

**Rapport du Conseil d'Etat sur la
politique sanitaire
2008 - 2012**

et

**Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat
Martinet intitulé « Davantage d'actions de
prévention pour davantage d'années de
vie en bonne santé »**

Table des matières

Résumé	4
Introduction	7
Première partie : législature 2002-2007	8
I.1 Evolution de la politique sanitaire	8
I.1.1 Organisation et financement des hôpitaux	8
I.1.2 Prise en charge médico-sociale et coordination des soins.....	9
I.1.3 Promotion de la santé physique et psychique	11
I.1.4 Qualité, accessibilité des soins et information de la population	13
I.1.5 Formation et conditions de travail.....	14
I.1.6 Libre pratique et offre ambulatoire.....	15
I.2 Activité des institutions subventionnées	16
I.2.1 Evolution de la population.....	16
I.2.2 Hospitalisation.....	16
I.2.3 Hébergement	18
I.2.4 Aide et soins à domicile	19
I.2.5 Urgences préhospitalières	20
I.2.6 Institutions de prévention	21
I.2.7 Dépenses des services de soins subventionnés	24
Deuxième partie : les changements à prendre en compte	26
II.1 Evolution démographique et tableau épidémiologique.....	26
II.2 Evolution des technologies.....	29
II.3 Evolution des risques sanitaires	30
II.3.1 Les maladies transmissibles	30
II.3.2 Autres risques dominants	30
II.4 Démographie des professions de la santé.....	31
II.4.1 Professions médicales	31
II.4.2 Personnels paramédicaux	31
II.5 Evolution du cadre fédéral.....	33
Conclusion	35
Troisième partie : intentions du Conseil d'Etat 2008-2012	36
Orientations politiques.....	36
III.1 Adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en œuvre une politique gériatrique.....	38
III.1.1 Capacités de prises en charge modernisées et accrues.....	38
III.1.2 Consolidation des dispositifs de coopération et de coordination.....	39
III.1.3 Développement d'une politique gériatrique	41
III.2 Assurer une offre suffisante en personnels de santé.....	43
III.2.1 Lutte contre la pénurie de personnels paramédicaux.....	43

III.2.2 Renforcement de la médecine de premier recours et soutien à la garde médicale	44
III.2.3 Soutien à la relève médicale en milieu hospitalier.....	45
III.3 Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires.....	46
III.3.1 Alimentation équilibrée et activité physique.....	46
III.3.2 Dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique).....	47
III.3.3 Autres programmes de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes.....	47
III.3.4 Santé sexuelle et reproductive ainsi qu'éducation sexuelle	48
III.3.5 Autonomie des personnes âgées	48
III.3.6 Cancer du sein et autres formes de cancers.....	49
III.3.7 Maladies transmissibles (VIH/SIDA, pandémies, ...)	49
III.3.8 Santé mentale.....	50
III.4 Poursuivre la réorganisation hospitalière.....	51
III.4.1 Hôpital unique Riviera-Chablais	51
III.4.2 Filière cantonale de neuroréhabilitation.....	52
III.4.3 Autres investissements hospitaliers.....	53
III.4.4 Missions des hôpitaux.....	53
III.5 Renforcer le pilotage du système	54
III.5.1 Consolidation du dispositif législatif	54
III.5.2 Stratégies en faveur de la qualité	55
III.5.3 Système d'information.....	56
III.5.4 Collaborations avec les autres cantons	57
Conclusion	57
Rapport sur le postulat Martinet	58
1. Rappel du postulat	58
2. Rapport du Conseil d'Etat	59
Table des abréviations	61

Résumé

Le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 est un document qui permet de faire le bilan des actions conduites au cours de la précédente législature, d'analyser les principaux changements survenus ou à venir dans le domaine de la santé et de fixer les lignes directrices ainsi que les actions à conduire au cours des cinq prochaines années.

En mars 2004, le Conseil d'Etat présentait au Grand Conseil un rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2003-2007. Le Conseil d'Etat fondait sa stratégie sur six axes prioritaires qui constituaient le cadre de l'action de l'Etat pour cette période et à partir desquels se déclinaient les principaux objectifs qu'il entendait poursuivre.

Dans le même temps, le Gouvernement annonçait que sa vision, dans ce domaine d'une importance cruciale pour le canton, devrait être réactualisée régulièrement au début de chaque législature. C'est l'objet du rapport 2008-2012 qui, logiquement, analyse les résultats obtenus au cours de la précédente législature, identifie les tendances lourdes qui s'imposeront au cours des années à venir et enfin énumère les actions prioritaires que le Conseil d'Etat entend conduire dès maintenant pour faire évoluer le système de santé vaudois.

Bilan 2003-2007

Le bilan de la législature écoulée peut être apprécié positivement, compte tenu des ressources nécessairement limitées qui lui ont été affectées dans un contexte d'assainissement des finances cantonales. Les rationalisations introduites dans l'organisation hospitalière, dans les prises en charge médico-sociales ou encore dans le dispositif de prévention rendent ces secteurs incontestablement plus efficaces. L'introduction ou la pérennisation de différents programmes de santé publique se sont avérées pertinentes. Certaines évolutions programmées n'ont cependant pas pu avoir lieu comme par exemple celles liées à la révision de la LAMal qui a échoué en 2004 devant les Chambres fédérales, celles qui auraient découlé de la loi cantonale sur les EMS, rejetée en votation en 2005, ou encore celles qui ont été gelées par manque de moyens du fait des contraintes que la situation économique a imposées au budget de l'Etat.

Tendances 2008-2012

Les principaux changements qu'il faudra prendre en compte durant cette législature sont les suivants :

- l'accélération du vieillissement démographique et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, avec la fragilisation qui leur est liée ;
- la poursuite du développement de l'offre de technologies nouvelles, notamment pour les personnes atteintes de pathologies dégénératives, et l'accroissement du rôle de la médecine prédictive ;
- l'évolution des risques sanitaires, qu'ils soient liés à l'environnement en général ou aux nouveaux modes de vie ;
- la persistance de la pénurie en personnel, aussi bien médical que soignant ;
- un cadre législatif fédéral mouvant, avec une remise en question du partage des responsabilités entre les cantons et la Confédération.

Ces changements augurent de nouveaux défis pour le système de santé vaudois. Quand bien même la politique conduite au cours des dernières années était fondée sur des prévisions démographiques et épidémiologiques correctes, il y a lieu aujourd'hui de l'adapter en fonction de l'importance du vieillissement de la population et du tableau épidémiologique prévu pour les vingt prochaines années. Au centre de l'évolution à venir se trouve la nécessité de prévenir les maladies chroniques et d'accélérer l'adaptation du système de santé à leurs spécificités, au profit de toutes les générations. Les conséquences économiques et sociales de ces pathologies affectent en effet l'ensemble de la société. Les défis principaux consistent donc, d'une part, à faire évoluer notre système de soins **vers un véritable système de santé**, c'est à dire à investir davantage pour maintenir la population en bonne santé et atténuer ainsi autant que possible les coûts pour la soigner et, d'autre part, à compléter notre politique médico-sociale, qui a porté ses fruits jusqu'ici, par une **politique gériatrique** seule à même de favoriser la compréhension et la prise en charge des problèmes liés au grand âge. Il faut ajouter que ces défis ne pourront être relevés qu'en s'appuyant sur des **professionnel-le-s de la santé** en nombre suffisant et disposant des compétences adéquates.

La réponse du Conseil d'Etat : 5 lignes directrices et 43 actions

Dès lors, les mesures que le Conseil d'Etat entend soutenir durant cette législature s'articulent autour de 5 lignes directrices :

- Les **services de soins** doivent **continuer leur mue** en vue de s'adapter aux **caractéristiques des affections chroniques**. Il s'agira de maintenir l'effort d'expansion et de diversification des capacités médico-sociales, de renforcer les dispositifs de coordination et de se doter des moyens d'amplifier la composante gériatrique et psychogériatrique de la politique sanitaire.
- Les efforts pour assurer une **offre suffisante en personnels de santé** doivent être renforcés. Ce renforcement se traduira par des actions pour limiter la pénurie de personnels paramédicaux, pour favoriser une nouvelle répartition des tâches entre soignant-e-s et pour soutenir la médecine de premier recours, la relève médicale en milieu hospitalier et la garde médicale.
- Le dispositif de **promotion de la santé** et de **prévention des maladies**, ainsi que les réponses apportées à **d'autres problèmes de santé dominants** doivent être développés. L'accent sera mis sur la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, la prévention des dépendances en général, la promotion de la santé chez les jeunes, la santé sexuelle et reproductive, le maintien de l'autonomie notamment des personnes âgées, le dépistage du cancer du sein et d'autres formes de cancer, la lutte contre les maladies transmissibles et la mise en œuvre du plan de santé mentale.
- La **réorganisation hospitalière** doit être poursuivie. En parallèle à la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013 du CHUV, les actions principales porteront sur la construction de l'Hôpital unique Riviera-Chablais, sur la création d'une filière cantonale de neuroréhabilitation, sur le financement des autres projets de réorganisation et d'adaptation dans les hôpitaux régionaux et sur l'actualisation des missions des hôpitaux.
- Le **pilotage du système** doit être adapté. Cette adaptation concernera le dispositif législatif, en raison des modifications apportées à la législation fédérale – notamment dans le cadre de la révision LAMal – et de la volonté d'améliorer les modalités de gouvernance du système de soins. Elle portera également sur le suivi de l'évolution du progrès technologique, les stratégies en faveur de la qualité et le système d'information orienté « patient ».

Le Conseil d'Etat a identifié 43 mesures opérationnelles distinctes qui s'inscrivent dans ces lignes directrices et qui précisent les orientations retenues par le programme de législature. Elles sont résumées sur la page suivante et la troisième partie du rapport les passe en revue de manière détaillée. L'ensemble de ces actions prévues pour la période 2008-2012 est ambitieux. Cette ambition est à la mesure des défis qui attendent le système de santé suisse et vaudois, contraignant tous les acteurs à faire preuve de créativité pour mettre en place des solutions novatrices et à se mobiliser pour permettre leur réalisation. Le Conseil d'Etat s'engage résolument dans cette voie et soutiendra tous les efforts des acteurs dans ce sens, dans le respect de sa planification financière. L'importance des moyens à investir impliquera de poursuivre l'effort de rationalisation et de maîtrise des dépenses réalisé au cours de la dernière décennie. Une partie des ressources supplémentaires nécessaires devra en effet être obtenue par réallocation des ressources ordinaires existantes. Dans ce même esprit, le Conseil d'Etat s'appuiera chaque fois que possible sur les expériences faites dans d'autres cantons et favorisera la reprise des solutions éprouvées.

Vue d'ensemble des 43 actions du rapport sur la politique sanitaire 2008-2012

- Adapter les services de soins aux **pathologies chroniques** et mettre en œuvre une **politique gériatrique**
 1. Augmenter les capacités d'hébergement de long séjour, achever la mise en conformité aux normes ECA et amorcer la modernisation du réseau existant
 2. Renforcer les capacités des services d'aide et des soins à domicile
 3. Développer les logements protégés et les structures intermédiaires
 4. Soutenir l'aide informelle et bénévole
 5. Finaliser la mise en œuvre de la loi sur les réseaux de soins
 6. Consolider et faire évoluer le programme BRIO
 7. Soutenir la mise en place de cercles de qualité
 8. Soutenir la création et l'extension de filières par pathologie (Projet DIABAIDE, autres projets)
 9. Poursuivre le développement des soins palliatifs
 10. Définir un cadre cantonal de référence pour la politique gériatrique
 11. Mettre en place dans chaque réseau de soins une coordination gériatrique
 12. Valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation
 13. Soutenir les projets locaux conformes à la politique gériatrique cantonale
 14. Assurer le pilotage de la politique gériatrique et le suivi statistique
- Assurer une offre suffisante en **personnels de santé**
 15. Poursuivre les programmes de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s et de mise à niveau des compétences des infirmiers et infirmières assistant-e-s
 16. Soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignant-e-s et à la valorisation des professionnel-le-s
 17. Poursuivre le projet de formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes, ainsi que les pédiatres, et favoriser l'acquisition de connaissances en matière de managed care
 18. Soutenir le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (Projet ForOm NV)
 19. Développer un système d'information cantonal sur la démographie médicale
 20. Adapter le dispositif de garde afin d'assurer la garde médicale dans toutes les régions du canton
 21. Améliorer la relève médicale par une meilleure coordination de la formation postgraduée
- **Promouvoir la santé**, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires
 22. Poursuivre les actions de prévention des maladies cardiovasculaires et mettre en œuvre le programme « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux »
 23. Consolider les programmes de prévention des dépendances
 24. Poursuivre la mise en œuvre du Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents
 25. Conduire un programme cantonal de vaccination contre le HPV chez les jeunes filles
 26. Consolider les prestations du planning familial et adapter l'éducation sexuelle aux nouveaux défis
 27. Développer des mesures préventives pour prolonger l'autonomie des personnes âgées
 28. Poursuivre le programme de dépistage du cancer du sein et étudier l'opportunité de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon, voire d'autres types de cancer
 29. Renforcer le dispositif de surveillance et de prise en charge des maladies transmissibles
 30. Conduire les cinq programmes prioritaires retenus par le Plan de santé mentale
- Poursuivre la **réorganisation hospitalière**
 31. Construire l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais et mettre en place sa structure de direction
 32. Réaliser les infrastructures nécessaires à la mise en place de la filière cantonale de neuroréhabilitation
 33. Réaliser les investissements hospitaliers conservatoires et de réorganisation
 34. Mettre à jour les missions des hôpitaux pour assurer une répartition efficiente des prestations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux périphériques
- Renforcer le **pilotage du système**
 35. Mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins
 36. Établir un bilan et une veille technologiques
 37. Établir de nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux
 38. Réformer les modalités de financement de l'hébergement médico-social
 39. Réformer la gouvernance de l'aide et des soins à domicile
 40. Réformer la gouvernance de la prévention
 41. Renforcer les mesures permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins
 42. Faire adopter une stratégie cybersanté conforme aux orientations fédérales et la mettre en œuvre
 43. Poursuivre et renforcer les collaborations intercantionales dans le domaine de la santé

Introduction

Le présent rapport est le troisième du genre. Il suit en cela l'engagement pris par le Conseil d'Etat de présenter, en début de chaque législature, un rapport de politique sanitaire.

Deux exigences fondent une telle démarche. D'abord, le besoin de rendre compte des travaux conduits durant la législature précédente, conformément aux objectifs que s'était assignés le Conseil d'Etat ; ensuite, le souci d'orienter le Grand Conseil au sujet des lignes directrices de la politique sanitaire du Gouvernement et qui, avec celles retenues spécifiquement pour l'hôpital universitaire, fixent sa stratégie pour la présente législature. Cette deuxième exigence est d'autant plus importante que la politique sanitaire requiert des investissements conséquents et qu'un tel rapport permet de les contextualiser avant leur soumission formelle au Grand Conseil pour approbation.

Les modifications du cadre légal fédéral, en particulier les révisions successives de la LAMal, les impacts persistants des tendances lourdes que sont l'accroissement de la population et de son vieillissement, l'évolution des données épidémiologiques et l'émergence de certains risques sanitaires, les développements technologiques issus du secteur biomédical, la nécessité de maîtriser les coûts pour qu'ils restent acceptables pour la collectivité, invitent l'autorité sanitaire à reconsidérer périodiquement sa stratégie.

Si le précédent rapport mettait l'accent sur la politique de soins plus que sur celle de la santé, il n'en va pas de même ici. Certes, l'organisation et la planification hospitalière et médico-sociale demeurent des préoccupations centrales. Elles expriment la réponse collective souhaitable, en termes de dispositifs à mobiliser et de soins à prodiguer, face aux pathologies en présence et à la vague de personnes âgées, issues du baby-boom, qui pourrait bien submerger le système de soins à l'horizon 2020 si rien n'était entrepris immédiatement.

Si donc l'adaptation des capacités de prise en charge est indispensable, le défi se joue aussi dans le changement de culture et de processus de coopération, tout au long de la chaîne de soins, entre les divers services de santé. Ceux-ci se doivent, au sein de chacun des réseaux constitués, d'assurer conjointement la continuité des soins, la qualité, l'efficacité et l'économicité des traitements en faveur d'une population vieillissante, de plus en plus aux prises avec des pathologies multiples. Pour fédérer ces efforts et assurer une mise à disposition cohérente des ressources, c'est une véritable politique gériatrique d'ensemble qui doit être mise sur pied.

L'accent porté parallèlement sur les priorités d'actions dans la promotion de la santé et la prévention des maladies ainsi que dans la santé mentale notamment, font des intentions du Conseil d'Etat le socle d'une véritable politique de santé publique pour la présente législature.

Le rapport sur la politique sanitaire s'accompagne de la présentation au Grand Conseil - exigence légale - du plan stratégique du CHUV qui fait l'objet d'un document séparé. Néanmoins, ces deux documents forment un tout cohérent en phase avec le programme de législature du Conseil d'Etat.

Première partie : législature 2002-2007

I.1 Evolution de la politique sanitaire

En mars 2004, le Conseil d'Etat a présenté au Grand Conseil un rapport sur la politique sanitaire qui fixait les grandes orientations dans le domaine de la santé pour la période 2003-2007. Le Conseil d'Etat fondait sa stratégie sur six axes prioritaires qui constituaient le cadre de l'action de l'Etat pour cette période et à partir desquels il a décliné les principaux objectifs qu'il entendait poursuivre. Le présent rapport permet aujourd'hui au Conseil d'Etat de rappeler ces objectifs, axe par axe, et d'indiquer les actions réalisées.

I.1.1 Organisation et financement des hôpitaux

Mise en œuvre de la révision de la LAMal

La révision globale de la LAMal proposée par le Conseil fédéral en 2000 a été rejetée en vote final par le Conseil national à la fin de 2004. Le Conseil fédéral a dès lors décidé de scinder la révision en plusieurs volets soumis individuellement aux Chambres fédérales. Certaines de ces révisions ponctuelles ont aujourd'hui abouti ; d'autres sont toujours en cours de discussion au niveau fédéral. De plus amples précisions seront données ci-dessous, sous ch. II.5. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat n'a pas réalisé les actions prévues pour la mise en œuvre de la révision de la LAMal.

Réorganisation hospitalière

Suite à la décision prise en 2004 de modifier la mission de l'Hôpital de St-Loup, les services mère-enfant ont été transférés sur le site d'Yverdon-les-Bains des Etablissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv) et le bloc opératoire a été fermé le soir et les week-ends. Des travaux d'agrandissement ont dès lors été réalisés à Yverdon en 2005 pour accueillir ces services, selon décret du Grand Conseil du 15 mars 2005. En outre, le Conseil d'Etat a chargé le DSAS (Département de la santé et de l'action sociale) de mettre en place un suivi de l'impact sanitaire et économique de cette concentration. Le Grand Conseil a été informé par le Conseil d'Etat des mesures prises, dans le cadre de la réponse fournie en automne 2007 à la 2^{ème} observation de la Commission de gestion sur l'exercice 2006.

Dans l'Est vaudois, les études menées depuis 2003 ont permis de confirmer que l'option d'un nouveau Centre hospitalier Riviera-Chablais monosite était qualitativement et économiquement la meilleure solution pour fournir les soins hospitaliers somatiques pour la région. A ce futur hôpital de soins aigus, prévu sur le site de Rennaz, s'ajouteront deux centres de suite de traitement avec une antenne médico-chirurgicale, situés respectivement à Vevey (Samaritain) et à Monthey. Les travaux préparatoires ont également permis de définir les principes d'organisation et le programme des locaux de ce centre hospitalier, de prévoir les moyens de transport nécessaires pour y assurer une desserte régulière, de préparer la demande de crédits pour mener les concours et les études en vue de la construction, ainsi que d'élaborer avec le canton du Valais un projet de convention intercantonale afin de créer un nouvel établissement autonome de droit public.

Dans le domaine de la réadaptation, 19 lits B ont été créés à l'Hôpital de Lavaux en 2007 afin de pallier le manque de lits en la matière dans la région lausannoise. S'agissant de la réadaptation neurologique, les études sur la mise en place d'une filière de neuroréhabilitation et sur la réfection de Plein Soleil ont été menées, sur la base du décret adopté par le Grand Conseil en 2006.

Enfin, le Grand Conseil a accordé au Conseil d'Etat, d'abord en 2004, puis en 2006, les crédits-cadres permettant de financer les investissements de la Fédération des Hôpitaux Vaudois Informatique (FHVi) pour les périodes 2004-2005, puis 2006-2007.

Investissements conservatoires

En 2005, le Grand Conseil a adopté quatre décrets qui ont permis de réaliser des investissements dans les hôpitaux de Nyon, de la Riviera, de Morges et d'Yverdon-les-Bains. Il s'agissait d'adapter les bâtiments existants aux normes (radioprotection, ventilation, hygiène hospitalière, sécurité), de procéder à des travaux d'entretien lourds et d'adapter les bâtiments et installations médico-techniques à l'augmentation des besoins découlant de l'évolution démographique. Dans chacun des cas, les hôpitaux concernés ont mis à disposition une participation financière substantielle.

Urgences préhospitalières et garde médicale

En matière d'urgences préhospitalières, le bien-fondé de la démarche de renforcement achevée en 2001 a été confirmé, puisque les mesures prises ont permis d'absorber une forte augmentation d'activité des différents services. Le dispositif préhospitalier a également dû s'adapter aux grandes manifestations qui ont eu lieu durant la législature 2002-2007, comme l'Expo 02 et le G8 en 2003.

La mise en place courant 2006 d'un numéro unique pour la centrale téléphonique des médecins de garde 0848 133 133 a permis de remplacer 26 numéros différents et ainsi, d'améliorer sensiblement l'accès aux médecins de garde.

Soutien à l'hôpital universitaire

La période écoulée a été marquée en premier lieu par la mise en œuvre par le CHUV du plan stratégique 2004-2007. De nombreux projets ont connu des avancées significatives, tels que la répartition des transplantations entre les HUG et le CHUV et la constitution du Centre d'imagerie BioMédicale (2004), la consolidation et modernisation du Centre des Grand Brûlés, l'inauguration de « CardioMet - Centre des maladies cardio-vasculaires et métaboliques » (2005), la mise en place d'une plateforme d'investigation et de recherche sur le sommeil ainsi que la création d'un Département de l'appareil locomoteur (2006-2007) qui a permis l'intégration de l'Hôpital Orthopédique au sein du CHUV.

Les infrastructures du CHUV ont en outre été modernisées et adaptées pour lui permettre d'accomplir ses missions. On signalera ainsi les crédits d'ouvrage accordés par le Grand Conseil en novembre 2005 pour augmenter les capacités de la Division de néonatalogie et en mars 2006 pour restructurer le Service de radio-oncologie, ainsi que le crédit d'investissement adopté en avril 2007 pour effectuer des travaux sur le site de l'hôpital de Prangins.

Le cadre légal régissant le CHUV a également été revu et adopté par le Grand Conseil en juillet 2007. Cette révision a, notamment, redéfini le rôle respectif des instruments que sont le plan stratégique et le contrat de prestations, ainsi que fixé plus précisément les conditions de travail du personnel médical. Cette dernière modification a permis au Conseil d'Etat d'adopter, début 2008, un nouveau règlement sur les médecins cadres.

Enfin, les années écoulées ont permis de renforcer encore le lien entre le CHUV et l'Université de Lausanne et sa Faculté de biologie et de médecine (FBM). Ce renforcement s'est traduit notamment par l'adoption par le Conseil d'Etat, en novembre 2005, d'un règlement sur la gestion du domaine de l'enseignement et de la recherche en biologie et en médecine et par la création d'un département de l'Enseignement et de la recherche commun à la FBM et à la direction du CHUV.

1.1.2 Prise en charge médico-sociale et coordination des soins

Aide et soins à domicile

Le dispositif de l'aide et des soins à domicile a été renforcé pour faire face aux besoins induits par la pression démographique et par la politique de réduction des durées de séjour à l'hôpital. Il comprend ainsi aujourd'hui 45 centres médico-sociaux, répartis sur tout le territoire pour desservir en 2006, en moyenne mensuelle, environ 12'400 bénéficiaires qui, suite à une évaluation globale, reçoivent principalement des soins de base, des soins infirmiers, des repas et de l'aide au ménage. En parallèle, les organisations de soins à domicile (OSAD) privées se sont développées.

Logements protégés

Les logements protégés pour personnes âgées constituent le troisième pilier de la politique médico-sociale. Leur architecture adaptée permet l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées. Ces logements sont équipés d'un système d'alarme et un encadrement approprié doit être prévu pour garantir la sécurité des locataires 24h sur 24. Ils comprennent en général deux ou trois pièces et la mise à disposition, dans l'immeuble ou à proximité de celui-ci, d'un espace communautaire permettant des échanges, des animations et des manifestations diverses. Lorsque l'état de santé des locataires le nécessite, les soins doivent pouvoir être assurés par un centre médico-social ou une autre organisation de soins à domicile. D'autres prestations comme les repas et le ménage doivent pouvoir être fournies sur demande.

En avril 2007, les services de la Santé publique, des Assurances sociales et de l'hébergement, ainsi que de l'Economie, du logement et du tourisme ont édité une brochure à l'intention des personnes ou institutions souhaitant investir dans la construction de logements protégés. Le document décrit de façon synthétique les conditions requises pour obtenir un appui financier et technique de l'Etat à la conception d'un tel projet.

Les logements protégés ne sont pas soumis à la planification sanitaire. L'Etat peut apporter une aide financière à l'investissement, conformément aux modifications à la loi sur le logement adoptées par le Grand

Conseil en mars 2006. Cette aide consiste en un système de prêt sans intérêts, remboursable, à concurrence de 20% de l'investissement. Sous certaines conditions, une aide individuelle pour financer les prestations spécifiques aux logements protégés peut être octroyée au titre de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS), adoptée par le Grand Conseil en janvier 2006.

Une enquête effectuée en 1999-2000 a permis d'estimer le parc des logements de ce type à environ 1'000 appartements, avec une capacité d'environ 1'500 places. Depuis lors, la capacité d'accueil a été augmentée d'environ 240 logements.

Hébergement médico-social

Sur la période 2003-2007, le Conseil d'Etat a poursuivi ses efforts pour augmenter l'offre d'hébergement. Une centaine de lits supplémentaires ont ainsi été mobilisés dans des EMS existants. Quant à la construction de nouveaux EMS (programme PIMEMS), elle a été fortement retardée par l'échec en votation populaire, au printemps 2005, de la loi sur les EMS (LEMS), qui avait été adoptée par le Grand Conseil le 7 décembre 2004. Cette loi prévoyait en particulier un nouveau système uniforme de financement des infrastructures des EMS, en transférant sur les résident-e-s de manière contrôlée la charge économique y relative. Elle introduisait en outre des mesures de contrôle de la sécurité et de la qualité des prestations tout en assurant une maîtrise des coûts. Dans ce contexte, seuls deux EMS, La Clairière à Mies et Silo à Echichens, ont pu être modernisés et agrandis dès 2005, conformément aux décrets adoptés par le Grand Conseil en juin 2005.

Pour réaliser la suite du programme PIMEMS et afin de répondre au postulat déposé par le député Payot, le Conseil d'Etat a mené avec les partenaires du domaine médico-social des travaux destinés à trouver des solutions de financement. Ces travaux ont débouché sur l'adoption par le Grand Conseil, en novembre 2006, d'une modification de la LPFES qui a permis de reporter sur les tarifs socio-hôtelières la part des charges d'entretien et mobilières assumée auparavant par l'Etat, l'économie qu'il réalise étant réallouée à sa participation au financement des nouveaux EMS. Le Grand Conseil a simultanément adopté 5 décrets octroyant la garantie financière de l'Etat en faveur de la construction de 5 nouveaux EMS. La réalisation de ces 5 EMS, de même que la suite du programme ont toutefois encore été retardées par les recours formés par l'Association Résid'EMS à l'encontre de la modification de la LPFES et des 5 décrets. Ces recours ayant finalement été rejetés, les travaux de construction ont pu reprendre à la fin de 2007.

