparaît au Conseil d'Etat qu'il est de son devoir de protéger les patients de potentiels abus. A cette fin, il propose de fixer un tarif plafond qui correspond au maximum aux tarifs en vigueur pour les interventions de type P3.

3.7 Impacts financiers

La réforme proposée vise à modifier les conditions-cadres de l'organisation des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients et non à organiser le domaine proprement dit qui reste de la compétence du DSAS dans le cadre du budget voté chaque année par le Grand Conseil.

La modification de la base légale n'entraîne pas en soi de dépenses supplémentaires au-delà du coût des indemnités des membres de la Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières qui sera financée dans le cadre du budget habituel de fonctionnement de la DGS. La réforme proprement dite aura pour effet de répartir différemment les types d'interventions entre les moyens réservés au DisCUP et les autres avec pour conséquence une répartition différente des recettes. Selon les premières modélisations réalisées au sein du DSAS sur la base des données des fiches d'interventions, la réorganisation du DisCUP devrait pouvoir être réalisée dans le cadre des moyens financiers habituels tout en maintenant le niveau de qualité actuel.

Cela dit, la mise en œuvre de certaines propositions d'amélioration proposées dans le rapport de la CMSU nécessiterait des financements supplémentaires. Citons la « seniorisation » des SMUR qui permettrait d'améliorer la qualité de la réponse médicale et l'ajout de quatre ambulances durant la journée qui permettrait de réduire à moins de 8% le nombre d'interventions situées à plus de 15 minutes. Une partie de ces améliorations pourrait être financées au travers d'une augmentation des tarifs des transports et des sauvetages qui n'ont pas évolué depuis 2005 pour l'assurance accident et depuis 2008 pour l'assurance-maladie. Néanmoins, lors de la phase de consultation, plusieurs organismes ont relevé le montant des factures des interventions qui pèse lourdement sur les petits revenus. Il s'agira d'analyser plus avant cette question dans le cadre des travaux de la CCMSUP. Dans tous les cas, une augmentation des moyens octroyés au domaine préhospitalier devra être abordée dans le cadre des financements accordés annuellement par le Grand Conseil. En s'appuyant sur les conseils de la Commission consultative qui sera créée, le DSAS évaluera la pertinence de chacune des mesures proposées et les introduira, le cas échéant, en fonction des moyens financiers disponibles.

3.8 Modifications légales

Si la plupart des propositions détaillées ci-dessus peuvent être mises en œuvre par le Département moyennant une modification par le Conseil d'Etat du Règlement du 9 mai 2018 sur les urgences préhospitalières et le transport des patients (RUPH), certains éléments sont aujourd'hui inscrits dans la LSP qui doit donc être modifiée. Ces éléments sont les suivants :

- la CMSU doit être supprimée au profit de la création d'une commissions consultative CCMSUP ;
- le périmètre des urgences préhospitalières doit être redéfini selon les principes décrits plus haut et l'obligation pour tous les intervenants du domaine de fournir des données à des fins de monitoring doit être inscrite dans la loi ;
- l'article concernant le DisCUP doit être réécrit et la fixation d'un plafond aux tarifs des transports secondaires non conventionnés doit être légitimée.

4. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE

4.1 Chapitre II Organisation et compétences

4.1.1 Article 4

La mention de l'actuelle Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) est supprimée au profit de la création d'une Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CCMSUP).

A noter que la Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (COMSUP) sera quant à elle inscrite dans le règlement du Conseil d'Etat qui en établira la composition, le rôle et le financement.

4.1.2 Articles 13e, 13f, 13g et 13h (abrogés)

La disparition de la CMSU entraîne l'abrogation des articles 13^e à 13h qui la créent, définissent sa composition, son rôle et son financement.

4.1.3 Article 13i (nouveau)

Ce nouvel article institue la CCMSUP, établit sa composition, son rôle et son financement.

4.2 Chapitre XI Mesures préparatoires et mesures sanitaires d'urgence

4.2.1 Article 183(abrogé)

L'article 183 qui définit le périmètre actuel des urgences préhospitalières et du DisCUP est supprimé au profit de deux articles, le 183b nouveau et le 183c nouveau.

4.2.2 Article 183b (nouveau)

L'article 183b concerne le domaine des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients au sens large.

Pour rappel, les services d'ambulances font déjà l'objet d'une autorisation selon l'art. 144 LSP.

Le **premier alinéa** fixe le périmètre des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients.

L'**alinéa 2** confie au Département la compétence de désigner la centrale chargée de gérer les appels via le numéro d'appel 144 et d'engager les moyens pour des interventions prioritaires (P1, P2 et P3 selon la nomenclature de l'IAS) et les interventions secondaires urgentes (S1). L'existence et le fonctionnement de la centrale est assurée financièrement par l'Etat. Les partenaires ont la possibilité de lui confier la gestion des autres interventions secondaires (S2 et S3). Dans ce cas, ils en assurent le financement.

L'**alinéa 3** précise la responsabilité du Département sur l'ensemble de l'organisation des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients.

L'**alinéa 4** donne la compétence au Département de fixer les exigences de qualité qui dépassent les exigences posées par la LAMal comme par exemple la composition des équipages des ambulances et des SMUR, les gestes autorisés ou non par les différents professionnels ou encore les questions de médication. La responsabilité de l'Etat sur cette question dépasse le secteur subventionné. Aussi, ces exigences concernent tous les prestataires actifs dans le canton, qu'ils soient intégrés au dispositif subventionné (DisCUP) ou non.

S'agissant des données et autres indicateurs nécessaires au pilotage et à l'assurance qualité dans le domaine préhospitalier, l'**alinéa 5** rend obligatoire la livraison gratuite des données par tous les partenaires, subventionnés ou non. Il confie au Département la compétence de définir les modalités de cette collecte d'information et lui donne la responsabilité de fixer les modalités de mise à disposition des éléments de monitoring, ainsi que de l'accessibilité des données dans le respect de la protection des données.

L'article 26 OPAS prévoit que les tarifs des transports médicalement indiqués vers un « fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie » font l'objet de conventions entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Par contre, les transports médicalement indiqués d'un hôpital vers un EMS ou vers un domicile, ne sont quant à eux pas remboursés par les assureurs-maladie.

Pour éviter que des tarifs abusifs puissent être facturés dans ces cas qui échappent au contrôle des assureurs et de l'Etat, l'**alinéa 6** fixe un plafond correspondant au tarif appliqué pour les transports primaires non urgents P3, ce dernier étant arrêté dans les conventions tarifaires négociés entre les prestataires et les assureurs-maladie et sanctionnées par le Conseil d'Etat.

4.2.3 Article 183c (nouveau)

L'article 183c concerne plus spécifiquement le nouveau dispositif cantonal des urgences préhospitalières (DisCUP), soit le dispositif subventionné par le canton, qui représente un sous-ensemble du domaine des soins préhospitaliers et du transport médicalement indiqué des patients.

Le **premier alinéa** définit le périmètre du DisCUP qui se limite aux interventions urgentes.

L'**alinéa 2** donne la compétence au Département de préciser la notion d'urgence. Il s'agit aujourd'hui des urgences de type P1 et P2 selon la nomenclature de l'IAS en vigueur dans le canton ainsi que les transferts d'urgence absolue T1. Cette nomenclature étant susceptible d'évoluer, elle n'est pas citée dans le projet de loi. Le Département est également chargé d'organiser le DisCUP et d'en définir le mode de financement selon les éléments décrits dans le présent document.

L'**alinéa 3** limite les interventions urgentes aux moyens intégrés dans le DisCUP qui sont par ailleurs exclusivement réservés à cette fin. La centrale aura toutefois la possibilité d'engager un moyen non intégré dans le DisCUP en cas de nécessité, par exemple lorsqu'aucune ambulance du DisCUP ne peut se rendre sur site dans un délai raisonnable.

5. CONSEQUENCES

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

Modification de la loi sur la santé publique et adaptation subséquente de ses dispositions d'application.

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

Légère augmentation des dépenses pour les indemnités des membres de la Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CCMSUP) qui pourra être assumée dans le cadre des montants annuels prévus au budget de la DGS.

La réorganisation du DisCUP pourra être réalisée dans le cadre des moyens financiers habituels.

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

Néant.

5.4 Personnel

Néant.

5.5 Communes

Les communes ne sont pas directement concernées par l'organisation des soins préhospitaliers et le transport médicalement indiqué des patients dans la mesure où ce domaine est de compétence cantonale. Toutefois, la réforme devrait permettre d'améliorer la couverture cantonale en matière d'accès aux prestations dans les régions les moins bien desservies.

Certaines entités communales possèdent des services d'ambulances intégrées au DisCUP (commune de Lausanne et communes membres de l'Association Sécurité Riviera). La mise en œuvre de la réforme proposée permet le maintien de ces organisations.

5.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

5.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

5.10 Incidences informatiques

Néant.

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

Néant.

5.12 Simplifications administratives

Néant.

5.13 Protection des données

Néant.

5.14 Autres

Néant.

6. CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil d'adopter le projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

ANNEXE :

Rapport de la Commission des mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU) concernant la réforme de l'organisation des soins préhospitaliers et du transport des patients



Rapport de la Commission des mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU)

à l'intention du DSAS

concernant la

**réforme de l'organisation des
soins préhospitaliers et du
transport des patients**

Table des matières

Glossaire des abréviations	4
Résumé.....	5
1 Préambule.....	7
2 Introduction	7
3 Historique.....	7
3.1 Construction du système préhospitalier vaudois	7
3.2 Rapport Urgences préhospitalières vaudoises 2014-2015	8
4 Analyse du système actuel.....	9
4.1 Etat des lieux	9
4.1.1 L'offre actuelle du dispositif des urgences préhospitalières	9
4.1.2 L'organisation actuelle du dispositif.....	9
4.1.3 Le niveau de qualité	10
4.1.4 Les entités composant le système	10
4.1.5 Le mode de gouvernance	13
4.1.6 Le fonctionnement	14
4.1.7 Le mode de financement.....	14
4.2 Limites du système	14
4.3 Collaborations avec les cantons limitrophes.....	16
5 Objectifs de la réforme	17
5.1 Généralités et périmètre du projet.....	17
5.2 Responsabilité de l'Etat.....	17
5.3 Vision	18
6 Méthode.....	19
7 Propositions	20
7.1 Principes et dénominations	20
7.2 Gouvernance et pilotage du système	20
7.2.1 Commission pour la gouvernance stratégique (CSMSUP).....	21
7.2.2 Commission pour le pilotage opérationnel (COMSUP).....	21
7.2.3 Adaptation du système en cas de situation sortant de l'ordinaire	22
7.2.4 Monitoring.....	22
7.3 Besoins	22
7.4 Ressources.....	24
7.4.1 Ambulances et Rapid responder	24
7.4.2 Médicalisation SMUR, Rega et REMU	26
7.4.3 Premiers répondants et First responders	27
7.4.4 Transports assis.....	28

7.4.5	Moyens techniques	28
7.5	Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144)	28
7.5.1	Constat	29
7.5.2	Mission de la CASU-144	30
7.5.3	Perspectives d'avenir et interrogations	30
7.6	Modèles de financement	31
7.6.1	Problématique	31
7.6.2	Principes généraux de financement	32
7.6.3	Financement de la CASU-144	32
7.6.4	Financement des prestations	33
7.7	Tarifs des transports et des sauvetages	34
7.7.1	Tarifs des interventions urgentes	35
7.7.2	Tarifs des interventions non urgentes	35
7.8	Normes de qualité et formation des intervenants	36
7.8.1	Ambulanciers et techniciens ambulanciers	36
7.8.2	Régulateurs sanitaires	37
7.8.3	Médecins SMUR et REMU	38
7.8.4	Médecins-conseils des services d'ambulances	39
7.9	Evolution	40
7.10	Transports secondaires	40
8	Conséquences financières	41
9	Modifications légales	43
10	Conclusion	43
11	Annexes	45
11.1	Annexe I Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU)	45
11.2	Annexe II Situation dans les autres cantons	46
11.3	Annexe III Tarifs des transports de patients en vigueur en 2020	48
11.4	Annexe IV Liste des membres des groupes de travail	49

Glossaire des abréviations

CASU-144 :	Centrale d'appels sanitaires urgents de la Fondation urgence santé
CEESV :	Centrale d'encaissements établissements sanitaires vaudois
CMSU :	Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (<i>commission actuelle</i>)
COMSUP :	Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (<i>commission à créer</i>)
COST :	Classification pour l'organisation sécurisée des transferts de patients
CSMSUP :	Commission stratégique pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (<i>commission à créer</i>)
CTMG :	Centrale téléphonique des médecins de garde
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DGS :	Direction générale de la santé (<i>anciennement SSP</i>)
DisCUP :	Dispositif cantonal des urgences préhospitalières <i>actuel</i>
DisCUP22 :	Dispositif cantonal des urgences préhospitalières <i>à l'horizon 2022</i>
EMS :	Etablissement médico-social
ES-ASUR :	Ecole Supérieure d'ambulancier et soins d'urgence romande
EtaCom :	<i>Projet Etat – Communes pour la répartition des tâches et des charges entre l'Etat et les communes</i>
FHV :	Fédération des hôpitaux vaudois
First responders :	<i>Citoyens secouristes bénévoles engagés lors d'arrêts cardiaques en 1^{er} échelon par la Centrale d'appels sanitaires urgents via une application Smartphone</i>
FMH :	Foederatio Medicorum Helveticum: <i>Fédération des médecins suisses</i>
FUS :	Fondation Urgence Santé
IAS :	Interassociation de sauvetage
LAA :	Loi fédérale sur l'assurance accident
NACA (indice) :	National Advisory Committee for Aeronautics: <i>Echelle d'appréciation préhospitalière de la gravité des atteintes</i>
Premier répondant :	<i>Personne avec une formation en secourisme qui lui permet d'agir comme premier intervenant en attendant l'arrivée des services médicaux</i>
Rapid responder :	<i>Ambulancier avec un véhicule et des moyens de secours qui est engagé par la centrale en attendant l'arrivée des secours médicaux.</i>
Rapport UPV :	Rapport de 2014-2015 sur les urgences préhospitalières vaudoises
Rega :	Rettungsflugwacht : <i>Garde aérienne suisse de sauvetage</i>
REMU :	Renforcement médical urgent : <i>médecin de garde fonctionnant comme médecin SMUR</i>
RUPH :	Règlement du 9 mai 2018 sur les urgences préhospitalières et le transport des patients
SCTM :	Service central des tarifs médicaux LAA
SEFRI :	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSP :	Service de la santé publique (actuelle DGS)

Résumé

L'organisation cantonale des soins préhospitaliers et du transport des patients trouve sa légitimité dans la Loi sur la santé publique. Placée sous l'autorité du Département de la santé et des affaires sociales (DSAS) et de la Direction générale de la santé (DGS), elle s'appuie sur la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144), les services d'ambulances, une médicalisation préhospitalière (SMUR, hélicoptère médicalisé, médecin REMU), ainsi que sur des Premiers répondants (volontaires locaux non professionnels) et des First responders (bénévoles formés à la réanimation).

Le dispositif actuel s'est construit au fil du temps. S'il répond de manière adéquate aux besoins quotidiens de la population vaudoise, il fonctionne de plus en plus à « flux tendu » et présente un certain nombre de fragilités. Il convient ainsi d'adapter le système cantonal à un contexte en changement permanent, qui voit les besoins de la population évoluer, les technologies progresser et les compétences des professionnels s'accroître d'année en année.

Des premières réflexions visant à faire évoluer le dispositif ont été menées par la Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU) en 2011 et ont abouti à la production de deux rapports en 2014 et 2015 (état des lieux vs propositions d'évolution). Le dossier a été repris dès 2016 par la CMSU et la DGS qui ont désiré poursuivre les réflexions. Une structure de projet a été mise en place, faisant intervenir dans des groupes de travail de nombreux participants représentant l'ensemble des partenaires du système préhospitalier et les différentes professions concernées. Le présent rapport présente le résultat de ces travaux de réflexion.

La CMSU propose de distinguer les activités d'urgence préhospitalière et les activités liées à des prestations non urgentes. L'Etat doit concentrer son action sur l'organisation et le financement des interventions urgentes, avec comme objectif de garantir une bonne couverture territoriale et un accès équitable aux prestations. Pour cela, le DSAS planifie et aménage les moyens qui composent un Dispositif cantonal des urgences préhospitalières (DisCUP) redéfini. Les moyens compris dans le dispositif sont strictement réservés aux interventions primaires urgentes P1 et P2 et aux transferts d'urgence absolue T1 (sous-catégorie de S1) selon la nomenclature en vigueur dans le milieu. Dans les domaines des transports non urgents et des transferts interhospitaliers sans menace vitale, l'action de l'Etat se limite à s'assurer de la qualité et de la sécurité des prestations et la réalisation des prestations est de la responsabilité des partenaires concernés. La CASU-144 est chargée de répondre aux appels urgents et d'engager les moyens nécessaires pour assurer les interventions urgentes (P1-P2-P3) ainsi que des transferts d'urgence absolue (T1). S'agissant des interventions urgentes, elle aura toujours la possibilité d'engager un moyen non intégré au DisCUP, par exemple lorsqu'aucune ambulance réservée ne peut se rendre sur site dans un délai raisonnable. A l'inverse, des ambulances du DisCUP pourront en cas de nécessité être engagées pour des missions non urgentes, durant la nuit notamment. Dans tous les cas, la réorganisation du DisCUP ne doit entraîner aucune diminution des ressources en ambulances.

La régulation des transferts non urgents doit, quant à elle, être négociée entre les hôpitaux concernés et la CASU-144. Enfin, la CMSU a investigué le concept potentiellement intéressant de Rapid responder (ambulancier professionnel engagé par la CASU-144 et qui peut effectuer l'évaluation du cas et donner les premiers soins en attendant l'arrivée du vecteur de transport).

La CMSU émet des propositions qui concernent notamment la gouvernance et le pilotage

du système, les ressources engagées et le modèle de financement.

Au niveau de la gouvernance et du pilotage du système, l'actuelle CMSU est remplacée par deux commissions ayant des rôles et des missions spécifiques : une commission pour la gouvernance stratégique (CSMSUP) qui conseille le DSAS et le Conseil d'Etat, et une commission pour le pilotage opérationnel (COMSUP) qui appuie la DGS. C'est dans cette dernière commission que seront notamment traitées les questions relatives aux pratiques professionnelles médicales et ambulancières dont les directives sont de la compétence de la DGS.

Le modèle de financement proposé entend davantage responsabiliser les fournisseurs de prestations sur leur gestion et valoriser les efforts visant à l'efficacité. Pour le dispositif ambulancier du DisCUP, l'Etat octroie annuellement un montant forfaitaire basé sur un calcul normatif qui couvre l'intégralité des coûts d'investissement et d'exploitation des moyens en véhicule et en personnel. Ces moyens sont donc financés indépendamment du nombre d'engagements réalisés, mais les éventuelles recettes sont acquises à l'Etat. Les interventions non urgentes et les transports secondaires (interhospitaliers) ne sont pas subventionnés et sont financés par les tarifs facturés aux bénéficiaires. Le financement de la régulation des transferts non urgents est assuré par l'Etat au travers de la subvention octroyée à la CASU-144 alors que le financement de la régulation des transferts est à charge des hôpitaux.