En parallèle, toujours suite au refus de la LEMS, le Grand Conseil a accepté en 2006 une seconde modification de la LPFES portant sur le renforcement des moyens de contrôle et d'intervention de l'Etat dans la gestion des établissements sanitaires privés subventionnés, ainsi que sur la possibilité de verser aux EMS une subvention directe à l'exploitation dans certains cas.

Il faut également signaler que les travaux de mise en conformité ECA aux normes de sécurité incendie de l'Association des établissements d'assurance incendie (AEAI) se sont poursuivis. Ainsi, entre 2003 et 2007, 31 établissements ont été mis en conformité et des travaux sont actuellement en cours dans 19 établissements.

Coordination des soins

Suite au postulat et à l'initiative législative déposés par le député Delacour en 2004, une nouvelle loi sur les réseaux de soins a été adoptée par le Grand Conseil en janvier 2007, en tant que contre-projet à ladite initiative. Cette loi permet d'assurer la pérennité des réseaux de soins, en y intégrant les communes. Les nouvelles règles ont pour objectif de renforcer la coordination des soins et l'orientation des patient-e-s dans les services de santé, ainsi que de promouvoir la collaboration interinstitutionnelle au niveau régional. Elles doivent aussi permettre de consolider les mesures prises au cours de la législature précédente dans ce domaine.

Pour améliorer la continuité des prises en charge, le DSAS avait lancé en 1999 le programme cantonal BRIO (Bureau régional d'information et d'orientation) et, pour l'implanter, avait conditionné la reconnaissance d'intérêt public de chaque réseau de soins à l'existence d'un tel dispositif. Le programme fixait les exigences minimales à remplir :

- centraliser et gérer les disponibilités en lits C de long séjour,
- centraliser et gérer les demandes d'hébergement en long séjour,
- assurer l'orientation de patient-e-s en utilisant les outils mis à disposition par le DSAS,
- fournir les informations statistiques nécessaires à l'évaluation.

A ce jour, des BRIOs sont implantés dans chacun des 5 réseaux de soins. Cependant, leur développement est inégal tant au niveau de leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, qu'à celui du panier des prestations offertes. Certains BRIOs ont en effet judicieusement complété leur mission initiale en intégrant

les professionnel-le-s de la « liaison » dont l'activité consiste à orienter les patient-e-s et à organiser leur transfert, alors que d'autres sont restés aux prestations de base. Malgré ces différences, les BRIOs ont acquis une expérience précieuse, largement reconnue. Ils sont devenus progressivement l'espace régional où l'ensemble des demandes médico-sociales de prises en charge est confronté aux places disponibles.

Outre les BRIOs, les réseaux de soins ont également contribué à la mise en œuvre des programmes cantonaux d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections (HPCI) et de développement des soins palliatifs.

Soins palliatifs

Suite aux postulats Glardon et consorts de 1994 et de 1999, un décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs a été accepté par le Grand Conseil en juin 2002, pour un démarrage au 1^{er} janvier 2003.

Ce programme a pour but de garantir à toutes et tous un accès égal aux soins palliatifs de qualité, indépendamment de l'âge, de la pathologie, du lieu de vie ou d'autres caractéristiques socio-économiques. Les principaux objectifs définis en 2002 sont les suivants :

- améliorer l'offre de soins palliatifs de manière à assurer la couverture des besoins de la population vaudoise,
- assurer à tout soignant professionnel une formation lui permettant d'identifier les besoins en soins palliatifs et d'assurer une orientation appropriée des patient-e-s,
- améliorer, dans le cadre des réseaux de soins, la continuité des soins par une collaboration accrue des partenaires professionnel-le-s et institutionnels.

Le programme a permis de créer un réseau étroit de collaboration entre les institutions, les personnes et les divers projets. Le bilan 2002-2007 est satisfaisant. Quatre équipes mobiles extra-hospitalières adultes couvrent l'ensemble du canton, et une équipe mobile spécialisée en soins palliatifs pédiatriques a été développée. Les lits B de soins palliatifs ont pu être renforcés sur le site de l'hôpital de Lavaux. Une chaire de soins palliatifs a été créée début 2006, ce qui permet le développement de la formation et la recherche.

1.1.3 Promotion de la santé physique et psychique

Renforcement des programmes de prévention

La volonté en 2004 de renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies est à l'origine de la décision de créer, au Service de la santé publique, une division spécifiquement consacrée à cette problématique. Elle s'est traduite ensuite par la pérennisation du financement de plusieurs projets ou programmes, ainsi que d'institutions devenues centres de références, comme le CIPRET pour la prévention du tabagisme. Parmi les projets ou programmes dont le financement a été pérennisé, mentionnons :

- Strada – lutte contre le trafic de drogues,
- Départ – dépistage, évaluation et parrainage d'adolescents à risque de toxicomanie,
- le programme d'échange de matériel stérile chez les toxicomanes,
- la reconnaissance des prestations des Infirmiers et Infirmières Petite Enfance (IPE),
- la généralisation sur tout le territoire cantonal du Conseil de périnatalité,
- Fourchette verte – label décerné aux cantines qui proposent des repas équilibrés.

Une telle intégration au budget régulier de l'Etat des programmes ayant fait leurs preuves a permis de libérer des fonds pouvant être affectés à des soutiens ponctuels et au lancement de projets pilotes.

Dans ce contexte, les actions suivantes ont été lancées ou renforcées :

- Le « Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) - parents », conjointement élaboré et conduit par le Service de la santé publique et le Service de protection de la jeunesse, a été lancé en juin 2006. Il vise à garantir à l'ensemble des familles l'accès à un panier de prestations et de services prioritaires de base subventionnés par l'Etat.
- Le règlement du Conseil d'Etat sur l'interdiction de fumer dans les locaux de l'administration cantonale vaudoise (« ACV sans fumée ») est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Il a été suivi six mois plus tard, par l'interdiction de la publicité pour le tabac et l'alcool sur les domaines public et privé visible du domaine public. Quant à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, elle est entrée en vigueur en janvier 2006 déjà. Enfin, le DSAS a élaboré un Plan cantonal d'action pour la prévention du tabagisme

qui fixe les axes prioritaires en la matière : 1) Promotion d'une vie sans tabac ; 2) Protection contre la fumée passive ; 3) Aide à la désaccoutumance ; 4) Prévention auprès des groupes vulnérables.

- Les axes stratégiques en matière de lutte contre l'alcoolisme (PactAlcool : plan d'action cantonal Alcool) ont été arrêtés début 2007. Ils mettent l'accent sur l'information, la prévention et le traitement liés à l'abus d'alcool. La mise en œuvre du PActAlcool a débuté dans la foulée par la mise sur pied d'un Conseil alcool ainsi que par le démarrage du projet EVITA (Evaluation, Indication, Traitement, Accompagnement), dispositif qui fonctionne comme porte d'entrée dans le réseau alcoologique vaudois.
- Le programme Départ est venu compléter le dispositif vaudois pour la prévention des toxicodépendances. Départ propose un soutien spécifique pour les problèmes de consommation de substances chez les adolescents et s'adresse tant aux jeunes de 12 à 20 ans qu'à leur entourage et aux professionnel-le-s du réseau.
- Courant 2004, un programme cantonal d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections (HPCI) a été lancé et mise en œuvre dans les hôpitaux, les EMS, les Centres de traitement et de réadaptation, ainsi que les soins ambulatoires.
- Afin de prévenir les dangers de la canicule chez les personnes les plus vulnérables que sont notamment les personnes âgées et les petits enfants, le DSAS a lancé dès 2005 une campagne d'information et de sensibilisation afin de rappeler les précautions à prendre en cas de grande chaleur. Il a ensuite mis en place, en 2007, un « plan canicule » qui comporte la diffusion de conseils de prévention à la population, la diffusion d'une information ciblée aux autorités et aux professionnel-le-s de la santé, ainsi que l'organisation d'un système de veille. Ce dispositif, mis en œuvre en collaboration avec le canton de Genève et MétéoSuisse, sera complété et reconduit chaque année.
- En matière de santé scolaire, le DSAS et le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture ont annoncé dès 2006 leur intention de développer la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire. Les efforts ont été concentrés sur deux programmes : la prévention des dépendances et la promotion d'une alimentation saine, de l'exercice physique et de la santé dentaire. En outre, le programme de vaccination en milieu scolaire est resté une part importante de l'activité de santé scolaire avec une promotion et un rattrapage de vaccination offert à l'entrée et en fin de scolarité selon le plan fédéral de vaccination.
- Afin de réduire les risques de transmission des maladies infectieuses notamment d'hépatite et du Sida chez les personnes toxicodépendantes, le programme de prévention des maladies transmissibles – échange de matériel stérile a été mis sur pied, ce qui a permis de limiter significativement les transmissions.
- En 2007 a été lancé le projet Migration et santé visant à favoriser l'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Un dispositif de médiateurs et médiatrices santé formé-e-s dans les communautés migrantes, l'édition de matériel d'information traduit et l'ouverture d'une hotline sont autant d'éléments du projet, dont les buts sont notamment de diminuer le recours à l'interruption de grossesse et de lutter contre la transmission des maladies sexuellement transmissibles.
- Le programme organisé de dépistage du cancer du sein, qui avait démarré en 1999, a connu une forte progression durant la législature précédente. Ainsi, entre 2000 et 2006, le nombre d'examens a doublé et approche actuellement les 19'000 par année. Ces résultats font du programme vaudois le plus important en Suisse, puisqu'il effectue plus de 40% de l'ensemble des mammographies de dépistage effectuées dans le cadre des programmes existants. A fin 2007, le Département fédéral de l'intérieur a décidé de maintenir à titre provisoire l'inscription des mammographies de dépistage dans le catalogue des prestations de l'assurance de base.

Politique cantonale de santé mentale

Les travaux menés par le Service de la santé publique et la Commission cantonale de coordination psychiatrique ont permis de reconsidérer les fondements de la politique vaudoise en la matière et de définir un plan de santé mentale. Le but général de ce plan est de maintenir et améliorer l'état de santé psychique de la population tout en garantissant un accès équitable aux soins. Cinq programmes prioritaires ont été retenus : lutte contre les conduites suicidaires, renforcement de la liaison et de la coordination, lutte contre la violence, amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique et handicap mental et psychiatrie. Ces programmes sont repris et déclinés dans le cadre du plan stratégique du CHUV 2004-2007 et dans celui à venir (2009-2013).

Pandémie

Dès l'été 2005, le canton a préparé sa réponse à la menace pandémique due au virus H5N1, conformément aux prescriptions fédérales. Un groupe d'experts a été instauré pour orienter et suivre les travaux d'élaboration d'un plan cantonal en réponse à la probable pandémie.

Le plan prévoit :

- l'adaptation de l'organisation du secteur sanitaire (hôpitaux, établissement médico-sociaux, autres institutions et services ambulatoires),
- l'acquisition de matériel thérapeutique et de protection pour le personnel de soins, les malades et leur entourage,
- un dispositif de conduite et d'appui élaboré par le Service de la sécurité civile et militaire,
- des plans de continuité des services de l'Etat,
- une information aux entreprises,
- l'organisation d'une vaccination pré-pandémique pour l'ensemble de la population vaudoise.

Les travaux continueront pendant la législature actuelle pour atteindre un niveau satisfaisant de préparation, correspondant aux exigences fédérales actuellement en voie de finalisation.

I.1.4 Qualité, accessibilité des soins et information de la population

Surveillance et contrôle des institutions et des professionnel-le-s

Placée sous la responsabilité du SSP et du SASH, la Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux (CIVEMS) est l'organe de contrôle et de surveillance de la sécurité et de la qualité de l'accompagnement des résident-e-s dans les EMS du canton. Les établissements sont contrôlés sans annonce préalable. Ainsi, de 2000 à 2005, tous les EMS du canton ont été contrôlés au moins deux fois. Durant l'année 2007, un travail important a été réalisé en collaboration avec les associations faitières afin de revoir le processus d'inspection de la CIVEMS.

Pour les autres établissements sanitaires parapublics et privés (hôpitaux, policliniques, ...), les inspections sont effectuées par le Service de la santé publique et interviennent dans le cadre de l'octroi des autorisations d'exploitation et de leur renouvellement, qui a lieu tous les 5 ans. Les inspections sont effectuées sur la base d'un recueil d'informations qui a été mis au point progressivement entre 2003 et 2005 et qui constitue aujourd'hui un outil standardisé.

Il faut également signaler l'ouverture, le 1^{er} mai 2004, du Bureau cantonal de médiation santé, qui est venu compléter le dispositif mis en place en 2003 par l'intermédiaire des deux commissions d'examen des plaintes des patient-e-s. L'activité de ce Bureau a permis de démontrer l'utilité de la médiation santé, qui a pour but de rétablir le dialogue dans des situations de conflit pouvant naître entre patient-e-s et professionnel-le-s.

Activités du Bureau cantonal de médiation

	2004 (8 mois)		2005		2006		2007	
	Réussies	Echouées	Réussies	Echouées	Réussies	Echouées	Réussies	Echouées
Nombre de médiations	27 soit 90%	3 soit 10%	37 soit 90.24%	4 soit 9.76%	42 soit 75%	14 soit 25%	37 soit 94.88%	2 soit 5.12%
Nombre d'entretiens (sans suite)	14		15		11		13	
Nombres d'entretiens et réorientation	11		29		33		33	
Nombre de réorientation immédiate			27		52		40	

Enfin, la surveillance des professionnel-le-s est effectuée par le Service de la santé publique et le Conseil de santé. Chaque année, le Conseil de santé, présidé par le chef du DSAS, traite d'une moyenne de 10 à 12

affaires en moyenne. Il peut, selon les circonstances, classer l'affaire ou octroyer des sanctions allant de l'avertissement au retrait de l'autorisation d'exercer, en passant par l'amende.

Evaluation et amélioration de la qualité

En complément aux inspections de l'Etat, un effort est nécessaire en permanence pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résident-e-s et des patient-e-s et son amélioration. C'est le rôle des démarches qualité dont les institutions sont responsables et pour lesquelles l'Etat joue un rôle incitatif et de soutien. Ainsi, une bonne moitié des établissements sanitaires ont engagé de telles démarches et obtenu une certification. C'était le cas, en 2006, pour 7 des 13 établissements hospitaliers reconnus d'intérêt public. Les EMS, dans leur grande majorité, ont également procédé à des démarches qualité.

La période écoulée a également permis de lancer deux démarches visant à la production d'indicateurs-clés par les EMS, ainsi qu'à la mise en œuvre de cercles de qualité pour les médicaments en EMS.

Information de la population

En plus de ses activités courantes, Sanimédia, cellule d'information rattachée au Service de la santé publique, a conduit plusieurs nouveaux projets :

- Une campagne de communication destinée à promouvoir le don d'organes dans le canton de Vaud a été réalisée. Elle s'est faite en collaboration avec « Swisstransplant » et des associations de transplantés. Le point fort fut un affichage public pendant les quinze jours précédant la journée nationale des dons d'organes du 16 septembre 2006.
- Une brochure romande sur les droits des patient-e-s a été publiée en 2005 par les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud en collaboration avec l'Institut du droit de la santé à Neuchâtel. Cette publication intercantonale, fruit du travail de concertation et de réalisation de Sanimédia, constitue une première dans le domaine de l'information en santé publique.
- Un effort particulier de communication a été consenti pour faire connaître le nouveau numéro unique pour la garde médicale dans le canton, l'objectif étant d'inciter les patient-e-s à éviter chaque fois que c'est possible de recourir aux services d'urgences hospitaliers.
- Toujours en 2006, le DSAS, en collaboration avec le DEC, a adressé une brochure « Recettes pour un hiver en pleine forme » à toutes les personnes de plus de 65 ans du canton. L'objectif prioritaire était de contribuer à diminuer le nombre de cas de grippe saisonnière et d'infection à pneumocoques ainsi qu'à prévenir les chutes et la malnutrition.
- Enfin, chaque année, à l'occasion de l'annonce des nouvelles primes d'assurance-maladie, Sanimédia, en collaboration avec le SASH, met à disposition des assuré-e-s les documents permettant de s'informer et, le cas échéant, de procéder à un changement d'assureur.

1.1.5 Formation et conditions de travail

Evolution des formations

En 2001, la convention intercantonale HES-S2 a créé la Haute école spécialisée santé-social de Suisse romande. Les filières de formation ont démarré une année plus tard, soit en 2002. En 2004, les domaines HES-SO (sciences de l'ingénieur et architecture, économie et services, design) et HES-S2 (santé, travail social) se sont réunis sous le label HES-SO et la préparation d'une convention unique a été lancée. C'est dans ce contexte que, avec les autres cantons romands, le canton de Vaud a entrepris dès le début des années 2000 les travaux qui ont conduit à l'inscription de l'ensemble des formations soignantes diplômées au niveau HES. Ce choix, qui représente un changement majeur tant pour la formation professionnelle infirmière que pour la perception de cette profession, n'a pas été le même dans les cantons alémaniques qui ont conservé, pour la formation infirmière du moins, une offre de formation au niveau ES. Simultanément, la nouvelle formation d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) de niveau CFC a été ouverte et dès 2004, les premières volées d'ASSC qualifiées sont arrivées sur le marché. Ainsi donc, dans le contexte de pénurie de personnel soignant de cette décennie, les institutions sanitaires devaient intégrer simultanément une réforme importante de la formation infirmière et l'apparition d'un nouveau métier de soins. Dans cette même période, la formation dans le domaine des soins a été transférée du DSAS au DFJC.

Au niveau fédéral, la loi sur les professions médicales a, dès 2002, introduit des modifications liées à l'adaptation au droit européen, ce qui impliquait l'exigence d'une formation post-grade pour pratiquer à titre indépendant et la création d'une formation post-grade minimale (3 ans). Les diplômes des pays de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange (Islande, Liechtenstein et Norvège) sont depuis reconnus par la Confédération (auparavant par les cantons).

Lutte contre la pénurie de personnel soignant

Depuis de nombreuses années, la lutte contre la pénurie de personnel soignant est une préoccupation des institutions sanitaires. L'Etat mène depuis le début des années 2000 des actions concrètes pour infléchir la tendance : revalorisation des conditions de travail du personnel diplômé, amélioration de l'image de la profession par des campagnes publicitaires ciblées, incitation et aide à la réinsertion professionnelle des infirmiers et infirmières en interruption d'activité. Avec des résultats concrets. Grâce au dispositif de réinsertion professionnelle, 300 infirmiers et infirmières ont entrepris un cursus de mise à niveau et 150 d'entre elles sont déjà sous contrat avec une institution de soins. Des mesures incitatives pour intégrer les assistant-e-s en soins et santé communautaire dans les institutions ont également été mises en œuvre.

Conditions de travail du personnel du secteur parapublic et des médecins hospitaliers

Du côté des médecins, une première convention collective de travail, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, a introduit la salarisation des médecins-chef-fe-s des hôpitaux privés subventionnés et a permis d'harmoniser, en tout cas en partie, leur statut avec celui des médecins-chefs du CHUV. Suite à la résiliation de cette première convention une nouvelle convention est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Du côté des médecins assistant-e-s, la soumission de ceux-ci à la loi fédérale sur le travail, en particulier à la règle des 50 heures de travail hebdomadaire, a été réalisée au 1^{er} janvier 2005.

Au terme de plus de trois ans de travaux, les partenaires sociaux, à savoir la plateforme patronale d'une part et la plateforme des travailleurs d'autre part, sont parvenus à un accord et ont conclu une Convention collective de travail (CCT) le 1^{er} octobre 2007. Cette CCT, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 pour une durée indéterminée, améliore les conditions de travail des quelque 15'000 personnes travaillant dans les institutions sanitaires subventionnées. Le Conseil d'Etat se réfère à cet égard au rapport qu'il a adressé au Grand Conseil sur ce sujet au printemps 2008, en réponse à diverses interventions parlementaires.

1.1.6 Libre pratique et offre ambulatoire

Limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire (« clause du besoin »)

Comme il l'avait annoncé en 2004, le Conseil d'Etat a géré l'application de l'ordonnance du Conseil fédéral sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, en concertation avec les partenaires. Vu la prolongation de la mesure décidée en octobre 2004 par les Chambres fédérales et la modification subséquente apportée par le Conseil fédéral à l'ordonnance d'application en mai 2005, le Conseil d'Etat a en particulier adopté, en juin 2005, un nouvel arrêté d'application qui maintient une souplesse dans la mise en œuvre du dispositif.

Démographie médicale

Le Service de la santé publique a conduit les travaux de migration des données du registre cantonal des médecins sur une nouvelle plateforme informatique. A la faveur de cette opération, une vaste campagne de réactualisation des données du registre a été entreprise.

En parallèle, le canton de Vaud a participé à l'étude de l'Observatoire de la santé sur l' « offre et le recours en soins médicaux ambulatoires en Suisse ». Cette étude donne une vision de l'offre médicale ambulatoire sur l'ensemble du territoire national, ainsi que du taux de recours de la population. Les résultats ont montré que, pour l'année 2004 en tout cas, il n'existait pas de pénurie de médecins à proprement parler, mais que certaines zones, notamment périphériques, étaient en situation « d'alerte », en ce sens qu'une évolution future défavorable (augmentation de la demande, fermeture de cabinets) entraînerait une situation de pénurie et des difficultés d'accès aux soins pour la population.

Médecine de premier recours

D'entente avec les autres cantons romands, le canton de Vaud a soutenu la création d'un véritable cursus romand de médecine générale. D'une structure légère et adaptable, ce cursus vise à accompagner un pool de médecins assistant-e-s dans la construction de leur parcours de formation en médecine de premier recours, sur l'ensemble de la Suisse romande, ainsi que de développer la qualité de leur formation dans les établissements hospitaliers et ambulatoires. Dans ce cadre, la création en 2007 de l'Institut universitaire de recherche et d'enseignement en médecine générale (IUMG) au sein de la Faculté de biologie et de médecine a constitué une étape importante dans la revalorisation du métier de médecin généraliste et dans la reconnaissance de la nécessité d'une formation de haut niveau pour assurer celui-ci.

Le DSAS a lancé en octobre 2005 un projet portant sur la formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes. Ce projet a permis de former quatre médecins par an au cabinet du praticien, en axant la formation sur la réalité du métier de généraliste exerçant dans le secteur ambulatoire.

Enfin, on peut encore signaler que l'IUMSP a conduit en 2006-2007, sur mandat du DSAS, des travaux sur les perspectives démographiques, sur la relève médicale ainsi que sur les facteurs de choix d'orientation des étudiants en médecine, des médecins assistant-e-s et des chef-fe-s de clinique. Il en est ressorti que la médecine de premier recours bénéficiait d'une image très favorable tant aux yeux des étudiants que des assistant-e-s et des chef-fe-s de clinique et que, vu ce terrain favorable, il était possible, tout au long de la formation pré- et postgraduée, de prendre des mesures propres à susciter ou à renforcer l'intérêt d'une formation dans ce domaine.

1.2 Activité des institutions subventionnées

Ce chapitre présente l'évolution de l'activité et des coûts des institutions sanitaires publiques et subventionnées de 2002 à 2006, toutes les données 2007 n'étant pas disponibles. Une première section rappelle succinctement l'évolution de la démographie vaudoise. Elle met en évidence l'importance de la demande potentielle des services de soins.

1.2.1 Evolution de la population

Tableau 1 : Population résidante par classe d'âge, VD 2002-2006

Classe d'âges	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Ecart 2002-2006
0 - 19	145'948	147'665	149'895	151'853	153'803	155'606	7'855
20 - 64	385'717	391'019	395'920	399'546	403'988	408'591	18'271
65 - 74 ans	49021	49283	49588	49813	50534	52151	1'513
75 - 79 ans	19906	19916	19915	20110	20238	20467	332
80 - 84 ans	14641	15236	15843	15996	15985	15880	1'344
85 - 89 ans	8141	8042	8043	8667	9218	9739	1'077
90 - 94 ans	3676	3744	3917	3774	3768	3757	92
95 ans et +	883	945	976	1032	1125	1188	242
En tout	627'933	635'850	644'097	650'791	658'659	667'379	30'726

Entre 2002 et 2006, la population vaudoise s'est accrue de près de 31'000 personnes (+ 4.9 %), ce qui est considérable – le taux d'accroissement annuel moyen est de 1.2 % – et explique en bonne partie l'augmentation du recours aux soins.

L'examen par groupe d'âge montre que la population de moins de 80 ans connaît au cours de la période une croissance légèrement plus lente (+ 4.7%). A contrario, l'effectif des 80 ans et plus, dont la consommation des prestations est particulièrement élevée, s'accroît de quelque 10 %. A relever l'augmentation très forte des plus de 95 ans : + 27 %.

1.2.2 Hospitalisation

Le tableau 2 présente l'offre en lits ainsi que l'activité hospitalière du CHUV, des hôpitaux spécialisés, des hôpitaux régionaux et des services de psychiatrie publics et subventionnés. Mettant à disposition quelque 3'000 lits en 2006, ces hôpitaux enregistrent 98'500 séjours pour quelque 76'000 patient-e-s (1.3 séjour par patient-e, en moyenne annuelle) et un peu plus de 900'000 journées d'hospitalisation. Soit, globalement, une activité en forte augmentation due en partie à l'évolution démographique qui, à elle seule, explique 42% des hospitalisations supplémentaires réalisées entre 2002 et 2006. Il faut relever qu'à côté de cette activité subventionnée, les cliniques privées contribuent également à la prise en charge hospitalière des assuré-e-s LAMal vaudois-e-s. Ainsi, d'après les statistiques fédérales à disposition, environ 12 à 15% des hospitalisations vaudoises ont lieu en clinique privée.

Pour les trois groupes d'âge distingués au tableau 2, le taux d'hospitalisation est en effet en augmentation mais plus particulièrement pour les 0-19 ans (+ 12.8%) et les plus de 65 ans (+ 9.3%). Cette augmentation est surprenante. Elle est cependant particulièrement marquée en 2004. On peut dès lors faire l'hypothèse qu'elle est due à la modification de la définition du séjour hospitalier suite à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations (OCP). Ce changement de définition a eu pour effet de faire entrer dans les hospitalisations, dès 2004, une partie des cas de moins de 24 heures considérés auparavant comme des semi-hospitalisations.

L'examen de l'évolution de l'activité par secteur d'activité – soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie – permet d'affiner ces observations.

Tableau 2 : Activité des hôpitaux publics et subventionnés entre 2002 et 2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2002-2006
Hospitalisation (1)						
Lits financés (2), en tout :	2'766	2'737	2'848	2'841	2'910	144
Dont : Soins somatiques aigus	1'913	1'913	2'001	1'969	1'994	81
Réadaptation	387	411	423	434	497	109
Psychiatrie	466	413	423	437	419	-46
Journées d'hospitalisation en tout :	867'147	858'611	895'212	890'462	913'026	45'879
Dont : Soins somatiques aigus	593'441	593'597	622'451	610'966	618'657	25'216
Réadaptation	127'211	134'942	139'447	142'685	163'153	35'942
Psychiatrie	146'495	130'072	133'314	136'811	131'216	-15'279
Séjours en tout :	87'499	88'842	98'707	98'337	98'494	10'995
Dont : Soins somatiques aigus	76'020	77'072	86'441	85'706	85'540	9'520
Réadaptation	6'168	6'393	6'582	7'032	7'719	1'551
Psychiatrie	5'311	5'377	5'684	5'599	5'235	-76
Durée moyenne de séjour :	10.02	9.66	9.33	9.22	9.27	-0.75
Soins somatiques aigus	7.81	7.70	7.20	7.13	7.23	-0.58
Réadaptation	20.62	21.11	21.19	20.29	21.18	0.56
Psychiatrie	27.58	24.19	23.45	24.43	25.07	-2.51
- Indice de case-mix (3)	1.040	1.084	1.043	1.036	1.044	0.004
Dont : Indice du CHUV	1.394	1.431	1.361	1.338	1.343	-0.051
Indice des autres hôpitaux	0.864	0.868	0.840	0.839	0.834	-0.030
Taux d'hospitalisation, en tout :	13.93%	13.97%	15.32%	15.11%	14.95%	1.02%
- 0-19 ans	10.12%	9.72%	11.28%	11.30%	11.42%	1.30%
- 20-64 ans	10.80%	10.88%	11.95%	11.65%	11.21%	0.41%
- 65 ans et plus	32.26%	32.89%	35.07%	34.83%	35.26%	3.00%

Source : Consolidation de sources diverses (Police sanitaire, données médicales des hôpitaux subventionnés, etc.)