S'agissant plus précisément des transports secondaires entre hôpitaux qui sont laissés à la responsabilité des partenaires, la CMSU propose d'introduire une nouvelle classification en 6 niveaux dénommée COST (pour Classification pour l'organisation sécurisée des transferts de patients). Chaque niveau est précisément défini en termes de description du patient, de composition de l'équipage, d'utilisation des signaux prioritaires ou non et de moyens à engager. La classification COST précise la classification de l'Interassociation de sauvetage communément utilisée, rendant ainsi possible les comparaisons intercantoniales et le benchmarking.

Des premières estimations financières montrent que la logique d'organisation et de financement du DisCUP (ambulances réservées aux interventions urgentes et financées par forfait) peut être mise en œuvre quasiment à coûts constants pour l'Etat. Des études préliminaires de modélisation du maillage ambulancier visant à améliorer la couverture sanitaire ont montré que l'engagement de 30 ressources durant la journée et de 19 ressources durant la nuit permettrait de réduire à 7.8% le nombre d'interventions situées à plus de 15 minutes pour un surcoût estimé à CHF 2.7 millions.

Enfin, au niveau des conditions de rémunération du personnel, une augmentation générale des salaires devrait être à terme financée au travers d'une renégociation des tarifs des interventions (ambulances et SMUR); ces derniers n'ayant pas été modifiés depuis 2005 (LAA), respectivement 2008 (LAMAL).

Les mesures proposées nécessitent une adaptation de la Loi sur la santé publique (LSP) et du Règlement sur les urgences préhospitalières et le transport des patients (RUPH).

1 Préambule

La Commission des mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (ci-après la CMSU) trouve sa légitimité dans la Loi sur la santé publique (LSP), plus spécifiquement aux articles 4 (al. 2 let. k), 13^e, 13f, 13g et 13h. Ses membres sont nommés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature et elle est une commission consultative et de préavis dans le domaine des urgences préhospitalières. Elle rend compte au Département de la santé et des affaires sociales (DSAS).

La composition actuelle de la CMSU est donnée en l'Annexe I.

2 Introduction

Le système préhospitalier vaudois est de longue tradition. Coordonné sur le plan opérationnel par la centrale d'appels sanitaires urgents (ci-après CASU-144), de la Fondation Urgence Santé (FUS), il s'est construit au fil des années en pouvant bénéficier entre autres des compétences du Service des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), ainsi que de la proximité de l'école supérieure d'ambulanciers et soins d'urgence romande (ES-ASUR) installée au Mont-sur-Lausanne.

Si l'efficacité et la qualité du système sont largement reconnues, l'évolution démographique du canton, les avancées technologiques dans le domaine, l'évolution des pathologies prises en charge et des profils des patients, l'augmentation des compétences des professionnels impliqués, la nécessité d'optimiser les modes de financement, et les modifications des comportements des patients le mettent de plus en plus sous pression.

La CMSU estime qu'il est temps de repenser le système et de le préparer à faire face aux défis futurs. Des premières réflexions ont été conduites en 2012 déjà par la commission et un rapport a été produit en 2014-2015 à l'intention du Service de la santé publique (SSP, actuelle DGS) (Rapport sur les urgences préhospitalières vaudoises, volume 1 et 2, voir chapitre 3.2). L'essentiel du contenu du rapport en question a gardé sa pertinence, c'est pourquoi il est largement repris ici, tout en soulignant le fait que des modifications organisationnelles ou structurelles sont déjà intervenues au sein du dispositif depuis 2014-2015.

Le présent document décrit la stratégie que la CMSU propose au DSAS de conduire dans le secteur des soins préhospitaliers et du transport des patients pour les prochaines années. La mise en œuvre de cette stratégie nécessite par ailleurs une modification des bases légales (Loi sur la santé publique – LSP et règlement sur les urgences préhospitalières et le transport des patients – RUPH).

3 Historique

3.1 Construction du système préhospitalier vaudois

Les prémices d'un concept d'urgences préhospitalières apparaissent dans les années 50, principalement en réponse à des problématiques d'accidentologie routière. Les premiers services d'ambulances sont alors, pour la plupart, rattachés à des garages et plus rarement à des communes ou hôpitaux et assurent principalement le transport des

patients sans prodiguer réellement de soins. A la fin des années 50, l'Etat encourage le développement d'ambulances rattachées à des communes et desservies par les polices municipales. Malgré son rôle dans l'organisation du système de santé cantonal, le SSP se limite initialement à favoriser et subventionner le développement de ces ambulances. La période voit également la mise en place d'une garde médicale. La première réglementation dans le domaine préhospitalier date des années 80 avec une implication dès lors plus importante de l'Etat dans l'organisation du dispositif. Le concept de chaîne des secours tel qu'il existe actuellement n'est alors pas encore implémenté. Le numéro unique 144, le système de coordination des moyens et les exigences de formations spécifiques des intervenants apparaissent en effet plus tard. A noter que le service de sauvetage hélicoptéré de la garde aérienne suisse de sauvetage (Rega) apparaît également dans les années 80.

En 1997, le Conseil d'Etat publie un rapport qui mène à la réforme du système de soins dans le canton. Pour le système préhospitalier, les principales évolutions concernent l'unification de l'offre à l'échelon cantonal, l'amélioration de la formation des ambulanciers, la mise en place d'une médicalisation des secours préhospitaliers (Service mobile d'urgence et de réanimation, ci-après SMUR), l'engagement des moyens sanitaires d'urgence par l'intermédiaire d'une centrale d'appels sanitaires urgents dédiée, ainsi que le transfert des charges financières des communes au canton (notamment dans le cadre de la réforme EtaCom).

La prise en charge des urgences préhospitalières fait ainsi l'objet d'une importante réflexion à la fin des années 90. Elle permet la création d'un programme de renforcement de la chaîne des urgences qui implique la centrale d'appels sanitaires urgents, les renforts médicalisés et l'organisation de zones sanitaires d'intervention pour les services d'ambulances, rattachés géographiquement aux hôpitaux du canton pour la majorité d'entre eux.

3.2 Rapport Urgences préhospitalières vaudoises 2014-2015

Au cours des 10 années précédant ce rapport, l'évolution des interventions préhospitalières est marquée par une augmentation importante du nombre d'appels au numéro 144 et par conséquent du nombre d'interventions des ambulances et des SMUR. En parallèle, la typologie des patients évolue en présentant une forte diminution des cas d'accidentologie routière et une prédominance de cas médicaux ou de détresse psychologique et sociale chez des patients de plus en plus âgés.

Dans le but de clarifier les différentes positions des acteurs du dispositif préhospitalier, le SSP met sur pied en 2011 un groupe de réflexion chargé de réfléchir à un nouveau concept préhospitalier qui permettrait de répondre adéquatement aux objectifs suivants :

- faire face aux enjeux du futur et offrir une vision de l'avenir des soins ambulanciers et de la médicalisation préhospitalière ;
- favoriser l'efficacité et l'harmonie de fonctionnement entre les différents intervenants (médecins, ambulanciers, premiers répondants, régulateurs 144, etc.) ;
- assurer l'accès du patient aux secours d'urgences pour les urgences traumatiques et les urgences médicales ;
- optimiser l'adéquation entre besoins du patient et missions des hôpitaux et structures de soins.

Le projet est officiellement lancé le 11 décembre 2012 lors d'une séance d'information réunissant le médecin cantonal, les membres de la CMSU, de l'unité des Mesures

Sanitaires d'Urgence (MSU) du SSP, avec les différents groupes de travail de la CMSU.

En septembre 2014, après plusieurs mois de travail, le groupe de réflexion rend un premier rapport sur « L'état des lieux » du système. Un deuxième rapport intitulé « Concept et organisation futurs » qui propose un certain nombre de recommandations est livré en avril 2015.

Nanti de ces deux documents, le SSP constate qu'il n'est pas possible de faire évoluer le système préhospitalier dans le cadre légal en vigueur et qu'une réforme structurelle est nécessaire. Le service et la CMSU reprennent alors le travail du groupe de réflexion à l'éclairage de cette nouvelle donne pour favoriser l'émergence d'un nouveau concept et proposer des modifications législatives.

4 Analyse du système actuel

Le contenu du présent chapitre est essentiellement tiré du rapport cité plus haut qui, bien que datant de 2015, reste d'actualité. Toutefois, des modifications organisationnelles ou structurelles sont déjà intervenues au sein du dispositif depuis sa rédaction. Les éléments nouveaux ont été introduits et les chiffres actualisés afin de relater la situation actuelle.

4.1 Etat des lieux

4.1.1 L'offre actuelle du dispositif des urgences préhospitalières

Le Dispositif cantonal vaudois en matière d'urgences préhospitalières (DisCUP) est inscrit dans le règlement sur les urgences préhospitalières (RUPH). Il a pour but d'assurer la sécurité, la qualité et la rapidité de la prise en charge des urgences préhospitalières sur l'ensemble du territoire du canton de Vaud. Au cours de ces dernières années, le DisCUP a vu une augmentation régulière annuelle du nombre d'interventions de 3% à 4%, pour atteindre environ 37'100 interventions primaires sur le canton en 2019.

4.1.2 L'organisation actuelle du dispositif

Sur le territoire cantonal, le DisCUP permet d'engager de 23 à 29 ambulances (nombre variant selon les horaires) au départ de 14 bases, 6 renforts médicaux SMUR, un hélicoptère médicalisé en partenariat avec la Rega et le CHUV, et 5 renforts médicaux REMU. La réception des appels d'urgence, l'engagement des moyens et leur coordination sur le terrain sont gérés par la CASU-144 de la FUS.

Dans le respect des normes fixées par l'Interassociation de sauvetage (IAS), le DisCUP vise à garantir l'arrivée d'un premier intervenant professionnel d'urgence auprès du patient dans un délai de réponse de 15 minutes suivant l'alarme d'un service de sauvetage dans 90% des cas pour les missions primaires urgentes (P1). Dans les régions périphériques, où, pour des raisons géographiques ou topographiques, les délais d'intervention fixés par la DGS ne peuvent être respectés, des moyens complémentaires ont été mis en place avec des réseaux de Premiers répondants (volontaires locaux non professionnels) dans les régions de Villars-Gryon et Vallorbe-Ballaigues. Des collaborations inter-cantoniales permettent également de mutualiser l'engagement de moyens au bénéfice des cantons et communes limitrophes (régions du Chablais, de la Broye, de La Côte).

4.1.3 Le niveau de qualité

Au quotidien, les prises en charge individuelles des patients sont considérées comme étant de bon niveau et la qualité des soins suit les recommandations internationales. Un important effort de standardisation, d'amélioration des processus et de gestion de la qualité au sein des services d'ambulances a été réalisé au début des années 2010; au travers d'une certification qualité par l'IAS de l'ensemble des services d'ambulances intégrés dans le DisCUP. L'activité des ambulances et des SMUR est documentée au moyen de rapports d'intervention standardisés établis systématiquement à l'issue de chaque intervention.

Le suivi quantitatif et partiellement qualitatif de l'activité préhospitalière s'appuie sur ces rapports d'interventions, ainsi que sur les bilans d'activités annuels de la CASU-144 et des partenaires du DisCUP. Ces outils de gestion restent néanmoins largement limités à la collecte de données quantitatives. La possibilité d'effectuer des analyses complémentaires qualitatives portant sur les pratiques cliniques manque aujourd'hui, en dehors de mandats et projets de recherche ponctuels conduits par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP ; actuellement intégré à Unisanté) ou le Service des urgences du CHUV. Une telle démarche nécessite de développer des indicateurs de qualité des soins précis, définis et exploitables sur le long terme.

4.1.4 Les entités composant le système

Les différentes entités qui composent le DisCUP possèdent des structures juridiques variées : services privés d'intérêt public (compagnies d'ambulances privées avec mandat public, hôpitaux de la FHV), services publics cantonaux ou communaux ou encore établissements sans but lucratif avec statut de fondation d'utilité publique de droit privé (par exemple la FUS).

Fondation Urgences Santé (FUS)

La FUS est issue de la fusion réalisée en 2005 entre la Fondation 144 et la Fondation pour la Garde Médicale. Au sein de la FUS, la CASU-144 est dédiée à la réception, au traitement et à la gestion des appels sanitaires urgents (plus de 86'000 appels d'urgence en 2018) provenant du canton de Vaud, de la Broye fribourgeoise et de la commune genevoise de Céligny. Depuis janvier 2015, la FUS dessert également le Canton de Neuchâtel. Le financement de la CASU-144 est garanti intégralement par un subventionnement de la Direction générale de la santé (DGS) vaudoise et du Service cantonal neuchâtelois de la santé publique.

L'évolution des dix dernières années est marquée par une augmentation régulière du nombre d'appels au numéro 144 et du nombre d'interventions régulées par celle-ci. En 2019¹, le tri et la régulation de ces appels ont engendré 157 missions de secours par jour en moyenne, dont 95% sont des missions primaires et seulement 5% des missions secondaires (transferts interhospitaliers), ces dernières n'étant actuellement gérées qu'occasionnellement par la CASU-144. L'engagement des moyens d'urgences préhospitaliers est déterminé et coordonné par la CASU-144 sur la base de mots-clés contextuels et cliniques. Le 144 est également un acteur direct du dispositif depuis l'introduction systématique en 2008 des « Procédures d'aide aux gestes de secours » qui permettent de proposer téléphoniquement aux patients et témoins des mesures de premiers secours (réanimation cardiaque guidée par téléphone par exemple) avant l'arrivée des secours, avec un impact potentiel réel sur la survie et la morbidité des

¹ Les chiffres mentionnés ne concernent que l'activité pour le canton de Vaud

patients. Enfin, les régulateurs de la centrale sont également appelés à organiser des déplacements stratégiques des ambulances afin de diminuer les délais d'interventions.

Services d'ambulances

Les services d'ambulances sont soumis à l'obtention d'une autorisation d'exploiter, selon le RUPH (art. 13 & 14): Les équipages d'ambulances doivent répondre aux normes de l'IAS². Chaque ambulance est desservie au minimum par deux personnes au bénéfice de formations reconnues par la DGS. On distingue deux niveaux de compétences dans les équipages des ambulances d'urgence permettant de différencier le responsable d'intervention (ambulancier diplômé) et l'équipier (technicien ambulancier). Actuellement, les services d'ambulances présentent encore une importante hétérogénéité en termes de compétences, de structure, d'organisation, ou d'activité (nombre de missions, frais d'exploitation, subventionnement). Les services opérant le moins de missions sont localisés dans des régions excentrées et disposent également de ressources limitées. La diversité dans le statut de l'employeur (privé versus public, communal, hospitalier) engendre de grandes disparités dans les conditions de travail. Ces dernières varient ainsi fortement d'un service d'ambulances à un autre. Si le salaire de base du personnel est relativement comparable entre les différentes compagnies, une différence intervient au niveau des indemnités imputées au salaire. Il subsiste ainsi en 2019 une réelle inégalité de traitement entre certains services publics (rattachés principalement à des communes de grande taille ou des associations de communes) et les entreprises privées. On note en sus une large hétérogénéité des grilles salariales entre cantons, le Canton de Vaud étant sur ce point considéré comme relativement moins attractif que d'autres cantons romands. Sur le plan légal, contrairement à d'autres cantons et d'autres professions liées à la santé, il n'existe pas de droit de pratique délivré par le canton pour les ambulanciers et techniciens ambulanciers, ces professionnels travaillant dans les faits à titre dépendant dans les services d'ambulances. Néanmoins, la possibilité existe dans la LSP et le règlement sur l'exercice des professions de la santé (REPS). Le Conseil de santé constitue, par analogie avec les autres professions de la santé, l'autorité de surveillance et de sanction pour les intervenants préhospitaliers.

Enfin, le rôle et la marge de manœuvres des médecins répondants des services d'ambulances sont limités, ce qui rend leur position relativement peu attrayante et suscite des problèmes de relève et de cohérence entre services.

Les contours du dispositif des urgences préhospitalières restent flous en termes de services « partenaires », avec près de 10 % des interventions d'urgence effectuées par des ambulances d'entreprises privées n'appartenant pas au DisCUP (USR Lausanne et Villars-Sainte-Croix, STAR Epalinges, STAR Lutry, ASV Le Mont-sur-Lausanne & Rennaz), mais engagés en urgence selon la proximité du lieu d'intervention.

Service médical d'urgence et de réanimation (SMUR)

Les SMUR sont rattachés aux hôpitaux de soins aigus (CHUV et FHV). Leur fonctionnement actuel nécessite également une évolution afin de s'adapter aux enjeux futurs. La médicalisation SMUR a été évaluée récemment par le Collège des Urgentistes Vaudois (CUV) dans un document intitulé « Prise de position du Collège des Urgentistes Vaudois au sujet de la médicalisation des secours » transmis à la DGS en décembre 2018. Des éléments de réforme ont d'ores et déjà été mis en place progressivement à l'échelle du canton (seniorisation des médecins, renforcement de la formation médicale,

² Directives sur la reconnaissance des services de sauvetage, Interassociation de sauvetage, 2010 ; téléchargeable sur le site de l'IAS : <http://www.ivr-ias.ch>

développement de la recherche sous l'impulsion du service des urgences du CHUV, révision des critères d'engagement de la médicalisation). Enfin, au cours des dernières années, leur nombre a diminué de 8 à 6 avec la fermeture du SMUR de Saint-Loup et la fusion des SMUR du Chablais et de la Riviera, permettant d'augmenter la masse critique et dès lors l'exposition des médecins aux situations d'urgence. La création de services d'urgence professionnels au sein des différents hôpitaux du canton, l'apparition d'un collège des médecins urgentistes vaudois et la professionnalisation par des médecins urgentistes seniors participent également à l'amélioration des prises en charge médicales et à l'expertise des médecins.

Hélicoptère médicalisé

L'engagement de l'hélicoptère médicalisé au sein du dispositif cantonal est coordonné entre la CASU-144 et la centrale d'engagement 1414 de la Rega. L'hélicoptère est engagé pour des missions primaires, principalement de type traumatique, ou pour des missions secondaires (transferts de patients entre les hôpitaux). Sa médicalisation est assurée par des médecins urgentistes du Service des urgences du CHUV. Les missions primaires peuvent être mandatées par la CASU-144 en appliquant des mots-clés spécifiques, mais également à la demande des ambulanciers sur site (engagement en 2^{ème} échelon) ou encore par la centrale d'engagement Rega. Dans ce dernier cas, l'engagement ne fait alors généralement pas l'objet d'une régulation par la CASU-144. L'hélicoptère de la base Rega de Lausanne intervient environ 900 fois par année dont la moitié pour des transferts interhospitaliers. Il effectue la plupart des missions primaires ordonnées par la CASU-144 en appui d'un équipage ambulancier. Ses règles de fonctionnement et de financement sont régies par une convention tripartite Rega – CHUV – DGS.

Renforcement médical urgent (REMU)

Le concept de REMU constitue un élément de renfort du dispositif dans les régions périphériques, en particulier en termes de délais de réponse et de disponibilités. Il s'agit de médecins généralistes installés en cabinet, qui ont reçu une formation spécifique et sont engagés par la CASU-144 dans l'attente d'autres moyens. Les médecins REMU sont largement soutenus localement et reconnus par la population. Le nombre d'interventions par médecin REMU reste par contre extrêmement faible, ce qui rend difficile le maintien d'une expertise en médecine d'urgence. L'évolution des dernières années est préoccupante du point de vue du DisCUP, puisque nous assistons progressivement à une réduction du nombre de médecins généralistes œuvrant dans les régions périphériques. Cette situation pose la question de la pérennité du système REMU dans le futur.

Premiers répondants

En 2009, le SSP a décidé de mettre en place un dispositif de Premiers répondants dans la région de Villars - Gryon, en raison des longs délais d'interventions des ambulances (20 – 30 minutes) et de la disparition progressive des médecins REMU locaux. La région de Vallorbe a bénéficié d'une stratégie similaire en 2012 suite à la fermeture du service d'ambulances communal. Le concept de Premiers répondants implique l'engagement de volontaires locaux non professionnels organisés qui acceptent d'intervenir en 1^{er} échelon³ à la demande de la CASU-144 et dans l'attente de l'arrivée des moyens professionnels. Au niveau légal, ces Premiers répondants sont intégrés dans le dispositif cantonal en application du RUPH dans lequel il est précisé : « là où, pour des raisons géographiques ou topographiques, les délais d'interventions fixés par le SSP ne peuvent être respectés,

³ L'intervention en 1^{er} échelon intervient simultanément à l'envoi de l'ambulance.

des moyens complémentaires peuvent être désignés par le SSP... ».

L'objectif des Premiers répondants est d'« apporter une réponse à toute demande d'urgence préhospitalière en respectant le délai de réponse défini par le SSP et par les directives de l'IAS ». Les Premiers répondants sont engagés pour transmettre un premier bilan à la CASU-144, sécuriser les lieux et initier les premières mesures de réanimation (massage cardiaque, ventilation, défibrillation, hémostase, pose de minerve, positionnement, apport d'oxygène). Ces réseaux de Premiers répondants sont actuellement confrontés également aux problématiques de maintien des compétences et de renouvellement des intervenants, avec une baisse globale de leurs effectifs au cours des dernières années.

First Responders

Les First responders sont des bénévoles formés à la réanimation cardio-pulmonaire et alertés par la CASU-144 pour intervenir en cas d'arrêt cardio-circulatoire d'un patient en attendant l'arrivée des secours professionnels.

Le canton de Vaud a confié à la Fondation first responders (basée dans le canton de Fribourg et active pour les cantons de Fribourg, Vaud et Jura) la responsabilité de promouvoir cette activité et de coordonner la disponibilité des bénévoles.

4.1.5 Le mode de gouvernance

L'organisation générale des secours sanitaires dans le canton de Vaud s'appuie sur des recommandations et directives nationales, édictées par l'IAS et par la Conférence latine des directeurs cantonaux de la santé (CLASS). Cette organisation reste néanmoins une compétence cantonale, placée sous l'égide du DSAS. La mise en place et le pilotage du DisCUP sont sous l'autorité de la DGS.

Le système de gouvernance et le cadre de fonctionnement du DisCUP sont complexes. Au niveau stratégique, la planification et le financement sont assurés par la DGS qui signe des contrats de prestations spécifiques avec les différents acteurs du secteur. Cette manière de procéder présente des avantages, notamment en termes de charges financières et d'autonomie. Elle génère toutefois une hétérogénéité progressive dans le système car les résultats financiers des services qui exercent une part de leur activité au sein du DisCUP dépendent également de financements complémentaires (communaux ou hospitaliers), ainsi que d'éventuelles activités du domaine privé (transferts interhospitaliers, dispositif médico-sanitaires lors de manifestations, etc.).

Aujourd'hui, la conduite opérationnelle et le contrôle du dispositif sont largement assurés par des échelons décentralisés autonomes et peu coordonnés (médecins-conseils et responsables d'exploitation des services d'ambulances, directions hospitalières, conseil de fondation, etc.). Les services d'ambulances dépendent ainsi le plus souvent de trois entités administratives qui ne font pas partie de la même structure : la DGS (autorisations d'exploiter, organisation et financement du DisCUP), l'employeur (privé ou public, pour les aspects de gestion RH, de culture professionnelle et de carrière) et le médecin-conseil (pour les aspects de délégation des actes médicaux et de formation). Ces différents acteurs partagent des objectifs parfois différents et cette situation peut favoriser la survenue de conflits d'intérêts ou de visions territoriales, avec le risque d'éloigner les intervenants de leur mission cantonale de santé publique au sein du DisCUP.

La CMSU est à disposition du DSAS et de la DGS. Il s'agit d'une commission consultative et de préavis pour des thématiques principalement opérationnelles. La CMSU n'a pas de légitimité propre en termes de gouvernance opérationnelle ou de contrôle du dispositif.

4.1.6 Le fonctionnement

Le système actuel s'appuie sur de nombreux partenaires qui bénéficient d'une large autonomie au sein du DisCUP. Alors que la problématique et les enjeux sont d'ordre cantonal, la diversité des acteurs, leur ancrage dans leur appartenance régionale et dans leur fonctionnement interne sont autant de freins à une coordination pourtant essentielle dans ce domaine et qui devrait être assumée par une direction opérationnelle du DisCUP.

De manière générale, on constate que les bases d'ambulances se situent sur le site même de leur appartenance administrative. Leur positionnement géographique est donc situé avant tout en lien avec l'infrastructure de référence et non en termes de délais de réponse ou de densité de population.

4.1.7 Le mode de financement

La responsabilité et le financement des prestations cantonales des intervenants du DisCUP ont été transférés des communes à l'Etat le 1^{er} janvier 2001. Le financement du dispositif est réalisé au moyen d'un subventionnement qui tient compte des charges et des recettes d'exploitation des différentes entités. Le montant de la subvention est fixé de manière prospective pour l'exercice concerné et peut être corrigé en fin d'année, ce qui correspond à une couverture du déficit. Le niveau de la contribution financière tient compte également des tâches assurées par les services, de leur implication dans le DisCUP, des synergies de fonctionnement possibles, ainsi que des autres sources de financement (assureurs, clients, etc.). La DGS est dès lors engagée très largement dans le financement du dispositif, en subventionnant tout ou partie des activités préhospitalières des différents maillons de la chaîne des secours, depuis la FUS jusqu'aux différentes compagnies d'ambulances, privées ou publiques, impliquées dans le DisCUP, ainsi que les SMUR.

4.2 Limites du système

Le dispositif préhospitalier vaudois répond de manière adéquate aux besoins actuels de la population mais travaille de plus en plus à "flux tendu". En s'appuyant sur un concept mis en place il y a une vingtaine d'années, il peine à s'adapter aux modifications constantes de l'environnement sociodémographique. Une réflexion de fond est nécessaire pour lui permettre d'utiliser les ressources à disposition de manière plus efficiente, ceci dans l'intérêt des patients et du canton.

Les fragilités suivantes sont évoquées :

- des pratiques et des organisations non homogènes entre les différents secteurs du canton, dues en grande partie à des fonctionnements non uniformisés et non coordonnés au niveau cantonal ;
- des ressources disponibles variables selon les régions, avec des risques de carence de moyens dans certaines zones ou à des moments en particulier, notamment sur le plan ambulancier ;
- une évolution de la médicalisation avec une réduction des SMUR de 8 à 6, ainsi que la disparition progressive d'une partie des médecins REMU en périphérie ;
- la difficulté de partage des compétences entre les médecins d'urgence et les ambulanciers, en principe complémentaires, mais qui deviennent concurrents dans certains cas, en lien avec la revendication d'une plus grande autonomie des ambulanciers, et l'affirmation d'une médecine d'urgence par le corps médical ;

- la demande des médecins répondants SMUR et des médecins-conseils des services d'ambulances, de réaffirmer leurs responsabilités médico-légales dans l'organisation, la gestion et les missions du système préhospitalier vaudois ;
- le manque d'indicateurs sur les mesures et traitements à réaliser en préhospitalier qui présentent un réel impact positif pour les patients et/ou pour le système.

Au-delà de ces fragilités, le dispositif préhospitalier, tel qu'organisé aujourd'hui, doit pouvoir s'adapter à un monde en constante mutation. Les changements auxquels il doit faire face sont principalement de trois types. Les besoins de la population qui changent constamment, les technologies qui évoluent rapidement et les profils de compétence des intervenants qui évoluent au fil du temps.

Au niveau des besoins de la population, comme nous l'avons vu plus haut, les questions liées à l'accidentologie routière ont cédé leur place à des problèmes orientés vers les besoins des personnes âgées. D'autre part, la population vaudoise a fortement augmenté ces vingt dernières années et cette augmentation n'a pas été uniforme dans chaque région du canton. Si le nombre d'ambulances engagées dans le DisCUP a suivi tant que faire se peut l'augmentation des demandes, la répartition géographique des bases d'ambulances est restée la même et mérite d'être reconsidérée. Enfin, le projet conduit par le DSAS pour donner une réponse adaptée aux urgences communautaires complète le dispositif préhospitalier en offrant une réponse adaptée aux urgences non vitales. Ce projet doit être intégré aux réflexions.

S'agissant de l'évolution technologique, les différents intervenants peuvent aujourd'hui déjà bénéficier de moyens de travail à distance et d'aide à la décision. Ces questions vont vraisemblablement prendre davantage d'importance à l'avenir notamment grâce au développement de la télémédecine. Le fait que la majorité des habitants de ce canton sont aujourd'hui connectés via leurs smartphones ouvre des perspectives intéressantes dans le domaine. L'exemple de l'introduction du système des First responders au sein d'un réseau d'alerte global est à ce titre éloquent. Cette évolution ne touche pas uniquement les intervenants mais également les bénéficiaires. En effet, toute la population peut avoir accès à des services divers en temps réel. Pensons simplement aux montres et aux habits connectés qui renseignent en permanence sur des paramètres vitaux de leurs porteurs et qui peuvent d'eux-mêmes alerter les services d'urgence en cas de signaux inquiétants.

Les questions liées au personnel sont également d'importance stratégique. Les formations des différents intervenants sont toujours plus poussées et leurs compétences s'élargissent davantage chaque année. La pénurie de personnel que l'on observe dans plusieurs corps de métier (en particulier chez les ambulanciers et les médecins REMU) nous pousse à adapter le système de manière à exploiter au mieux les compétences des uns et des autres, à orienter les formations et les profils de compétences vers les besoins à venir et à ne pas gaspiller des ressources rares et onéreuses pour effectuer des prestations qui peuvent être réalisées par d'autres personnes moins qualifiées. Il faut en parallèle être attentif à former les professionnels aux besoins avérés et futurs de leurs activités, impliquant un équilibre délicat entre les besoins prédominant de compétences croissantes dans le domaine de la multimorbidité et les problématiques psychosociales, et les besoins spécifiques de compétences de pointe pour les situations d'urgences vitales, dans un contexte vaudois de renfort médicalisé et de spécialisation des centres hospitaliers.

D'autre part, le mode de financement des services par couverture du déficit n'est pas incitatif d'une bonne gestion économique des ressources. Il porte un risque de déresponsabilisation des organes dirigeants des institutions et contraint la DGS à s'impliquer dans la gestion opérationnelle des services. Ce mode de financement ne

permet pas aux responsables d'exploitation d'exprimer pleinement leurs compétences en assumant la responsabilité de gestion des entités.

Enfin, le système de gouvernance actuel souffre d'un défaut d'homogénéité tant horizontal que vertical et du manque d'une chaîne hiérarchique forte, garante d'une vision et d'une unité de doctrine commune. Cette fragilité du système est particulièrement marquée en ce qui concerne les aspects opérationnels et le contrôle de l'activité des différents services. Elle est exacerbée par l'absence d'objectifs opérationnels partagés (niveau des prestations à apporter aux patients en préhospitalier, responsabilité et hiérarchie entre partenaires). En conséquence, il existe une réelle tendance pour chaque partenaire à se concentrer sur ses propres intérêts (sélection des missions, indisponibilité temporaire, etc.). Des réformes internes successives menées au sein de la DGS ont également fragilisé les structures de pilotage et de coordination du DisCUP, avec en particulier la disparition du poste de médecin répondant pour les mesures sanitaires d'urgences (MSU), garant à la fois des pratiques professionnelles et interlocuteur pour toutes les questions médicales au sein du DisCUP. Il s'agit de redéfinir la manière d'assumer ce rôle dans le cadre de la future gouvernance, rôle qui est aujourd'hui assuré ponctuellement de manière informelle par le responsable du service des urgences du CHUV et par l'office du médecin cantonal pour les aspects de police sanitaire ou de réglementation.

Fort de ces constats et des défis qui nous attendent, la CMSU est d'avis que le système préhospitalier doit être réformé et c'est l'objet des chapitres suivants.

4.3 Collaborations avec les cantons limitrophes

La situation des organisations de soins préhospitaliers dans les principaux cantons limitrophes du canton de Vaud, soit Genève, Valais, Fribourg et Neuchâtel, est résumée dans l'Annexe II.

S'agissant des interactions entre ces organisations et celle du canton de Vaud, la situation est la suivante :

Neuchâtel : le canton a confié la gestion des appels d'urgence et des transferts à la CASU-144 vaudoise. D'autre part, le service d'ambulances du Val-de-Travers intervient ponctuellement dans la région de Sainte-Croix.

Fribourg : le service d'ambulances du Nord-Vaudois couvre les enclaves territoriales fribourgeoises et en contrepartie, le service d'ambulances de Morat couvre les secteurs vaudois proches de sa base. D'autre part, le SMUR du HIB intervient dans toute la Broye vaudoise et dans certaines communes de la Broye fribourgeoise.

Valais : le service d'ambulances d'Aigle et le service d'ambulances de Monthey interviennent régulièrement dans la partie valaisanne, respectivement vaudoise du Chablais. Le SMUR de Rennaz intervient dans une partie du Chablais valaisan et le SMUR de Martigny intervient jusque dans la région d'Ollon. Les deux SMUR collaborent pour couvrir mutuellement leurs secteurs d'interventions.

Genève : Les services d'ambulances ainsi que les SMUR vaudois et genevois interviennent très ponctuellement dans le canton voisin, principalement sur l'autoroute.

Berne : le service d'ambulances de Château-d'Oex effectue ponctuellement des interventions dans la région de Saanen.

Enfin, le canton de Vaud peut s'appuyer au besoin sur les renforts de l'hélicoptère des HUG, de celui des bases Rega bernoises (Zweisimmen, Interlaken, Berne) et fait appel ponctuellement aux appareils valaisans d'Air Glaciers, notamment pour le Chablais vaudois.

5 Objectifs de la réforme

5.1 Généralités et périmètre du projet

Le présent rapport propose une adaptation du concept préhospitalier vaudois aux exigences actuelles pour le préparer à faire face aux défis à venir. Il s'agit tout d'abord de définir le périmètre du projet ainsi que les responsabilités de l'Etat puis de donner une vision d'avenir pour l'organisation des soins préhospitaliers et le transport des patients sur le territoire cantonal.

La notion d'urgence est très large, en relation avec les besoins en soins de la population. Cela va des urgences vitales dont certaines doivent recevoir une réponse dans les minutes qui suivent un événement dramatique, à des sollicitations de patients qui souhaitent consulter un médecin mais n'ont pas accès à un cabinet médical.

Le présent projet de réforme du système préhospitalier s'attache à définir et à organiser les moyens engagés par les régulateurs de la CASU-144; soit les moyens ambulanciers, les moyens médicalisés (SMUR, REMU, Rega), les Rapid responder ambulanciers, les Premiers répondants, les First Responders bénévoles, etc.

A contrario, l'organisation de la réponse aux « urgences communautaires » fait l'objet d'un autre projet mené par le DSAS, respectivement par la DGS, en collaboration avec des mandataires installés dans les régions. Il s'agit notamment d'organiser les gardes des médecins de premiers recours et des spécialistes, de revoir l'organisation des services d'urgence des hôpitaux, de créer des équipes mobiles médico-infirmières et d'offrir d'autres prestations. Ces moyens sont en lien avec la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) qui est hébergée par la FUS.

Si les missions du système préhospitalier et de la réponse aux « urgences communautaires » sont relativement bien délimitées, le DSAS et la DGS assurent la coordination et les interfaces entre les deux projets.

5.2 Responsabilité de l'Etat

La loi sur la santé publique donne à l'Etat la responsabilité de garantir l'accès aux soins et la qualité des prestations.

S'agissant du secteur préhospitalier, la garantie de la qualité des prestations s'exerce au travers de l'octroi des autorisations de pratiquer du personnel concerné (excepté pour les ambulanciers) ainsi que des autorisations d'exploiter des différentes structures. La DGS émet également des directives plus spécifiques relatives aux pratiques professionnelles.

Le DSAS et la DGS :

- assurent l'organisation et le financement de la CASU-144 ;
- assurent l'organisation et le financement des interventions urgentes (P1 et P2) et les

transferts interhospitaliers d'urgence absolue (T1⁴) impliquant les ambulances et/ou les SMUR ;

- garantissent la réalisation des transports primaires non urgents (P3) et les assurent en subsidiarité des moyens privés indisponibles.

La gestion des missions secondaires (S) non urgentes est quant à elle réalisée par les hôpitaux. Ces derniers financent les transferts interhospitaliers alors que les transferts vers les EMS ou vers les domiciles sont facturés aux patients. La DGS fixe toutefois les normes de qualité, édicte des directives et effectue des contrôles. Dans le cas où ces missions sont régulées par la CASU-144, le financement de cette activité doit être assuré par les hôpitaux qui y font appel.

5.3 Vision

Les soins préhospitaliers et le transport des patients doivent être organisés selon les principes suivants :

- l'Etat organise les activités d'urgence et assure la qualité et la sécurité des transferts ;
- le système garantit une bonne couverture territoriale et un accès le plus équitable possible à des prestations de qualité ;
- les différents partenaires sont responsabilisés et incités à une gestion efficiente des structures ;
- les prestations doivent être définies et, lorsque cela est possible, basées sur des preuves scientifiques récentes et de bonne qualité ;
- le système doit être évolutif.

Pour cela, il s'agit de viser les objectifs suivants :

Couverture des besoins :

- la CASU-144 gère la réponse aux appels urgents (numéro 144) et engage les moyens prioritaires urgents ou non urgents (P1, P2, P3) et les transferts d'urgence absolue.
- le canton est doté d'un nombre d'ambulances adéquat, réparties sur le territoire et organisées de manière à permettre une réponse aux appels dans des délais définis, y compris en réalisant des déplacements stratégiques⁵ ;
- différents moyens complémentaires (Rapid responder, Premiers répondants) sont déployés en complément aux ambulances, notamment dans les régions moins bien desservies en raison d'une densité de population moindre ou de délais d'interventions plus longs ;
- la couverture des moyens médicalisés (SMUR, REMU) est optimisée et des nouvelles technologies sont mises en œuvre ;

⁴ Les transferts d'urgence absolue T1 correspondent à une sous-catégorie des transferts urgents S1 (voir chapitre 7.10).