(1) Etablissements subventionnés seulement, sans les divisions C, mais y compris les sites extra-cantonaux de Monthey (HdC) et d'Estavayer (HIB)

(2) Lits calculés sur la base des journées d'hospitalisation par application d'un taux d'occupation normatif de 85% pour les soins aigus et de 90% pour la réadaptation. Le tableau ci-dessus comprend les lits A et B des établissements psychiatriques et des sites extra-cantonaux.

(3) Indice de case-mix ou ICM : Nombre de points APDRG/Nbre de cas, le standard suisse valant 1; l'ICM est calculé sur les cas somatiques aigus (version 5.1 des cost-weights).

Soins somatiques aigus : poursuite de la diminution de la durée moyenne de séjour

Les soins somatiques aigus constituent le secteur d'activité le plus important des hôpitaux vaudois. Ils enregistrent 87% des séjours et 68% des journées. En 2006, la durée moyenne de séjour est de un peu plus de 7 jours.

L'évolution entre 2002 et 2006 est marquée par une forte augmentation de l'activité, acquise pour l'essentiel entre 2003 et 2004. Cette progression s'explique de la façon suivante :

- entrée dans le réseau subventionné de l'Hôpital de la Providence, qui faisait auparavant partie des cliniques privées,
- modification de la définition du séjour hospitalier suite à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance sur la calcul des coûts et le classement des prestations (OCP),
- augmentation réelle d'activité entre 2003 et 2004 qui, pour le CHUV, a été chiffrée à 4%.

Au cours de la période, les journées d'hospitalisation augmentent cependant nettement moins vite que les séjours (+ 5% contre +13%), traduisant par là la diminution de la durée moyenne des séjours qui passe de 7.8 à 7.2 jours. Quant à l'indice de « case mix », qui rend compte de la lourdeur moyenne des cas traités, il évolue peu entre 2002 et 2006. Pour cette dernière année, il est de 1.044. Relevons encore que les cas traités par le CHUV, qui a un indice de 1.343 en 2006, sont en moyenne nettement plus lourds que ceux traités par les hôpitaux régionaux dont l'indice moyen est de 0.834. Selon les statistiques à disposition, ils se situent un peu au-dessus de la moyenne des autres hôpitaux universitaires.

Soins de réadaptation en forte augmentation

Avec 8 % des séjours et 18 % des journées, la réadaptation constitue le 2^e secteur d'activité des hôpitaux publics ou subventionnés. La durée moyenne des séjours de 21.1 jours est trois fois plus élevée que celle des soins somatiques aigus. Elle est en légère augmentation.

Entre 2002 et 2006, la réadaptation s'est fortement développée puisque le nombre de séjours a progressé de 25% (5.8% par année¹) et les journées d'hospitalisation correspondantes de 28%. Cette augmentation s'explique par le reclassement en division B de patient-e-s en attente de placement dans des unités A, reclassement qui ne se faisait pas en 2002, par l'utilisation plus intensive des lits existants et par l'ouverture de nouveaux lits.

Stabilité des soins psychiatriques aigus

En 2006, la psychiatrie représente 5% des séjours et 14% des journées d'hospitalisation. Elle se caractérise par une durée moyenne de séjour de 25.1 jours, en nette diminution qui s'explique au moins partiellement par des prises en charge moins hospitalières, à savoir le remplacement des séjours prolongés par des séjours plus courts et des soins ambulatoires.

L'évolution 2002-2006 du nombre de séjours montre une augmentation jusqu'en 2004 puis une diminution sur les deux derniers exercices. Quant au nombre de journées, il évolue en dents de scie, avec une nette tendance à la baisse (- 11%). Cette évolution résulte du changement de pratique évoqué ci-dessus. Toutefois, dans la région lausannoise, la durée moyenne des séjours stationnaires ré-augmente depuis deux ans car, au-delà d'un certain seuil, la réduction de l'hospitalisation est associée à de fréquentes réhospitalisations.

1.2.3 Hébergement

Le tableau 3 présente l'évolution de l'activité des EMS subventionnés et des divisions C des hôpitaux régionaux. En 2006, ces établissements mettent à disposition environ 6000 lits d'hébergement et réalisent un peu plus de 2.1 millions de journées d'hébergement dont 97% en long séjour. De 2002 à 2006, l'activité est en légère croissance, avec une augmentation de quelque 200 pensionnaires présents au 31 décembre.

Tableau 3 : Activité des EMS subventionnés et des divisions Centre 2002 et 2006

Hébergement	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2002-2006
Pensionnaires présents au 31.12 (CS et LS) :	5'736	5'784	5'870	5'898	5'925	189
Dont : < 65 ans	534	535	544	565	572	37
65-74 ans	542	528	517	546	557	15
75-84 ans	1'655	1'724	1'758	1'764	1'742	87
85-89 ans	1'372	1'370	1'380	1'338	1'403	31
90-94 ans	1'186	1'166	1'227	1'196	1'098	-88
95 ans et +	447	460	445	489	554	107
Age moyen des pensionnaires au 31.12. ¹⁾					81.8	
Durée moyenne de séjour en année ¹⁾					2.34	
Age moyen à l'entrée ¹⁾					79.2	
Age moyen à la sortie ¹⁾					82.7	
Total des journées C et D ²⁾	2'062'577	2'091'995	2'112'514	2'125'333	2'119'011	56'434
Dont longs séjours	1'990'739	2'019'334	2'040'903	2'050'767	2'047'521	56'782
Durée moyenne de soins requise, en minutes	152.0	154.3	153.4	156.0	157.2	5.2
Taux d'hébergement global (%) :	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.0
Dont : < 65 ans	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
65-74 ans	1.1	1.1	1.0	1.1	1.1	0.0
75-84 ans	4.8	4.9	4.9	4.9	4.8	0.0
85-89 ans	16.9	17.0	17.2	15.4	15.2	-1.6
90-94 ans	32.3	31.2	31.3	31.7	29.1	-3.1
95 ans et +	50.6	48.7	45.5	47.4	49.2	-1.4

1) Long séjour uniquement; cette durée n'est calculable que depuis l'introduction de la nouvelle statistique fédérale des établissements de santé non hospitaliers (SOMED)

2) Courts et longs séjours

L'analyse des données disponibles révèle quelques caractéristiques des personnes hébergées.

Recours important à partir de 85 ans

Le taux d'hébergement reste relativement faible jusqu'à l'âge de 84 ans. Il ressort en effet des statistiques disponibles que 15.8% des personnes âgées de 75 à 84 ans bénéficient d'une prise en charge médico-sociale, à savoir 4.8% en EMS et 11% à domicile. A partir de 85 ans, le taux d'hébergement grimpe progressivement. Dès 95 ans, une personne sur deux est hébergée.

¹ Taux d'accroissement annuel moyen.

Augmentation de l'âge moyen des personnes hébergées

A fin 2006, l'âge moyen des personnes présentes est de près de 82 ans. Plus de la moitié ont plus de 84 ans et près de 30% au moins 90 ans. L'âge moyen à l'admission en longs séjours de ces personnes est de 79,2 ans contre 78,3 ans en 2002². Cet âge est toutefois quelque peu faussé par la présence de près de 600 pensionnaires de moins de 65 ans, qui sont hébergés en EMS pour des raisons de handicap ou de maladie. Calculé sur les seuls pensionnaires âgés d'au moins 65 ans, l'âge moyen à l'admission des présents à fin 2006 est de 83,5 ans. Pour la même catégorie de pensionnaires, l'âge moyen des personnes qui ont terminé leur séjour en 2006 est de 87 ans. A relever, que l'hébergement dure en moyenne 28 mois et qu'il prend fin en général suite à un décès.

Soins requis en progression

En 2006, la durée des soins requis quotidiennement par patient-e est en moyenne de 2h37. Elle a progressé de 5 minutes par rapport à 2002. Cette augmentation est sans doute le corollaire d'un âge moyen plus élevé qui requiert souvent davantage de soins.

1.2.4 Aide et soins à domicile

Le tableau 4 résume l'évolution de l'activité des services d'aide et de soins à domicile rattachés à l'OMSV. Compte tenu de l'introduction d'un nouveau catalogue des prestations et de nouvelles définitions dans la manière de compter les bénéficiaires et les heures délivrées, les données ne sont comparables entre elles que dès 2004. Ce sont elles qui fondent les commentaires présentés.

Tableau 4 : Aide et soins à domicile subventionnés entre 2002 et 2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2004-2006
Nb de clients annuels^{a)}	21'688	21'653	23'501	23'847	24'279	778
Nb de clients mensuels moyen^{b)}	9'944	10'004	11'799	12'088	12'415	616
dont par classe d'âge : < 65 ans			2'650	2'724	2'758	108
65 - 74 ans			1'655	1'701	1'698	43
75 - 84 ans			3'948	3'966	4'001	53
85 ans et +			3'546	3'698	3'958	412
Taux de prise en charge (%)^{c)}	1.6	1.6	1.8	1.9	1.9	0.1
dont par classe d'âge : < 65 ans			0.5	0.5	0.5	0.0
65 - 74 ans			3.3	3.4	3.4	0.0
75 - 84 ans			11.0	11.0	11.0	0.0
85 ans et +			27.4	27.4	28.0	0.6
Nb d'heures relevées par année^{d)}	1'046'423	1'056'110	1'127'510	1'163'405	1'230'921	103'411
Dont heures pour les soins de base	536'313	547'251	572'464	599'932	638'710	66'246

a) Dès 2004, nombre de personnes avec au moins une heure de prestations relevées pendant l'année (ne se compare pas avec 2002 et 2003 où on comptait des personnes sur la base d'heures facturées).

b) Dès 2004, il s'agit du nombre de personnes avec au moins une heure de prestations relevées pendant un mois (moyenne mensuelle calculée sur l'année). Pour 2002 et 2003, il s'agit du nombre moyen de personnes avec un dossier ouvert au premier de chaque mois de l'année (au 1er de chacun des 12 mois).

c) Pourcentage de personnes prises en charges par les soins à domicile par classe d'âge (calculé ainsi: nombre de clients mensuels moyens de la classe d'âge considérée divisée par le nombre de personnes au 31.12 dans cette classe d'âge multiplié par 100).

d) Dès 2004, volume annuel des principales prestations relevées (ne se compare pas avec 2002 et 2003 où on compte un volume annuel de prestations facturées).

Environ 12'400 bénéficiaires en moyenne mensuelle en 2006

Durant 2006, plus de 24'000 personnes (cf. définition a dans le tableau 4) ont bénéficié de prestations d'aide et des soins à domicile. En moyenne mensuelle, cela représente 12'400 bénéficiaires (cf. définition b dans le tableau 4), avec une augmentation annuelle moyenne de 2,6%. S'ajoutent à ces personnes, celles non décomptées qui ne font appel qu'à des services spécifiques tels que la location de moyens auxiliaires, la fourniture de repas ou de système de bio-télévigilance. Parmi ces 12'400 bénéficiaires, 22% ont moins de 65 ans (suites de traitements) et 64 % plus de 75 ans. Quant aux 80 ans et plus, ils génèrent un peu plus de la moitié de la demande.

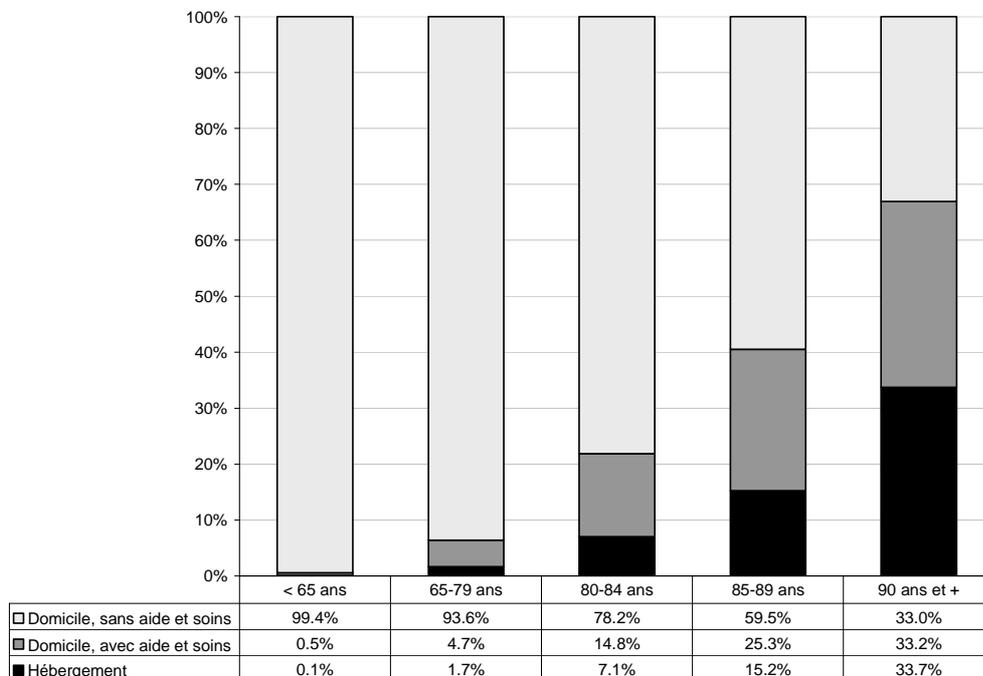
Recours important aux services médico-sociaux depuis l'âge de 85 ans

Jusqu'à l'âge de 74 ans, le taux de recours aux services d'aide et de soins à domicile est relativement faible. Entre 75 et 84 ans, le taux est de 11%. Il passe à 28% pour les 85 ans et plus. A noter que ces taux apparaissent relativement stables d'une année à l'autre.

² Selon l'ancien recensement médico-social des personnes hébergées en EMS.

Si l'on tient également compte des personnes hébergées en EMS (graphique 1), on constate qu'à partir de 65 ans, le taux de recours aux prestations médico-sociales quelles qu'elles soient augmente de manière exponentielle. Le graphique met également en évidence que les deux tiers des 90 ans et plus vivent à domicile, dont la moitié sans aide et soins de la part des centres médico-sociaux.

Graphique 1 : Taux de recours aux EMS et aux services à domicile subventionnés en 2006



Les soins de base représentent la moitié des heures de prestations

Les heures pour les soins de base représentent plus de la moitié des heures relevées pour les prestations d'aide et soins à domicile. Elles augmentent de 11.6% entre 2004 et 2006 et expliquent la majeure partie de l'évolution du volume total des prestations.

1.2.5 Urgences préhospitalières

Les urgences préhospitalières sont de deux types :

- les interventions primaires, qui correspondent à une première prise en charge d'un-e patient-e sur le lieu même d'un événement avec, si nécessaire, son transport vers un lieu approprié de soins,
- les interventions secondaires, qui consistent à prendre en charge un-e patient-e dans une structure de soins et à assurer son transport.

Au nombre d'environ 36'000 en 2006, les urgences préhospitalières sont assurées à raison des deux tiers par des services subventionnés et d'un tiers par des services privés, sans subvention de l'Etat. Les services subventionnés traitent 83% des interventions primaires (près de 20'800 sur 25'000) et, parmi celles-ci, la quasi-totalité (96%) des interventions en situations d'urgence et de sauvetage (interventions primaires de priorité 1³). Quant aux services d'ambulance non subventionnés, ils gèrent les trois quarts des interventions secondaires (11'000).

Le tableau 5 recense uniquement l'activité des services subventionnés. Les comparaisons année après année ne sont valables que depuis 2003 en raison de l'introduction d'un nouveau système de gestion avec, pour corollaire, de nouvelles définitions des informations saisies. Les commentaires qui suivent se basent donc essentiellement sur les années 2003 à 2006.

³ Priorité 1 : Niveau de priorité défini par la centrale 144 au moment de l'appel. Un niveau de priorité 1 correspond à un cas d'engagement immédiat, signaux prioritaires enclenchés, pour une intervention avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales.

Tableau 5 : Activité des services d'urgences préhospitalières subventionnés

<i>Activité des services subventionnés</i>	2002	2003	2004	2005	2006	Ecart 2003-2006
Total des interventions	20'769	21'048	22'195	23'556	23'672	2'624
Dont : primaires	17'580	18'634	19'508	20'574	20'762	2'128
secondaires	3'189	2'414	2'687	2'982	2'910	496
Urgence et sauvetage	14'991	16'262	16'744	17'410	17'579	1'317
Dont : 0-19 ans	2'133	1'582	1'706	1'776	1'761	179
20-64 ans	7'645	8'589	8'813	9'042	9'043	454
65 ans et +	5'213	6'091	6'225	6'592	6'775	684
Taux de recours, toutes interventions confondues	3.31%	3.31%	3.45%	3.62%	3.59%	0.28%
Taux de recours, Urgence et sauvetage	2.39%	2.56%	2.60%	2.68%	2.67%	0.11%
Dont : 0-19 ans	1.46%	1.07%	1.14%	1.17%	1.15%	0.08%
20-64 ans	1.98%	2.20%	2.23%	2.26%	2.24%	0.04%
65 ans et +	5.42%	6.27%	6.33%	6.63%	6.70%	0.43%
Urgences et sauvetages avec transport de patient-e-s *	14'522	15'749	16'099	16'701	16'930	1'181
Dont : - Indemne (NACA 0)	181	288	238	242	226	-62
- Cas légers (NACA 1 à 2)	4'998	5'358	5'540	5'648	5'829	471
- Cas moyens (NACA 3)	6'305	6'841	7'277	7'447	7'499	658
- Cas lourds (NACA 4 à 7)	3'038	3'262	3'044	3'364	3'376	114

* Sans les annulations en route et les interventions sans transport

65 personnes sont secourues chaque jour, dont 48 dans un contexte d'urgence et de sauvetage

Les prestations des services d'ambulance subventionnés – 23'672 interventions en 2006 – se répartissent entre 88 % d'interventions primaires et 12 % d'interventions secondaires. Parmi les interventions primaires, 85% d'entre elles sont considérées de priorité 1. Ainsi, chaque jour, 65 personnes sont prises en charge, dont 48 dans un contexte d'urgence et de sauvetage. Depuis 2003, on constate une augmentation annuelle de 2 interventions par jour, dont 1 intervention en situation d'urgence et de sauvetage.

En 2006, sur les quelque 17'600 interventions d'urgence et de sauvetage assurées par les services subventionnés, plus de la moitié concernent des personnes âgées de 20 à 64 ans, le solde se répartissant entre les 0-19 ans (10%) et les personnes de 65 ans et plus (39%). De 2003 à 2006, le pourcentage des interventions en faveur des 0-19 ans est constant. Celui des personnes de 65 ans et plus augmente de 1% au détriment de la proportion de cas entre 20 et 64 ans.

Les interventions augmentent trois fois plus vite que la population

Alors que la population vaudoise s'est accrue globalement de 3.6% entre 2003 et 2006, le nombre total d'interventions a augmenté de 12.5%. Le 80% de cette augmentation provient des interventions primaires – 60% pour des priorités 1 et 20% pour des priorités 2 et 3 – , alors que 20% de l'augmentation est lié aux interventions secondaires. Cette évolution est le reflet d'une augmentation du taux de recours. Pour les interventions en situation d'urgence et de sauvetage, tout âge confondu, le taux passe de 2.56% en 2003 à 2.67% en 2006. Par groupe d'âge, le taux passe de 1.07% à 1.15 % pour les 0-19 ans, il reste quasi constant pour les 20-64 ans et passe de 6.27% à 6.70% pour les 65 ans et plus.

Lourdeur des cas pratiquement stable depuis 2003

Le degré de gravité est évalué par le personnel des ambulances à l'aide de l'échelle NACA⁴. La proportion des cas légers, (NACA 0 à 2) est de 36%, celle des cas moyens (NACA 3) est de 44 %, quant aux cas lourds avec menace vitale (NACA 4 à 7), ils représentent 20 % des situations. Ces proportions sont relativement stables tout au long de la période considérée.

1.2.6 Institutions de prévention

Le tableau 6 met en évidence, pour la période 2002–2007, les dépenses des principales institutions de prévention subventionnées par le DSAS ainsi que le montant des subventions versées. A défaut d'indicateurs d'activité comparables dans ce domaine, le recours à l'évolution des dépenses permet en effet de rendre compte de l'importance de l'effort consenti durant ces six ans en faveur de la promotion de la santé et de la prévention. Alors que les dépenses totales des institutions considérées passent de 12.1 millions de francs à 15.7 millions de francs (+ 30%), les subventions passent de 5.8 millions de francs à 9.1 millions de francs (+ 56 %). C'est dire que l'augmentation des activités – et plus particulièrement celle de Profa – à été rendue possible grâce à un soutien supplémentaire très important de l'Etat. Cependant,

⁴ NACA = indice de gravité gradué de 0 à 7 et 9 selon la gravité (avec 9 : pas de patient ou annulation en route). L'indice de 0 à 7 correspond à la situation clinique la plus grave rencontrée pendant toute la durée de la prise en charge.

d'autres institutions – en particulier les Ligues de la santé – ont augmenté considérablement leurs activités sans que l'Etat n'augmente son soutien. A relever que les 9.1 millions de francs précités ne représentent qu'une partie de l'engagement financier de l'Etat pour la prévention. En effet, le Service de la santé publique subventionne d'autres organismes actifs dans la prévention. Ainsi, en 2007, son budget en la matière était de 13.8 millions de francs.

Tableau 6 : Dépenses des principales institutions de prévention entre 2002 et 2007 (en milliers de francs)

Programme/institution	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Augmentation 2002-2007 en %
- Ligues de la santé (LS)	2'952	3'008	2'995	3'106	4'217	4'415	49.6
Dont subvention de l'Etat	1'394	1'417	1'425	1'425	1'405	1'405	0.8
- Fondation PROFA	5'587	5'792	6'205	6'492	6'609	6'835	22.3
Dont subvention de l'Etat	2'417	2'323	2'586	3'673	4'180	5'317	120.0
- Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)	2'105	2'209	2'244	2'095	2'072	2'114	0.4
Dont subvention de l'Etat	1'238	1'260	1'266	1'266	1'266	1'266	2.3
- Fondation pour le dépistage du cancer du sein (FDCS)	1'214	1'359	1'407	1'373	1'455	1'553	27.9
Dont subvention de l'Etat	792	815	819	819	808	908	14.7
- Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET)	269	439	531	495	902	807	200.0
Dont subvention de l'Etat	0	0	0	0	200	200	non pertinent
- En tout	12'127	12'808	13'381	13'561	15'255	15'724	29.7
Dont subvention de l'Etat	5'840	5'815	6'097	7'184	7'859	9'096	55.7

Les principales caractéristiques de ces institutions sont présentées ci-après.

Ligues de la santé

Le nombre de membres de la Fédération vaudoise des Ligues de la santé est passé de 6 en 2002 à 10 en 2007. Les Ligues de la santé développent essentiellement des programmes de promotion de l'activité physique, de promotion de l'alimentation équilibrée et de prévention des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Elles gèrent également les programmes de prévention de la consommation à risque d'alcool et de prévention du tabagisme menés respectivement par la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme et le CIPRET-VD.

Le Programme « Allez Hop » est confié aux Ligues par l'Office fédéral du sport. Le nombre de cours en Suisse romande est passé de 275 en 2002 à plus de 400 en 2006. En plus, le partenariat de « Allez Hop » avec la Fondation Promotion Santé Suisse et des partenaires privés a permis de mettre sur pied un événement annuel, le « Walking Day », dont la première manifestation en 2002 a attiré à Dorigny quelques 500 participants et la dernière édition en 2007 à Morges a rassemblé plus de 2'000 participants. Les diverses prestations de promotion de l'activité physique organisées dans les régions ont réuni 3499 personnes en 2002 et 3964 en 2006.

Dans le cadre du programme « Fourchette verte » le nombre d'établissements labellisés est passé de 41 en 2002 (représentant 3'007 places assises) à 215 en 2007 (environ 16'000 places assises). Dans les régions, les consultations diététiques et les cours de promotion de l'alimentation équilibrée ont touché 3048 participant-e-s en 2002 et 4569 en 2006.

Le programme « Bilan & Conseils santé » (BCS) basé sur la détection des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et la transmission de conseils individuels a connu une forte progression avec 2683 dépistages en 2002 et 4083 BCS en 2006.

Des collaborations intercantionales, nationale et privées ont été développées par les Ligues depuis 2002 dans le cadre de programmes, comme la mise en œuvre romande du Plan d'Action Environnement et Santé de l'OFSP. Les compétences administratives des Ligues ont permis le rattachement du secrétariat général de Fourchette Verte Suisse, du programme intercantional de prévention des accidents domestiques des enfants de 0 à 6 ans (PIPAD'ES), du secrétariat romand de la Commission de prévention et de promotion de la santé du Groupement romand des services de santé publique (GRSP). Les Ligues ont activement participé à la préparation du programme cantonal 2008-2012 issu de la stratégie de Promotion santé Suisse (PSS) pour le poids corporel sain et du programme national alimentation et activité physique 2008-2012 dont elles assureront la mise en œuvre.

Les programmes cantonaux et toutes autres actions de prévention sont mis en œuvre sur le territoire vaudois par l'intermédiaire des quatre Espaces Prévention, dont la clarification du rôle, des missions, et des modes de collaboration avec les partenaires cantonaux a permis de renforcer les compétences et de développer des synergies.

Fondation Profa

La Fondation Profa est le Centre de référence cantonal pour la santé sexuelle et reproductive. Elle est mandatée par le DSAS pour gérer les centres de planning familial extrahospitaliers dont le financement est assuré via la facture sociale depuis le 1er janvier 2007. Sur mandat du DSAS et du DFJC, la Fondation Profa dispense des cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire et apporte un soutien spécialisé aux professionnel-le-s du monde éducatif, sanitaire et social. Entre 2002 et 2007, l'augmentation des moyens financiers alloués à Profa a notamment permis la consolidation et la mise à niveau progressive des dotations des centres de planning ainsi que la pérennisation des cours de prévention des abus sexuels (classes enfantines et 1er cycle primaire) pour la commune de Lausanne. Enfin, le Conseil en périnatalité a bénéficié d'une consolidation progressive de son financement par la pérennisation des équipes existantes issues de projets pilotes, la mise à niveau progressive des dotations terrain des sages-femmes conseillères et assistant-e-s sociales en périnatalité, l'implantation échelonnée dans toutes les maternités publiques du canton.

Fondation pour le dépistage du cancer du sein (FDCS)

La FDCS gère le programme organisé de dépistage du cancer du sein depuis le lancement du projet-pilote dans trois districts en 1993. En 1999, le programme a été généralisé sur tout le territoire cantonal. L'activité de dépistage au cours de la période considérée a augmenté régulièrement (passant de 14'680 mammographies en 2002 à 18'908 en 2006). En plus de la gestion du programme vaudois, la FDCS a participé très activement à la coordination romande des programmes de dépistage mise en place en 2003. Les principaux chantiers de la coordination ont été l'élaboration d'un logiciel de gestion et d'évaluation commun des programmes de dépistage (Multifondacs) et la rédaction de deux brochures, l'une destinée aux femmes invitées au dépistage organisé par les cinq programmes romands et l'autre, financée par la Ligue suisse contre le cancer, donnant l'information générale sur le dépistage du cancer du sein et destinée à toutes les femmes.

Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)

Cette Fondation, créée en 1986 sous l'égide du Conseil d'Etat a deux missions : l'une sociale avec dépistage et prise en charge de personnes ayant des problèmes d'alcool et l'autre préventive avec sensibilisation des jeunes et de la population aux problèmes liés à une consommation à risque ou abusive d'alcool.

L'activité de prise en charge sociale de la FVA est globalement stable ces dernières années, à savoir entre 700 et 800 dossiers actifs et environ 150 évaluations alcoologiques n'aboutissant pas à l'ouverture d'un dossier. Le renouvellement est également régulier, à savoir environ 250 nouvelles demandes par année versus le même nombre de fermeture de dossiers.