⁵ Un déplacement stratégique consiste à demander à une ambulance de se placer en attente hors de sa base pour étendre sa disponibilité et sa couverture sur une zone laissée temporairement vacante.

- des solutions particulières sont développées avec les cantons limitrophes (notamment en ce qui concerne le Chablais et la Broye) de manière concertée avec ces cantons.

Systeme de financement :

- le mode de financement est performant et équitable ;
- il responsabilise les fournisseurs de prestations et les pousse à l'efficacité ;

Fournisseurs de prestations :

- les prestataires gèrent leur structure de manière autonome dans le cadre défini par la DGS ;
- les professionnels sont en nombre suffisant et ont reçu une formation adéquate en regard des exigences de leur fonction, ils interviennent dans le cadre de leurs compétences en accord avec leur formation et les besoins des patients ;
- les différentes professions impliquées sont confirmées dans leurs rôles, se respectent mutuellement et collaborent auprès du patient ;
- les transferts non urgents sont organisés et financés par les hôpitaux dans le respect des directives (qualité, sécurité) édictées par la DGS.

Population / bénéficiaires :

- la population connaît le système et y fait appel à bon escient ;
- les coûts à charge des bénéficiaires sont supportables (pas de rationnement induit).

Evolution du système :

- le système est évolutif en ce sens qu'il doit permettre d'intégrer les évolutions technologiques et de s'adapter aux changements démographiques, aux pathologies présentes dans la population et aux demandes des patients ;
- les aspects de démographie professionnelle sont monitorés pour anticiper des pénuries de personnel dans certaines régions et/ou laps de temps.

6 Méthode

La CMSU a travaillé de manière étroite avec la DGS. Pour mener à bien cet important projet, un soutien méthodologique a été obtenu auprès de la HES-SO Valais. Avec l'aide de ses assistants, le Professeur Serge Imboden a apporté ses connaissances et son expérience en matière de gestion de projets.

Dans un premier temps, un groupe restreint, composé des membres du bureau de la CMSU et de la DGS, a défini les grandes orientations et le périmètre de la démarche.

Une fois ces lignes générales définies, une structure de projet a été mise sur pied. Neuf groupes de travail ont été créés et placés sous la conduite du Prof. Imboden, avec chacun des thèmes et des objectifs particuliers. Ces groupes ont été constitués de représentants des partenaires du système préhospitalier et des différentes professions concernées. Des experts en activité hors du canton y ont également été intégrés (l'Annexe IV donne la liste des membres des groupes de travail).

Les travaux de groupe ont été suspendus en début 2020 en raison notamment de la

pandémie due au coronavirus. La rédaction du rapport s'est poursuivie au sein du bureau de la CMSU (voir Annexe I) durant le printemps pour se terminer au mois de juin. Le rapport a été soumis aux membres de la commission qui ont l'occasion d'apporter leurs commentaires durant l'été. La version finale a été produite en début octobre.

7 Propositions

7.1 Principes et dénominations

Comme nous l'avons vu plus haut, les responsabilités de l'Etat s'exercent différemment selon le périmètre des prestations délivrées. Le DSAS, respectivement la DGS, exercent un contrôle et une surveillance sur l'entier du système préhospitalier mais organisent et financent plus spécifiquement les activités d'urgences P1, P2 et transferts d'urgence absolue T1, CASU-144 comprise.

Pour éviter toute confusion de terme avec l'organisation actuelle, l'acronyme « DisCUP » qui fait référence au dispositif qui a fonctionné jusqu'à l'heure actuelle est abandonné au profit de deux appellations :

- le système préhospitalier pris dans son entier est dénommé « Organisation des soins préhospitaliers et du transport des patients » ;
- le système qui regroupe les intervenants de l'urgence proprement dite est identifié par l'appellation « Dispositif cantonal des urgences préhospitalières 2022 » (DisCUP22).

7.2 Gouvernance et pilotage du système

Un nombre important de partenaires institutionnels sont impliqués dans le paysage cantonal vaudois des soins préhospitaliers et du transport des patients. Ces institutions montrent une grande diversité en matière de statuts juridiques (droit public ou droit privé), de buts économiques (but idéal ou commercial), de rattachement institutionnel et/ou de tailles.

Cette diversité complexifie le pilotage du système car les environnements de travail et les raisons d'être peuvent diverger très fortement, voire s'opposer. Or, le système préhospitalier représente un tout au niveau cantonal et les interactions entre les différents acteurs qui y prennent part sont d'une importance stratégique pour son bon fonctionnement.

Pour répondre à cette complexité l'idée de créer une institution unique⁶ qui regrouperait sous une seule gouvernance tous les partenaires concernés a été évoquée. Cette option, qui présenterait l'avantage de confier à une seule autorité la responsabilité des décisions stratégiques et opérationnelles a été écartée en raison justement de la diversité des partenaires actuellement impliqués. En effet, ni les services communaux qui fonctionnent dans un contexte particulier, ni les entreprises à but commercial, ne peuvent entrer dans une organisation de ce type.

⁶ Sous forme d'établissement de droit public (EDP), d'association de droit public ou privé, de Société anonyme à but commercial, etc.

Il s'agit donc de définir un mode de gouvernance simple qui permette à l'Etat de piloter le système préhospitalier de manière efficace. L'objectif est d'assurer à la population vaudoise des prises en charge adéquates, à un niveau de qualité reconnu et à des conditions financières acceptables. Pour cela, le pilotage des questions stratégiques doit être traité séparément de la conduite des questions opérationnelles.

7.2.1 Commission pour la gouvernance stratégique (CSMSUP)

Le système préhospitalier et son organisation trouvent leurs légitimités dans les bases légales cantonales. La loi décrit le système dans les grandes lignes. Les principes du fonctionnement stratégique sont développés dans un règlement du Conseil d'Etat ainsi que des directives départementales édictées par le DSAS, la DGS étant chargée de l'exécution.

Une Commission stratégique pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CSMSUP) doit être créée. Dans cette commission siégeront des représentants des partenaires concernés (associations d'ambulanciers, responsables d'exploitation des services d'ambulances, collège des urgentistes, FUS, CHUV, hôpitaux, communes, écoles, etc.), nommés par le Conseil d'Etat pour une période législative sur proposition des institutions qu'ils représentent. La CSMSUP est présidée par la cheffe du DSAS et préavise toutes les décisions qui sont de son ressort et/ou de celui du Conseil d'Etat. Ce dernier en fixe la composition dans un règlement.

7.2.2 Commission pour le pilotage opérationnel (COMSUP)

Le pilotage opérationnel se concentre quant à lui sur les conditions de réalisation des activités conformément à ce qui a été défini au niveau stratégique. Les décisions et orientations concernant des aspects de management doivent être laissées à la responsabilité de chaque partenaire. D'autres décisions, par contre, touchent des activités qui nécessitent d'être harmonisées au niveau du DisCUP22, voire même plus largement s'appliquent à tous les partenaires du domaine préhospitalier, qu'ils soient intégrés au DisCUP22 ou non.

Cette différenciation entre questions de management et problématiques plus transversales est délicate et ne peut être faite a priori. Il s'agit donc de mettre en place un processus permettant de faire remonter les questions et de les traiter dans un cercle compétent et représentatif. En fonction de leur importance et de leur portée, des décisions doivent être prises au niveau de la DGS et d'autres laissées à la compétence des partenaires.

La solution proposée est de créer une Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (COMSUP) qui réunit des experts du domaine, nommés *ad personam* par le DSAS, pour une période législative. La composition et le nombre de membres de la commission est laissé à l'appréciation du département. La COMSUP devient le bras armé de la DGS, non seulement comme instance de préavis mais surtout comme organe de proposition. Le système qui conduit à l'établissement de directives et de recommandations édictées par la DGS doit être souple et réactif. Il s'agit pour cela que le lien et la confiance qui lient la COMSUP et la DGS soient particulièrement étroits.

Les questions relatives aux pratiques professionnelles médicales et ambulancières doivent être débattues dans cette commission qui peut ponctuellement s'adjoindre les compétences d'experts. Forte des préavis qui en émaneront, la DGS aura toute légitimité pour trancher en cas de divergences et inscrire ses décisions dans des directives et/ou des recommandations.

7.2.3 Adaptation du système en cas de situation sortant de l'ordinaire

Le DisCUP22 est dimensionné pour assurer la prise en charge au quotidien des urgences préhospitalières de type P1, P2 et des transferts d'urgence absolue (T1). Pour faire face à des manifestations, des accidents majeurs ou des catastrophes ayant un impact dans le domaine de la santé publique et notamment dans le milieu préhospitalier, une adaptation de la coordination et du pilotage du DisCUP22 peut être mise en place. Celle-ci a pour but de gérer l'événement exceptionnel, tout en garantissant la continuité des missions du dispositif.

Dans ces cas, des moyens supplémentaires peuvent renforcer le DisCUP22 selon l'organisation prévue dans le règlement du Conseil d'Etat du 23 avril 2008 sur le service sanitaire en cas de situation particulière, d'accident majeur ou de catastrophe.

7.2.4 Monitoring

Les décisions et orientations, qu'elles soient d'ordre stratégique ou opérationnel, doivent dans la mesure du possible être prises sur la base d'informations objectives et fiables. Un système de monitoring efficace doit être créé et mis à disposition de l'Etat et des commissions. Les partenaires doivent également pouvoir y avoir accès librement.

Une fois le système de monitoring en place, des données sont collectées en temps réel et réunies au niveau d'une plateforme d'information centralisée. Des indicateurs pertinents sont générés et réunis dans un tableau de bord.

Le groupe de projet a planché sur cette problématique et a défini une première liste d'indicateurs pertinents. Cette première ébauche doit être retravaillée en étroite collaboration avec les partenaires de terrain et les spécialistes des systèmes d'information.

7.3 Besoins

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, le système de prise en charge préhospitalière actuel est le résultat d'une construction historique qui a été adaptée au fil du temps mais qui n'a pas subi de réforme profonde. Or les profils des appelants, les besoins et les exigences des bénéficiaires, les pathologies des patients, les lieux d'interventions, les moyens, les technologies ainsi que les compétences des professionnels ont beaucoup évolué ces dernières décennies. Ces changements observables aujourd'hui déjà sont appelés à s'intensifier à l'avenir. Pensons aux conséquences de l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées et des effets associés au vieillissement (maladies chroniques, pathologies psycho-gériatriques, etc.) ou aux pathologies psychiatriques. Pensons également à la baisse progressive du nombre de personnes ayant un médecin de famille. Pensons enfin aux problématiques dues à l'isolement et à la diminution du nombre de proches aidants.

Le secteur des soins préhospitaliers doit être prêt à faire face à ces changements. Il doit adapter son organisation et ses capacités de réponses en étroite collaboration avec les autres acteurs du système de santé.

Profil des bénéficiaires

Ce chapitre présente le profil médico-social des personnes actuellement prises en charge en urgence (P1 et P2) et les évolutions attendues pour ces prochaines années.

Entre 2001 et 2017, le nombre de personnes prises en charge en ambulance annuellement en urgence P1 et P2 a passé de 21'722 à 35'203 selon une augmentation constante alors que les sorties du SMUR : 4'651 – 6'437 ont suivi depuis 2002 la progression de la population vaudoise illustrant les mises à jour itératives des motifs d'engagement qui privilégient l'envoi en premier lieu d'une ambulance uniquement⁷. La majorité des missions (80%) a donc impliqué une ambulance sans médicalisation SMUR. Le taux de recours annuel à un transport en ambulance dans la population vaudoise est passé de 3.4% à 4.4% suivant une augmentation discrète mais régulière durant la période. En 2001, environ une personne sur six de 80-89 ans et une sur quatre de plus de 90 ans a eu recours à l'ambulance pour une mission primaire. En 2017, ce nombre est passé à une personne sur quatre chez les 80-89 ans et environ une sur deux chez les plus de 90 ans.

La moyenne d'âge des personnes prises en charge par l'ambulance se situe aux alentours de 60 ans. Environ 45% ont 70 ans et plus dont 30% de 80 ans et plus et 6% moins de 18 ans. La moitié des missions concernent des femmes. Alors qu'en 2001, 3'314 missions (30%) étaient engagées pour des femmes plus de 80 ans, ce nombre a doublé en 2017 pour atteindre 6'630 missions (37%). Plus de la moitié des prises en charges sont réalisées au domicile. Le nombre de missions en EMS a plus que doublé entre 2003 (1'151, 5.1% des missions) et 2017 (2'737, 7.8% des missions). Les interventions dans une institution de soins (hôpital, établissement de soins, permanence, clinique) ont quadruplé entre 2009 (667 missions, 2.5%) et 2017 (2566, 7.3%). Par contre, le nombre d'interventions en cabinet médical n'a pas évolué sur la même période (autour de +2%). Enfin, les prises en charge sur la voie publique ont diminué de 9% entre 2001 et 2017, représentant maintenant 10% des missions.

Près de 30% des personnes prises en charge par les ambulances en mission primaire présentaient une condition de faible gravité (indice NACA⁸ 0-2), un peu plus de la moitié des personnes présentaient un état de gravité moyenne (NACA 3) et seulement 15% un état jugé sévère (NACA >3).

Parmi les personnes de plus de 70 ans prises en charge en EMS en 2017, 658 (27.8%) l'ont été pour un trauma des membres ou cranio-cérébral (412 individus en 2019, soit 32.4%), environ 12% pour une détresse ou une insuffisance respiratoire ou encore une baisse de l'état général. A domicile, le problème le plus fréquent était une baisse de l'état général (2'386 cas, 20.7% en 2017, versus 849 cas, 10.1% en 2009). Les traumatismes ont touché 1'689 personnes (15.1%) en 2017 et 1'292 en 2009, soit une proportion plus faible qu'en EMS.

En ce qui concerne la population pédiatrique, le problème principal nécessitant une intervention primaire relève d'un trauma des membres ou d'un trauma cranio-cérébral (600 missions en 2017, 26.9% et 646 missions en 2019, 34.3%). En 2017, 12% des prises en charges concernaient des patients ayant fait une crise convulsive (270 cas). Enfin, parmi la population de 18 à 49 ans, environ 13% ont été pris en charge pour une intoxication (nombre de cas stable depuis 10 ans) et 12% pour un trauma des membres. En 2017, 15% (1'485 cas) relevaient d'un problème psychiatrique, nombre qui a doublé depuis 2009 (751 cas, 9.1% en 2009) et quadruplé depuis 2001.

Plus d'un quart des interventions effectuées en institution de soins au cours des années

⁷ L'année 2019 a vu une diminution notable des sorties SMUR en raison d'une modification des critères d'engagements par la DGS.

⁸ L'indice NACA est une échelle d'appréciation préhospitalière de la gravité des atteintes. L'indice 0 représente un patient indemne alors qu'un indice 7 indique le décès.

2015 à 2017 ont été réalisées pour des cas relevant d'un problème psychiatrique (3.7% en 2009). Environ 450 missions concernaient des personnes ayant fait un malaise cardiaque ou en situation de détresse respiratoire.

Moins de 10% des missions SMUR se rapportaient à des cas de faible gravité et environ un tiers à un état de gravité moyenne. Ces deux proportions étaient un peu plus faibles dans les années les plus récentes. Les prises en charge de patients par une équipe SMUR présentant une situation de santé potentiellement grave (indice NACA >3) étaient supérieures à 50% dès 2005, avec une tendance à une augmentation de cette proportion au cours des dernières années.

L'évolution reflète en partie les changements démographiques (accroissement et vieillissement progressif de la population), mais probablement aussi des modifications d'organisation et d'utilisation des services. Le nombre de missions engagées pour les personnes de plus de 70 ans augmente de manière régulière.

En résumé, les patients sont d'année en année plus âgés, les prises en charge ambulancières se font le plus souvent à domicile ou en EMS pour des situations médicales, sociales ou psychologiques de gravité faible ou moyennes. Les services d'urgence préhospitaliers prennent une place centrale dans le système de santé étant donné qu'une personne sur quatre de 80-89 ans y ont recours annuellement. Les SMUR interviennent moins fréquemment qu'il y a quelques années, mais pour des situations de plus grande sévérité.

7.4 Ressources

Dans ce chapitre, nous allons détailler les différentes ressources que la CASU-144 peut engager pour répondre aux demandes nécessitant une intervention urgente. Ces ressources étant rares et onéreuses, il s'agit de les dimensionner au plus près des besoins.

7.4.1 Ambulances et Rapid responder

Ambulances

L'ambulance et son équipage constituent le socle sur lequel est construit le système préhospitalier. Dans l'organisation actuelle, la CASU-144 engage les ambulances d'urgences en fonction de leur disponibilité et proximité, qu'elles soient subventionnées (ambulances du DisCUP) ou non.

Aujourd'hui, les ressources en nombre d'ambulances (nombre) stationnées sur les bases suivantes peuvent en principe être engagées :

	Localisation de la base		Jour	Nuit
Ambulances subventionnées (DisCUP)	1	Nyon	2	2
	2	Aubonne	1	1
	3	Morges	1	1
	4	Villars St Croix	1	1
	5	Lausanne	4	3
	6	La Tour-de-Pellz	3	2
	7	Aigle	2	1
	8	Château-d'Oex	1	1
	9	Payeme	2	1
	10	Yverdon	2	(2)
	11	Pompaples	1	1
	12	Ste-Croix	1	(0)

	13	L'Abbaye	1	1
	14	Mézières	1	1
		Total	23	18
Ambulances privées (non subventionnées)	15	Lausanne	1	0
	16	Villars St-Croix	1	0
	17	Epalinges	1	1
	18	Lutry	1	0
	19	Rennaz	1	0
	20	Le Mt-sur-Lausanne	1	0
		Total	6	1
Total général			29	19

() L'ambulance de nuit à Ste-Croix est aujourd'hui remplacée par un Rapid responder, une deuxième ambulance a été placée à d'Yverdon pour assurer les transports des patients de toute la région.

Cette disponibilité n'est toutefois pas systématiquement garantie, les ambulances subventionnées du DisCUP étant régulièrement engagées pour des missions non urgentes (P3 et transferts) et les services privés n'ayant pas l'obligation d'assurer la disponibilité de ces moyens. Enfin, il arrive que les services subventionnés ne soient pas en mesure d'assumer leurs obligations de mise à disposition d'une ambulance en raison d'un manque ponctuel de personnel.

Dans le modèle d'organisation proposé, seules les ambulances intégrées dans le DisCUP22 sont engagées pour les interventions d'urgences de type P1, P2 et transferts interhospitaliers d'urgence absolue T1. Ces ambulances sont strictement réservées pour l'urgence et ne peuvent réaliser d'autres activités de type P3 et transferts non urgents.

Toutefois, en cas de nécessité, la CASU-144 aura toujours la possibilité d'engager un moyen non intégré dans le DisCUP22, par exemple lorsqu'aucune ambulance du DisCUP22 ne peut se rendre sur site dans un délai raisonnable. A contrario, des ambulances réservées au DisCUPww pourront en cas de nécessité être engagées pour des missions non urgentes de type P3. Il s'agit notamment de pallier à un manque temporaire de ressources durant la nuit par exemple.