Depuis 2002, les actions menées dans le domaine de la prévention visent à prévenir l'expérience précoce de la consommation d'alcool ou l'abus d'alcool et les risques qui y sont liés, renforcer les compétences individuelles et collectives de protection de la santé et à contribuer à la création d'un environnement social favorisant des comportements alternatifs à la consommation d'alcool. Ces actions se déroulent au sein des communes, de l'administration, des écoles et lieux d'apprentissage, des entreprises, de la population lors de manifestations, sur les routes et dans les différents groupes de professionnel-le-s concerné-e-s (dont les vendeurs d'alcool). Par ailleurs, le Canton soutient la FVA comme centre de référence dans son domaine également lors de projets ponctuels (par exemple lors de l'EURO 08).

Le Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET-Vaud)

Le CIPRET a connu un renforcement de ses moyens financiers entre 2002 et 2007. La consolidation depuis 2006 d'une partie des ressources nécessaires à son fonctionnement et à l'accomplissement des programmes qui lui sont confiés lui a permis d'obtenir un soutien conséquent du Fonds de prévention du tabagisme de la Confédération. Devenu centre de référence cantonal pour la prévention du tabagisme, il fournit l'expertise dans ce domaine à l'attention des autorités cantonales. Il a notamment servi d'appui dans le traitement des objets parlementaires de plus en plus nombreux. Entre 2002 et 2007, ce sont pas moins de huit objets qui ont occupé divers services de l'administration, aboutissant à la mise en place de mesures structurelles (interdiction de la publicité, de la vente aux mineurs, règlement sur l'interdiction de fumer dans les locaux de l'administration) et de prévention (programmes et participation à des programmes de prévention du tabagisme dans les écoles, les centres et clubs sportifs, les lieux de loisirs, campagne « Un air de liberté sans fumée », accompagnement des mesures d'interdiction de fumer dans les lieux de travail, consultations régionales, etc.).

1.2.7 Dépenses des services de soins subventionnés

Le tableau 7 présente les dépenses des services de soins subventionnés dont l'activité vient d'être commentée. Il indique également, pour chaque secteur, le coût à charge de l'Etat, ainsi que l'engagement financier en faveur des réseaux de soins. Les dépenses pour la prévention mises en évidence au chapitre précédent ne sont pas reprises dans ce tableau.

Tableau 7 : Dépenses 2002-2007 des services de soins subventionnés et des charges de l'Etat (en millions de francs)

Catégorie de dépenses	Année						Ecart 2002-2007 en %
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
	Comptes					Budget	
Dépenses du CHUV et des hôpitaux régionaux ⁽¹⁾	1'202.8	1'272.1	1'320.5	1'327.1	1'328.6	1'345.8	11.9%
Dont : dépenses d'exploitation	1'108.2	1'180.6	1'234.7	1'252.0	1'253.6	1'274.2	15.0%
dépenses d'investissements	94.6	91.5	85.8	75.1	75.0	71.6	-24.3%
Coût à charge de l'Etat	615.6	653.0	671.3	661.6	663.4	692.0	12.4%
Dépenses des EMS	521.2	550.0	557.1	533.5	547.4	555.6	6.6%
Dont : dépenses d'exploitation	488.7	511.7	522.6	500.2	514.0	531.0	8.7%
dépenses d'investissements ⁽²⁾	32.5	38.3	34.5	33.3	33.4	24.6	-24.2%
Coût à charge de l'Etat	153.1	144.2	139.3	135.0	135.0	134.3	-12.3%
Dépenses des organisations de soins à domicile ⁽³⁾	150.0	166.5	173.3	173.6	183.3	198.2	32.1%
Coût à charge de l'Etat	43.3	48.0	47.3	46.4	48.6	53.3	23.1%
Dépenses des services d'ambulances ⁽⁴⁾	17.5	19.4	21.1	21.8	22.7	23.1	32.0%
Coût à charge de l'Etat ⁽⁴⁾	7.2	7.5	10.6	8.4	8.3	9.4	30.6%
Dépenses totales des services de soins subventionnés	1'891.5	2'008.0	2'071.9	2'056.02	2'082.0	2'122.8	12.2%
Coût à charge de l'Etat	819.2	852.7	868.5	851.4	855.3	889.0	8.5%
Coût à charge de l'Etat pour les réseaux de soins	4.7	5.9	6.0	6.2	5.5	5.3	12.8%
Dont : montants fixes	1.7	2.0	1.8	1.5	1.6	1.4	-17.6%
soutien à des projets	1.7	1.4	1.2	0.7	0.3	0.1	-94.1%
financement de programmes cantonaux	1.3	2.5	3.0	4.0	3.7	3.8	192.3%
Coût total à charge de l'Etat	823.9	858.6	874.5	857.6	860.8	894.3	8.5%

Sources : Comptes et budgets de l'Etat, tableau des subventions SSP

Remarques :

1) Dès 2007, estimation sur la base du système de financement en vigueur jusqu'en 2006

2) Investissement des divisions C inclus dans les hôpitaux RIP

3) Y compris les dépenses pour le BOUM, la santé scolaire, la prévention petite enfance et la prévention des chutes et de la malnutrition, au total 16.4 millions en 2007

4) Services d'ambulances *stricto sensu*, sans la Centrale 144, les SMUR, la Fondation Urgences-santé et les mesures ORCA, pour lesquelles la subvention budgétée de l'Etat en 2007 est de 9.4 millions

Chiffres-clés

En 2007, les dépenses budgétées des services de soins subventionnés vaudois se répartissent comme suit :

- 1,35 milliard pour les hôpitaux subventionnés, dont 1,27 milliard concerne l'exploitation et 72 millions l'investissement. L'Etat finance le 51% de ces dépenses, soit 692 millions ;
- 556 millions pour les EMS, à raison de 531 millions pour l'exploitation et 25 millions pour l'investissement. L'Etat prend à charge le quart de ces dépenses, soit 134 millions ;
- Presque 200 millions pour les organisations d'aide et de soins à domicile, la part à charge de l'Etat étant de 53 millions ou 27% ;
- 23,1 millions pour les services d'ambulance, dont 9,4 millions ou 41% financés par l'Etat.

Dans l'ensemble, l'Etat de Vaud consacre quelque 890 millions au financement des services de soins publics ou privés reconnus d'intérêt public. Plus des trois quarts de ces dépenses concernent l'hospitalisation.

En plus de ces montants, l'Etat verse 5,3 millions aux réseaux de soins pour soutenir la coopération entre institutions subventionnées et mettre en œuvre des programmes cantonaux de santé publique. Cet effort représente le 0.6% des engagements de l'Etat.

Evolution 2002-2007

Entre 2002 et 2007, les moyens du CHUV, des hôpitaux spécialisés et des hôpitaux régionaux croissent de 11,9%, alors que la participation de l'Etat croît de 12,4%. Les causes principales de l'augmentation plus rapide des contributions de l'Etat sont l'amélioration des conditions de travail du personnel (nouvelle convention salariale), l'hospitalisation plus fréquente de résident-e-s vaudois-e-s dans d'autres cantons et le recul de l'engagement des assureurs par rapport au tarif du CHUV.

Pour les EMS subventionnés, l'évolution est inverse : leurs dépenses augmentent de 6,6% entre 2002 et 2007 pendant que la part à charge de l'Etat diminue de 12,3%, principalement à cause de trois mesures : augmentation de la participation des communes à la facture sociale (passage de 40% en 2002 à 50% en 2004), programme d'économie en 2005 et 2006 et report du financement étatique des charges d'entretien des immeubles et du mobilier sur les tarifs socio-hôtelières, dès 2007.

Les dépenses des organisations d'aide et de soins à domicile sont en forte croissance. Elles augmentent de plus de 30% entre 2002 et 2007, passant de 150 à 198 millions. Durant la même période, la part de l'Etat augmente moins rapidement (+ 23,1%), en raison d'une croissance un peu plus rapide de la part des communes entre 2002 et 2004 permettant d'opérer un rattrapage pour le financement du déficit des associations/fondations en application de la loi sur l'OMSV.

Pour les services d'ambulance subventionnés, les dépenses progressent également d'environ 30% entre 2002 et 2007. Durant le même laps de temps, la part à charge de l'Etat augmente de 30,6%, en raison du retrait des communes décidé dans le cadre d'ETACOM et de la professionnalisation des services.

En tout, les charges de l'Etat pour les services de soins subventionnés augmentent de 8,5% de 2002 à 2007 pendant que ces services voient leurs moyens augmenter de 12,2%.

Quant aux moyens accordés par l'Etat aux réseaux de soins, ils augmentent de 12,8% au cours de cette période. Cette croissance traduit en fait, conformément aux décisions prises par le Conseil d'Etat dans le cadre de la réponse à l'initiative Delacour, un désengagement concernant le soutien aux projets (suppression du Fonds d'innovation et d'appui à la constitution des réseaux de soins) compensé par une augmentation importante du financement des programmes cantonaux. En effet, en 2007, trois programmes sont soutenus par l'Etat (BRIOs, HPCI et soins palliatifs), contre un seul en 2002.

Deuxième partie : les changements à prendre en compte

II.1 Evolution démographique et tableau épidémiologique

Les pays industrialisés ont connu au cours du 20^{ème} siècle un progrès rapide des connaissances médicales, induisant le développement de services de santé dédiés essentiellement aux problèmes de santé aigus (par ex. maladies infectieuses, accidents). Associé notamment à de meilleures conditions d'hygiène, ce phénomène a produit une transition démographique caractérisée par une augmentation de la longévité et un recul de la natalité. Son résultat est un vieillissement de la population et un développement à large échelle des maladies chroniques dégénératives auxquelles le canton de Vaud, comme les autres cantons suisses, doit faire face. Malgré les investissements consentis dans le domaine des soins de longue durée (en EMS et à domicile) et les mesures prises pour se réorganiser (par ex. Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire), le système de santé peine à s'adapter, d'une part, à l'accélération du rythme de vieillissement de la population et, d'autre part, à la nature des besoins liés à l'avancée en âge, qui ne se limitent plus à l'hébergement médico-social, ainsi qu'à l'aide et aux soins à domicile.

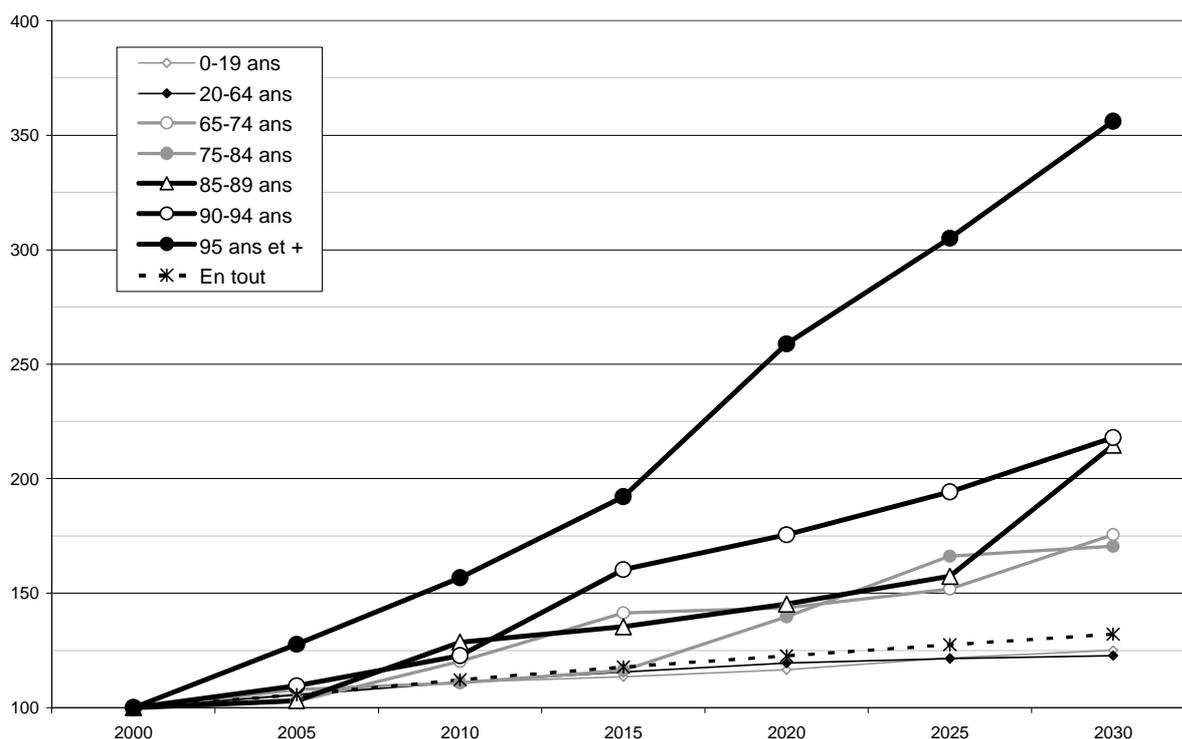
Les difficultés d'adaptation du système de santé aux besoins actuels de la population sont nombreuses car, bien qu'elles n'aient pas été quantifiées de façon systématique, elles sont vraisemblablement très coûteuses. Faute de voir leurs besoins correctement évalués et pris en considération conformément aux recommandations de bonne pratique, des personnes âgées voient leur état de santé se décompenser et leur niveau d'autonomie se réduire. Le poids de la dépendance fonctionnelle se fait alors sentir à la fois sur les services de santé (besoins croissants de soins médico-sociaux) et sur la société dans son ensemble, les proches devant renoncer à certaines activités pour prodiguer des soins qui, s'ils sont dits « informels », ne sont pas sans répercussions économiques sur les individus et sur la société. Par ailleurs, l'insuffisance de soins adéquats a pour effet secondaire de précipiter des personnes âgées vers un système de santé conçu essentiellement pour des maladies aiguës, où des ressources coûteuses, par exemple hospitalières, se trouvent engorgées par l'accumulation de cas jugés « inappropriés ».

Cependant, l'évolution de la population du canton de Vaud ne se limite pas à un phénomène de vieillissement. Selon les projections établies par le SCRIS, ses principales caractéristiques seront :

- Un accroissement de l'effectif total de la population vaudoise, dont le nombre devrait passer de 651'000 en 2005 à 755'000 en 2020. Toutes les catégories d'âge augmenteront. Un tel accroissement s'est déjà produit par le passé, mais dans les années à venir, la croissance sera plus faible pour les enfants et plus prononcée pour les personnes âgées, induisant un vieillissement démographique, c'est à dire une augmentation de la proportion des personnes âgées dans l'ensemble de la population.
- Une augmentation particulièrement marquée du nombre des personnes de 65 ans ou plus au cours des 20 prochaines années, résultant de deux phénomènes complémentaires. D'une part, la génération du baby-boom arrive aujourd'hui à l'âge de la retraite : l'effectif des « jeunes seniors » (65-79 ans) passera en conséquence de 70'000 en 2005 à 98'000 en 2020 (+40%). D'autre part, l'augmentation de la longévité produit un nombre croissant de personnes très âgées : l'effectif des résident-e-s du canton âgés de 80 ans ou plus continuera à grandir régulièrement, passant de 29'000 en 2005 à 38'000 en 2020 (+31%).
- Dès 2022, une augmentation accélérée de l'effectif des personnes très âgées (plus de 80 ans), car la génération nombreuse du baby-boom arrivera à l'âge de 80 ans. La catégorie des personnes âgées de 80 ans et plus doublera pratiquement (+90%) entre 2005 et 2030.
- Une augmentation de la population de moins de 20 ans, qui passera de 152'000 en 2005 à 167'000 en 2020 (+10%).
- Une augmentation de la population en âge de travailler (20-64 ans) de 400'000 en 2005 à 452'000 en 2020 (+13%), accompagnée d'un vieillissement du groupe des actifs. Cependant, les projections de la population active sont plus délicates car son évolution dépendra surtout de phénomènes migratoires. Ainsi, la croissance de la population vaudoise s'est récemment accélérée, en raison surtout d'une augmentation de l'immigration : alors que les projections du SCRIS envisageaient une croissance de la population résidente de 37'000 en cinq ans, ces chiffres pourraient être dépassés. Le nombre des résident-e-s s'est en effet accru de 46'000 personnes au cours des six dernières années, dont près de 9'000 pour la seule année 2007.

Perspectives de population 2000 - 2030							
	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
0-19 ans	143'082	151'853	158'934	162'233	166'731	174'147	178'941
20-64 ans	378'339	399'546	420'527	437'438	451'977	459'573	464'103
65-74 ans	48'442	49'813	58'209	68'465	69'591	73'564	85'029
75-84 ans	33'451	36'105	37'068	38'893	46'739	55'590	57'023
85-89 ans	8'409	8'667	10'815	11'380	12'211	13'238	18'045
90-94 ans	3'446	3'774	4'228	5'525	6'050	6'694	7'511
95 ans et +	809	1'032	1'268	1'555	2'094	2'468	2'881
Total	615'978	650'791	691'049	725'490	755'394	785'273	813'533

Source SCRS : Sc de base 2-2007



La démographie permet de prévoir le tableau épidémiologique des vingt prochaines années et d'envisager dès à présent les orientations à prendre. Au centre de cette évolution se trouve la nécessité de prévenir les maladies chroniques et d'accélérer l'adaptation du système de santé au vieillissement de la population, au profit de toutes les générations car les conséquences économiques et sociales de pathologies chroniques négligées affectent l'ensemble de la société. Cette nécessité suppose la prise en compte de six préoccupations majeures.

Développement quantitatif et qualitatif des ressources gérontologiques

La prise en charge du nombre croissant de personnes très âgées nécessitera un développement conséquent des soins à domicile ainsi que de l'offre en milieu institutionnel, notamment pour les personnes atteintes de démence, ainsi que la disponibilité d'une variété de structures intermédiaires (appartements protégés, courts séjours médico-sociaux, accueil de jour, etc.). L'harmonisation et l'amélioration tant de la disponibilité que de la qualité de l'évaluation médicale gériatrique et psychogériatrique seront déterminantes en présence de personnes cumulant plusieurs maladies chroniques dégénératives. La coordination de leurs soins sera un enjeu majeur afin d'éviter l'engorgement du système de santé par des patient-e-s bloqué-e-s dans des niveaux de soins inadéquats.

Le vieillissement démographique induira une augmentation de la prévalence des maladies chroniques (notamment rhumatologiques, cardio- et cérébro-vasculaires, oncologiques, neurologiques et psychiatriques) dont certaines affectent les personnes bien avant l'âge de 65 ans. Ainsi, d'ici 2030, le volume supplémentaire attendu de certaines pathologies, en lien avec l'évolution de la population vaudoise, devrait être de 60 à 70% pour les insuffisances cardiaques, de 70% pour les accidents vasculaires cérébraux, de

50% pour le diabète, de 70% pour le cancer de la prostate, de 75% pour la démence sénile type Alzheimer, de 70% pour la maladie de Parkinson ou encore de 80% pour les déficits et dépendances fonctionnels. Les besoins en matière de traitement actif de pathologies potentiellement invalidantes et de réadaptation augmenteront en conséquence. Le système sanitaire vaudois devra évoluer en sorte d'y répondre adéquatement pour éviter une augmentation cumulative des situations de perte d'autonomie résultant de soins insuffisants.

A travers l'ensemble des professions de la santé et des réseaux de soins, les compétences en matière de gériatrie et de psychogériatrie doivent être augmentées pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées atteintes de pathologies chroniques dégénératives. L'expansion de ces maladies justifie aussi le développement de soins palliatifs non limités aux situations de fin de vie et complémentaires aux soins à visée curative ou de réadaptation.

Développement d'une prévention centrée sur la fragilisation

Malgré l'image parfois idéalisée de la santé des « jeunes seniors », l'existence de pathologies chroniques est la règle plus que l'exception dans cette classe d'âge. Ainsi, une enquête menée à Lausanne montre que 15% seulement des personnes de 65 à 70 ans n'ont aucune maladie chronique diagnostiquée et 60% en rapportent deux ou davantage. Bien qu'entre 65 et 70 ans la dépendance envers autrui dans la vie quotidienne soit rare, le risque d'évolution vers une perte d'autonomie est donc élevé, et plus d'un quart des Lausannois âgés de 65 à 70 ans présentent déjà des signes de fragilité. Un enjeu majeur des 20 prochaines années sera de préserver la santé de la génération du baby-boom afin d'éviter d'avoir à faire face à une augmentation massive des cas de dépendance fonctionnelle dans le second quart de ce siècle. Ceci nécessitera des mesures de prévention, notamment secondaire et tertiaire, visant à freiner l'évolution de pathologies dégénératives déjà présentes, à réduire le risque de leurs séquelles, et à détecter précocement les personnes en voie de fragilisation pour déclencher une prise en charge de type gériatrique.

Maintien de l'accès aux soins aigus et adaptation aux besoins de nouveaux groupes

Le vieillissement démographique ne doit pas masquer le fait qu'une croissance de la population est prévue dans toutes les catégories d'âge. Face au poids politique prévisible des personnes âgées de 65 ans ou plus dans les années à venir, les besoins des plus jeunes (enfants, adolescents, adultes en âge de travailler) ne devront pas être négligés. Au cours de la dernière décennie, des efforts importants de réorganisations de l'offre ont caractérisé la politique sanitaire vaudoise et les capacités, notamment hospitalières, ont été réduites en raison de la diminution de la durée moyenne de séjour et du virage ambulatoire. Les structures de soins, qui seront fortement sollicitées pour affronter les effets du baby-boom et d'une longévité accrue, devront parallèlement continuer à répondre aux besoins d'une population de moins de 65 ans qui augmentera également. Il conviendra en outre de prendre en considération les modifications structurelles de jeunes générations caractérisées par une proportion croissante d'immigrant-e-s, présentant des besoins médicaux et psychosociaux spécifiques.

Renforcement de la prévention primaire

A travers l'ensemble des catégories d'âge, la prévention primaire et la promotion de la santé doivent rester une préoccupation centrale dans une perspective de réduction de la charge liée aux maladies chroniques, somatiques et psychiques. Elles devront donc être renforcées et également adaptées aux catégories de population en développement (i.e. migrant-e-s, personnes âgées, etc.).

Développement, adaptation et mobilisation des ressources humaines

La question de la disponibilité des professionnel-le-s de la santé pour faire face à l'évolution démographique et épidémiologique se pose de manière similaire, mais amplifiée par rapport à celle détaillée au chapitre II.4.2 ci-dessous s'agissant du monde de la santé en général.

L'incitation à l'aide informelle dans le réservoir des « jeunes seniors », en faveur des plus âgé-e-s, pourrait provisoirement constituer une partie de la solution face aux besoins croissants de prestations concourant au maintien à domicile, parmi lesquelles figurent des soins, mais aussi des appuis d'ordre social. Les modalités de cette incitation doivent être examinées durant la législature. Cependant, les jeunes retraités ne sont pas exempts de problèmes de santé et cette ressource n'existera que de façon provisoire. D'ici quinze ans, la génération du baby-boom atteindra elle-même l'âge de 80 ans et ne sera pas suivie d'une génération nombreuse susceptible de lui procurer un grand volume d'aide informelle. La prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle est donc une priorité.

Mise sur pied d'un dispositif de suivi

Le vieillissement démographique se poursuivra au-delà de la législature. L'adaptation des ressources et des activités sera une entreprise de longue haleine, centrale pour l'évolution du système sanitaire vaudois dans son ensemble. L'établissement de priorités sera sous-tendu d'enjeux éthiques et économiques majeurs. Pour ces raisons, un dispositif de suivi doit être mis sur pied afin de guider et d'accompagner le développement de la politique cantonale en matière de santé.

II.2 Evolution des technologies

S'il est délicat de prévoir les inventions futures capables de modifier profondément la santé de la population et sa prise en charge, on peut s'attendre au développement d'une offre de technologies nouvelles s'adressant aux personnes atteintes de pathologies dégénératives.

Dans le domaine des médicaments, les dernières années ont par exemple vu la diffusion rapide des statines pour la prévention des maladies cardio-vasculaires. L'industrie recherche activement des molécules qui pourraient être proposées au grand nombre de personnes affectées de maladies chroniques, accompagnées ou non de manifestations cliniques, en vue de prévenir une aggravation, des récurrences ou des séquelles. L'évolution naturelle de cette tendance est l'élargissement de la prescription de médicaments aux individus présentant un risque, même très modérément plus élevé que la normale, de développer des pathologies dégénératives avant même leur apparition. La diffusion, en-dehors de la sphère médicale, de tests génétiques pour un large éventail de maladies, proposés directement à la population, est une nouvelle réalité génératrice d'une future demande pharmacologique sophistiquée. L'accès aux suivis spécialisés et aux futurs médicaments destinés aux personnes dont le risque aura été révélé par leur profil génétique dépasse la compétence cantonale et dépendra de décisions au niveau fédéral, notamment dans le cadre de la LAMal.

Un autre domaine en développement est celui des prothèses permettant de pallier les défaillances d'organes (prothèses articulaires, sensorielles, défibrillateurs cardiaques implantés, organes artificiels, etc.). Dans une certaine mesure, la diffusion de ces technologies dépendra de la planification cantonale, notamment lorsqu'elles nécessitent un plateau technique hospitalier. Si les progrès technologiques modifieront vraisemblablement les prises en charge médicales dans le futur, le chemin à parcourir vers une application clinique semble encore long pour la plupart des développements évoqués plus haut. Il paraît donc peu probable que de nouvelles technologies prothétiques émergent et se diffusent à un point tel qu'elles bouleversent fondamentalement la prise en charge des maladies chroniques au cours de la législature. Néanmoins, plusieurs raisons font qu'il est nécessaire d'intégrer dès à présent le progrès technologique dans la réflexion du canton sur sa planification sanitaire. D'abord, pour des innovations extrêmement coûteuses, l'apparition d'une offre même limitée à un nombre très restreint de patient-e-s peut se traduire par des coûts élevés malgré un impact très faible du point de vue de la santé publique. Ensuite, si de nouvelles technologies apparaissent sur le marché, ou se révèlent être sur le point d'aboutir au cours des cinq prochaines années, leur diffusion à plus large échelle peut être rapide par la suite. Enfin, des technologies aujourd'hui courantes pour certains problèmes de santé ou pour certains sous-groupes de patient-e-s, peuvent voir leurs indications s'élargir. Ainsi, par exemple, les dernières années ont montré que dans le cas de la dialyse, l'âge avancé, autrefois considéré comme un critère d'exclusion pertinent, ne l'est plus. En conséquence, à l'heure actuelle, il serait utile d'établir un état de la recherche technologique et d'identifier les développements les plus probables au cours de la prochaine décennie, tant du point de vue de l'avancement des découvertes que de celui des indications.

Le troisième domaine de développement technologique est celui de la télémédecine. Celle-ci permet le suivi à distance de patient-e-s aux besoins essentiellement médicaux (par ex. diabète, hypertension artérielle) ou médico-sociaux (par ex. chutes) et, en conséquence, d'envisager une réduction des investissements en ressources humaines dans les soins aux personnes affectées de certaines maladies chroniques.

Dans ces trois domaines, les innovations sont susceptibles de réduire la charge des maladies chroniques, d'améliorer la qualité de vie, et de réduire les besoins de soins exigeants en ressources humaines. Leur développement doit en conséquence être favorisé, mais également contrôlé en raison des risques élevés de diffusion anarchique, échappant à une évaluation rigoureuse de l'efficacité et à une définition claire des indications médicales. Une veille active des développements technologiques est à mettre en place au niveau national d'entente entre la Confédération et les cantons d'abord, pour établir l'utilité des innovations en collaboration avec les agences étrangères et internationales, puis surtout pour organiser l'introduction en Suisse des nouvelles technologies dont l'efficacité a été établie et garantir leur accès aux personnes qui le nécessitent.

La capacité à explorer la prédisposition génétique des individus sains à développer une maladie a franchi ces dernières années des étapes décisives. La médecine dite prédictive est donc appelée à influencer de

plus en plus la pratique de la médecine quotidienne, qu'elle soit préventive ou curative. La médecine prédictive prend en effet en compte le risque en couru, notamment du point de vue génétique et, en fonction de celui-ci, propose aux patient-e-s des recommandations en termes de mode de vie (hygiène, alimentation, ...), ainsi que de suivi médical, notamment par l'incitation à effectuer périodiquement des tests de dépistage, dès les premiers symptômes de la maladie prédite, afin d'être en mesure d'appliquer dès que possible les mesures curatives nécessaires.