Rapid responder

Le concept de Rapid responder est relativement récent et semble potentiellement intéressant. Il s'agit d'un véhicule d'urgence léger avec à son bord, un ambulancier expérimenté seul. Son rôle est d'assurer des soins d'urgence au patient dans les plus brefs délais en attendant qu'une ambulance le rejoigne sur le site d'intervention.

De manière générale, le Rapid responder est placé dans des endroits stratégiques et peut se rendre avant l'ambulance sur le site d'intervention. Il permet un ajustement des moyens engagés en renseignant la CASU-144 une fois sur le site et, lorsqu'il est envoyé dans une région momentanément en manque de couverture, il permet d'éviter à une ambulance de faire un déplacement stratégique.

Dans les régions de faible densité de population et ne justifiant pas la présence d'une base d'ambulances, l'installation d'un Rapid responder permettrait non seulement de raccourcir le temps de réponse, mais également de maintenir le niveau de couverture car ce dernier reste disponible pour l'urgence une fois que l'ambulance est repartie avec le patient. S'agissant des régions plus densément peuplées, la présence de Rapid responder pourrait améliorer le niveau de sécurité lorsque toutes les ambulances sont engagées (sorties simultanées).

Le concept de Rapid responder doit toutefois encore faire l'objet d'études approfondies; tant en termes de coûts que de bénéfice pour le patient. Il est testé depuis la fin de l'année 2019 dans la région de la Riviera (région densément peuplée) et depuis l'été 2020 à Ste-Croix durant la nuit (région périphérique).

Modélisation du maillage ambulancier

Un mandat d'études préliminaires a été confié à MicroGIS SA, société de Saint-Sulpice active dans les domaines du géomarketing, de la planification et de la cartographie, pour modéliser une organisation théorique du système ambulances et Rapid responder sur le territoire vaudois en vertu des principes décrits plus haut.

Construites sur la base des données des sorties d'ambulances⁹, les études ont montré qu'un engagement de 30 ressources durant la journée et de 19 ressources durant la nuit permettraient de réduire de manière importante la part des interventions localisées à plus de 15 minutes pour autant ces ressources soient réparties de manière adéquate sur le territoire. Selon le maillage proposé par MicroGIS, 7.8% des interventions seraient localisées à plus de 15 minutes, alors que, dans la situation actuelle, le taux est de 14.0% pour les ambulances du DisCUP seules et de 10.7% si l'on tient compte des ambulances privées non subventionnées. A noter que les valeurs décrivant la situation actuelle sont des taux théoriques minimaux étant donné que ces ambulances sont régulièrement indisponibles car engagées pour des interventions non urgentes.

7.4.2 Médicalisation SMUR, Rega et REMU

L'engagement systématique de la médicalisation en 1^{er} échelon pour certains types d'interventions a été revu ces dernières années, du fait de la capacité des ambulanciers à réaliser de manière indépendante plusieurs actes médicaux délégués au moyen de protocoles. Au cours des dix dernières années, l'analyse régulière des besoins dans ce contexte a ainsi entraîné une diminution de la proportion des médicalisations sur site. Néanmoins, dans un certain nombre de cas, il est important de pouvoir compter sur l'intervention rapide de médecins expérimentés en médecine d'urgence.

SMUR

L'organisation cantonale vaudoise en 4 régions avec chacune un ou deux SMUR permet une couverture adéquate du territoire¹⁰. En 2019, l'activité s'est élevée à 5'358 interventions sur l'entier du canton, soit 14,7 sorties par 24 heures en moyenne. Cette activité a été répartie à raison de 1'645 sorties sur Lausanne, 1'465 dans la région Est, 1'167 à l'Ouest et 1'081 dans la région Nord. A noter que l'exercice 2019 a été moins intense que les années précédentes avec près de 1'000 sorties de moins qu'en 2018. Cette baisse s'explique principalement par une révision des critères d'engagements des SMUR par la DGS, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

On estime qu'une activité médicale dédiée exclusivement au SMUR ne devrait être envisagée qu'à partir de 5 sorties par 24 heures. Seul celui de Lausanne répond actuellement à ce critère et possède une équipe dédiée. Dans les autres unités, l'activité reste donc partagée entre le SMUR et les services hospitaliers.

⁹ MicroGIS SA a réalisé ses travaux en utilisant les données des fiches d'interventions préhospitalières des ambulances de 2014 à 2019.

¹⁰ Six SMUR sont aujourd'hui en activité dans le canton (Lausanne, Morges, Nyon, Payerne, Rennaz et Yverdon) auxquels s'ajoute le SMUR valaisan de Martigny qui intervient dans le Chablais.

Hélicoptère médicalisé

L'hélicoptère médicalisé peut être engagé pour des missions primaires et secondaires.

De manière générale, l'utilisation plus systématique de l'hélicoptère en 1^{er} échelon pour les P1 et éventuellement les P2 est préconisée dans les régions périphériques. A noter qu'au niveau des ressources humaines, ni le SMUR, ni l'hélicoptère médicalisé ne suscitent d'inquiétude en termes de recrutement ou d'intérêt des futurs médecins.

Dans le canton, les interventions sont principalement réalisées par l'hélicoptère de la Rega basé à la Blécherette. Sa médicalisation est assurée par des médecins urgentistes du Service des urgences du CHUV. A l'avenir, il s'agira d'évaluer dans quelle mesure nous pourrions compter sur des interventions subsidiaires en provenance de bases héliportées situées dans des cantons limitrophes, en fonction de l'évolution des besoins et des ressources disponibles.

Renforcement médical urgent (REMU)

L'utilité des renforts médicalisés tels que décrits au chapitre 4.1.4 dans les régions périphériques est confirmée. Les interventions en première ligne de ces médecins installés en cabinet sont essentielles. Toutefois, les difficultés de recrutement de médecins généralistes, et dès lors de REMU, et les problématiques liées au maintien de leur expertise en médecine d'urgence posent de réels défis qu'il s'agit d'évaluer. Ces médecins devront être soutenus activement pour le pérenniser.

Aujourd'hui des REMU sont en activité à la Vallée-de-Joux, aux Diablerets; à Leysin, au Pays d'Enhaut et à Ste-Croix. Cette ressource restera à l'avenir essentiellement liée à ces régions.

7.4.3 Premiers répondants et First responders

En plus des ressources ambulancières et médicales, deux types d'intervenants non professionnels complètent l'Organisation cantonale vaudoise des soins préhospitaliers et du transport des patients.

Premiers répondants

Les Premiers répondants sont des volontaires non professionnels de piquet qui interviennent en 1^{er} échelon et dans un cadre structuré, sur appel de la CASU-144 en attendant l'arrivée des moyens professionnels. Ils sont installés dans des régions périphériques dépourvues de médecins REMU pour assurer une couverture minimale.

Aujourd'hui, on trouve des Premiers répondants dans les régions de Villars-Gryon et de Vallorbe-Ballaigues (respectivement 10 et 15 Premiers répondants). La principale limite au développement et à la pérennisation de ce concept réside dans les difficultés de recrutement liées à l'obligation de s'établir dans la région et de maintien des compétences.

First responders

Les First responders actifs dans le canton sont, comme décrit au chapitre 4.1.4 des bénévoles recrutés par la Fondation First Responders et formés aux premiers secours. A fin 2019, près de 2'000 First responders étaient inscrits et pouvaient être engagés par la CASU-144 uniquement pour des situations d'arrêt cardiaque.

7.4.4 Transports assis

Dans l'optique d'adapter les moyens aux besoins des bénéficiaires, la CASU-144 doit pouvoir engager des transports assis comme alternative aux ambulances lorsqu'il s'agit de déplacer des personnes à mobilité réduite ne nécessitant ni soins ni surveillance. Ces transports assis concernent des patients qui ont besoin d'accéder à un service de soins, à l'aller et au retour, mais qui ne disposent pas d'un moyen de transport personnel. La crise du COVID-19 a confirmé la pertinence de ce type de moyens, en complément des autres ressources disponibles.

Ces transports assis peuvent se révéler très utiles également dans le contexte du projet du DSAS relatif à la réponse à l'urgence et à l'organisation de la garde. Il s'agit en l'occurrence d'éviter de transporter à l'hôpital les personnes qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Pour cela, la DGS s'implique via des répondants régionaux, dans l'organisation de la garde de premier recours et dans la création d'équipes mobiles pluridisciplinaires capables d'intervenir au domicile des patients ou en EMS et de prendre le relais des intervenants d'urgence.

En résumé, les transports assis ne font pas partie a priori des moyens utilisés par le DisCUP22 pour la prise en charge des transports primaires urgents (P1 et P2) mais peuvent se révéler très utiles pour des transports primaires et secondaires non urgents (P3 et S3).

7.4.5 Moyens techniques

La télémédecine profite actuellement d'un important développement technique permettant de proposer des solutions fiables pour les situations d'urgences préhospitalières.

Quand nous parlons de télémédecine, nous faisons référence à l'échange d'images ou d'informations et à une communication directe entre acteurs sur site et intervenants à distance. Il existe deux grandes catégories : le « vidéo phone » (soit l'échange d'images entre le patient ou l'appelant et la CASU-144) et la communication entre professionnels. Pour le « vidéo phone », les centrales d'alarme doivent s'adapter à ces nouvelles technologies, par exemple pour évaluer une situation d'arrêt cardiaque ou un accident vasculaire cérébral (AVC). S'agissant de la communication entre professionnels, il serait par exemple envisageable d'équiper les ambulanciers ou les Premiers répondants de moyens de télémédecine (audio et vidéos) afin de leur permettre de communiquer avec un médecin à distance pour optimiser l'évaluation et l'orientation des patients.

De manière générale, des solutions particulières novatrices devront être mises en place dans les régions périphériques et moins denses ne pouvant disposer d'une ambulance sur place et afin de pallier à la raréfaction progressive de la réponse médicale. Les Rapid responder et la télémédecine constituent deux exemples de réponses potentielles.

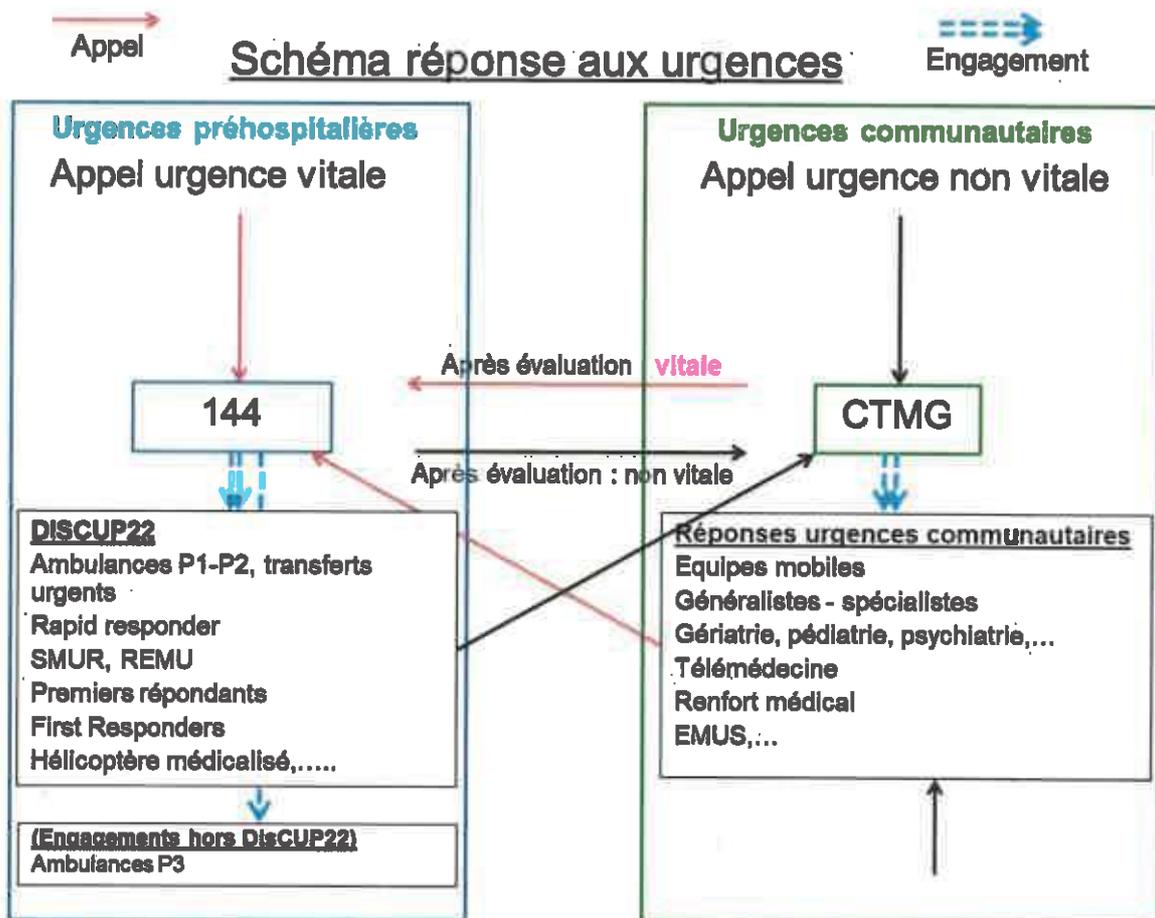
7.5 Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144)

La CASU-144 est une unité de la FUS. Cette dernière héberge les régulateurs répondants du numéro d'appel 144 pour les urgences et du numéro d'appel 0848 133 133 de la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG). La FUS est actuellement mandatée par le canton de Neuchâtel pour réguler également les engagements sur son territoire et pourrait à terme intégrer d'autres cantons.

Chaque numéro d'appel entre dans un processus bien défini. Le DisCUP22, qui couvre uniquement la réponse aux appels urgents (numéro 144), doit être bien coordonné avec

la CTMG. Le lien doit être très fort car les frontières entre les deux domaines sont en réalité relativement floues au moment de l'appel. Les patients font appel aux secours en fonction de leur perception de l'urgence ce qui a pour conséquence, dans certains cas, que des appels d'urgences non vitales se révèlent être des urgences vitales et vice-versa.

Le schéma suivant décrit les principes de réponse aux appels d'urgence de santé et plus précisément la limite et les interactions entre le processus relatif aux mesures sanitaires d'urgence (MSU) et les urgences communautaires :



En 2013, le Conseil d'Etat a pris la décision de réunir les centrales d'alarme de la police (CET), du feu (ECA) et de la santé (FUS) dans un nouveau bâtiment situé sur le site de la Grangette et construit par l'Etablissement d'assurance contre l'incendie et les éléments naturels du canton de Vaud (ECA). Ce projet de construction intitulé ECAVENIR est en phase de réalisation et les collaborateurs et les collaboratrices des centrales d'alarme devraient être transférés dans les nouveaux locaux en 2022. Cette réunion des centrales d'alarme devrait permettre de réaliser des synergies, tout d'abord sur le plan des infrastructures, des processus support et à terme aux niveaux métiers.

7.5.1 Constat

Nous constatons une évolution dans la raison des appels et le profil des appelants. Citons notamment :

- le nombre d'appels annuels croît plus rapidement que le simple accroissement de la population ;

- la majorité des appels provient de personnes âgées ;
- les problématiques sociales, psychiatriques et psychosociales sont de plus en plus fréquentes ;
- le nombre d'appels pour des pathologies cardiovasculaires est en hausse.

La CASU-144 fonctionne à satisfaction et remplit aujourd'hui pleinement son rôle. Elle doit néanmoins adapter en permanence ses réponses à ces changements et intégrer l'évolution des moyens et l'apparition de nouveaux moyens tels que ceux décrits au chapitre 7.4. Une réflexion sur les critères d'engagement, les prérequis, l'interopérabilité et la formation des régulateurs est également importante pour les doter des compétences leur permettant de répondre au mieux aux besoins des appelants. La mise en place en 2016 d'une formation reconnue en 2019 par le SEFRI, avec un diplôme de régulateur (niveau école supérieure ES), dispensée au sein de l'école ES-ASUR, constitue une reconnaissance de cette profession.

7.5.2 Mission de la CASU-144

Dans l'organisation proposée, la mission de la CASU-144 est de recevoir les appels d'urgences et d'engager les moyens.

Les moyens engagés pour des interventions urgentes P1, P2 et transferts d'urgence absolue T1, sont essentiellement ceux du DisCUP22. S'agissant des interventions non urgentes P3, la CASU-144 devra mettre en place une procédure distincte, en concertation avec les partenaires concernés, pour répondre efficacement aux demandes tout en répartissant équitablement les engagements entre ces derniers.

Enfin, les partenaires hospitaliers pourront lui confier la mission de réguler les transferts inter-hospitaliers. Dans ce cas, les hôpitaux auront à négocier un mode de financement adéquat avec la FUS.

7.5.3 Perspectives d'avenir et interrogations

Durant les travaux qui ont conduit à la rédaction du présent rapport, différentes pistes d'améliorations ont été évoquées dont certaines qui peuvent être mises en œuvre rapidement et d'autres qui nécessitent une modification des bases légales telle que proposée dans ce rapport.

A court terme, la CASU-144 est en mesure d'intégrer le concept de Rapid responder, le recours à l'hélicoptère en 1^{er} échelon dans des régions éloignées et l'engagement de transports assis.

L'amélioration continue des processus et des outils de tri est indispensable pour suivre l'évolution des besoins des patients et optimiser le sous- et le sur-triage¹¹ des appels. Le développement et l'adaptation continue du système d'engagement constitue un des éléments clés du dispositif, sachant que la centrale d'alarme vaudoise fonctionne sur un système d'engagement propre basé sur des professionnels (ambulanciers, infirmiers) utilisant des mots-clés et des algorithmes décisionnels internes adaptés aux demandes des patients. De même, la question de la médicalisation de la centrale, à l'instar de ce qui a été fait dans d'autres cantons durant la crise du COVID-19, mérite d'être évaluée à l'avenir.

¹¹ Il y a sur-triage lorsque les ressources engagées par la centrale d'alarme excèdent les besoins constatés sur le lieu de l'intervention et sous-triage dans le cas inverse.

Toutes les images, vidéos et objets connectés posent un véritable défi aux centrales de régulation. Par exemple, personne ne sait réellement comment traiter les appels provenant des objets connectés qui envoient des signaux indépendamment de la volonté de leurs propriétaires. Les centrales souhaitent dans un futur proche pouvoir réceptionner et traiter des images ou des vidéos facilement, mais cela demande une révision en profondeur de leur organisation et des technologies disponibles. La localisation des smartphones en cas d'appel d'urgence doit également être abordée. Une localisation GPS automatique faciliterait grandement le travail des régulateurs mais elle se heurte aux questions de protection des données.

Cette nouvelle approche ne pourra se faire qu'à l'aide d'outils informatiques « intelligents » (intelligence artificielle). Dans l'intervalle, elle pourrait être appliquée en fonction de la perception de la situation par le régulateur.

Alors que la CASU-144 travaille aujourd'hui principalement avec la Rega, le recours à des critères de proximité pour la médicalisation hélicoptérée permettrait de faire appel à l'hélicoptère médicalisé le plus proche et provenant potentiellement d'une autre compagnie lorsqu'elle en a besoin, sous réserve d'un niveau de qualité, de disponibilité et de sécurité identique des ressources et de la géolocalisation de tous les hélicoptères.

Sur le plan politique, la CASU-144 vaudoise devrait être soutenue pour garantir la mutualisation de certaines ressources entre cantons et pérenniser la collaboration avec les autres centrales.

Enfin, dans les perspectives à long terme, l'introduction de systèmes utilisant l'intelligence artificielle pour faciliter l'analyse des appels pourra être envisagée. L'intelligence artificielle pourra également être sollicitée pour aider le régulateur à choisir l'ambulance à engager non seulement en fonction du lieu de la mission (ce qu'il fait déjà), mais également en anticipant la solution permettant de limiter les déplacements stratégiques subséquents.

7.6 Modèles de financement

7.6.1 Problématique

La particularité des services actifs dans le domaine des urgences est de devoir faire face à de grandes variations d'activité. Les prestataires doivent être disponibles 24 heures sur 24 et 365 jours par an alors que la demande fluctue de manière importante au cours de la journée. A cela s'ajoutent les aspects géographiques liés à une densité de population très hétérogène d'une région à l'autre ce qui a pour conséquence que les prestataires situés dans les zones urbaines sont fortement sollicités alors que ceux situés dans les régions périphériques ont beaucoup moins d'interventions pour un même laps de temps.

Dans ce contexte, des temps d'attente peuvent être très longs alors que des pics d'activité demandent ponctuellement l'engagement simultané de nombreux moyens, occasionnant parfois des carences transitoires.

Ces spécificités ont un impact majeur sur les coûts des prestations et donc sur leur financement. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, il s'agit de dimensionner le DisCUP22 de manière à ajuster la disponibilité des moyens au plus près des besoins en tenant compte du fait que la géographie du canton de Vaud implique le maintien de moyens peu sollicités dans certaines régions.

Les coûts générés par ces temps d'attente sont pour partie compris dans les tarifs

facturés aux bénéficiaires. Il en résulte que ces tarifs sont trop élevés lorsqu'ils sont facturés par un service d'ambulances qui limite son activité en journée et en zone urbaine par exemple. C'est aujourd'hui le cas pour les ambulances de certains services non intégrés dans le DisCUP qui placent leurs ambulances dans des horaires diurnes et dans des endroits stratégiques afin d'augmenter la probabilité d'engagement en fonction de la proximité.

Les situations des différents partenaires actuels du DisCUP sont donc très variées. Les services situés en zone urbaine peuvent couvrir une grande partie de leurs charges par la facturation des interventions alors que ceux situés dans les régions périphériques doivent être fortement subventionnés. Pour tenir compte de ces inégalités, les services ont été financés jusqu'à ce jour selon le principe de la couverture du déficit. Ce mode de financement manque d'équité car construit sur des bases historiques et ne responsabilise pas les prestataires dans la gestion de leurs structures.

7.6.2 Principes généraux de financement

L'enjeu est donc de définir de nouveaux modes de financement des différents prestataires qui soient équitables et qui incitent à une bonne gestion des ressources.

Il s'agit d'opter, dans la mesure du possible, pour un financement à la prestation basé sur des coûts normatifs. C'est-à-dire de définir dans un premier temps les différentes prestations livrées par les partenaires du DisCUP22, puis de fixer pour chaque prestation un « juste coût » calculé de manière normative, enfin d'octroyer les subventions aux prestataires non plus en fonction de leurs coûts mais en fonction des normes ainsi définies. Les éventuelles pertes doivent être assumées par les organisations concernées qui peuvent a contrario conserver les gains.

Cette approche présente l'avantage de responsabiliser les partenaires sur leur gestion. Les difficultés résident dans la définition des prestations nécessaires, des « justes coûts » et dans la mise en place d'un système d'information qui permette un monitoring suffisamment précis du système.

La facturation et l'encaissement des prestations des services d'ambulances réalisées dans le cadre du DisCUP22 sont confiés par la DGS à la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV). Cette dernière pourra ainsi optimiser ses processus pour l'ensemble du système et professionnaliser la gestion du contentieux.

7.6.3 Financement de la CASU-144

Dans le cadre du DisCUP22, la prestation de la CASU-144 consiste à répondre aux appels et à engager les moyens 24 heures sur 24 et 365 jours par an. La DGS octroie annuellement des moyens financiers à la FUS qui comprend la CASU-144. Ces moyens couvrent les coûts de l'infrastructure et du personnel nécessaire à son exploitation.

La subvention annuelle se compose :

- d'un montant fixe forfaitaire par unité de population desservie ;
- de plus, la DGS octroie à la FUS un montant annuel qui lui permet de financer des projets et des développements.

A noter que ce montant n'a pas pour vocation de couvrir d'éventuels déficits. Son utilisation est documentée et identifiée spécifiquement dans la comptabilité. D'autre part, le financement de la régulation des transferts non urgents devra faire l'objet d'une négociation avec les hôpitaux concernés.

7.6.4 Financement des prestations

Financement des ambulances du DisCUP22

S'agissant des ambulances réservées à l'urgence, la prestation consiste à mettre à disposition du DisCUP22, pour des interventions P1, P2 et transferts d'urgence absolue T1, un véhicule et un équipage, sur une plage horaire définie et durant une année. Les coûts de cette mise à disposition sont intégralement financés par la DGS et les recettes de facturation lui sont acquises.

La subvention annuelle se compose :

- d'un montant fixe forfaitaire qui couvre entièrement les frais de personnel, les frais générés par le véhicule, les locaux¹² et les frais d'administration ;
- et d'une partie variable composée de montants forfaitaires par intervention, par kilomètre parcouru et par déplacement stratégique.

La facturation et l'encaissement des interventions réalisées dans ce cadre (P1, P2 et T1) sont réalisés par la CEESV.

Financement des SMUR

A l'instar des ambulances réservées à l'urgence, la prestation du SMUR consiste à mettre à disposition du DisCUP22 un équipage composé d'un médecin expérimenté, d'un équipier (ambulancier ou infirmier spécialisé) et d'un véhicule, sur une plage horaire définie et durant une année. Etant donné que le personnel concerné est actif dans les structures hospitalières durant les phases d'attente, les coûts de cette mise à disposition sont partiellement financés par la DGS et les recettes de facturation sont acquises à l'hôpital. Le CHUV fait exception étant donné que les médecins SMUR et les équipiers mis à disposition par le service de protection et de sauvetage de la ville de Lausanne (SPSL) sont entièrement dédiés à cette activité.

Le modèle de financement actuel est reconduit moyennant une seniorisation progressive des forces médicales qui se traduit par une augmentation des subventions octroyées par la DGS.

Financement des REMU

Dans le cas du Renforcement médical urgent, l'Etat finance la formation et la disponibilité des médecins REMU et ces derniers facturent leurs prestations aux bénéficiaires selon les principes du TARMED pour l'activité médicale ambulatoire.

La DGS octroie aux médecins REMU :

- un forfait par jour de formation qui compense la perte de recette due à la fermeture du cabinet ainsi que le remboursement des frais de formation ;
- un forfait par jour de disponibilité qui comprend la contrainte du médecin et ses frais annexes.

Financement des Rapid responder

La prestation des Rapid responder consiste à mettre à disposition du DisCUP22, pour des interventions P1 et P2, un ambulancier expérimenté et un véhicule, sur une plage

¹² Les montants devant couvrir les frais de locaux devront être adaptés aux conditions locales des prix du mètre carré.

horaire définie et durant une année. Les coûts de cette mise à disposition sont intégralement financés par la DGS et les prestations des Rapid responder qui ne sont en principe pas facturables ne génèrent pas de recette.

La subvention annuelle se compose :

- d'un montant fixe forfaitaire qui couvre entièrement les frais de personnel, les frais générés par le véhicule, les locaux et les frais d'administration ;
- d'une part variable par kilomètre parcouru pour couvrir les frais d'utilisation du véhicule.

Financement des Premiers répondants

La DGS finance la formation, la disponibilité et les interventions des Premiers répondants. Leurs interventions qui ne sont pas facturées ne génèrent pas de recette.

La DGS octroie aux Premiers répondants :

- un montant forfaitaire par heure de formation imposée ;
- un montant forfaitaire par jour de disponibilité ;
- un montant forfaitaire par heure d'intervention qui comprend les frais de déplacement.

Financement des First responders

En tant que bénévoles, les First responders ne sont pas rémunérés et leurs interventions ne sont pas facturées.

La DGS octroie une subvention annuelle à la Fondation First Responders qui organise le recrutement des bénévoles.

Financement des transports non urgents

Les transports réalisés dans le cadre d'interventions non urgentes (P3) ne font pas partie du DisCUP22 et ne sont donc pas subventionnés. Ces déplacements en ambulance ou en transport assis sont par essence planifiés et/ou doivent en principe être réalisés dans l'heure qui suit la demande.

Les transports non urgents engagés par la CASU-144 sont facturés par les prestataires selon des tarifs qui doivent couvrir les coûts. La facturation et l'encaissement des prestations peuvent être délégués à la CEESV.

7.7 Tarifs des transports et des sauvetages

Les appels à la CASU-144 sont gratuits mais les frais de transports et de sauvetage sont facturés aux bénéficiaires (principe du tiers garant). Ces derniers peuvent être remboursés par l'assurance-maladie obligatoire, par les assurances complémentaires, accident, invalidité ou militaire selon la couverture d'assurance impliquée.

Les tarifs des interventions font l'objet de conventions entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ils varient énormément d'un canton à l'autre, autant dans la composition des prestations que dans les montants facturés. Les assureurs-maladie LAMal négocient les tarifs mais ne couvrent pas l'entier du montant négocié. Ils sont en réalité tenus de rembourser la moitié du tarif jusqu'à concurrence d'un maximum de CHF 5'000.- par an et par patient pour des interventions en urgence et CHF 500.- par an pour

les transports médicalement justifiés, mais non urgents.

Les tarifs appliqués actuellement dans le canton de Vaud dans le domaine de l'assurance-maladie sont le résultat de la négociation menée en 2008 entre santésuisse et les hôpitaux (FHV et CHUV). Ces tarifs n'ont pas évolué depuis; contrairement à d'autres cantons. Dans le domaine de l'assurance accident, les tarifs ont été négociés en 2005 entre la FHV et le Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM).

Les tarifs LAMal et de la LAA sont décrits dans l'Annexe III. A noter que les conventions ne fixent pas de tarifs pour les transports assis.

Dans le modèle de financement proposé, il existe deux grands groupes de prestations. D'une part, les interventions primaires urgentes P1, P2 et les transferts d'urgence absolue T1 qui sont facturées et encaissées par la CEESV et d'autre part les interventions non urgentes dont la facturation et l'encaissement sont laissés à la responsabilité des partenaires.

7.7.1 Tarifs des interventions urgentes

Dans le cas des interventions urgentes, une importante fraction des coûts du DisCUP22 sont générés par la disponibilité 24/24 et 7/7 des moyens. Si la totalité de ces coûts devait être mise à charge des patients, les factures des transports seraient déraisonnables. Il est donc admis que le prix facturé au patient d'une intervention couvre les coûts de l'intervention et une partie seulement des coûts de la disponibilité, le solde étant à charge de l'Etat. La décision de mettre une partie plus ou moins du coût de la disponibilité du système à charge des bénéficiaires est donc d'ordre politique.

D'autre part, selon le mode de financement proposé, les partenaires bénéficient d'un financement qui doit couvrir leurs coûts indépendamment du nombre d'interventions. Ces derniers n'assument donc ni le risque de variation d'activité ni le risque d'encaissement qui sont assumés par l'Etat.

Dans ces conditions, il paraîtrait logique que ce soit l'Etat qui fixe les tarifs ou tout au moins qui les négocie avec les assureurs. Or la LAMal impose que les tarifs soient négociés entre les prestataires et les assureurs-maladie. Il est donc proposé que les partenaires confient à la CEESV¹³ la responsabilité de renégocier les tarifs, partant du principe que cette dernière est sous le contrôle de la DGS et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

7.7.2 Tarifs des interventions non urgentes

Dans le cas des interventions non urgentes (transports primaires non urgents P3, transports assis et transports secondaires), les principes sont différents puisque ces transports ne sont pas subventionnés et que les prestataires assument l'intégralité des risques. Les tarifs doivent donc couvrir les coûts. Enfin, le Conseil d'Etat est appelé à ratifier, les tarifs des transports primaires qui sont partiellement remboursés par les assureurs-maladie LAMal.

Les transferts interhospitaliers étant à la charge des hôpitaux, ces derniers doivent négocier les tarifs avec les services d'ambulances et les compagnies d'hélicoptères.

¹³ Une telle délégation est par exemple observable en Valais où c'est l'Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS) qui a été chargé de négocier les tarifs pour les services d'ambulances.

Certains transferts sont effectués depuis les hôpitaux en direction des EMS ou des domiciles des patients et sont alors facturés aux patients. Dans ces cas, les tarifs appliqués ne doivent pas excéder le tarif en vigueur pour les P3.

7.8 Normes de qualité et formation des intervenants

7.8.1 Ambulanciers et techniciens ambulanciers

Ces dernières décennies, l'activité des secours et des soins préhospitaliers n'a cessé d'évoluer et de se professionnaliser à une vitesse fulgurante. Elle est passée d'une activité accessoire, au travail du policier ou du garagiste, puis à une activité à plein temps effectuée après une formation initiale de 5'400 heures pour les ambulanciers (niveau école supérieure ES) et 1'800 heures pour les techniciens ambulanciers. Ces formations sont réglementées au niveau national par le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à la formation (SEFRI).

Conformément au plan d'études cadre et aux règlements cantonaux, les ambulanciers diplômés assurent de manière autonome ou en coopération avec un médecin d'urgence et/ou avec d'autres professionnels autorisés, la prise en charge préhospitalière des patients en détresse, en situation de crise ou de risque. Ils assurent la conduite de l'intervention et agissent dans le domaine des premiers secours, du transport et des interfaces des différents maillons de la chaîne du sauvetage, afin de garantir la continuité des soins préhospitaliers. L'administration par les ambulanciers de médicaments ou l'instauration de mesures de soins avancées sont soumises à une validation médicale (soit directe, soit par délégation pour l'application de protocoles de soins médico-délégués).

Les techniciens ambulanciers peuvent prendre la fonction de « leaders » (et donc autonome et responsable) si le patient est stable. Ils fonctionnent comme « équipiers » lorsque le patient présente des critères d'instabilité. Les compétences des techniciens ambulanciers sont adéquates lorsqu'il s'agit de prendre en charge de manière autonome des interventions de type P3, S2 et S3. Ils sont également d'excellents équipiers pour les interventions de type P1, P2 et S1. A moyen terme, leur place dans le système préhospitalier n'est pas remise en question. Toutefois, la filière de formation de technicien ambulancier ayant été abandonnée en Romandie, ces professionnels deviendront de plus en plus rares au bénéfice d'un recrutement plus aisé d'ambulanciers diplômés dans un avenir proche.

La formation continue des ambulanciers et des techniciens ambulanciers fait l'objet de recommandations de l'IAS qui recommandent 40 heures de formation par année et par professionnel. Cette formation continue est réglementée au niveau cantonal.

Lors d'engagements dans le secteur préhospitalier, le niveau de formation des intervenants est primordial pour assurer la qualité de la prise en charge des patients. S'agissant des ambulances d'urgence, les recommandations de l'IAS préconisent des équipages composés de deux ambulanciers diplômés alors que les prescriptions cantonales actuelles autorisent des équipages composés d'un ambulancier diplômé et d'un technicien ambulancier. L'application des recommandations de l'IAS apporte des avantages mais également certains inconvénients. Au titre des avantages, une telle approche permettrait notamment de garantir une plus grande flexibilité dans le dispositif étant donné qu'un ambulancier peut remplacer n'importe quel collègue. On peut également postuler une amélioration des compétences et donc un bénéfice pour le patient lors de courses complexes (sévérité clinique ou prise de décision). Par contre, cela impliquerait des formations longues pour tous les intervenants et une augmentation des coûts salariaux

pour les organisations et pour l'Etat qui subventionne certaines d'entre-elles. Enfin, les difficultés actuelles de recrutement des ambulanciers diplômés empêchent d'envisager cette stratégie, du moins à court ou moyen terme.

Il est donc proposé de conserver pour l'instant les directives en vigueur dans le canton qui autorisent des équipages composés au minimum d'un ambulancier diplômé et d'un technicien ambulancier. Les recommandations de l'IAS doivent être visées à terme, ce d'autant plus que la formation des techniciens ambulanciers est aujourd'hui fragile.

Un autre sujet de discussion concerne l'étendue des actes autorisés des ambulanciers diplômés qui ont acquis certaines compétences durant leur formation. La pratique en vigueur dans le canton de Vaud est relativement restrictive alors que dans les cantons voisins les actes médico-délégués à ces derniers sont plus étendus ce qui rend la profession plus attractive. Une uniformisation au niveau national est par ailleurs soutenue par les associations d'ambulanciers. Dans l'intervalle, la pratique doit pouvoir s'adapter aux compétences actuelles des ambulanciers au travers d'une mise à jour des algorithmes ambulanciers.

7.8.2 Régulateurs sanitaires

L'évolution des missions et des compétences des régulateurs sanitaires actifs au sein de la CASU-144, ainsi que les attentes grandissantes de la population, tendent à favoriser l'augmentation de la spécificité de cette activité. La complexité du travail de régulation augmente avec l'évolution des outils techniques et des stratégies de régulation, ainsi que des standards de qualité, tant au quotidien que lors d'événements particuliers.

Le régulateur est le garant de la réception et de la gestion de tous les appels sanitaires urgents arrivant sur le numéro 144. Il est donc responsable de poser les bonnes questions, de donner les bons conseils et de transmettre les bonnes informations aux services de secours et au patient jusqu'à l'arrivée des secours. Son rôle de conseil s'est considérablement étendu ces dernières années avec le développement des procédures d'aide aux gestes de secours (telle que la réanimation cardiopulmonaire guidée par téléphone). Dès l'arrivée du premier moyen sanitaire professionnel sur le site, le régulateur garde un rôle de support, de conseil et d'aide pour les intervenants ou les partenaires. Ce rôle peut même parfois se prolonger bien au-delà de la fin de l'intervention. De facto, le régulateur a, dans une certaine mesure, une part de responsabilité durant toute l'intervention.

Historiquement, le métier de régulateur s'était imposé comme une voie de reconversion pour les ambulanciers. L'expérience montre cependant que cette vision ne répond que partiellement aux exigences actuelles, avec un métier qui doit plutôt être vu comme une spécialisation, nécessitant des connaissances médicales supplémentaires. La formation est ouverte aux professionnels de la santé. Le personnel issu du monde infirmier, voire d'infirmiers urgentistes disposant d'une expérience significative en préhospitalier, constitue notamment une filière alternative permettant d'élargir le champ de connaissances.