II.3 Evolution des risques sanitaires

II.3.1 Les maladies transmissibles

Ces dernières années, des faits nouveaux ayant des répercussions importantes sur les types et la transmission de maladies infectieuses se sont produits. La mondialisation a notamment eu pour conséquence d'accroître très fortement la mobilité des personnes et le commerce international, mais aussi de faire apparaître des maladies nouvelles ou de les faire circuler à un rythme inédit (sida, maladie de Creutzfeldt Jakob, SRAS, grippe aviaire). Des propriétés jusque-là inconnues d'agents pathogènes existants sont apparues (résistances aux antibiotiques ou aux antituberculeux) ainsi que des types de propagation différents tels que le bioterrorisme. Ces changements doivent être pris en compte pour garantir la protection de la population, ce qui nécessite d'adapter et d'améliorer les bases légales, les stratégies et les moyens de lutte contre les maladies transmissibles.

La menace pour la santé publique qu'a constitué en 2003 l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a nettement révélé les lacunes dans le contrôle des maladies émergentes dont la vitesse de propagation est très rapide. Le manque de préparation à une crise pandémique issue de la grippe aviaire (ou d'autres virus à haute contagiosité) a également révélé les limites des fonctionnements actuels.

L'émergence possible de maladies encore inconnues dans nos contrées est également une menace nouvelle (Chikungunya, dengue, malaria, fièvres hémorragiques, hépatites, ...). La réémergence de maladies infectieuses dans des populations précarisées (tuberculose, etc.) ou présentant des comportements à risques particuliers (homosexualité et SIDA, ...) pose de nouveaux défis parce que les réponses apportées jusqu'ici s'avèrent inefficaces. Le contrôle des maladies transmissibles « habituelles » (liées à l'alimentation et aux contacts avec les animaux) représente par ailleurs une charge permanente dont le contrôle est sans cesse menacé par les mêmes conditions qui conduisent à des crises et à des menaces nouvelles. Fin 2007, on trouvait à Genève un virus sauvage de la poliomyélite dans les eaux d'une station d'épuration ; plus de 1500 cas de rougeole en Suisse sont comptabilisés dans une épidémie encore en cours au printemps 2008, avec près de 8% d'hospitalisation, pour une maladie dont l'éradication est prévue dans le plan européen de contrôle des épidémies.

Tous ces changements démontrent la pertinence d'une adaptation et d'un renforcement du dispositif de lutte contre les maladies transmissibles.

II.3.2 Autres risques dominants

Environnement et santé

Dans les économies « traditionnelles », sont associées aux problèmes environnementaux majeurs (eau potable, qualité et quantité d'alimentation, hygiène de l'habitat, vecteurs de maladies) les maladies infectieuses et transmissibles, les carences nutritionnelles et la mortalité néo et périnatale. Avec l'industrialisation, la rationalisation de la production de masse – y compris dans le secteur agricole – et l'urbanisation, de nouvelles menaces apparaissent en raison d'émissions croissantes d'agents physiques tels que le bruit et le rayonnement électromagnétique ou de substances toxiques susceptibles de s'accumuler dans l'eau, l'air, le sol et les aliments, ainsi qu'en raison de conséquences liées au changement climatique (canicule, inondations, etc.). Les pathologies chroniques comme les cancers, les problèmes respiratoires, les troubles endocriniens et neurologiques prennent dès lors une importance grandissante dans les problèmes de santé, induisant la nécessité d'une adaptation des dispositifs de prise en charge sanitaire.

Santé et sécurité au travail

Des conditions de travail défavorables (que le paramètre qui pose problème soit de nature physique, chimique ou biologique, ou encore qu'il s'agisse d'une question d'organisation ou d'ergonomie) peuvent être la cause de problèmes de santé. De bonnes conditions de travail et un sentiment de succès dans l'activité professionnelle sont en revanche générateurs de bien-être physique et psychique et sont à même d'accroître la motivation et la performance des travailleurs.

Les avantages d'un travail décent, effectué dans un environnement ne présentant pas de danger pour la sécurité et la santé du travailleur sont dès lors de plus en plus mis en évidence aussi bien au niveau international, sous l'égide de l'Organisation internationale du travail (OIT), qu'au niveau national, sous l'égide du Secrétariat à l'économie (seco).

En Suisse, la protection de la santé des travailleurs est une obligation incombant à l'employeur, conformément à l'article 6 de la loi sur le travail. L'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail précise cette exigence en énonçant à l'article 2 le principe selon lequel « l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer et d'améliorer la protection de la santé et de garantir la santé physique et psychique des travailleurs ».

Les mesures dans ce domaine ont toutefois de la peine à se mettre en place. L'Etat, dans son rôle d'employeur, peut à cet égard jouer un rôle moteur et montrer l'exemple pour les employeurs du secteur privé.

II.4 Démographie des professions de la santé

II.4.1 Professions médicales

En matière de démographie des professions médicales, la fin des années 90 et le début du 21^{ème} siècle ont été marquées par la crainte d'une pléthore en fournisseurs de prestations et les effets attendus de la libre circulation et ont conduit à l'adoption du gel des admissions à pratiquer à charge de la LAMal. Depuis, la situation et les discours des acteurs du monde sanitaire se sont modifiés. Plusieurs indicateurs du terrain, tout comme de récentes études en la matière permettent d'établir qu'à l'horizon 2030, si les comportements actuels demeurent inchangés, la pénurie en médecins, et particulièrement en médecins de premier recours, sera importante.

De surcroît, la montée en puissance du travail à temps partiel, la féminisation des professions médicales, la réduction du temps consacré par les médecins à leur profession, les nouvelles conditions de travail (par exemple : limitation du nombre d'heures hebdomadaires à 50) ainsi que les incertitudes ou modifications du cadre réglementaire diminuent l'offre en prestations médicales, en particulier dans le domaine de la médecine de premier recours, ainsi que le « retour sur investissement » par rapport aux ressources allouées pour assurer la formation des médecins.

Le contexte est également en évolution. D'une part, on doit s'attendre à une augmentation de la demande, due notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques, aux innovations technologiques et au progrès médical, aux nouvelles exigences de la population. D'autre part et en parallèle, les réformes du système sanitaire et de formation des professionnel-le-s de santé se poursuivent, notamment dans la perspective de la mise en place d'un dispositif pérenne, au niveau fédéral, voire cantonal, visant à permettre la régulation de l'offre ambulatoire. Même si les modalités de celui-ci sont encore inconnues (liberté de contracter – cas échéant aménagée –, clause du besoin, ...), il aura un impact certain sur les tâches et responsabilités cantonales, et influencera les choix d'orientation de spécialité des futurs médecins.

Ces constats ne sont pas spécifiques à la réalité vaudoise, ni suisse, mais sont partagés sur le plan international. D'autres pays se sont déjà préoccupés de ces risques de pénurie et tentent d'y répondre. De la même manière, plusieurs pays ont conduit des projets de réformes visant à réguler le secteur ambulatoire et à agir sur l'offre, espérant pouvoir ainsi maîtriser les coûts de la santé. Dans ce contexte, il devient impératif de pouvoir disposer d'un système d'information national, fiable et partagé par tou-te-s, outil indispensable pour piloter et suivre la démographie des professionnel-le-s de la santé, tant médicaux que soignant-e-s, et intervenir là où apparaissent des situations de pénurie ou de pléthore.

II.4.2 Personnels paramédicaux

La démographie des personnels paramédicaux est également source de préoccupation. Deux phénomènes majeurs en sont à l'origine : la pénurie de personnel soignant et l'apparition de nouveaux métiers associés à des formations en constante évolution.

Pénurie de personnel soignant

La pénurie de personnel soignant est un problème récurrent qui semble résister aux efforts déployés pour la combattre. Les signes de la pénurie sont en effet toujours là : les institutions sanitaires sont obligées de recruter du personnel étranger, dans et hors de la zone européenne. A titre d'exemple, sur un peu plus de 400 infirmiers et infirmières engagé-e-s en 2007 par le CHUV, 100 ont été recruté-e-s au Canada. En d'autres termes, le marché suisse est très insuffisant pour répondre à la demande et l'hôpital universitaire

ainsi que les autres hôpitaux et établissements sanitaires doivent recruter une proportion importante (entre 25% et 50%) de leur personnel soignant à l'étranger, par exemple en Europe et au Canada, ainsi que, dans une moindre mesure, en Afrique et en Amérique latine. Le recrutement de ce personnel devient cependant plus difficile en raison du déficit de personnel qui touche également les pays d'origine et de l'attractivité plus faible de l'emploi en Suisse, notamment pour les frontaliers (baisse du franc face à l'euro, coût des transports, etc.). Les bassins de recrutement potentiels se déplacent donc vers d'autres pays (Afrique, Asie, Europe de l'Est), posant, outre des questions éthiques – en privant des pays avec un faible niveau de vie de ressources indispensables à leur propre développement – le problème de la formation professionnelle. Un enjeu important sera de trouver des solutions adéquates de dispensation des soins comportant également des offres de formations professionnelles au personnel immigré pour éviter le recours à des solutions insatisfaisantes, faisant appel soit à du personnel non formé, soit à l'exportation des patient-e-s (délocalisation des EMS par exemple).

On observe ainsi une situation tendue en matière de recrutement : à besoins constants, le remplacement des sortants se fait de manière juste suffisante et dans des délais encore raisonnables (1 mois en moyenne au CHUV). Mais le tableau est plus préoccupant dans des établissements plus modestes et offrant moins de perspectives de carrière, ou lorsqu'il s'agit de répondre à des besoins nouveaux – création d'unités spécialisées, ouvertures de lits supplémentaires – ou lorsque les secteurs de soins concernés sont plus exposés – urgences, soins intensifs, psychiatrie – ou encore lorsqu'il s'agit de compenser les effets d'une amélioration des conditions de travail – 6ème semaine de vacances dès 50 ans, réduction de la durée hebdomadaire de travail dans les institutions signataires de la CCT, par exemple.

L'augmentation programmée de la demande en soins dans les prochaines années se traduira à coup sûr par une aggravation de la pénurie de personnel.

Apparition de nouveaux métiers associés à des formations en constante évolution

Autre facteur jouant un rôle important dans la capacité de fourniture des prestations de soins, l'évolution ininterrompue des formations et l'apparition de nouveaux métiers qui, en multipliant les niveaux de compétences appelés à coopérer, introduit dans les équipes de soins une complexité nouvelle et un risque de confusion des rôles.

Il est évident que les professions de santé doivent évoluer pour s'adapter aux besoins de la population eux-mêmes en constante évolution : nouvelles pathologies, changements socio-économiques, irruption de nouvelles catégories fragilisées, bouleversements technologiques et transformations des pratiques de soins, contraintes économiques et conséquences sur les modes de prise en charge, exigences éthiques, création des HES et insertion dans une cohérence européenne de la formation. Il faut donner aux soignant-e-s les compétences leur permettant de répondre à ces nouvelles exigences, et les programmes de formation se transforment pour les intégrer.

Ces changements au niveau de la formation ont aujourd'hui déjà un impact sur le fonctionnement des équipes de soins, qui doivent repenser leur coopération, trouver la bonne distribution des rôles sans gaspiller les nouvelles compétences, comme celles des assistant-e-s en soins et santé communautaire titulaires d'un CFC, et sans disqualifier celles des professionnel-le-s formé-e-s antérieurement, qu'il s'agisse des infirmiers et infirmières de niveau I et II, des infirmiers et infirmières assistant-e-s, ou des aides soignant-e-s certifié-e-s.

Il faut relever aussi que la spécialisation croissante des professions médicales tend à diminuer encore les possibilités de réponse à la demande. Un développement des technologies permettant de réduire les besoins en ressources humaines dans la prise en charge des maladies chroniques devra également être étudié.

En définitive, l'exercice de la médecine en pleine mutation, notamment dans le secteur ambulatoire, et la recherche de solutions aux problèmes de pénurie en professionnel-le-s de la santé, tant en médecins de premier recours qu'en personnels paramédicaux, conduisent à un questionnement sur le mode de fourniture des prestations de soins : Qui fait quoi ? Avec quels outils et quelle formation ? Les délimitations des compétences des un-e-s et des autres sont-elles intouchables, ou peut-on imaginer d'autres manières de fonctionner ?

Dans cette perspective, la double problématique de pénurie et de réorganisation de la coopération des soignant-e-s doit être examinée plus largement en connexion avec la pénurie médicale annoncée, notamment celle des médecins de premier recours. En raison de la durée de la formation médicale (pré et postgrade), il y a un temps de latence de l'ordre de 10 ans entre l'éventuel relèvement de la capacité d'accueil en études de médecine tel qu'il est préconisé par le Conseil suisse de la science et de la technologie et ses effets sur la densité médicale. L'insuffisance de l'offre en soins obligera à repenser le partage des tâches entre les différentes catégories de professions sanitaires. Des réflexions et des

expériences ont déjà été menées dans plusieurs pays, en France et au Canada notamment, avec des propositions de nouveaux modes de coopération impliquant des transferts de compétences dans des domaines bien identifiés (prévention, éducation à la santé, prise en charge de la douleur, suivi de traitements de longue durée, intégration des modifications induites par la maladie, etc.). Dans le canton de Vaud, quelques secteurs ont déjà donné lieu à des expériences intéressantes, dans des domaines tels que la santé des migrant-e-s, ou la consultation de la violence, par exemple.

C'est une évolution complexe qui implique tant des exigences de formation complémentaire que des changements de mentalité dans les relations entre les différentes catégories de professionnel-le-s. Il y a là un champ de travaux à explorer, dont le fonctionnement de notre système de soins en situation de ressources (humaines) limitées ne pourra pas faire l'économie. Le CHUV en a fait un axe prioritaire de son prochain plan stratégique.

II.5 Evolution du cadre fédéral

De nombreux changements ayant un impact sur les politiques sanitaires cantonales sont en cours au niveau fédéral. Seules sont toutefois mises en évidence, dans les paragraphes qui vont suivre, les révisions majeures qui marqueront la législature à venir et dont certaines sont encore en l'état objets de débats.

Financement des soins de longue durée

Un des volets de la révision de la LAMal est consacré au financement des soins de longue durée (soins fournis lors de l'hébergement en EMS et soins à domicile). L'objectif de la révision est double : améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins et éviter de charger davantage financièrement l'assurance obligatoire des soins (AOS). En l'état actuel des discussions, les Chambres fédérales ont accepté de limiter le coût des soins à la charge de l'AOS et de répartir le solde non couvert par l'AOS entre le ou la patient-e, pour une part limitée à 20% au maximum, et les pouvoirs publics cantonaux et communaux pour le surplus. Elles ont également introduit dans l'AVS une allocation pour impotent pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère. Elles ont supprimé le plafond annuel des prestations complémentaires pour les personnes nécessitant des soins, à domicile comme en home et elles ont augmenté les franchises pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, y compris la franchise sur immeuble (qui est passée de CHF 112'500.- à CHF 300'000.-). A relever que la contribution à charge de l'AOS fera l'objet d'un forfait fixé au niveau national. Deux questions demeurent encore en suspens devant les Chambres fédérales. Elles portent, d'une part, sur l'opportunité de prévoir une exception au régime général de financement pour les soins aigus et de transition prescrits par un médecin et, d'autre part, sur les modalités d'adaptation du montant à la charge de l'AOS.

Compensation des risques

Les Chambres fédérales ont également adopté une modification du régime de la compensation des risques, en ajoutant un 3^{ème} critère aux deux critères déjà existants de l'âge et du sexe, à savoir le critère du « risque de maladie élevé », déterminé par le séjour de plus de 3 jours dans un hôpital ou dans un EMS l'année précédente. Cette modification devrait contribuer à améliorer la compensation des risques et, partant, à décourager les assureurs-maladie de faire de la sélection de risques.

Gel des professions, suppression de l'obligation de contracter et managed care

En revanche, les suites à donner à la « clause du besoin », en particulier s'agissant de l'éventuelle suppression de l'obligation de contracter, ne sont pas encore définies. Les Chambres fédérales ont décidé de lier ce dossier à celui de la promotion du managed care et ont demandé des rapports complémentaires à l'administration fédérale. La modification de la LAMal sur ce point devrait être achevée d'ici fin 2009.

En l'état des discussions, il semble que les Chambres vont renoncer à une levée générale de l'obligation de contracter et mettre en place un système plus nuancé, où l'obligation de contracter serait maintenue pour certaines catégories de médecins (notamment les médecins faisant partie de réseaux de soins intégrés, voire l'ensemble des médecins de premier recours), alors qu'elle serait levée pour les autres. Quant au rôle précis et à la marge de manœuvre à disposition des cantons dans la mise en œuvre, ils sont encore incertains. La direction générale à suivre dépendra dans tous les cas en bonne partie de l'issue de la votation populaire du 1^{er} juin 2008 sur le nouvel article constitutionnel sur la santé.

Financement des hôpitaux

En décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision des principes qui régissent la planification et le financement des hôpitaux. Les modifications retenues bouleversent le système en place. Elles introduisent pour les cantons l'obligation de planifier leurs hôpitaux dans le respect de critères fédéraux tout en se coordonnant entre eux. Elles débouchent sur l'exigence d'une structure tarifaire nationale – forfaits par prestations – appelée à remplacer tous les systèmes de financement mis en place par les cantons

jusqu'ici. Elles ouvrent la possibilité, pour le ou la patient-e, d'un libre choix parmi tous les hôpitaux suisses retenus au titre de la planification cantonale.

Cette dernière devra faire l'objet d'une nouvelle liste LAMal (hôpitaux autorisés à facturer à l'AOS) qui précisera dans le détail les mandats de prestations attribués par les cantons. Elle sera censée couvrir l'ensemble des besoins de la population cantonale, indépendamment de l'existence ou non d'assurances privées. Malgré cette exigence de complétude, les Chambres fédérales ont introduit en parallèle un régime relevant de la liberté de contracter, qui ouvre la possibilité aux cliniques non retenues par la planification et aux assureurs de passer des conventions tarifaires, sans créer d'obligation financière à l'endroit des cantons. Elles ont cependant fixé un plafond à la participation de l'AOS, calqué sur les forfaits par prestations qu'elles versent aux hôpitaux planifiés, laissant le solde à la charge de l'assuré-e ou de son assurance privée. Dans les hôpitaux planifiés, les forfaits par prestations à charge de l'AOS ne pourront dépasser 45% des coûts qui, changement important, intégreront désormais les charges d'investissement. Quant à la participation du canton, elle sera au minimum de 55%. Le canton continuera par ailleurs de prendre en charge la totalité des coûts de formation et de recherche ainsi que les surcoûts occasionnés par le maintien d'hôpitaux non rentables, pour des raisons d'économie régionale.

Ces nouveaux principes de planification et de financement devront être mis en œuvre d'ici au 1^{er} janvier 2012. Jusque là, les principes de financement en vigueur aujourd'hui continueront de s'appliquer.

Loi sur les épidémies

L'actuelle loi fédérale sur les épidémies (LEp) date de 1974. Depuis lors, les relations internationales et la mobilité des personnes, des biens et des informations se sont intensifiées, l'ampleur et la vitesse de propagation des maladies transmissibles ont augmenté et des maladies nouvelles, des propriétés jusque-là inconnues d'agents pathogènes existants ou encore des types de propagation différents tels que le bioterrorisme sont apparus. Pour toutes ces raisons, la Confédération a élaboré un projet de révision totale de la LEp, qu'elle a mis en consultation début 2008. Cette révision renforce le rôle de la Confédération et la collaboration de celle-ci avec les cantons, par la création d'un organe chargé d'uniformiser les mesures de protection de la population dans l'ensemble de la Suisse. Une importance plus grande est également attribuée à la collaboration internationale. Les cantons demeurent quant à eux les principaux organes d'exécution et leurs responsabilités sont mieux définies. On relèvera encore que les mesures prévues ont été conçues de manière à renforcer la responsabilité des individus et qu'elles se fondent sur l'efficacité des comportements préventifs.

La stratégie Cybersanté de la Confédération (projet eHealth)

Les technologies de l'information et de la communication permettent aujourd'hui de mettre en réseau les processus de prise en charge des patient-e-s et les partenaires impliqués dans l'action sanitaire et dans les tâches administratives. Cette perspective nécessite cependant de rendre compatible les différents systèmes informatiques dont se sont dotés les institutions de soins, les professionnel-le-s de la santé, les pharmaciens, les laboratoires, ou encore les assureurs, dans le but de rendre possible leur connexion, sous certaines conditions d'accès aux données et de respect de leur confidentialité.

En raison de sa structure fédéraliste, notre pays accuse dans ce domaine un retard important. Pour y remédier, en étroite concertation avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, la Confédération a arrêté en 2007 une stratégie de « cybersanté » et a créé un organe national de coordination chargé de la mettre en place. Cette stratégie prévoit trois étapes :

1. remise d'une carte d'assuré-e à chaque personne résidant en Suisse (2009),
2. mise en place d'un dossier patient informatisé dans tous les hôpitaux du pays et des outils, permettant l'identification et l'authentification électroniques des patient-e-s et des fournisseurs de soins (2011),
3. accès sécurisé des personnes résidant en Suisse à leur dossier électronique de santé (2015).

La Confédération a la responsabilité d'émettre les directives pour assurer la cohérence de l'ensemble. Quant à la réalisation, elle est déléguée aux cantons à qui il appartient de former et motiver les acteurs, de mettre en œuvre les outils informatiques respectant les standards nationaux, de les déployer et d'en assurer l'exploitation à long terme. Les difficultés du projet et l'importance des investissements à consentir sont à l'origine de la décision de faire appel à une forte coordination entre organes fédéraux et cantonaux et de procéder largement par des projets pilotes de portée régionale, susceptibles d'être généralisés dans un deuxième temps. Signalons à cet égard, le projet initié et conduit conjointement entre la Fédération des Hôpitaux Vaudois et le CHUV pour décider d'un système d'information clinique basé sur un « dossier du patient informatisé » commun (projet DOPHIN).

Nouvelles bases légales pour renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies

La promotion de la santé et la prévention des maladies relève de la Confédération et des cantons, qui en fonction des domaines, assument des responsabilités qui peuvent être parallèles, communes ou même se chevaucher. De plus, une multitude d'acteurs qui poursuivent des objectifs et des calendriers différents rend le pilotage de la politique de prévention difficile et compromet une utilisation rationnelle et efficace des ressources. En 2007, à partir des recommandations formulées par une Commission spécialisée, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'élaborer une nouvelle base légale en particulier pour fonder l'intervention de la Confédération en faveur de la prévention des maladies non transmissibles et des troubles psychiques, pour coordonner par des objectifs nationaux les actions conduites par les collectivités publiques et par les autres acteurs de la prévention, pour coordonner l'intervention des différents services fédéraux concernés, ainsi que pour rendre plus cohérentes l'utilisation et l'attribution des Fonds. Le projet est attendu pour fin 2008.

Conclusion

Les changements à prendre en compte pour la prochaine législature sont les suivants :

1. l'accélération du vieillissement démographique et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, avec la fragilisation qui leur est liée ;
2. la poursuite du développement de l'offre de technologies nouvelles, notamment pour les personnes atteintes de pathologies dégénératives, et l'accroissement du rôle de la médecine prédictive ;
3. l'évolution des risques sanitaires, qu'ils soient liés à l'environnement en général ou aux nouveaux modes de vie ;
4. la persistance de la pénurie en personnel, aussi bien médical que soignant ;
5. un cadre législatif fédéral mouvant, avec une tendance au transfert progressif des responsabilités vers la Confédération.

Ces changements augurent de nouveaux défis pour le système de santé vaudois. A cet égard, il est important de souligner que le plan stratégique du CHUV pour la période 2009-2013, qui s'inscrit dans la continuité du précédent, adresse nombre de ces problématiques et que des programmes spécifiques seront déployés de manière transversale pour y répondre.

Le Conseil d'Etat soutient ces développements et entend mettre en place sur le plan cantonal des mesures permettant d'y faire face.

Troisième partie :

intentions du Conseil d'Etat 2008-2012

Orientations politiques

Depuis des décennies, le système de santé dans notre pays s'est développé selon un principe simple. Chacun-e souhaite être mis-e au bénéfice des meilleurs soins et y a en principe droit. Sur la base de ces aspirations, la médecine et la recherche médicale se développent sans beaucoup d'entraves, dans une collaboration avec un secteur technologique, médical et pharmaceutique dynamique. Cette évolution est rendue possible par les mécanismes de financement en vigueur. Elle débouche sur une croissance continue des coûts. Elle est aujourd'hui contestée.

Le secteur des assurances a connu une évolution spectaculaire qui l'a rendu bien différent du modèle de l'association mutuelle régionale des débuts. C'est aujourd'hui un secteur économique à part entière qui, au même titre que l'industrie pharmaceutique et des biens médicaux, souhaite optimiser son modèle économique et ses perspectives de rendement. Une telle orientation suppose une différenciation de l'offre en produits d'assurance et donc des partenariats choisis avec les fournisseurs de prestations de soins. Chaque patient-e, selon ses moyens et ses besoins, choisirait son produit d'assurance et son type de médecine. Dans ce modèle, qui voit la sélection des risques se perfectionner toujours davantage, les données médicales accumulées sur les patient-e-s sont de plus en plus convoitées.

Une telle évolution est aujourd'hui freinée par l'opposition des fournisseurs de prestations, notamment des médecins, et par celle des cantons, qui tiennent à un système de santé publique où les autorités démocratiques gardent une influence déterminante sur l'offre de prestations et garantissent l'égalité d'accès. Le vote du 1^{er} juin 2008 a confirmé que cette opposition est très majoritairement soutenue par la population.

Mais cette évolution reste recherchée par de nombreux acteurs. Elle ferait du secteur de la santé un secteur économique comme un autre, où la demande solvable déterminerait l'offre et où l'offre aurait de puissants instruments pour inciter au développement de la demande solvable. Les coûts globaux à n'en pas douter augmenteraient encore plus et l'inégalité d'accès aux soins en serait une conséquence très vraisemblable. Dans un tel modèle, les pouvoirs publics ne sont plus censés déterminer le niveau de l'offre mais, tout au plus, soutenir par une politique sociale plus ou moins développée la demande non solvable, afin d'éviter que les inégalités sociales n'entraînent une inégalité des chances de survie face à la maladie et l'accident par trop criante, ce qui serait peu compatible avec ce que l'on conçoit d'une société démocratique.

Face à cette perspective, les cantons sont interpellés. Autorités de proximité et de dernier recours, ils subiraient de plein fouet les chocs enclenchés par un accès inégal aux chances d'être bien soigné-e en cas de besoin. Si les coûts ne sont pas maîtrisés, donc si l'offre n'est pas encadrée, l'explosion de la charge de l'assurance-maladie risque d'accélérer l'évolution vers un système désolidarisé. Les cantons seront confrontés à des ruptures de l'offre dans les régions périphériques face aux malades chroniques et aux malades les plus atteint-e-s qui n'intéresseront pas des acteurs du marché orientés sur les perspectives de rendement liés à une demande solvable. Politiquement, cette évolution serait intenable. Pour l'éviter, il faut faire le choix d'assumer ses responsabilités, ce qui passe par une limitation de l'explosion irrationnelle de l'offre, un soutien à l'innovation et à la recherche scientifique, une garantie d'un accès équivalent aux prestations.

Dans ces conditions, les cantons doivent défendre un modèle démocratique d'accès aux soins et à la médecine. Ils doivent défendre un statut de médecin fondé sur la recherche du bien du patient, avant toute autre préoccupation. Cette conception implique l'existence d'une profession médicale indépendante des industries qui cherchent à vendre comme de celles qui, à l'inverse, sont tentées de rembourser un minimum de prestations. Les pouvoirs publics, les cantons dans notre pays, ont la responsabilité d'arbitrer entre les différents intérêts et de définir l'intérêt général.