Aujourd'hui, les nouveaux régulateurs de la FUS acquièrent leurs connaissances par compagnonnage de leurs aînés selon un programme de formation interne structuré. Certains collaborateurs ont suivi la formation post diplôme ES EPD en régulation d'urgence reconnue par le SEFRI en 2019, formation qui cumule 1'040 heures. Le développement de la formation et du contrôle de qualité resteront à l'avenir des priorités pour la centrale.

Les régulateurs bénéficient actuellement d'une formation continue de 80h par année ce qui a été très largement apprécié et est activement reconnu par l'IAS dans leur rapport de

certification de la centrale 2019.

A terme, le développement des systèmes experts et l'arrivée de l'intelligence artificielle pourrait bouleverser le fonctionnement des centrales d'alarme avec des conséquences sur la formation des régulateurs dont le métier devra évoluer.

7.8.3 Médecins SMUR et REMU

Lors de la création des SMUR dans le canton de Vaud dans les années 90 (mise en œuvre du renforcement de la chaîne des urgences - 1998), le canton s'est doté de huit SMUR rattachés aux hôpitaux disposant d'un service d'urgence. Selon le cahier des charges de ces SMUR, les médecins devaient disposer d'une formation en médecine d'urgence (sans précision) et d'une expérience clinique d'au minimum deux ans. Dans les régions où la densité de population ne justifiait pas la mise en place d'une médicalisation dédiée, l'organisation cantonale reposait sur l'engagement de l'hélicoptère médicalisé ou de médecins généralistes formés à la prise en charge des urgences vitales (cf. REMU).

L'évolution du concept a été marquée par plusieurs éléments déterminants :

- l'instauration d'une convention collective de travail pour les médecins assistants et chefs de clinique ;
- le développement de services d'urgence autonomes professionnels dans la plupart des hôpitaux du canton ;
- la fermeture du SMUR de St-Loup en 2010 et la reprise de ses missions par les SMUR de Morges et d'Yverdon ;
- la fusion et la réduction des SMUR de la Riviera et du Chablais en une seule entité en 2019 ;
- une réduction progressive de la proportion des interventions préhospitalières impliquant l'engagement du SMUR, suite à la révision des critères d'engagement.

Le niveau de compétence des médecins engagés dans les SMUR reste variable avec cependant une augmentation progressive des compétences et de l'expérience au cours des dernières années. La situation actuelle reste toutefois dépendante de l'organisation au niveau suisse de la formation postgraduée des médecins assistants qui débute généralement leur carrière hospitalière dans des services de médecine interne ou de chirurgie des hôpitaux périphériques, avant de rejoindre, après deux à trois ans, un centre universitaire ou cantonal pour s'orienter vers une spécialisation. La mise en place, dans les différents hôpitaux du canton, de médecins superviseurs pour les SMUR et le développement de postes d'urgentistes polyvalents disposant de formations complémentaires en médecine d'urgence hospitalière et préhospitalière a permis d'augmenter le niveau de professionnalisation des intervenants et de maintenir des urgentistes sur des postes à long terme. Toutefois, ce processus doit se poursuivre ces prochaines années et être soutenu activement.

La formation de base spécifique à la médecine d'urgence préhospitalière (actuellement de 4 jours) et la formation continue des médecins engagés dans les SMUR devra à l'avenir être étendue afin de doter les médecins des compétences décisionnelles et techniques qui leur permettent d'intervenir encore plus efficacement. La plus-value des interventions sera ainsi améliorée en complément de l'action des ambulanciers. Moyennant un supplément de formation et selon les choix politiques, le médecin SMUR pourrait se voir confier des missions médicales de moindre urgence (décision de non transport, évaluation des patients en EMS ou à domicile, etc.).

Au plan national, la FMH et la Société Suisse de Médecine d'urgence (SSMUS) ont

récemment réaffirmé le concept de système de secours « dual » sur rendez-vous, impliquant un premier niveau ambulancier et une médicalisation selon les situations par des médecins de garde ou d'urgence. Le terme de « médicalisation » et de « médecins d'urgence » est donc à prendre ici au sens large, puisqu'il englobe à la fois des médecins disposant de l'attestation de formation complémentaire (AFC) en médecine d'urgence, des médecins de premier recours, et des médecins dédiés au secours préhospitalier en cours de formation. Ces différents acteurs doivent néanmoins tous disposer d'un niveau de formation adapté.

Les médecins REMU qui interviennent dans les régions périphériques sont généralement soutenus localement et sont bien reconnus par la population. Le nombre d'interventions par médecin REMU reste par contre très faible, ce qui limite le maintien de leur expertise en médecine d'urgence. L'évolution observée des dernières années est préoccupante. La réduction progressive du nombre de médecins généralistes présents dans les régions périphériques impacte négativement leur disponibilité à effectuer ces missions. Cette situation pose la question de la pérennité du système. Le maintien de l'activité des REMU est ainsi directement lié à la démographie médicale et aux décisions politiques visant à soutenir la médecine générale et l'activité de garde, en particulier dans les régions périphériques. Pour les médecins qui assurent cette activité, un renforcement de la formation initiale et continue est à prévoir.

7.8.4 Médecins-conseils des services d'ambulances

Chaque service d'ambulances du dispositif doit disposer d'un médecin-conseil au bénéfice d'une autorisation de pratique, d'une formation spécifique en médecine d'urgence, et poursuivant une activité clinique à hauteur de 50% au minimum. Son cahier des charges doit répondre aux exigences des conditions fixées par la directive spécifique de la DGS du 1er mai 2018 et sa nomination est ratifiée par cette dernière.

Le médecin-conseil porte la responsabilité médicale du service d'ambulances et est à ce titre garant de la composante médicale des prestations fournies par le personnel ambulancier. En collaboration avec le responsable d'exploitation du service, ses activités et responsabilités sont les suivantes :

- participer au processus d'engagement du personnel (avis sur les qualifications soignantes de la personne recrutée) ;
- autoriser de manière nominative la pratique des actes médicaux délégués et s'assurer de l'application de ces actes ;
- s'assurer que les intervenants disposent de la formation adéquate et, dans le cas contraire, mettre en place, avec le responsable d'exploitation, des moyens de remédiation. Il signale à la DGS tout problème lié à leur application ;
- exercer la surveillance de l'activité du personnel d'intervention (composante médicale de l'activité ambulancière, mise à jour des compétences et des techniques d'intervention liées à l'application des algorithmes, documentation des fiches d'interventions, respect des règles éthiques et légales) ;
- participer au monitoring, à l'amélioration de la qualité des soins et à l'élaboration du rapport qualité, en particulier par une analyse, par des mesures d'amélioration et par une documentation de l'application des actes médico-délégués ;
- être le répondant du service d'ambulances auprès de tiers (patients, hôpitaux, DGS, etc.) pour toutes les demandes d'ordre médical ;
- organiser, conjointement avec le responsable de la formation, une évaluation des compétences en matière de soins des collaborateurs et des collaboratrices afin d'améliorer la qualité des prestations fournies.

Les médecins-conseils sont globalement investis et impliqués dans les services d'ambulances. Leur taux d'activité est proportionnel à la taille et aux besoins du service, et en particulier au nombre de collaborateurs et/ou d'interventions. La reconnaissance professionnelle de cette fonction reste limitée et elle constitue dès lors une activité annexe, non reconnue en termes de plan de carrière et d'activité médicale, assurée principalement par des médecins urgentistes actifs dans les SMUR et/ou dans les services hospitaliers de soins aigus. Leur rémunération est définie contractuellement entre le service d'ambulances et le médecin-conseil.

Comme évoqué précédemment, une des fragilités du système réside dans la gouvernance des services d'ambulances. Les services d'ambulances dépendent ainsi le plus souvent de trois entités qui ne font pas partie de la même structure administrative. En effet, la DGS intervient dans le fonctionnement du DisCUP, l'employeur et le responsable d'exploitation pour les aspects de gestion des ressources humaines et le médecin conseil qui supervise pour les aspects de responsabilité médicale, de délégation des actes médicaux et partiellement de formation.

7.9 Evolution

Les évolutions technologiques apparues ces vingt dernières années ont bousculé les modèles d'organisation pourtant bien établis. Les cycles de changement deviennent de plus en plus courts et les organisations sont confrontées à des systèmes disruptifs en constante transformation. Afin que l'Organisation cantonale des soins préhospitaliers et du transport des patients puisse anticiper les nouveaux besoins et préparer les évolutions technologiques, le dispositif doit mettre en place une veille technologique, scientifique et épidémiologique. Il s'agit de mettre sur pied et d'entretenir un système d'information et d'indicateurs performant qui permettent un pilotage proactif. Il s'agit également de maintenir une organisation et des processus qui s'adaptent facilement aux nouvelles exigences. Aidée dans cette mission par la commission opérationnelle (COMSUP), la DGS et le service des urgences du CHUV devront disposer des outils nécessaires et s'assurer de l'existence de cette veille technologique. Dans le cadre de son rôle d'hôpital universitaire et de centre de référence en médecine d'urgence, le Service des urgences du CHUV est un partenaire privilégié pour la mise en place de projets de recherche portant sur des aspects épidémiologiques, cliniques, ou thérapeutiques. Le rôle du CHUV, et en particulier celui du Service des urgences, doit être réaffirmé et encouragé vis-à-vis de son positionnement universitaire d'expert du domaine de la recherche en médecine d'urgence, y compris sur les plans légal et réglementaire (valorisation des données cantonales).

7.10 Transports secondaires

Les transports secondaires, désignés par la lettre S dans la nomenclature de l'IAS, regroupent les transports interhospitaliers et les transports de patients de l'hôpital vers une autre destination comme un EMS ou un domicile.

Comme indiqué au chapitre 5, les missions secondaires, à l'exception des transferts d'urgence absolue, sont de la responsabilité des hôpitaux et ne font pas partie du DisCUP22. Néanmoins, l'Etat est appelé à en définir les normes de qualité afin de garantir la sécurité des transferts de patients.

Dans la pratique, ces transports secondaires non urgents sont organisés par les

soignants afin que soient pris en compte les impératifs hospitaliers. Or, les connaissances du personnel soignant et les outils à disposition pour les organiser sont aujourd'hui insuffisamment adaptés. Il s'agit donc de définir une classification unique qui caractérise tous les transferts et qui soit appliquée dans tous les établissements.

Il ressort des travaux des experts que la classification de l'IAS en trois catégories S1, S2 et S3 est incomplète et mérite d'être précisée. Ils proposent d'appliquer dans le canton une nouvelle nomenclature dénommée COST (pour Classification pour l'Organisation Sécurisée des Transferts de patients) composée de 6 niveaux, soit :

- Urgence absolue (T1)
- Urgence intensive (T2)
- Transfert à risque (T3)
- Transfert couché sans risque (T4)
- Transfert assis sans risque et nécessitant un accompagnement dédié (T5)
- Transfert assis sans risque et sans accompagnement dédié (T6)

Chaque niveau est précisément défini en termes de description du patient, de composition de l'équipage, de signalisation prioritaire ou non et de moyens à engager.

Afin de pouvoir effectuer des comparaisons, la classification COST est cohérente avec celle de l'IAS selon les correspondances suivantes :

IAS	COST
S1	T1
S1	T2
S2	T3
S3	T4
Hors classification	T5
Hors classification	T6

Pour que cette nomenclature soit appliquée systématiquement, il s'agit de mettre à disposition des soignants un outil d'aide à la décision qui, sur la base d'une saisie de données structurées et au travers d'un algorithme développé pour l'occasion, propose la catégorie de transfert la plus élevée le soignant étant alors libre de valider la proposition ou de choisir une catégorie inférieure en fonction de son expérience.

8 Conséquences financières

Des travaux préliminaires ont été réalisés afin d'évaluer les conséquences financières pour l'Etat des mesures proposées, sachant que les subventions cantonales soutiennent les activités de la CASU-144 et les ressources engagées dans le DisCUP22, soit les interventions urgentes. Les interventions primaires non urgentes et les transferts non urgents sont quant à eux financés par les recettes de facturation.

L'évaluation de l'impact financier se concentre sur les ambulances, les SMUR ainsi que sur la Centrale de facturation et d'encaissement (CEESV) car les montants octroyés aux

autres partenaires subventionnés (CASU-144, REMU, Premiers répondants, First responders et école ES ASUR¹⁴) varient peu dans le nouveau modèle.

Ambulances

Les premières estimations des montants forfaitaires octroyés aux services pour la mise à dispositions des moyens sont estimées comme suit :

Montants annuels forfaitaires et CHF	Horaire 24 heures	Horaire 12 heures de jour	Horaire 12 heures de nuit
Par ambulance	1'626'000.-	773'000.-	879'000.-

Ces estimations, qui devront être affinées par la suite, prennent en compte une adaptation des salaires à l'échelle des salaires de la CCT HRC. A ces montants forfaitaires s'ajoutent des frais variables qui couvrent le matériel d'exploitation et l'utilisation du véhicule ainsi que des montants permettant de valoriser les déplacements stratégiques et la rédaction des rapports de police pour justifier les infractions au code de la route lors de déplacements urgents.

Les recettes sont calculées sur la base des tarifs appliqués à ce jour.

SMUR

La volonté de « senioriser » les SMUR¹⁵ et l'adaptation des salaires des équipiers à la grille salariale de la CCT HRC se traduisent par une augmentation de la rémunération des médecins et des équipiers. Les conséquences financières de ces augmentations ont été estimées à environ CHF 400'000.- pour les SMUR du canton (sachant que la fermeture du SMUR de Vevey s'est traduite par une économie de CHF 300'000.-).

Centrale d'encaissement

La Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV) sera chargée de la facturation et de l'encaissement des prestations des ambulances. Elle devra pour cela mettre à disposition des places de travail, engager du personnel, acquérir et maintenir une application informatique spécifique. Il est difficile à ce stade du dossier d'estimer précisément les coûts de fonctionnement qui en découleront, aussi un montant de CHF 500'000.- a été réservé à cet effet. Ce montant ne représente pas un surcoût dans la mesure où la centralisation de ces activités à la CEESV permettra de réaliser des économies dans l'administration des services d'ambulances.

Synthèse

Des premières estimations financières montrent que la logique d'organisation et de financement du DisCUP22 (ambulances réservées aux interventions et transferts urgents) peut être mise en œuvre à coûts constants pour l'Etat sans péjoration de la qualité ni de la sécurité de la couverture sanitaire. En effet, les subventions actuellement octroyées aux services d'ambulances du DisCUP additionnées de la totalité des encaissements des interventions P1, P2 et T1 avoisinent un total de près de CHF 36.5 mios. Ce montant permettrait de financer un DisCUP22 disposant de 26 ambulances de jour et 19 de nuit

¹⁴ Dès 2021, la subvention pour la formation sera octroyée via les services d'ambulances.

¹⁵ La « seniorisation » des SMUR entend améliorer le niveau de formation des médecins et par conséquent le nombre d'années d'expériences sur la base des propositions du Collège des urgentistes vaudois.

selon le modèle de financement décrit plus haut. A titre de comparaison, le système actuel est composé de 29 ambulances de jour (23 intégrées au DisCUP et 6 ambulances privées) et de 19 ambulances de nuit (18 intégrées au DisCUP et 1 ambulance privée) sachant que ces moyens sont fréquemment indisponibles pour les interventions d'urgence.

Cela dit, l'application du modèle théorique proposé par MicroGIS et développé au chapitre 7 (30 ambulances de jour, 19 ambulances de nuit pour un total de 30'500 interventions) qui permettrait de réduire à 7.8% le nombre d'interventions situées à plus de 15 minutes coûterait CHF 2.67 mios supplémentaires. Dans tous les cas, le projet ne doit entraîner aucune diminution des ressources en ambulances.

S'agissant des conditions de rémunération, une augmentation générale des salaires devrait être à terme financée au travers d'une renégociation des tarifs des interventions (ambulances et SMUR); ces derniers n'ayant pas été modifiés depuis 2005 (LAA), respectivement 2008 (LAMal).

9 Modifications légales

La mise en œuvre des mesures proposées nécessite une modification de la LSP et une refonte du Règlement du 9 mai 2018 sur les urgences préhospitalières et le transport des patients (RUPH).

Il s'agit de supprimer les articles de la LSP qui concernent la CMSU et de donner une légitimité à la Commission stratégique pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CSMSUP) ainsi qu'à la Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (COMSUP).

L'article 183 LSP sur les Urgences préhospitalières qui décrit l'existence du DisCUP actuel doit être entièrement modifié pour, d'une part, spécifier l'organisation des soins préhospitaliers et du transport des patients et, d'autre part, définir le périmètre et fixer les principes de fonctionnement du DisCUP22.

10 Conclusion

Les soins préhospitaliers et le transport des patients occupent une position stratégique dans l'organisation sanitaire cantonale. Le dispositif vaudois s'est construit au fil du temps et répond aux besoins actuels de la population. Néanmoins, il devient d'année en année plus fragile et doit évoluer pour faire face aux défis qui l'attendent dans un monde en constant changement. La CMSU a mené une réflexion de fond pour proposer une organisation mieux adaptée aux contraintes actuelles.

Pour la Commission, les missions de l'Etat sont de garantir la réponse aux interventions d'urgence, de s'assurer de la qualité des interventions non urgentes et de créer des conditions-cadre pour que les partenaires exercent leur activité de manière performante.

La mise en œuvre des propositions demande une modification des pratiques et des habitudes des partenaires qu'il s'agit d'accompagner dans la durée. L'abandon du système de couverture de déficit, par exemple, libère les compagnies d'ambulances d'un certain carcan étatique, mais les responsabilise sur leur équilibre économique. Une phase de transition suffisamment longue, avec des étapes, des phases d'évaluations et des

corrections doit donc être prévue.

Le rapport a été accepté à l'unanimité par la CMSU le 19 novembre 2020.

Pour la CMSU, Lausanne, le

La présidente :



Mme Sandrine Dénéreaz

Le vice-président :



Prof. Pierre-Nicolas Carron

11 Annexes

11.1 Annexe I Commission pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CMSU)

Par arrêté du 6 décembre 2017 du Conseil d'Etat, les membres de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence pour la législature 2017-2022 sont :

- M. Christophe Studer, représentant de l'Association Cantonale Vaudoise des Ambulanciers (ACVA) ;
- Le Professeur Pierre-Nicolas Carron, médecin chef du Service des urgences, représentant le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ;
- M. Pascal Grange, représentant l'Association des Responsables d'Exploitation des Services d'Ambulances (ARESA) ;
- M. Vincent Fuchs, représentant la Fondation Urgences Santé (FUS) ;
- Mme Sandrine Dénéreaz, représentant l'Ecole Supérieure d'Ambulancier et Soins d'Urgence Romande (ES ASUR) ;
- Le Dr. Yvan Fournier, représentant le Collège des Urgentistes Vaudois (CUV) ;
- La Dresse Joëlle Hausser, représentant la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) ;
- Le Dr. Claude Danzeisen, représentant le Service de la santé publique (SSP) – Office du Médecin cantonal (OMC) ;
- M. Pierre Hirt, représentant le Service de la santé publique (SSP).

Le bureau de la CMSU est constitué de :

- M. Olivier Linder, Directeur, DGS, direction hôpitaux et préhospitalier
- Mme Sandrine Dénéreaz, représentant l'Ecole Supérieure d'Ambulancier et Soins d'Urgence Romande (ES ASUR) ;
- Le Professeur Pierre-Nicolas Carron, médecin chef du Service des urgences, représentant le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ;

11.2 Annexe II Situation dans les autres cantons

Canton de Genève

Dans le domaine préhospitalier, le Canton de Genève s'est donné une Loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents (LTSU) qui définit le périmètre concerné, spécifie les acteurs impliqués et institue la centrale d'alarme. La LTSU définit les institutions reconnues pour effectuer les transports urgents sachant que l'organisation des transports ambulanciers sur le territoire de l'aéroport est de la responsabilité de l'aéroport. La LTSU institue une Commission consultative qui veille au bon fonctionnement de la centrale d'alarme et des transports urgents.

Le Conseil d'Etat est chargé de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif, de fixer les tarifs des transports en ambulance et des SMUR. Dans son Règlement d'application de la LTSU, l'exécutif cantonal place l'aide sanitaire urgente sous l'autorité du médecin cantonal, précise les modalités d'action de la centrale d'alarme et spécifie la composition de la Commission consultative. L'aide sanitaire urgente genevoise est composée de la centrale téléphonique, de la brigade sanitaire de l'Etat hébergée par les HUG, du service incendie et secours de la ville de Genève et des entreprises privées d'ambulances. Les HUG se chargent des interventions SMUR ainsi que des missions hélicoptérées.

Du fait de l'exiguïté et du caractère urbain du territoire, les entreprises privées d'ambulances peuvent vivre économiquement des tarifs des transports urgents et ne sont donc pas subventionnées. Le canton finance l'activité de la centrale d'alarme 144 et les services intervenants ambulanciers et médicaux appliquent des tarifs fixés par le Conseil d'Etat.

Canton du Valais

Le dispositif sanitaire préhospitalier valaisan dépend d'une loi spécifique : la Loi du 23.03.1996 révisée en 2016 sur l'organisation des secours sanitaires (LOSS). Cette loi confie la responsabilité au Conseil d'Etat de définir les modalités de planification des secours, tâche dont il s'est acquitté au travers de l'Ordonnance sur l'organisation des secours sanitaires.

L'Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS), établissement de droit public qui héberge la centrale d'alarme 144, est chargée d'assurer le bon déroulement des interventions de secours. Sur la base de la planification des secours arrêtée par le Conseil d'Etat, l'OCVS procède à un appel d'offres et sélectionne les intervenants susceptibles de fournir les prestations requises qu'il pilote sur la base de mandats de prestations. L'organisation sanitaire préhospitalière valaisanne s'appuie principalement sur quatre dispositifs : un dispositif ambulances, un dispositif hélicoptéré, un dispositif SMUR et un dispositif SMUP (service médical urgent de proximité) correspondant peu ou prou au REMU vaudois. A cela s'ajoute un dispositif de secours régionaux qui regroupe tous les autres types d'intervenants miliciens (plongeurs, spéléologues, sauveteurs spécialisés, First responders et conducteurs de chiens) et un dispositif care team en matière de psychologie d'urgence.

Le canton et les communes participent (70% respectivement 30%) au financement des services d'ambulances sur des bases de dépenses normatives. L'OCVS et la centrale d'alarme 144 sont financées par le canton et les communes (70 % - 30). A noter que le Conseil d'Etat a décidé, à l'instar de son homologue vaudois, de regrouper les centrales d'engagements sanitaires et de police sous un même toit.

Canton de Fribourg

La loi sur la santé fribourgeoise donne la compétence au Grand Conseil d'établir la planification sanitaire cantonale qui comprend le secteur préhospitalier. Pour cela, elle institue une commission de planification sanitaire qui participe à l'élaboration de cette planification en conseillant le Conseil d'Etat (à ce jour, aucune planification du domaine préhospitalier n'a été établie). La loi confie aux communes la responsabilité d'assurer l'organisation et l'exploitation des services d'ambulances.

Le Conseil d'Etat a arrêté le Règlement sur les services d'ambulances et les transports de patients et patientes qui a pour but d'assurer la qualité, la rapidité, l'efficacité et la coordination des secours. Le règlement, qui devrait être prochainement révisé, régule les interventions primaires et secondaires, urgentes ou programmées. Une Commission cantonale pour les mesures sanitaires d'urgence, organe consultatif de la Direction de la santé est instituée. Le règlement précise qu'en cas de catastrophe ou d'urgence majeure, tous les moyens peuvent être réquisitionnés.

Le canton de Fribourg bénéficie d'une centrale d'alarme 144 dont l'exploitation a été confiée par le Conseil d'Etat à l'Hôpital fribourgeois et qui fonctionne sur mandat pour le canton du Jura. La centrale d'alarme a pour mission de réguler les appels d'urgence, les transports et le SMUR. L'organisation préhospitalière fribourgeoise est construite principalement sur les services d'ambulances régionaux, un SMUR cantonal stationné à l'Hôpital fribourgeois et le SMUR du HIB qui intervient dans toute la Broye. Des First responders miliciens complètent le dispositif.

Le canton finance la centrale d'alarme 144 et le SMUR cantonal alors que les services d'ambulances sont financés par les communes. Une partie des communes de la Broye fribourgeoise contribuent aux coûts du SMUR du HIB pour les interventions au bénéfice de leurs résidents.

Canton de Neuchâtel

La Loi de santé neuchâteloise (LSne) donne la compétence au Conseil d'Etat d'exercer la haute surveillance sur l'organisation et la coordination de la prise en charge des soins préhospitaliers. La LSne charge le Service cantonal de la santé publique d'exécuter cette tâche, tout en définissant la répartition des responsabilités entre le canton et les communes.

Dans son Règlement sur les soins préhospitaliers et les transports des patients, le Conseil d'Etat fixe les principes d'engagement des services d'ambulances et des SMUR, ainsi que des critères de qualité. La gouvernance du système s'exerce à deux niveaux : une direction politique (DIRUP) responsable de fixer les moyens nécessaires pour assurer les prestations et une commission opérationnelle (COMUP) responsable d'exécuter les options organisationnelles et financières prises par la DIRUP, tout en veillant au bon fonctionnement du dispositif préhospitalier.

La mise à disposition des services d'ambulances est une responsabilité communale. À l'heure actuelle, les communes ont décidé de d'assurer la couverture de la population avec trois services communaux et un service privé. La mise à disposition de la centrale d'alarme 144 est une responsabilité cantonale et le Conseil d'Etat a décidé de confier cette mission à la Fondation Urgences Santé vaudoise. Le Réseau hospitalier neuchâtelois, sur mandat du Conseil d'Etat, fournit un service SMUR pour couvrir toute la population. Ainsi, les ambulances sont financées par les communes et la centrale d'alarme 144 et le SMUR par le canton.

11.3 Annexe III Tarifs des transports de patients en vigueur en 2020

Tarifs de l'assurance obligatoire des soins

Annexe à la Convention du 24 mai 2005 relative aux frais de transport et de sauvetage par voie terrestre ainsi qu'au renforcement médical des services d'ambulances.

Tarifs applicables au 1^{er} janvier 2008 selon la Convention (et ses annexes) conclue entre santésuisse, la FHV et le CHUV et approuvée par le Conseil d'Etat le 27 août 2008

1. Transport en ambulance

A **Priorité 1: interventions d'urgence avec suspicion de perturbation des fonctions vitales en ambulance de sauvetage**

Taxe de base pour 1 h de service (y compris matériel, nettoyage et désinfection, amortissement et maintenance du véhicule, etc.) Fr. 725.-

Durée d'intervention supplémentaire (par ¼ h entamé) Fr. 46.-

B **Priorité 2: autres interventions d'urgence par ambulance d'intervention**

Taxe de base pour 1 h de service¹⁶ (y compris matériel, nettoyage et désinfection, amortissement et maintenance du véhicule, etc.) Fr. 725.-

Durée d'intervention supplémentaire (par ¼ h entamé) Fr. 46.-

C **Priorité 3: intervention programmée autorisant un délai**

Taxe de base pour 1 h de service (y compris matériel, nettoyage et désinfection, amortissement et maintenance du véhicule, etc.) Fr. 412.-

D **Tarifs par kilomètre supplémentaire à partir de 30 km roulés**

31 à 60 km	Fr. 4.80/km
51 à 100 km	Fr. 3.80/km
101 à 150 km	Fr. 2.80/km
151 à 200 km	Fr. 2.00/km

Les kilomètres considérés sont les kilomètres roulés de la base à la base

Le supplément par kilomètre n'est pas facturable lorsqu'un ou plusieurs ¼ h supplémentaires sont facturés

2. Intervention des Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

Taxe forfaitaire pour véhicule	Fr. 275.-
Forfait pour médecin d'urgence (art. 25, al. 2, let 1. LAMal)	Fr. 250.-

¹⁶ Cette taxe de base est ramenée à 412.- lorsque l'ambulance, après intervention, ne transporte par le patient au retour (prise en charge par hélicoptère, double intervention, patient décédé, etc.).

11.4 Annexe IV Liste des membres des groupes de travail

Noms	Prénoms	Institution
ALBISETTI	Patricia	Directrice Secrétariat général FHV
BAUER	Joël	Ambulancier CSU-MA
BERTHOZ	Vincent	Chef de service CASU-144 FUS
BOITO	David	Infirmier-chef de service, Adjoint Direction des soins HRC
BRIGUET	Alexandre	Responsable opérationnel, Adjoint Centrale 144 OCVS
CARRON	Pierre-Nicolas	Médecin-chef Service des urgences CHUV
CHARPILLOZ	Jordan	Ambulancier Service Ambulances Val-de-Travers
CHERIF	Rafic	Responsable financier eHnv
CHRISTE	Raoul	Resp. Domaine Qualité et Professionnels de la santé DGS
CLERC	Gérard	Remplaçant du Commandant et du Chef de service SPSL
CLOUET	Jean-Gabriel	Chef DPMA, Responsable ACS, SPSL
COTTET	Phillippe	Chef de clinique Département médecine aigüe HUG
DANZEISEN	Claude	Médecin responsable ORCA sanitaire OMC DGS
DAMI	Fabrice	Médecin répondant CASU-144 FUS
DENEREAZ	Sandrine	Directrice adjointe ES ASUR
FONJALLAZ	Myrlam	Economiste de la santé Secrétariat général FHV
FOURNIER	Yvan	Médecin-chef Service des urgences HIB
FOURNIER	Samuel	Enseignant ES ASUR
FUCHS	Vincent	Chef de service CASU-144 FUS
HANHART	Walter	Médecin-chef Service des urgences HNE
HAUSSER	Joëlle	Médecin-chef co-responsable Service des urgences GHOL
IMBODEN	Serge	Chef de projet Réforme DisCUP, HES-SO Valais
JAQUET	Renaud	Ambulancier CSU-CAVD
JAQUIER	Christophe	Ambulancier CSU-MA, Vice-président ACVA
JEANNERET	Jean-Paul	Adjoint à la Direction générale DGS
KOTTMANN	Alexandre	Médecin-chef de clinique Service des urgences CHUV
LINDER	Olivier	Directeur Direction hôpitaux et préhospitalier DGS
MAIANDI	Marc	Infirmier, Responsable SMUR EHC
MAILLARDET	Thierry	Ambulancier, Adjoint au chef de service Ambulances Roland
MASTROIANNI	Léa	Economiste Direction finances et affaires juridiques DGS
METTLER	Phillippe	Directeur STAR Ambulances
MEYLAN	Nicolas	Infirmier-chef Coordination des transferts de patients CHUV
MICHEL	Phillippe	Directeur CSU-nvb
MONTANI	Isabelle	Resp. de missions administratives ou stratégiques OMC DGS
NIDEGGER	Phillippe	Ambulancier ASR Ambulance Riviera
OMBELLI	Julien	Médecin-chef Service des urgences eHnv
ORSELLI	Vincent	Directeur USR Ambulances
PASQUIER	Mathieu	Médecin Adjoint Service des urgences CHUV
PEDUZZI	Fabio	Chargé de missions Direction santé communautaire DGS
PELCHAT	Pierre-Olivier	Centraliste CASU-144 FUS
PITTET	Valérie	Responsable de secteur de recherche Unisanté
RANDIN	Jean-Pierre	Médecin, ancien médecin REMU

RICHLI	Sandrine	Ambulancière Rettungsdienst Spital STS
ROBADÉY	Philippe	Responsable d'exploitation SPSL
ROTZETTER	Murielle	Co-Directrice des soins HIB
SCHERZ	Sylvain	Commandant et Chef de service SPSL
SCHMIDT	Didier	Ambulancier, Adjoint au responsable d'exploitation SPSL
SIMON	Nicolas	Ambulancier Clerc Monthey
SPICHIGER	Thierry	Ambulancier ASR Ambulance Riviera
STAUBLE	Isadora	Juriste Direction finances et affaires juridiques DGS
SUPPAN	Laurent	Médecin Adjoint, Responsable Brigade sanitaire cantonale HUG
THEURILLAT	Marie-Pascale	Chargée de missions Direction hôpitaux et préhospitalier DGS
VALLOTTON	Thierry	Chargé de missions Direction hôpitaux et préhospitalier DGS
WILLENER	Andy	Chef de service Ambulances Val-de-Travers, Président COMUP
WYMANN	Nicolas	Ambulancier SAT Ambulances

PROJET DE LOI modifiant celle du 29 mai 1985 sur la santé publique du 15 décembre 2021

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décète

Article Premier

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

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

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

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

- a.** du Conseil de santé ;
- b.** de la Commission cantonale de politique sanitaire ;
- c.** des réseaux de soins reconnus d'intérêt public ;

Art. 4 Sans changement

¹ Sans changement.

² Sans changement.

- a.** Sans changement.
- b.** Sans changement.
- c.** Sans changement.

- | | |
|---|---|
| d. des préfets ; | d. Sans changement. |
| e. des médecins-délégués ; | e. Sans changement. |
| f. des médecins-vétérinaires-délégués ; | f. Sans changement. |
| g. des municipalités et des commissions de salubrité ; | g. Sans changement. |
| h. des institutions d'intérêt public, des associations professionnelles, des groupements d'établissements sanitaires ; | h. Sans changement. |
| i. des commissions permanentes en matière de santé publique nommées par le Conseil d'Etat ; | i. Sans changement. |
| j. de la Commission d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs (ci-après : la Commission d'examen des plaintes) ainsi que du Bureau cantonal de la médiation santé-handicap (ci-après : le Bureau de la médiation) ; | j. Sans changement. |
| k. de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) ; | k. Abrogé. |
| l. de la Commission des maladies transmissibles ; | l. Sans changement. |
| m. de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA). | m. Sans changement. |
| | n. de la Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CCMSUP). |

Art. 13e Commission pour les mesures sanitaires d'urgence

Art. 13e Abrogé

¹ Il est constitué une Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU).

¹ Abrogé.

Art. 13f Composition et organisation

¹ La CMSU comprend des représentants des services hospitaliers et préhospitaliers d'urgences, des associations intéressées et des services de l'administration concernés.

² Les membres de la CMSU sont désignés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable.

³ Pour le surplus, la CMSU s'organise elle-même. Elle peut confier certaines tâches à des experts.

Art. 13g Rôle

¹ La Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) est une commission consultative et de préavis dans les domaines suivants :

- a.** évaluation des besoins en matière de prise en charge des urgences préhospitalières ;
- b.** coordination de l'activité des services de prise en charge des urgences préhospitalières ;
- c.** aménagement et développement du dispositif de prise en charge des urgences préhospitalières ;
- d.** ...
- e.** fixation des niveaux de formation des intervenants préhospitaliers ;
- f.** ...
- g.** collaboration intercantonale et transfrontalière.

Art. 13f Abrogé

¹ Abrogé.

² Abrogé.

³ Abrogé.

Art. 13g Abrogé

¹ Abrogé.

a. Abrogé.

b. Abrogé.

c. Abrogé.

d. Sans changement.

e. Abrogé.

f. Sans changement.

g. Abrogé.

² Elle rend compte au département.

Art. 13h Financement

¹ Le financement de la CMSU est assuré par l'Etat.

² Abrogé.

Art. 13h Abrogé

¹ Abrogé.

Art. 13i Commission stratégique pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières

¹ Il est constitué une Commission consultative pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CCMSUP).

² Elle comprend des représentants des partenaires concernés, nommés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature, sur proposition des partenaires. La commission est présidée par le chef de département.

³ Cette commission est une instance de préavis pour le Conseil d'Etat et le département en matière de soins préhospitaliers et de transport médicalement indiqué des patients.

⁴ Le Conseil d'Etat règle son financement. Pour le surplus, la commission s'organise elle-même.

Art. 183 Urgences préhospitalières

¹ On entend par urgences préhospitalières les urgences somatiques, psychiatriques et sociales.

² Le Conseil d'Etat régleme l'organisation et l'exploitation des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières. Ces dernières sont gérées par une Centrale d'appels sanitaires urgents.

Art. 183 Abrogé

¹ Abrogé.

² Abrogé.

³ Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de fonctionnement sont fixées dans un règlement. L'Etat participe à son financement.

³ Abrogé.

Art. 183b Soins préhospitaliers et transport des patients

¹ La prise en charge préhospitalière et le transport médicalement indiqué des patients comprennent des interventions urgentes ou non urgentes, pour des situations somatiques, psychiatriques et sociales.

² Une Centrale d'appels sanitaires urgents (ci-après : centrale), désignée par le département et financée par l'Etat, gère les interventions prioritaires urgentes et non urgentes. Les institutions concernées peuvent également la mandater pour gérer les transferts et, le cas échéant, en assument le financement.

³ Le département s'assure que tous les patients qui nécessitent des soins préhospitaliers, ou un transport médicalement indiqué, y aient accès.

⁴ Il réglemente les exigences de qualité des interventions, dont la composition des équipages.

⁵ Il précise les données et les indicateurs que les intervenants doivent livrer gratuitement à des fins de pilotage et d'évaluation de la qualité. Il désigne l'organisation chargée de les collecter et définit les modalités de mise à disposition et d'accessibilité des données et des indicateurs.

⁶ Le tarif appliqué à un patient pour un transport médicalement indiqué depuis l'hôpital vers un établissement médico-social ou son domicile ne peut dépasser le tarif applicable à une intervention non urgente au sens de l'article 26 OPAS.

Art. 183c Dispositif cantonal des urgences préhospitalières

¹ On entend par dispositif cantonal des urgences préhospitalières (DisCUP ; ci-après : dispositif) l'organisation cantonale qui gère et assure les interventions urgentes.

² Le département détermine le périmètre des interventions comprises dans le dispositif, son organisation et son financement.

³ En principe, seuls les moyens intégrés dans le dispositif peuvent être engagés par la centrale pour des interventions urgentes. La centrale peut toutefois à titre exceptionnel engager d'autres moyens lorsqu'aucune ressource ne peut se rendre sur site dans un délai raisonnable.

Art. 2

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