Cette mission implique la volonté d'exercer ses responsabilités. Cette volonté doit déboucher concrètement sur une solide planification hospitalière, une vigilance sur la façon dont les assureurs chargés de l'assurance-maladie sociale jouent leur rôle et une régulation de l'offre ambulatoire afin d'en limiter les excès là où elle abonde et d'en éviter la pénurie là où elle se raréfie. Il faut aussi intensifier les efforts de prévention et les incitations à offrir des prestations rationnelles en réseaux, seuls à même d'optimiser la réponse à une demande potentiellement sans limite.

Mais ce rôle, incontournable, ne peut être joué sans de solides partenariats et la volonté constante d'agir dans la concertation et le dialogue. Les acteurs de la santé, groupements d'hôpitaux, de pharmaciens, de médecins, de soignants, d'assurés, seront des partenaires indispensables dans cette défense d'un modèle de santé publique solidaire et équitable et, derrière lui, d'un modèle de société démocratique. Dans notre canton, la SVM, la FHV, les associations d'EMS, les associations d'aide et de soins à domicile, les réseaux de soins, les syndicats et associations professionnelles de défense des soignants et du personnel administratif et technique, les ligues de la santé et autres organismes de prévention, les associations de patients, ainsi que les assureurs ont été et seront autant de contributeurs décisifs à la réussite d'une politique de santé publique qui atteint son but : préserver et développer la santé et l'espérance de vie en bonne santé de chaque habitant-e de notre canton.

Pour concrétiser ce partenariat, pour définir les règles, les protocoles et les standards applicables ainsi que toute décision importante relevant de l'organisation et de la planification sanitaire, le Conseil d'Etat entend reconnaître en particulier deux niveaux de concertation :

- a. **Les réseaux de soins régionaux** qui, en ayant associé les communes ont un ancrage politique régional fort, et sont de par la loi, promus au rang d'organes de préavis pour le département.

Le Conseil d'Etat mettra tout en œuvre pour favoriser, au travers des réseaux de soins, une organisation sanitaire cohérente dans les quatre grandes régions du canton. Pour ce faire, il soutiendra toutes les initiatives visant à l'amélioration de la coordination et de la coopération des acteurs sanitaires au sein des réseaux régionaux. Le renforcement de la « première ligne » par une incitation faite aux médecins de premier recours de s'intégrer dans les réseaux de soins, le développement de filières de soins pour les principales maladies chroniques ainsi que la mise sur pied d'une véritable coordination gériatrique régionale sont des priorités gouvernementales.

- b. Aux fins de compléter le dispositif de régulation et notamment celui qui porte sur l'offre ambulatoire, le Conseil d'Etat entend proposer au Grand Conseil la création d'une **instance de concertation et de délibération en matière de régulation** de l'offre de soins dans toute situation de pléthore ou de pénurie avérée et qui menace l'intérêt général. Il peut s'agir d'implantations d'équipements lourds, de centres médico-chirurgicaux, de cabinets médicaux ou de toute autre structure sanitaire échappant aujourd'hui aux règles de planification prévues par la LAMal.

Le Conseil d'Etat souhaite ainsi faire du système de santé vaudois un dispositif régulé ni par une coûteuse concurrence, ni par des décrets étatiques plus ou moins étriés mais par l'intelligence et la responsabilité collective de partenaires légalement fondés à délibérer et agir dans l'intérêt de la communauté. Pendant les quatre prochaines années, il aura à cœur de continuer à assumer les responsabilités d'un Etat garant et acteur des partenariats nécessaires à un système de santé de qualité.

La déclinaison de cette volonté dans les différents modes de gouvernance et dans la définition des statuts juridiques des acteurs du système sanitaire ne manque pas d'occasionner des débats nourris et fréquents. Afin d'éviter de freiner des projets particuliers par la résurgence de ce débat, le Conseil d'Etat envisage de mettre à profit la présente législature pour réfléchir à un renouvellement de l'architecture générale du système. Les modifications de la LAMal liées au financement hospitalier risquent notamment de nous contraindre à cette réflexion globale. Le cas échéant, le Conseil d'Etat agira sans précipitation et avec le souci de chercher le consensus le plus large possible.

Fort de cette vision du système de santé, les mesures que le Conseil d'Etat propose pour la présente législature s'articulent autour de cinq lignes directrices :

1. Les **services de soins** doivent **continuer leur mue** en vue de s'adapter aux **caractéristiques des affections chroniques**. Il s'agira de maintenir l'effort d'expansion et de diversification des capacités médico-sociales, de renforcer les dispositifs de coordination et de se doter des moyens d'amplifier la composante gériatrique et psychogériatrique de la politique sanitaire.
2. Les efforts pour assurer une **offre suffisante en personnels de santé** doivent être renforcés. Ce renforcement se traduira par des actions pour limiter la pénurie de personnels paramédicaux, pour favoriser une nouvelle répartition des tâches entre soignants et pour soutenir la médecine de premier recours, la relève médicale en milieu hospitalier et la garde médicale.
3. Le dispositif de **promotion de la santé** et de **prévention des maladies**, ainsi que les réponses apportées à **d'autres problèmes de santé dominants** doivent être développés. L'accent sera mis sur la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique, la prévention des dépendances en général, la promotion de la santé chez les jeunes, la santé sexuelle et reproductive, le maintien de l'autonomie notamment des personnes âgées, le dépistage du cancer du sein et d'autres formes de cancer, la lutte contre les maladies transmissibles et la mise en œuvre du plan de santé mentale.

4. La **réorganisation hospitalière** doit être poursuivie. En parallèle à la mise en œuvre du plan stratégique 2009-2013 du CHUV, les actions principales porteront sur la construction de l'Hôpital unique Riviera-Chablais, sur la création d'une filière cantonale de neuroréhabilitation, sur le financement des autres projets de réorganisation et d'adaptation dans les hôpitaux régionaux et sur l'actualisation des missions des hôpitaux.
5. Le **pilotage du système** doit être adapté. Cette adaptation concernera le dispositif législatif, le suivi de l'évolution technologique, la stratégie en faveur de la qualité, le système d'information orienté « patient », ainsi que la collaboration intercantonale.

Pour chacune de ces lignes directrices, les mesures préconisées et les actions que le Conseil d'Etat entend mener sont mises en évidence.

III.1 Adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en œuvre une politique gériatrique

III.1.1 Capacités de prises en charge modernisées et accrues

Contexte et enjeux

La mise à jour de la planification médico-sociale cantonale effectuée en 2006/2007a permis d'établir des cibles en lits à l'horizon 2015 et d'identifier les axes principaux de développement. En résumé, compte tenu des impacts démographiques et de l'évolution des besoins, il faut prévoir :

- la mise à disposition d'environ 100 lits supplémentaires de long séjour de gériatrie et de psychogériatrie par année entre 2005 et 2015,
- l'adaptation des capacités des EMS psychiatriques, qui accueillent principalement une population d'adultes, ainsi que la mise à disposition de structures intermédiaires à mission psychiatrique,
- l'augmentation des capacités d'accueil spécialisées, pour tenir compte des besoins de populations spécifiques (neuroréhabilitation, toxicomanies, SIDA, personnes sous mandat civil ou pénal...),
- l'augmentation des moyens de l'aide et des soins à domicile pour suivre l'évolution de la demande et répondre aux besoins parfois spécifiques de certaines catégories de bénéficiaires,
- un développement important des capacités de court séjour et d'accueil temporaire, ainsi qu'une diversification des missions,
- le soutien de l'Etat au développement de logements protégés correspondant au concept publié en février 2007.

Ainsi, pendant la législature 2007-2012, il s'agira de poursuivre la politique médico-sociale cantonale en continuant d'investir dans le **développement des trois piliers** définis pour la législature 2003-2007 : l'hébergement de long séjour, à les services d'aide et de soins à domicile et les logements protégés.

Compte tenu de la pression de la demande, un **quatrième pilier** devra compléter cette politique : le soutien à l'aide informelle apportée par l'entourage, au bénévolat et à l'intégration sociale (appui aux associations actives dans ce domaine).

Action n°1 : Augmenter les capacités d'hébergement de long séjour, achever la mise en conformité aux normes ECA et amorcer la modernisation du réseau existant

- Les sept projets déjà acceptés par le Grand Conseil permettront **d'augmenter la capacité d'hébergement** de 220 lits d'ici fin 2009. Les sept projets suivants, sur lesquels le Grand Conseil doit encore se prononcer, augmenteront encore la capacité disponible de 260 à 290 lits d'ici fin 2010/2011. Au total, environ 500 lits supplémentaires seront ainsi à disposition à cet horizon. Cet effort devra être poursuivi sur la période 2010-2015. Compte tenu des impacts du vieillissement démographique et des études réalisées, il faut s'attendre à devoir mettre à disposition, sur cette période, environ 100 lits supplémentaires de long séjour par année. Des moyens devront également être consacrés à la modernisation ou au remplacement des EMS les plus vétustes, en particulier pour le réseau des EMS à mission psychiatrique qui présente aujourd'hui de fortes lacunes.
- S'agissant de la **mise en conformité ECA**, 84 EMS devront effectuer des travaux dans ce domaine pendant la législature 2007-2012. Pour un nombre important d'entre eux, à savoir tous ceux qui ne sont pas cumulativement à but idéal et propriétaires de leur infrastructure immobilière, le système en vigueur de participation de l'Etat à la couverture du coût de ces travaux ECA pose des problèmes de

financement très importants. Les dispositions applicables à cette catégorie d'EMS ne permettent en effet pas de prendre en charge l'amortissement direct du financement des travaux sur une durée acceptable. Des solutions devront donc être trouvées dans le cadre de la réforme des modalités de financement de l'hébergement médico-social (v. action n°38 ci-dessous).

Action n°2 : Renforcer les capacités des services d'aide et de soins à domicile

- Le dispositif d'aide et de soins à domicile devra s'adapter pour faire face à l'évolution générale de la demande et à **l'augmentation prévue du volume d'activité**. Cette augmentation aura des impacts importants sur le besoin en personnel, l'organisation des centres médico-sociaux et l'infrastructure. Ainsi, pour la seule population des personnes âgées de 65 ans et plus et concernées par une dépendance chronique, l'adaptation nécessaire des effectifs est de 25% entre 2005 et 2015. En outre, les nouvelles modalités de financement hospitalier (financement à la prestation), vont vraisemblablement déboucher sur une diminution de la durée des séjours hospitaliers et, partant, augmenter la pression sur les services d'aide et de soins à domicile. Pour toutes ces raisons, l'augmentation des moyens octroyés à ce secteur par rapport à d'autres, qui a déjà marqué les précédentes législatures, va se poursuivre durant la législature en cours. Le Conseil d'Etat réaffirme par là son soutien à ce dispositif.
- Pour les **personnes âgées dépendantes**, les études disponibles à l'horizon 2015 ont montré la nécessité de renforcer, mais aussi de diversifier les services d'aide et d'appui à domicile. Outre renforcer les capacités actuelles pour faire face à l'augmentation de la demande, il faudra aussi favoriser le développement des équipes médicales mobiles et des services de thérapie qui contribuent au maintien de l'autonomie (ergothérapie, physiothérapie, pédicure), renforcer les veilles et présences, soutenir le bénévolat et améliorer l'intégration sociale comme outil de prévention de l'isolement.

Action n°3 : Développer les logements protégés et les structures intermédiaires

- En ce qui concerne les **logements protégés** ou d'autres formes équivalentes d'appartements, les avant-projets et projets à l'enquête ou en cours de construction connus au début de l'année 2008 devraient permettre d'accroître l'offre sensiblement d'ici 3 à 5 ans (entre 400 et 500 logements de plus). D'autres projets sont d'ores et déjà annoncés.
- De plus, il s'agira non seulement de renforcer les **capacités de court séjour et d'accueil temporaire** dans une proportion importante, mais également de reconsidérer le concept même de « structure intermédiaire », ainsi que les modalités tarifaires, en concertation avec les partenaires. Cette réflexion se déroulera dans le cadre de la nouvelle Commission des structures intermédiaires (Cosi), chargée de faire des propositions au DSAS.

Action n°4 : Soutenir l'aide informelle et bénévole

- Lorsque la maladie et la dépendance surviennent, le **rôle de la famille ou de l'entourage** est essentiel. Pour encourager l'appui et les soins informels dispensés par les amis, les voisins ainsi que la famille et prévenir leur épuisement, des mesures d'accompagnement devront être développées. Il en va ainsi en particulier pour les familles dont l'un des membres, enfant ou adulte, souffre d'une maladie chronique. Le DSAS devra compléter le dispositif actuel par un renforcement des mesures de formation sur le rôle de l'aïdant, le transfert de savoirs, la reconnaissance de l'aide apportée, des possibilités de congé professionnel ou encore des mesures relevant de la politique familiale (soutien logistique aux familles), voire de la protection de l'enfance. Il faut souligner que d'autres cantons ou pays connaissent déjà ce type de reconnaissance et de soutien.
- Des **aides individuelles** doivent pouvoir être accordées, sous condition de ressources, aux personnes de la famille ou de l'entourage qui s'investissent pour s'occuper d'un proche, âgé ou en situation de handicap. La base légale existe : la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS). Cette loi permet de verser des aides financières à des personnes, dans le cadre d'un projet de maintien à domicile, pour autant qu'elles bénéficient de prestations d'un fournisseur reconnu à un coût convenu. La limite actuelle est celle des PC AVS/AI ; il faudra probablement relever cette limite afin que des personnes aux revenus légèrement supérieurs puissent aussi entrer dans le cadre légal, à l'instar du projet de budget d'assistance au niveau fédéral.

III.1.2 Consolidation des dispositifs de coopération et de coordination

Contexte et enjeux

Comme on l'a vu plus haut, le vieillissement démographique induit une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Or, la prise en charge de ces maladies est complexe et coûteuse. En raison de comorbidités associées au diagnostic principal, les intervenant-e-s sont nombreux, les relations multiples et les réorientations fréquentes. L'organisation actuelle des services de soins, très fragmentée, parfois

cloisonnée, répond mal à cette évolution. Un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre pour y remédier et améliorer la coopération et la coordination entre intervenant-e-s au cours de la législature précédente. Le Conseil d'Etat entend renforcer ces dispositifs lors de la présente législature.

Action n°5 : Finaliser la mise en œuvre de la loi sur les réseaux de soins

- En application de la loi sur les réseaux de soins du 30 janvier 2007, le DSAS a défini un **nouveau découpage géographique**. Sa mise en œuvre débouchera sur une diminution du nombre des réseaux, qui vont passer de cinq à quatre. La Fédération de soins du Chablais et l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut ont en effet prévu de fusionner à l'horizon 2010.
- **L'intégration des communes** dans les réseaux constitue un autre des principaux objectifs de la loi sur les réseaux de soins. Les communes sont ainsi considérées comme des membres à part entière des réseaux et sont en train d'organiser leur représentation dans les différents organes au même titre que les fournisseurs de soins. Cette intégration, qui se fait avec l'appui des préfets, doit progressivement déboucher sur une présence et une implication plus fortes des communes dans la gestion des différentes activités des réseaux de soins.

Action n°6 : Consolider et faire évoluer le programme BRIO

- La recherche de la meilleure adéquation possible entre les besoins des patient-e-s et les possibilités d'y répondre est d'autant plus nécessaire que les capacités de prise en charge resteront durablement inférieures à la demande, malgré la construction de nouveaux EMS ou l'importance des investissements consentis en faveur de l'aide et des soins à domicile. A l'occasion de la mise en œuvre de la nouvelle Loi sur les réseaux de soins, le DSAS entend **revoir le cadre de référence**, élaboré en 1999, et redéfinir les modalités de financement afin de tenir compte des caractéristiques des populations desservies, de l'offre disponible et des activités déployées. Il entend également fixer le niveau de développement attendu en se référant aux pratiques d'orientation et de liaison qui ont fait leurs preuves, que ce soit à Lausanne ou dans le Nord Vaudois, afin d'harmoniser les pratiques de l'ensemble des réseaux de soins. Enfin, afin de maintenir la situation sociale des personnes prises en charge par le réseau (équilibre financier, octroi des prestations sociales, maintien de la situation d'assurance), le DSAS soutient le développement d'une fonction sociale dans les réseaux.
- En complément à cette harmonisation, il convient de **soutenir les initiatives en cours** prises par les deux réseaux de soins mentionnés ci-dessus pour répondre à des situations de plus en plus complexes. A l'occasion de demandes urgentes de placements provisoires ou au terme d'un séjour hospitalier, leurs BRIOs sont en effet souvent confrontés à des besoins mal identifiés. Pour y faire face, ces réseaux introduisent une évaluation gériatrique globale, dans la perspective d'obtenir une réponse appropriée et durable. Ceci se concrétise par la mise à disposition de **compétences interdisciplinaires et l'organisation de consultations gériatriques**. Cet enrichissement de l'activité des BRIOs doit être expérimenté. L'extension aux autres réseaux sera examinée à partir des résultats obtenus.

Action n°7 : Soutenir la mise en place de cercles de qualité

Le coût des médicaments, en pratique ambulatoire comme en institution d'hébergement, est une préoccupation récurrente. Deux interpellations parlementaires récentes ont demandé au Conseil d'Etat d'examiner la mise en place du modèle fribourgeois des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour agir sur les coûts des médicaments en libre pratique et dans les établissements médico-sociaux. Le modèle a démontré que l'analyse des ordonnances médicales et l'adoption de consensus de prescription augmente la qualité des médications tout en entraînant une diminution des coûts. En fonction de ces éléments, deux priorités se dégagent :

- Le Conseil d'Etat a décidé de soutenir par une action d'information la création, portée spontanément par les médecins et pharmaciens, des **cercles de qualité en ambulatoire**. De quatre projets en février 2006 on compte 14 cercles opérationnels à fin 2007. Le développement de ces cercles de qualité va se poursuivre, avec l'appui du DSAS.
- Simultanément, le Conseil d'Etat a décidé de porter particulièrement son action sur la mise en place des **cercles de qualité dans les EMS**, appelés aussi assistance pharmaceutique, car ils réunissent pharmacien-ne, médecin et responsable infirmier. Le ou la pharmacien-ne y a un rôle important pour l'analyse des prescriptions et les achats de médicaments au meilleur coût. Le projet a démarré avec un but de 10 EMS pilotes en 2008, 30 à 50 en 2009 et l'extension à tous les EMS d'ici à fin 2011.

Action n° 8 : Soutenir la création et l'extension de filières par pathologie (Projet DIABAIDE, autres projets)

- Une gestion des maladies chroniques par des filières coordonnées spécifiques a pour but d'offrir un suivi optimal en développant la collaboration, le partage d'information et la coordination des prestations. Une première filière de soins coordonnés (DIABAIDE) a ainsi été mise en place dans la région de la Côte en faveur de patient-e-s atteints de diabète. Elle doit se poursuivre. L'opportunité de sa **généralisation à l'ensemble du canton** devra être examinée à la lumière des résultats de santé attendus. En Allemagne, il a pu être démontré que la gestion du diabète sous forme de programme permet non seulement des économies, mais également d'éviter un nombre important d'infarctus, d'attaques cérébrales, d'amputations, de cécités, de néphropathies, ainsi que d'autres complications.
- L'extension de la filière DIABAIDE doit s'accompagner d'une réflexion sur l'opportunité de **développer d'autres expériences**, par exemple en faveur de patient-e-s atteints dans leur santé psychique ou souffrant de pathologies cardio-vasculaires. Par ailleurs, en raison de la fréquence élevée de comorbidité parmi les personnes âgées, dont le nombre augmente dans le canton, une réflexion doit être conduite sur la prise en charge, par de telles filières, de patient-e-s présentant de multiples maladies chroniques dont l'interaction complique les soins et le suivi.
- Cette action se situe dans la même ligne que celle prévue par le CHUV dans son plan stratégique 2009-2013 en matière de réorganisation de la prise en charge des patient-e-s et visant à **développer des « itinéraires cliniques »** en associant les professionnel-le-s impliqués et leurs compétences spécifiques autour de pathologies données et **en désignant, pour chaque patient-e, un-e « soignant-e de référence »**.

Action n°9 : Poursuivre le développement des soins palliatifs

Au vu du bilan effectué, les priorités d'action pour la législature comprennent :

- un **renforcement de l'offre**, avec principalement :
 - création d'une unité d'environ 10 lits A de soins palliatifs au CHUV, pour les besoins de situations de haute complexité ;
 - déplacement et augmentation des lits B à la Fondation Rive-Neuve, avec la création d'un centre de jour ;
 - mise à disposition de structures d'accueil spécifiques pour les personnes pour lesquelles des solutions adéquates n'existent pas aujourd'hui (projet pilote de 5 lits C de soins palliatifs à l'EMS Le Signal et autres projets à développer) ;
 - amélioration des ressources spécifiques en soins palliatifs au sein des hôpitaux de soins aigus ;
- le **renforcement des équipes mobiles** pour leur permettre de s'adapter à l'évolution de la demande des professionnel-le-s de première ligne et d'intensifier encore leur action auprès des patient-e-s et des institutions qui en ont besoin ;
- la **poursuite des actions de formation**, en augmentant les formations de sensibilisation du personnel des EMS et CMS et la coordination des formations plus spécialisées en fonction des compétences attendues ;
- des **mesures d'appui à l'entourage** confronté à des situations de soins palliatifs, notamment en offrant des formations aux proches sur les soins de base, en développant le réseau de bénévoles, en améliorant les possibilités de répit pour les familles qui en ont besoin, ainsi qu'en apportant les aides financières nécessaires ;
- pour faciliter l'accès aux soins palliatifs, il s'agira également de prévoir une **information à l'attention de la population**, portant sur les possibilités de recours à de tels soins.

III.1.3 Développement d'une politique gériatrique

Contexte et enjeux

La vague démographique annoncée et les changements épidémiologiques qu'elle provoque vont modifier profondément et durablement l'activité des services de soins. Il convient de s'y préparer déjà au cours de la législature en vue de réunir les conditions qui permettront de faire face à ces nouveaux enjeux. Si les 25 dernières années ont été marquées par la volonté politique de conduire une politique médico-sociale cohérente, les prochaines devront être consacrées à son enrichissement sous forme d'une politique

gériatrique qui en prendra progressivement le relais et qui prendra en compte les besoins psychogériatriques.

Cette réorientation a déjà démarré. Avec les réseaux de soins, le canton de Vaud s'est doté de structures appelées à coordonner les initiatives et les engagements régionaux. Avec la mise en oeuvre de programmes cantonaux tels que BRIOs, soins palliatifs ou encore HPCI, il a introduit et expérimenté des instruments efficaces de pilotage, capables de faire face à des problématiques sanitaires spécifiques. L'hôpital universitaire, quant à lui, a fait du développement de la gériatrie, une des actions prioritaires inscrites dans son plan stratégique 2009-2013. Il entend ainsi se donner les moyens de créer une véritable culture de la prise en charge de la personne âgée au sein du CHUV et d'adapter son dispositif organisationnel au phénomène du vieillissement. Une telle préoccupation mobilise également les hôpitaux régionaux.

Cette évolution doit être soutenue. Il est cependant nécessaire, au moment où elle doit s'amplifier, de lui donner un cadre afin de fédérer les efforts et d'assurer une mise à disposition cohérente des ressources. Parmi les problèmes d'ores et déjà signalés, figurent en effet un cloisonnement entre structures médicales et médico-sociales, un manque de médecins spécialisés en gériatrie et en psychogériatrie ainsi que la nécessité de renforcer les compétences gériatriques des médecins responsables d'EMS. De fait, plus largement, ce besoin de renforcement concerne l'ensemble des professions soignantes.

L'élaboration d'un cadre cantonal, sa mise en oeuvre, son adaptation, constitueront la référence en matière de développement de la politique gériatrique. Pour cette raison, le Conseil d'Etat entend associer à cette tâche des représentants des différents milieux concernés, dans une Commission cantonale « Vieillissement de la population et santé ». Cette commission sera chargée de conduire la réflexion sur les problèmes de santé publique et sociaux qui découlent du vieillissement de la population, de proposer les mesures à prendre et les conditions de leur implantation, ainsi que d'en évaluer l'impact.

Dans un premier temps, il appartiendra à la Commission de valider les actions 9 à 13 et les orientations qui les spécifient, établis en concertation avec les représentants du Service universitaire de gériatrie et qui donnent le cap pour la législature.

Action n° 10 : Définir un cadre cantonal de référence pour la politique gériatrique

- Le cadre cantonal de référence est défini **sous l'égide du Service de la santé publique dans une démarche de concertation** avec les réseaux de soins et les professionnel-le-s de la gériatrie et de la psychogériatrie.
- Il explicite l'organisation de la prise en charge des problèmes gériatriques et psychogériatriques tout en précisant les principes communs à chaque réseau de soins pour le développement des prises en charge. Il prévoit les modalités d'intégration des programmes et projets en cours (par exemple : BRIOs, soins palliatifs, santé mentale) dans une **politique d'ensemble de développement des soins gériatriques**. Il définit les indicateurs d'activités et de résultats attendus pour le pilotage de la politique gériatrique.

Action n° 11 : Mettre en place dans chaque réseau de soins une coordination gériatrique

- La coordination gériatrique implique les services de soins hospitaliers aigus, de réadaptation, ambulatoires et communautaires, ainsi que de longue durée, y compris les structures intermédiaires et les services d'orientation et de liaison. Elle est **animée par un médecin gériatre ou psychogériatre**. Sa mission est de favoriser le développement de l'évaluation gériatrique, ainsi que la coordination et la continuité de la prise en charge des patient-e-s âgés fragiles à travers l'ensemble des institutions. A cette fin, elle organise la prise en charge des situations complexes, de manière à ce que : les membres du réseau de soins soient à même d'offrir des prestations adaptées aux besoins ; le flux des patient-e-s entre les différents niveaux de soins soit facilité ; des activités de prévention de la perte d'indépendance et d'autonomie soient intégrées aux niveaux clinique et populationnel. Il s'agira dans ce contexte de tenir compte de la décision d'introduire dans les services d'aide et de soins à domicile, entre 2008 et 2010, l'outil d'évaluation des besoins médico-sociaux adopté au niveau suisse (RAI home care).
- La définition et la mise en place de la coordination gériatrique doivent résulter d'un **bilan régional des structures, projets et pratiques actuels** dans le champ de la gériatrie et de la psychogériatrie. La congruence entre les ressources ou dispositifs existants et les exigences du cadre cantonal de référence est à examiner comme préalable à tout investissement. Chaque réseau de soins aura donc la responsabilité de mettre sur pied sa coordination gériatrique en tenant compte des contraintes, options et opportunités locales, en conformité avec les principes du cadre cantonal de référence.

Action n° 12 : Valoriser les métiers de la gériatrie et renforcer la formation

- La formation ou la désignation, dans chaque région, d'un **gériatre en charge du développement et de l'animation de la coordination régionale** est une mesure prioritaire à réaliser d'ici 2012.

- Parallèlement, le cadre cantonal de référence doit prévoir, en lien avec les mesures prévues par le CHUV dans son plan stratégique en matière d'enseignement en rapport avec le vieillissement, le **développement d'une stratégie de formation** pour l'ensemble des médecins (par ex. responsables d'EMS, médecins-conseil des CMS, médecins de premier recours) et autres professionnel-le-s de la santé et du social (infirmiers et infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistant-e-s sociaux et sociales, animateurs et animatrices, etc.) concerné-e-s par la prise en charge de patient-e-s âgés, en collaboration avec les sociétés professionnelles. Des mesures incitatives peuvent encourager les plans de formation des médecins, des autres soignant-e-s et du personnel d'animation concerné-e-s afin d'améliorer le niveau général de compétences en gériatrie et psychogériatrie dans chaque région. On peut mentionner à cet égard le diplôme en études avancées en gérontologie-gériatrie proposé par l'Ecole de La Source, qui consiste en une formation interdisciplinaire ouverte à tou-te-s les professionnel-le-s de la santé et qui permet de répondre aux exigences de formation imposées aux cadres soignant-e-s des EMS à missions gériatrique et psychogériatrique. Il faudra aussi prévoir des formations de base en psychogériatrie, de courte durée, afin d'améliorer rapidement les compétences des professionnel-le-s, même non diplômé-e-s.

Action n°13 : Soutenir les projets locaux conformes à la politique gériatrique cantonale

Au cours de la législature, un soutien sera apporté à des projets régionaux, notamment ceux favorisant la définition et la mise en place d'une coordination gériatrique et psychogériatrique, ainsi que de ses composantes hospitalières, communautaires, ambulatoires et de long séjour. Plusieurs projets s'inscrivent aujourd'hui dans cette perspective. Mentionnons, à titre d'exemples, le projet d'évaluation gériatrique globale ambulatoire du réseau Nord Broye, le projet du CHUV d'adaptation de l'institution au vieillissement de la population, ou encore le réseau cantonal de consultations sur la mémoire. De plus, il s'agira de soutenir également les projets portant sur le développement des interfaces entre l'hôpital et le milieu ouvert (médecine de ville et services d'aide et de soins à domicile), en particulier ceux visant à favoriser l'échange d'information sur les patient-e-s entre les différent-e-s intervenant-e-s.

Action n°14 : Assurer le pilotage de la politique gériatrique et le suivi statistique

La définition et le suivi de la politique gériatrie doivent reposer sur des estimations chiffrées des besoins, des activités et des résultats. Trois priorités sont identifiées pour la législature :

- quantifier l'**impact estimé de la croissance et du vieillissement démographiques** sur la santé de la population vaudoise en termes de besoins en structures et activités de soins (2008-2009), puis intégrer dès 2010 les résultats dans la planification cantonale ;
- définir des **indicateurs standards d'activité et de résultat** à produire dans chaque région pour le suivi de la mise en place et des effets de la politique cantonale gériatrique ;
- **évaluer l'efficacité des projets locaux** en termes d'impact sur la santé, sur les services de santé, et sur la satisfaction de la population.

III.2 Assurer une offre suffisante en personnels de santé

III.2.1 Lutte contre la pénurie de personnels paramédicaux

Contexte et enjeux

Les structures de soins, qui seront fortement sollicitées pour affronter les effets du baby-boom et d'une longévité accrue, devront parallèlement continuer à répondre aux besoins d'une population de moins de 65 ans qui augmentera également. C'est dire que le besoin en personnel soignant va se maintenir, voire s'accroître. Il est dès lors indispensable de renforcer les mesures permettant de lutter contre la pénurie de personnels paramédicaux, en complément des mesures prévues par le CHUV dans son plan stratégique et visant à structurer la formation postgraduée des professionnel-le-s de santé en vue d'assurer la relève.

Action n° 15 : Poursuivre les programmes de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s et de mise à niveau des compétences des infirmiers et infirmières assistant-e-s

- Les actions entreprises en 2004 se poursuivront pendant la période 2008-2012, en particulier le **programme de réinsertion professionnelle pour les infirmiers et infirmières diplômé-e-s**. Sur la base des années antérieures, un effectif annuel de 60 candidat-e-s est attendu.
- Il convient également de poursuivre le **programme de maintien de l'employabilité des infirmiers et infirmières assistant-e-s** lancé en 2007. Près de 200 professionnel-le-s sont potentiellement concerné-e-s. Il s'agit de leur offrir la possibilité d'acquérir les compléments de formation nécessaires pour

consolider un statut de moins en moins bien identifié, compte tenu de la suppression de cette formation en 1994. Deux voies sont proposées : une voie courte (acquisition de compétences techniques similaires à celles des ASSC), et une formation-passerelle débouchant sur un diplôme d'infirmier ou infirmière de niveau 1 qui leur permet d'obtenir un titre unifié après quelques années d'expérience.

Action n° 16 : Soutenir les projets visant à l'intégration des nouveaux métiers, à la réorganisation de la coopération entre soignant-e-s et à la valorisation de l'image des professions

- Le positionnement justifié des infirmiers et infirmières au niveau HES s'accompagne d'une attractivité incontestable de la **nouvelle formation d'ASSC**. Les écoles vaudoises de formation permettent, depuis 2007, de délivrer un minimum de 150 CFC chaque année. Pour que le système de soins profite pleinement des nouvelles compétences ainsi mises sur le marché et de l'entier des effectifs formés, il est impératif d'accompagner les changements d'organisation qui doivent s'opérer dans les institutions, et de vaincre les résistances qui accompagnent inévitablement ces changements. Le DSAS a d'ores et déjà pris des initiatives dans ce sens, afin d'obtenir, sur la base d'observations faites avec les équipes soignantes, des propositions pour une répartition différente des responsabilités et des cahiers des charges basés sur les nouvelles compétences disponibles. Il s'agit en particulier d'expériences menées dans trois hôpitaux (dont le CHUV), quatre EMS et un CTR. Cette réflexion touche aussi les métiers liés à l'animation.
- Des réflexions et des expériences sont en cours concernant la **coopération entre professionnel-le-s de la santé**. Elles portent sur des nouveaux modes de coopération impliquant des transferts de compétences dans des domaines bien identifiés (prévention, éducation à la santé, prise en charge de la douleur, suivi de traitement de longue durée, etc.). La législature sera mise à profit pour engager des actions en lien avec la prise en charge des migrant-e-s ou des personnes victimes de violence.
- La nouvelle classification prévue par la démarche Decfo pour les assistant-e-s en soins et santé communautaire ainsi que la revalorisation des perspectives de carrière pour les infirmiers et infirmières devraient contribuer à **améliorer l'image** de ces professions et leur attractivité.
- Il s'agira aussi de veiller à **maintenir des formations de courte durée** pour permettre à des personnes en voie de réinsertion ou aux faibles capacités, de se lancer dans des formations (jeunes au RI, familles monoparentales, femmes migrantes, etc.), dans le but d'obtenir une reconnaissance et une place de travail.

III.2.2 Renforcement de la médecine de premier recours et soutien à la garde médicale

Contexte et enjeux

Au vu des perspectives de pénurie potentielle du nombre de médecins, les mesures visant à influencer sur les choix d'orientation des étudiants en médecine en faveur de la médecine de premier recours revêtent toute leur importance. La prochaine législature sera l'occasion de renforcer et de pérenniser les mesures de soutien à la médecine de premier recours ainsi que de concrétiser de nouveaux projets dans ce domaine, dans la perspective notamment du développement du managed care.

Le DSAS a confié l'organisation de la garde médicale à la Société vaudoise de médecine (SVM). Malgré les mesures mises en place, des difficultés ont surgi dans certaines régions du canton. Le manque de médecins généralistes dans ces régions a rendu la mission de garde des médecins installés de plus en plus difficile. Une bonne couverture du territoire cantonal afin d'assurer la garde ne peut donc se faire que moyennant une adaptation du dispositif.

Action n° 17 : Poursuivre le projet de formation postgraduée au cabinet du praticien pour les médecins assistant-e-s généralistes et internistes généralistes, ainsi que les pédiatres et favoriser l'acquisition de connaissances en matière de managed care

- Après une phase pilote développée du 1er octobre 2005 au 30 septembre 2007, conduite avec succès, le **projet d'assistantat en cabinet** a été élargi et permet, depuis 2008, de former 12 médecins assistant-e-s par an au cabinet du praticien. Cette mesure, qui consiste à dispenser une formation adaptée à chacun-e et axée sur la réalité du métier de généraliste exerçant dans le secteur ambulatoire, est vivement appréciée, tant de la part des médecins assistant-e-s que des médecins formateurs. Parmi ceux qui ont bénéficié de cette mesure, un très grand nombre ont pu ou vont concrétiser un projet d'installation en cabinet. Une telle mesure permet donc de répondre pour partie à la diminution future du nombre de médecins de premier recours. Les actions à réaliser durant la législature pour ce projet vont consister à augmenter sa visibilité auprès des étudiants et à pérenniser son organisation. Il s'agira également de renforcer son attractivité en assurant le salaire complet des participants, ce qui rejoint les

recommandations émises au niveau fédéral par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé à ce sujet.

- Pour une période d'expérimentation de 2008 à 2010, deux **médecins assistant-e-s en pédiatrie** par année peuvent bénéficier d'une formation au cabinet du praticien. Celle-ci s'aligne sur le modèle d'assistantat pour les généralistes. Ce projet-pilote sera évalué afin d'établir son utilité.
- En parallèle, en collaboration avec l'Institut universitaire de recherche et d'enseignement en médecine générale (IUMG), ainsi qu'avec les réseaux de médecins existants, il faudra développer les possibilités pour les médecins de se former en matière de managed care et soutenir les médecins qui souhaiteront suivre de telles formations.

Action n°18 : Soutenir le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (Projet ForOm NV)

Le projet de formation des omnipraticiens dans le Nord vaudois (ForOm NV) consiste à développer un concept de formation pour les médecins de premier recours s'appuyant sur les différentes missions et sites des établissements des eHnv. L'action est de permettre de fidéliser les médecins assistant-e-s à cette région et d'y favoriser la création de projets d'installation répondant aux besoins de la population.

Action n°19 : Développer un système d'information cantonal sur la démographie médicale

L'amélioration du système d'information cantonal, en cohérence avec le projet de registre fédéral des professions médicales (MEDREG), permettra de disposer d'un outil de pilotage performant et harmonisé. Cette nouvelle plateforme permettra de gérer l'offre ambulatoire à partir de données fiables et d'élaborer des tableaux de bord de suivi de la démographie de l'ensemble des médecins exerçant en cabinet dans le canton. La démographie médicale en sera d'autant plus lisible et compréhensible.

Action n°20 : Adapter le dispositif de garde afin d'assurer la garde médicale dans toutes les régions du canton

- Afin de faire face à la pénurie de médecins généralistes qui assurent la **garde médicale dans certaines régions périphériques**, différentes mesures structurelles vont être examinées en collaboration avec la SVM et ses représentants régionaux. Il est notamment prévu d'étudier la mise en place de « maisons de la garde », en collaboration avec certains hôpitaux périphériques. Un premier projet devrait voir le jour dans le Chablais. Des mesures d'incitation des autorités locales visant à favoriser l'installation de nouveaux cabinets, voire le remplacement de médecins qui cesseraient leur pratique en périphérie, doivent être envisagées.
- En parallèle, une nouvelle **campagne d'information** sur le recours à la Centrale téléphonique des médecins de garde devra être lancée. Ce numéro unique permet en effet, par un tri des appels assuré par du personnel infirmier spécialement qualifié, une meilleure orientation des patient-e-s pour les cas non urgents ainsi qu'un meilleur accès aux médecins de garde et à la réponse infirmière 24h/24 des centres médico-sociaux.
- Quant aux travaux de mise en place d'une **garde en médecine dentaire** par la SVM, ils vont se poursuivre. Quant à la garde pharmaceutique, on peut rappeler qu'elle est basée sur les organisations locales ou régionales, qu'elle est supervisée par la Société vaudoise de pharmacie et qu'elle couvre déjà l'ensemble du canton.

III.2.3 Soutien à la relève médicale en milieu hospitalier

Contexte et enjeux

La relève médicale hospitalière pose un problème quantitatif en raison d'un déficit au niveau de la formation pré-graduée, d'une augmentation de l'activité clinique globale et, dans une moindre mesure, des restrictions apportées par la législation fédérale qui limite la durée du travail hebdomadaire à 50 heures. En effet, depuis de nombreuses années, le nombre de médecins formés en Suisse diminue (805 en 1980, contre 594 en 2006). Ce déficit est actuellement comblé par un recours croissant à des médecins étrangers. La féminisation de la médecine, avec une demande plus fréquente de temps partiels, accentue également ce phénomène de pénurie. Par ailleurs, la durée moyenne de travail des médecins-assistants et assistantes en Suisse est encore de 54,2 h/semaine selon la FMH, ce qui est souvent difficilement conciliable avec les responsabilités et les attentes familiales modernes. Ces éléments rendent nécessaire l'adoption de mesures visant à soutenir la relève médicale en milieu hospitalier. Une partie de ces mesures sont prévues dans le programme transversal « Formation postgraduée » du plan stratégique du CHUV. Le Conseil d'Etat entend toutefois également tenir compte du résultat des travaux menés sur la répartition des missions respectives dévolues à l'hôpital universitaire et aux hôpitaux périphériques.

Action n° 21 : Améliorer la relève médicale par une meilleure coordination de la formation postgraduée

En 2006-2007, le Service de la santé publique a conduit, avec le soutien du CHUV et de la FHV, une étude pour mieux délimiter les prestations universitaires et tertiaires fournies dans le canton. Cette étude a permis d'identifier près d'une centaine de groupes de prestations entièrement ou essentiellement universitaires. Elle a recommandé la création de 14 collèges médicaux cantonaux réunissant les médecins cadres du CHUV et des hôpitaux de la FHV dans 14 spécialités. Ces collèges auront notamment pour mandat de participer à la coordination de la formation postgraduée afin d'assurer la relève médicale dans les hôpitaux. Il appartiendra donc à chacun d'eux de fournir un rapport sur l'évolution prévisible de sa spécialité pendant les prochains 5 à 10 ans, avec des propositions concrètes en ce qui concerne notamment les exigences liées à la relève médicale. Ils devront donc s'intéresser au nombre d'assistant-e-s dans les différents hôpitaux, tenter de coordonner leurs rotations entre les hôpitaux universitaires et non universitaires et développer une organisation qui favorise la mise en place des plans de carrière et diminue autant que possible la pénibilité.

III.3 Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, les principales causes de pertes d'années de vie en bonne santé (disability-adjusted life years, DALY) sont les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, les dépressions majeures, les cancers des voies respiratoires et d'autres formes de cancers ainsi que les maladies de l'appareil locomoteur. Or les facteurs de risque sont communs à ces maladies, à savoir en premier lieu la sédentarité, le surpoids, l'alimentation déséquilibrée (surconsommation de sel, de graisse et de sucre), le tabagisme et la consommation abusive d'alcool, ainsi que le stress. Les programmes mis en œuvre dans la présente législature vont donc viser en particulier à diminuer les facteurs de risques de ces maladies ainsi qu'à dépister ces dernières en vue d'une intervention précoce. Il s'agit en fait de procéder à une approche globale pour des problèmes particuliers.

III.3.1 Alimentation équilibrée et activité physique

Contexte et enjeux

La surcharge pondérale ainsi que l'obésité ont fortement augmenté ces vingt dernières années dans la population des pays industrialisés et ce phénomène gagne également les pays en voie de développement. L'OMS tire la sonnette d'alarme et parle même d'une épidémie. D'après l'enquête suisse sur la santé 2002, environ 40% d'hommes et 25% de femmes sont en surpoids et 10% souffrent d'obésité. En ce qui concerne les enfants en âge scolaire, les chiffres publiés en 2007 sont alarmants : 15 à 20% des écoliers sont en surpoids et 2 à 5% obèses. Les causes essentielles de l'excès pondéral sont le manque d'activité physique et la consommation excessive d'aliments riches en sucre et graisses. Le surpoids et la sédentarité sont des facteurs de risque importants de maladies chroniques telles que le diabète type II, les maladies cardiovasculaires, les problèmes articulaires, etc. Ces maladies sont en constante augmentation et représenteront un problème majeur de santé publique dans le futur. L'OFSP et Promotion Santé Suisse encouragent les cantons à élaborer et à mettre en œuvre les programmes de prévention du surpoids qui s'intègrent dans les programmes cadre nationaux de prévention. Le CHUV en a fait un programme transversal dans le cadre de son plan stratégique.

Action n° 22 : Poursuivre les actions de prévention des maladies cardiovasculaires et mettre en œuvre le programme « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux »

- Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de la morbidité et de mortalité en Suisse. Il s'agit donc de poursuivre et de pérenniser les actions de **dépistage des risques cardiovasculaires** dans la population vaudoise à l'aide du programme « Bilan & Conseils santé ».
- Le **programme cantonal « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux »** a pour objectif de promouvoir un environnement favorable à la santé pour l'ensemble de la population, notamment par la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière. Par ce biais, il vise à moyen et long terme la diminution des maladies chroniques. Ce programme est lancé en avril 2008. Il doit être poursuivi et renforcé dans les années à venir.

III.3.2 Dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique)

Contexte et enjeux

Les taux élevés de morbidité et de mortalité dues à la consommation de tabac et d'alcool ont motivé la mise en place de plans cantonaux d'action dans ces deux domaines. Par ailleurs, le dispositif cantonal en matière de toxicodépendances a été l'objet de réajustements pour répondre à l'augmentation des comorbidités psychiatriques mais aussi de nouvelles formes de consommation (polytoxicomanie, usage de psychostimulants, etc.).

Action n°23 : Consolider les programmes de prévention des dépendances

- Le **Plan cantonal d'action pour la prévention du tabagisme** 2008-2012 s'axe sur la promotion d'une vie sans tabac, la protection contre la fumée passive, l'aide à la désaccoutumance pour tou-te-s et la prévention auprès des groupes vulnérables.
- Le **Plan cantonal d'action alcool** 2007-2012 (PactAlcool) veut garantir en plus de l'information, de la prévention et du traitement, une utilisation optimale du dispositif alcoologique spécialisé. Il vise en particulier à renforcer la coordination et la cohérence au sein du réseau existant. Dans ce sens, un état des lieux des acteurs et des actions de prévention concernant l'alcool dans le canton a été réalisé durant le premier semestre 2008 pour favoriser le travail en réseau et la complémentarité. En outre, un projet pilote sera conduit pour tester les évaluations d'impact sur la santé (EIS) comme outil d'aide à la décision pour le PactAlcool. Quant au dispositif d'indication (projet EVITA), mis en place dès 2007 dans le Nord et l'Est du canton, il est prévu, après une évaluation, de l'étendre sur l'ensemble du territoire.
- En matière de **toxicodépendance**, le canton entend améliorer l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins des personnes dépendantes. Le renforcement du travail de réseau ainsi que la spécialisation des prestations nécessitera l'attribution de nouvelles tâches aux institutions du dispositif toxicomanie. La possibilité de tester un dispositif d'indication semblable au projet EVITA dans la prise en charge alcoologique, est également étudiée.
- Dans la période à venir, le programme intercantonal de lutte contre la **dépendance au jeu** qui a vu le jour en 2007 devrait se développer en mettant en place différentes actions (information à la population, formation des professionnel-le-s, hotline et guide de traitement par Internet). Le Centre du jeu excessif, créé en juillet 2001, doit continuer à être soutenu pour mener à bien sa mission de prévention et de traitement.

III.3.3 Autres programmes de promotion de la santé chez les enfants et les jeunes

Contexte et enjeux

Une augmentation de la population est prévue pour toutes les classes d'âge, y compris chez les plus jeunes. Une attention particulière doit donc être portée aux besoins spécifiques de cette frange de la population. Une partie de ces besoins est déjà couverte par les actions mentionnées ci-dessus, notamment par le programme « Ça marche ! Bougez plus, mangez mieux » et par les programmes de prévention des dépendances. D'autres besoins nécessitent des actions spécifiques, qui sont décrites ci-après.

Action n° 24 : Poursuivre la mise en œuvre du Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents

Le « Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0-6 ans) – parents », lancé en 2006 et conduit par les Services de la santé publique et de la protection de la jeunesse, a pour but de mettre à disposition des familles avec enfants en bas-âge une offre de prestations dont l'Etat garantit la cohérence, la qualité et l'équité d'accès :

- conseil en périnatalité,
- visites et consultations infirmières pour nourrissons et enfants,
- lieux d'accueil enfants-parents,
- information : accès des familles et des professionnel-le-s aux ressources,
- information aux parents sur le développement de leur enfant,

- information sur la prévention des accidents d'enfants (0-6 ans).

La mise en œuvre de ce programme va se poursuivre. Les priorités pour la législature en cours sont : le renforcement du pilotage du programme au niveau cantonal et régional, l'accessibilité aux prestations, les ajustements progressifs pour répondre à l'accroissement du nombre de naissances et à l'augmentation du nombre de familles vulnérables et de situations psychosociales complexes.

Action n°25 : Conduire un programme cantonal de vaccination contre le HPV chez les jeunes filles

Un programme cantonal de vaccination contre le HPV (responsable du cancer du col de l'utérus-HPV) sera mis en œuvre dès l'année 2008. Il comprendra une vaccination en milieu scolaire pour toutes les classes d'âges concernées dès la rentrée scolaire 2008, puis fera partie du programme de routine, annuel, en 7e année. La vaccination en privé sera également disponible pour les jeunes filles non scolarisées qui auraient une situation personnelle ou médicale particulière ou qui ne souhaiteraient pas la vaccination scolaire.

III.3.4 Santé sexuelle et reproductive ainsi qu'éducation sexuelle

Contexte et enjeux

La santé sexuelle est un aspect important de la santé en général et d'une vie équilibrée qui touche les gens de tous les âges, à toutes les étapes de la vie. L'intervention de l'Etat, par le biais de différents organismes qu'il soutient financièrement a pour but de réduire le nombre de grossesses non désirées, de prévenir les infections sexuellement transmissibles et les problèmes en lien avec la sexualité (violences). Elle doit ainsi permettre aux individus de faire des choix en toute connaissance de cause et d'assumer leurs responsabilités dans ce domaine.

Action n° 26 : Consolider les prestations du planning familial et adapter l'éducation sexuelle aux nouveaux défis

- Le **renforcement de l'accessibilité** – géographique, économique, culturelle – des prestations du planning familial est un axe prioritaire pour ces prochaines années, hommes et femmes confondus. Ceci n'est possible que par la mise en place de partenariats spécifiques communautaires pérennes et d'un travail de réseau approfondi avec et au bénéfice des jeunes, des groupes de migrant-e-s et des catégories socio-économiques précaires.
- Face à l'évolution de la société et des enjeux liés à la sexualité, le Service de la santé publique, en collaboration avec le SESAF/UES et la Fondation Profa, a initié une série de travaux en 2008 afin d'adapter progressivement l'offre et le dispositif actuel en matière d'**éducation sexuelle en milieu scolaire**. Cette démarche commune s'inscrit dans la volonté de poursuivre une politique active d'information et de prévention dans ce domaine et de maintenir les bons résultats enregistrés dans le canton (utilisation du préservatif, faible taux IVG en comparaison cantonale et internationale, etc.).

III.3.5 Autonomie des personnes âgées

Contexte et enjeux

En termes de santé publique, un enjeu central sera de mettre en place des mesures préventives visant à atténuer l'augmentation prévisible, sur la base des projections démographiques, du nombre de personnes âgées dépendantes.

Action n°27 : Développer des mesures préventives pour prolonger l'autonomie des personnes âgées

- Il s'agit en particulier de continuer à promouvoir et développer les **mesures de prévention destinées à infléchir précocement le cours de maladies fréquentes** chez les adultes d'âge moyen et dont le risque d'évolution vers une dépendance fonctionnelle est élevé (maladies cardiovasculaires, oncologiques, etc.). Les mesures envisagées doivent être soit d'une efficacité démontrée, soit limitées, entreprises à titre expérimental et soumises à une évaluation scientifique rigoureuse de leur efficacité.
- Les **vaccinations** (par ex. grippe, pneumocoque), le **dépistage de maladies chroniques** (par ex. tension artérielle, glycémie, etc.) et la **prévention de leurs séquelles** (par ex. contrôles ophtalmologiques chez les personnes diabétiques) sont des mesures à promouvoir en collaboration avec les médecins de premier recours.
- Des **projets particuliers** (interventions telles que la prévention des chutes et de la malnutrition, l'entraînement de la mémoire ou le bilan des facteurs de risque) pourront être soutenus sur la base des recommandations de la nouvelle Commission cantonale « Vieillesse de la population et santé » (cf. III.1.3 ci-dessus). Les visites préventives à domicile, qui reposent sur une action commune entre médecins traitants et professionnel-le-s de l'évaluation, représentent à cet égard une priorité. Dans un

premier temps, les interventions possibles seront recensées (par ex : expérience d'évaluation du profil de risque « Health Risk Appraisal for the Elderly » testée dans le canton de Soleure ou autres expériences conduites en Suisse ou à l'étranger) avant la mise en oeuvre d'un projet pilote. Ces mesures devront se compléter d'actions dans le domaine social afin d'éviter l'isolement ou le développement de situations personnelles difficiles.

III.3.6 Cancer du sein et autres formes de cancers

Contexte et enjeux

Chaque année environ 15'000 décès dus à des cancers sont enregistrés en Suisse et le nombre de nouveaux cas avoisine 31'000. Les cancers les plus fréquents dans l'ordre sont chez les hommes ceux de la prostate, du poumon et de l'intestin et chez la femme ceux du sein, de l'intestin et du poumon. Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de cancer risque fortement d'augmenter dans les années à venir si rien n'est fait pour ralentir sa progression. Le dépistage précoce de certains cancers (sein, intestin) permet de repérer les lésions avant la manifestation clinique, d'améliorer le pronostic et de diminuer les coûts du traitement. Ainsi, lors de l'évaluation du programme vaudois de dépistage du cancer du sein, publiée en 2007, il a été estimé que, grâce à cette action, la mortalité par cancer du sein a été réduite d'environ 22% chez les femmes vaudoises âgées de 55 à 74 ans.

Action n° 28 : Poursuivre le programme de dépistage du cancer du sein et étudier l'opportunité de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du côlon, voire d'autres types de cancers

- Les résultats obtenus démontrent la nécessité de **maintenir et améliorer le programme de dépistage du cancer du sein**. Le passage à la mammographie numérique, la mise sur pied d'une Fédération suisse des programmes de dépistage, ainsi que les négociations tarifaires concernant le remboursement de la mammographie de dépistage font partie des enjeux pour la législature à venir.
- Une étude d'opportunité et de faisabilité en faveur d'un **programme organisé de dépistage pour le cancer du côlon, voire d'autres types de cancers** (mélanome, col de l'utérus, etc.) sera conduite.

III.3.7 Maladies transmissibles (VIH/SIDA, pandémies, ...)

Contexte et enjeux

En matière de maladies transmissibles, les mesures de surveillance et d'intervention s'appliquent aux maladies « habituelles » en circulation constante, aux maladies réémergentes et émergentes, ainsi qu'aux nouvelles maladies. Elles doivent être adaptées à la spécificité des maladies, à leur impact différencié selon les populations et à leur probabilité d'apparition. L'action appropriée de santé publique dans ces domaines demande une professionnalisation accrue, dévolue, de par la loi fédérale, aux Médecins cantonaux.

Les mesures à prendre au niveau cantonal doivent s'intégrer dans un réseau de surveillance, d'expertise et un cadre légal à la fois international (le Règlement sanitaire international auquel la Suisse a souscrit en 2007) et national (matérialisé par les ordonnances ou par la révision de la loi fédérale sur les épidémies).

Action n° 29 : Renforcer le dispositif de surveillance et de prise en charge des maladies transmissibles

- Le canton de Vaud devra améliorer significativement ces prochaines années son **système de surveillance et d'alerte** (déclarations obligatoires, suivi des données et enquêtes d'exposition), actuellement lacunaire, à l'exception notable du contrôle de la tuberculose particulièrement efficient, intervenir selon des protocoles validés (partiellement existants) et analyser ses interventions en fonction de données répertoriées (inexistantes).
- Si certains **programmes** ont fait la preuve de leur efficacité (vaccination en milieu scolaire notamment), ont été ou sont modernisés (programme d'hygiène et contrôle des infections nosocomiales notamment), d'autres doivent être **restructurés** (notamment le dispositif VIH/SIDA). En outre, de **nouveaux programmes** (vaccinations, surveillance et contrôle de maladies transmissibles émergentes ou réémergentes comme la rougeole) ou des niveaux de préparation plus avancés face aux nouvelles menaces à large échelle et/ou rapidement progressives (pandémies) seront développés et mis en place. En parallèle, la possibilité de **rendre certaines vaccinations obligatoires** pour certaines catégories de la population sera examinée.
- Les nouvelles menaces (virus cantonnés à des zones tropicales, variantes du H5N1, ...) nécessitent une expertise maintenue, et un dispositif souple, prêt à être activé et incrémental. Ces menaces à large échelle impactent la responsabilité de l'Etat bien au-delà de sa gestion sanitaire, dans des crises où les

questions de sécurité, d'approvisionnement et d'information notamment sont également en première ligne, nécessitant **une réponse et une conduite globales**. Des liens étroits entre les services concernés par la gestion de crise (SSCM et EMCC) et les dispositifs de réponse (ORCA) sont à développer à la lumière de la préparation à la pandémie. Les interventions existantes seront donc systématisées, afin de répondre aux critères internationaux et aux contraintes de la nouvelle loi fédérale sur les épidémies.

III.3.8 Santé mentale

Contexte et enjeux

Sur la période 1984-2006, la population du canton a augmenté d'environ 130'000 habitant-e-s. Les soins ambulatoires, la réadaptation et la prise en charge dans la communauté se sont développés de manière importante, avec, en corollaire, un mouvement très significatif de « déshospitalisation ». Alors que le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 1'000 habitant-e-s vaudois-e-s était de 1,7 en 1980, il n'est plus que de 0,7 en 2006. Cette évolution dans les modes de prise en charge est constatée dans de nombreux pays et figure d'ailleurs parmi les recommandations faites par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les quatre secteurs psychiatriques (Centre, Nord, Ouest et Est) assurent aujourd'hui des prestations bien diversifiées, avec des consultations ambulatoires aussi bien que des possibilités d'hospitalisation et de réhabilitation. L'offre médico-sociale des EMS psychiatriques et psychogériatriques, ainsi que celle des institutions sociothérapeutiques ou spécialisées dans la prise en charge des dépendances, complètent ce dispositif.

La santé mentale fait l'objet d'une attention croissante au niveau international. Des études épidémiologiques attestent de besoins importants en matière de soins psychiques. La prévalence annuelle des troubles méritant des soins est estimée à 20-25% de la population adulte. Les jeunes et les personnes âgées sont également concernés. De surcroît, le champ de la santé mentale s'élargit, pour passer d'une approche centrée sur la maladie à un concept global de santé psychique.

Comme en Suisse, les enjeux dans le canton de Vaud sont importants. Pour y faire face, une politique cantonale en santé mentale a été élaborée, dont le but est de maintenir et améliorer l'état de santé psychique de la population tout en garantissant un accès équitable aux soins.

Action n°30 : Conduire les cinq programmes prioritaires retenus par le Plan de santé mentale

Cinq programmes, comportant chacun des actions prioritaires, sont retenus pour la législature 2007-2012 et seront progressivement mis en œuvre, en collaboration avec les partenaires, en fonction des moyens disponibles :

- **lutte contre les conduites suicidaires** : (a) Surveillance du traitement de l'information sur le suicide dans les médias, (b) Formation des professionnel-le-s de première ligne, (c) Prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider, (d) Orientation téléphonique des urgences psychiatriques ;
- **renforcement de la liaison et de la coordination** : (a) Formation des professionnel-le-s de première ligne, (b) Développement de la liaison avec les EMS et les CMS, (c) Développement de la liaison au sein des hôpitaux somatiques, (d) Développement d'équipes mobiles psychiatriques de l'adulte et de l'âge avancé ;
- **lutte contre la violence** : (a) Création d'une équipe ressource spécialisée, (b) Mise sur pied de formations cohérentes et adaptées, (c) Renforcement des structures d'accueil pour les patient-e-s sous mandat pénal ou civil, (d) Recherche et suivi épidémiologique en psychiatrie légale ;
- **amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique** : (a) Augmentation des lits de pédopsychiatrie au Nord et à l'Est (déjà réalisé), ainsi que, cas échéant, à l'Ouest (en cours d'étude), (b) Renforcement des structures de prise en charge des troubles envahissant du développement, (c) Renforcement des moyens de lutte contre les conduites suicidaires, (d) Développement d'un pôle de pédopsychiatrie légale ;
- **handicap mental et psychiatrie** : Ce programme est encore en cours d'élaboration. Il comprendra le renforcement des prestations de liaison en institution, ainsi que la mise à disposition d'une unité de crise.

L'offre existante devra également évoluer pour absorber les effets démographiques et pour mieux répondre à des besoins spécifiques, comme les troubles alimentaires, les dépendances, le soutien aux populations vulnérables ou encore les situations de crise particulières. Ainsi, dans son plan stratégique, le CHUV prévoit de déployer, au sein du nouveau département de psychiatrie, un certain nombre de projets transversaux sur

les secteurs du Nord, de l'Ouest et du Centre, en cohérence avec les priorités évoquées ci-dessus. Il entend également mener un programme prioritaire spécifique pour les populations vulnérables, afin de se doter de compétences interdisciplinaires et de moyens d'intervention répondant aux besoins de cette population.

III.4 Poursuivre la réorganisation hospitalière

Les principes d'organisation annoncés par le Conseil d'Etat en 2004 restent valables. Pendant cette législature, l'effort de regroupement des services de soins aigus somatiques (lits A) sur un nombre limité de sites doit être poursuivi, en mettant en œuvre la construction du Centre hospitalier Riviera-Chablais. Dans les autres régions du canton, il s'agit de procéder aux investissements nécessaires pour adapter les hôpitaux existants à l'évolution des besoins. Quant aux activités de réhabilitation (lits B), la priorité est mise sur la réorganisation et le renforcement des services de neuroréhabilitation, pour lesquels il s'agit de mettre en place une filière cantonale sous l'égide du CHUV et de construire un centre cantonal de neuroréhabilitation de quelque 65 lits, qui remplacera les services actuels, fragmentés et trop petits. L'ensemble de ces efforts sera conduit en tenant compte des possibilités de partenariat avec des cliniques privées.

III.4.1 Hôpital unique Riviera-Chablais

Contexte et enjeux

Le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire de 2004 prévoit la construction à l'horizon 2011-2012 d'un Centre hospitalier intercantonal pour la Riviera et le Chablais afin de remplacer les cinq sites actuels de soins aigus, de l'Hôpital Riviera (au Samaritain, à Montreux et à La Providence) et de l'Hôpital du Chablais (à Aigle et à Monthey). Les études complémentaires sur la réorganisation hospitalière, dont le Conseil d'Etat a pris acte le 29 novembre 2006, confirment que cette option est la meilleure. Ce projet permettra donc de répondre de manière optimale aux besoins de la population de la région concernée, de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des patient-e-s, d'assurer des conditions de travail adéquates pour le personnel, d'éviter des travaux de maintenance nécessaires dans les bâtiments existants. Il figure parmi les actions du nouveau programme de législature.

Action n° 31 : Construire l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais et mettre en place sa structure de direction

Le nouveau centre hospitalier comprendra quelque 300 lits A sur le site de Rennaz et deux centres de traitement et de réadaptation (CTR), chacun avec 75 lits B environ et une polyclinique pour les petites urgences, respectivement au Samaritain et à Monthey.

Une convention intercantonale créant ce centre sous la forme d'un établissement autonome de droit public sera soumise aux Grands Conseils vaudois et valaisans.

L'estimation préliminaire du coût du programme provisoire des locaux du nouvel hôpital (avant concours et études) est de quelque CHF 250 millions (prix 2007), auxquels s'ajoutent les coûts, actuellement à l'étude, des transformations des sites du Samaritain et de Monthey pour leur mission de réadaptation et de polyclinique pour les petites urgences, ainsi que les éventuelles contributions pour les investissements liés aux transports d'accès. La création de ce nouveau centre hospitalier permettra toutefois aussi d'obtenir une économie annuelle d'exploitation de quelque CHF 9.5 millions pour l'Etat de Vaud.

Le calendrier de mise en œuvre prévoit :

- Fin du 1^{er} semestre 2008 : l'octroi par les Grands Conseils VD et VS des crédits pour le concours d'architecture et les études détaillées et la signature de la convention intercantonale créant la nouvelle entité
- Mise en place du premier Conseil d'administration dont la date sera arrêtée par les Conseils d'Etat de chacun des deux cantons
- 2^{ème} semestre 2010 : l'octroi par les Grands Conseils VD et VS du crédit de construction
- 1^{er} semestre 2014 : la mise en service du futur Centre hospitalier Riviera – Chablais.

III.4.2 Filière cantonale de neuroréhabilitation

Contexte et enjeux

La neuroréhabilitation, nécessite une étroite collaboration, à la fois entre les différents spécialistes médicaux et soignant-e-s concerné-e-s et avec d'autres services : soins aigus, soins à domicile et réinsertion socioprofessionnelle.

Les institutions publiques et reconnues d'intérêt public les plus actives aujourd'hui dans le domaine sont :

- le CHUV, qui en dehors des services de soins aigus de neurologie et de neurochirurgie, a une unité de neuroréhabilitation de 25 lits B,
- la Fondation Plein Soleil, qui a une double mission : d'hébergement pour des personnes souffrant de troubles neurologiques nécessitant des prestations médico-thérapeutiques importantes (64 lits C), et de neuroréhabilitation (13 lits B),
- l'Institution de Lavigny, qui a aussi une double mission, dont un service de neuroréhabilitation et d'épileptologie (18 lits B), à côté de sa mission principale d'hébergement et de prise en charge d'handicapés mentaux.

En septembre 2002, ces trois établissements ont signé une convention de collaboration créant le Groupement vaudois de neuroréhabilitation (GVN). En 2006, le DSAS a mandaté le GVN pour faire un diagnostic de la situation et proposer un concept cantonal intégré pour la neuroréhabilitation, comprenant les aspects cliniques, la formation et la recherche, ainsi que l'organisation et les finances. Il en ressort en résumé que les services sont fragmentés et trop petits, qu'il manque 15 à 30 lits pour les soins stationnaires, que les possibilités actuelles de traitement ne sont pas toutes exploitées et que les services ambulatoires sont sous-développés.

Dans le même temps, au niveau des infrastructures :

- le CHUV souhaiterait déménager ses 25 lits B ailleurs, pour les remplacer par des lits A ;
- le bâtiment de la Fondation Plein Soleil ne répond plus aux exigences de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour ses résident-e-s (64 lits C) et nécessite des investissements de restructuration et de maintenance très importants ;
- l'Institution de Lavigny a un projet de remplacement pour les bâtiments d'hébergement de ses résident-e-s handicapés mentaux qui permettrait la transformation et l'élargissement de son bâtiment hospitalier pour des patient-e-s de neuroréhabilitation.

Action n° 32 : Réaliser les infrastructures nécessaires à la mise en place de la filière cantonale de neuroréhabilitation

Face à cette situation, le DSAS propose la mise en place d'une filière cantonale de réhabilitation qui réunira tous les acteurs cantonaux impliqués (établissements mentionnés ci-dessus, Centres de traitement et de réadaptation généralistes, services de soins à domicile, médecins praticiens, Pro infirmis et associations de patient-e-s) et qui devra tenir compte des prestations fournies par les cliniques privées.

Le Service universitaire de neuropsychologie, neuroréhabilitation et médecine physique (SUN) se situera au cœur de la filière. Il regroupera sous une direction médicale unique les activités de soins B et ambulatoires du CHUV, de la Fondation Plein Soleil et de l'Institution de Lavigny, ainsi que les activités de formation et de recherche universitaires du CHUV. La mise en place de la filière débouchera sur :

- un nouveau centre de neuroréhabilitation de 65 lits, en principe à Lavigny, remplaçant les 56 actuels au CHUV, à Lavigny et à Plein Soleil, et ajoutant 9 lits supplémentaires pour répondre aux besoins,
- l'intensification des thérapies pour mieux répondre aux besoins des patient-e-s,
- le développement de la palette et de l'intensité des traitements ambulatoires au CHUV, à Plein Soleil et à Lavigny,
- la transformation de Plein Soleil en un établissement médico-social spécialisé de 64 lits.

Cette filière de neuroréhabilitation réunit donc les différent-e-s intervenant-e-s actuel-le-s dans un dispositif qui assure un continuum thérapeutique, plaçant la personne soignée au bon endroit, au bon moment avec les moyens adaptés à son état de santé.

Le calendrier de réalisation sera arrêté en fonction de la programmation et du financement (subvention OFAS) des deux projets d'hébergement à Plein Soleil et à Lavigny.

III.4.3 Autres investissements hospitaliers

Contexte et enjeux

En plus des grands projets mentionnés ci-dessus (Hôpital Riviera-Chablais et filière de neuroréhabilitation), d'autres investissements doivent être effectués dans certains hôpitaux périphériques dans le cadre de projets de réorganisation et d'adaptation de leurs missions. Le CHUV devra également de son côté effectuer un certain nombre d'investissements liés à la vétusté de son infrastructure ainsi qu'à l'engorgement chronique des surfaces existantes ; ceux-ci sont mentionnés dans son plan stratégique. On signalera ici en particulier, d'une part, la restructuration de l'hôpital de Cery destinée à améliorer les conditions de prise en charge des patient-e-s psychiatriques et à intégrer de nouvelles fonctions, telles que l'« Etablissement de réinsertion sécurisé », ainsi que, d'autre part, le projet de site unique CHUV-Hôpital de l'Enfance prévu pour accueillir la population pédiatrique et les familles dans un site intégré fonctionnant en synergie avec la maternité.

Action n° 33 : Réaliser les investissements hospitaliers conservatoires et de réorganisation

Dans le cadre de la législature, trois projets de réorganisation sont prévus.

- **Site de St-Loup (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois – eHnv)**

Le projet prévoit de réorganiser le site de St-Loup en regroupant chaque mission dans un seul bâtiment. De plus, des travaux de maintenance et de sécurité seront effectués notamment pour la mise aux normes des soins intensifs et de la prévention incendie (ECA). Le coût de ce projet est provisoirement estimé à quelque CHF 7 millions.

- **Site d'Yverdon (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois – eHnv)**

Comme annoncé, le regroupement des soins aigus de St-Loup sur le site d'Yverdon n'aura pas lieu avant 10 ans. Cela étant, pour faire face aux besoins actuels, il sera nécessaire d'agrandir les urgences et le bloc opératoire du site d'Yverdon. De plus, une centralisation des stérilisations est également envisagée. En attendant l'étude détaillée du projet, son coût est provisoirement estimé à quelque CHF 12 millions.

- **Site de Nyon (Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique – GHOL)**

Les urgences et la policlinique, qui sont imbriquées, sont actuellement saturées. Le projet prévoit d'agrandir les urgences et de les séparer de la policlinique. En attendant l'étude détaillée du projet, son coût est provisoirement estimé à quelque CHF 9 millions.

Par ailleurs, des projets d'investissements conservatoires sont prévus dans plusieurs hôpitaux régionaux pour un montant total de CHF 33 millions d'ici 2012.

III.4.4 Missions des hôpitaux

Contexte et enjeux

L'attribution des missions aux hôpitaux s'effectue en fonction des pratiques cliniques, des technologies et des exigences en matière de qualité et de masse critique. Or, ces dernières évoluent. La répartition des missions doit donc évoluer également, en tenant compte en particulier des liens entre les prestations universitaires/tertiaires fournies, en principe, par le CHUV et les autres prestations hospitalières fournies par les hôpitaux périphériques, afin d'assurer une organisation optimale. Une telle évolution est également rendue nécessaire par la révision LAMal sur le financement hospitalier. Celle-ci contraint les cantons à revoir, dans la perspective d'un financement à la prestation, non seulement les modalités mêmes de financement, mais également les mandats octroyés aux hôpitaux pour assurer la couverture des besoins de la population. En d'autres termes, il faut passer de l'attribution de mission générale à l'attribution de mandats de prestations spécifiques.

Action n° 34 : Mettre à jour les missions des hôpitaux pour assurer une répartition efficiente des prestations entre l'hôpital universitaire et les hôpitaux périphériques

Le Conseil d'Etat entend mettre à jour les missions attribuées aux hôpitaux, en tenant compte du résultat des travaux menés par les collèges de spécialistes évoqués plus haut (v. ch. III.2.3). L'objectif est d'assurer la meilleure répartition possible des prestations entre le CHUV et les hôpitaux périphériques. Ces travaux fonderont également l'élaboration de la nouvelle liste LAMal des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

III.5 Renforcer le pilotage du système

III.5.1 Consolidation du dispositif législatif

Contexte et enjeux

Les lignes directrices et les mesures qui précèdent mettent en évidence les adaptations à apporter au système sanitaire en regard des défis auxquels il est confronté. Ces adaptations nécessitent en parallèle un renforcement des moyens de pilotage à différents niveaux.

Action n°35 : Mettre en place un dispositif de régulation de l'offre de soins

L'Etat est garant de l'approvisionnement en soins de la population. A ce titre, il doit garantir une offre de prestations hospitalières et ambulatoires suffisante, accessible et de qualité. Il lui appartient également de veiller à ce que le développement de ces prestations reste financièrement supportable pour l'assurance de base et les pouvoirs publics. Pour y parvenir, le Conseil d'Etat entend mettre en place un dispositif lui permettant, avec l'appui de ses partenaires :

- de suivre l'évolution de la couverture des besoins de soins, en termes de prestations médicales ou techniques qui présentent des signes de pénurie ou de pléthore relativement forts,
- d'identifier les situations problématiques en termes d'accessibilité aux prestations et de répartition territoriale de l'offre, de qualité des prestations fournies, ainsi que d'évolution des dépenses,
- d'intervenir afin de corriger les lacunes par des mesures ciblées limitées dans le temps et reconductibles.

Ce dispositif s'appliquerait tant aux spécialités médicales qu'aux équipements médicaux pour lesquels il existe un risque de pénurie ou de pléthore, considéré comme suffisant pour porter atteinte à l'intérêt général du point de vue de la couverture des besoins, de l'accessibilité aux prestations, de leur qualité et de leur économicité. L'exposé des motifs et projet de loi y relatif sera soumis au Grand Conseil en 2009.

Action n°36 : Établir un bilan et une veille technologiques

Alors que le progrès technologique et sa diffusion constituent une donnée essentielle de l'évolution du système de santé, de nombreuses incertitudes persistent quant à la probabilité de voir entrer sur le marché à relativement court terme une variété d'innovations dont le développement est pourtant largement médiatisé. Malgré les incertitudes quant aux résultats futurs de la recherche, l'Etat doit pouvoir estimer la probabilité d'aboutissement des recherches technologiques, notamment celles ciblant les maladies chroniques, et intégrer cette donnée dans sa planification. Durant la législature, les travaux porteront sur :

- la réalisation d'un bilan de l'état actuel du développement de la recherche technologique, notamment dans le cadre des principales pathologies chroniques affectant la population vieillissante – comprenant une estimation de l'impact potentiel d'une diffusion des innovations les plus abouties – sur la base d'une consultation d'experts de différents horizons, en Suisse et à l'étranger ;
- l'établissement d'une veille technologique, permettant d'identifier les innovations arrivant sur le marché en Suisse ou dans d'autres pays, comprenant un recensement des évaluations, de leur coût et de leur efficacité.

Action n°37 : Établir de nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux

Les nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux adoptées par les Chambres fédérales entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2012. Hôpitaux, cliniques, assureurs et cantons disposent donc d'un peu plus de trois ans pour être à même de les appliquer. Au plan fédéral, les travaux pour arrêter la nouvelle structure tarifaire et ses modalités d'application seront conduits dans le cadre de SWISSDRG SA, société anonyme nouvellement créée et placée sous la responsabilité de la CDS, de H+ et de santésuisse. Ils déboucheront sur une proposition à l'adresse du Conseil fédéral chargé de l'approuver. Au plan cantonal, pour l'essentiel, les travaux porteront sur :

- l'élaboration d'une planification nouvelle, répondant aux critères arrêtés par le Conseil fédéral, qui dressera la liste des établissements hospitaliers retenus et qui précisera les mandats de prestations attribués ainsi que les conditions à remplir pour pouvoir en bénéficier ;
- la définition de principes de financement des investissements et de l'exploitation permettant de contenir l'évolution des dépenses hospitalières à charge de l'assurance obligatoire et du canton, de maîtriser le développement et la répartition des équipements hospitaliers, d'assurer l'équité dans l'allocation des ressources aux hôpitaux et de veiller à la qualité et à l'économicité des prestations.

Les changements qui devront être apportés par rapport à la situation existante nécessiteront une adaptation des bases légales. Un EMPL sera présenté à cette fin au Grand Conseil dans le courant du deuxième semestre 2010.

Action n°38 : Réformer les modalités de financement de l'hébergement médico-social

- La révision LAMal sur le financement des soins de longue durée doit être mise en œuvre. Une adaptation des bases légales cantonales est donc nécessaire, en particulier pour définir les conséquences de la levée partielle de la protection tarifaire.
- Le rejet de la LEMS en 2005 a laissé ouverte la question d'un système de financement adéquat des infrastructures des EMS. Il s'agit donc de définir un système uniforme et harmonisé pour l'ensemble des EMS, qu'ils soient à but idéal ou commercial et qu'ils soient propriétaires ou locataires des infrastructures utilisées. L'objectif général est d'obtenir plus de souplesse dans l'allocation des moyens et plus de cohérence dans les modalités du contrôle parlementaire.

Ces nouvelles bases légales cantonales seront présentées au Grand Conseil en 2010-2011.

Action n°39 : Réformer la gouvernance de l'aide et des soins à domicile

En matière d'organisation du dispositif, un projet de loi portant sur une nouvelle organisation de l'aide et des soins à domicile dans le canton de Vaud a été mis en consultation. Ce projet répond aux exigences résultant des changements politiques et des modifications légales intervenues depuis l'adoption, en 1967, de la loi sur l'OMSV. Il introduit un processus de décision qui donne une place plus importante aux communes et aux régions. Il clarifie également le pilotage et la gouvernance du dispositif, dans le but de faciliter la mise en œuvre des décisions prises, la maîtrise des coûts et le contrôle des résultats obtenus tout en maintenant la délivrance de prestations de qualité. Le Conseil d'Etat arrêtera le calendrier après examen du résultat de la consultation.

Action n°40 : Réformer la gouvernance de la prévention

Le Conseil d'Etat entend revoir la gouvernance de la prévention, ses modalités de financement et le rôle des différentes commissions actives en la matière. Selon le nouveau dispositif, il appartiendra au Conseil d'Etat d'arrêter les priorités cantonales en matière de promotion de la santé et de prévention, les stratégies à mettre en œuvre et le budget accordé à chaque département pour réaliser les actions relevant de sa responsabilité. Il se fondera à cet égard sur les propositions qui lui seront transmises, via le DSAS, par la nouvelle future Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les addictions qui sera inscrite dans la loi sur la santé publique. Les départements seront quant à eux chargés de mettre en œuvre les stratégies cantonales arrêtées par le Conseil d'Etat. En plus d'un budget propre, ils pourront également solliciter les différents fonds cantonaux existants. Le Grand Conseil aura l'occasion de se prononcer sur cette nouvelle gouvernance par l'intermédiaire de la révision de la loi sur la santé publique qui lui sera soumise durant le 2^{ème} semestre 2008 et qui propose la création de la Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les addictions. Cette nouvelle commission réunit les compétences de trois commissions existantes : la Commission cantonale de prévention, la Commission cantonale de la Dîme de l'alcool et la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie.

III.5.2 Stratégies en faveur de la qualité

Contexte et enjeux

La qualité est au cœur de nombreux débats. Différentes démarches ont d'ores et déjà été entreprises par le DSAS dans ce domaine, notamment par l'information à la population sur des thèmes comme les droits des patient-e-s, par la surveillance exercée par la CIVEMS en ce qui concerne les EMS ou par la révision des critères concernant les autorisations d'exploiter les établissements sanitaires. Le renforcement de ces mesures est indispensable pour permettre à l'Etat de jouer son rôle de garant du bon fonctionnement du système.

Action n°41 : Renforcer les mesures permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins

- D'une manière générale, il s'agira, durant la période 2008 – 2012, de **préciser et systématiser les exigences de l'Etat en terme de qualité et sécurité des soins**. Il peut s'agir de la transmission de certains indicateurs, de la surveillance basée sur des inspections, de la mise en place de déclaration d'incidents au sein des établissements sanitaires ou de la vérification des qualifications de formation des directions et infirmiers-ères chef-fes ou de procédures ad hoc dans certains domaines sensibles. Ces mesures doivent être mises en place en collaboration avec les institutions sanitaires concernées.

- S'agissant des hôpitaux, il conviendra de soutenir les travaux initiés en 2008 par la FHV, pour promouvoir la **sécurité dans la prise en charge des patient-e-s** au sein des établissements hospitaliers.
- Dès le 1^{er} février 2008, la CIVEMS utilise une **nouvelle grille d'inspection centrée sur la dignité et la sécurité des résident-e-s**. Une attention particulière est portée sur les questions de dotations en personnel et d'application des mesures de contrainte. Des discussions avec les associations faitières concernées ont démarré en 2008 pour trouver un consensus sur **la transmission d'indicateurs de gestion et de soins** au DSAS.
- De nombreuses initiatives sont en cours **au niveau fédéral et intercantonal**. Le DSAS entend participer activement au renforcement de leur coordination. Il a ainsi adhéré à l'Association intercantonale pour l'assurance qualité (AIQ) qui s'est constituée en novembre 2007 et il est membre de la Fondation pour la sécurité des patient-e-s.
- La loi fédérale sur la **procréation médicalement assistée** du 18 décembre 1998 (LPMA) et son ordonnance d'application du 4 décembre 2000 (OPMA) instituent les Médecins cantonaux comme autorités de surveillance de ce type d'activité. Au prorata des autres cantons suisses, l'activité de PMA est significative en terres vaudoises. En effet, cinq centres sont à disposition des patient-e-s concerné-e-s par ce type de prestations (une structure au CHUV, les autres étant des centres du secteur privé). En Suisse, la PMA n'est pas une prestation remboursée par l'assurance obligatoire des soins. A ce jour, l'Etat n'a pas d'outil adéquat pour exercer sa surveillance compte tenu de l'évolution rapide de la demande des patient-e-s et des technologies. Dans le but de garantir une surveillance équitable, un référentiel de surveillance est en cours d'élaboration en collaboration avec les centres concernés et devrait être disponible d'ici 2009. Cet outil permettra la surveillance du respect des aspects légaux, des bonnes pratiques et des valeurs d'éthique biomédicale.

III.5.3 Système d'information

Contexte et enjeux

Le canton se doit de définir sa position en réponse à la stratégie cybersanté arrêtée au niveau fédéral. Il lui revient en effet, d'une part, de participer aux instances mises en place pour assurer un développement coordonné à l'échelle nationale et, d'autre part, de mettre en place les infrastructures communes permettant à l'horizon 2015 d'interconnecter les différents acteurs du système de santé, de garantir leur identification et leur authentification, dans le respect des règles d'accès aux données confidentielles.

Les travaux exploratoires conduits en la matière l'ont été dans le cadre de la Conférence de concertation sur les systèmes d'information qui, en 2004, recommandait notamment de faire converger les systèmes informatiques des institutions subventionnées dans le but de rendre plus facile leur interconnexion à terme – le projet DOPHIN associant la FHV et le CHUV en est une illustration – et de mettre en place une plateforme de messagerie sécurisée, un annuaire vaudois de la santé ainsi qu'un serveur d'identité pour les patient-e-s. En raison de la situation économique de l'Etat, mais faute aussi de lignes directrices fédérales, le DSAS avait renoncé à présenter l'EMPD nécessaire à ces réalisations.

Compte tenu des décisions fédérales, le chantier doit donc être réactivé aujourd'hui. Il tiendra compte également des objectifs annoncés par le CHUV dans son plan stratégique en matière de développement des systèmes d'information.

Action n° 42 : Faire adopter une stratégie cybersanté conforme aux orientations fédérales et la mettre en œuvre

- Dans un premier temps, il convient de **doter le Service de la santé publique des compétences minimum** pour représenter le canton de Vaud dans l'organe de coordination nationale, créer un réseau de relations avec tous les acteurs publics et privés concernés, établir un inventaire de l'existant et des besoins prioritaires, cadrer les initiatives cybersanté lancées par les acteurs du monde sanitaire vaudois et proposer une stratégie en concertation avec les cantons voisins.
- Dans un second temps, il s'agira de **faire valider cette stratégie** par le Grand Conseil, puis de la **mettre en œuvre**. Le Grand Conseil sera nanti de cette question fin 2009, lors de la présentation d'un EMPD sur le financement des premières réalisations.

III.5.4 Collaborations avec les autres cantons

Contexte et enjeux

La collaboration avec les autres cantons est devenue incontournable dans la mise en œuvre de toutes les politiques publiques. Le domaine de la santé n'échappe pas à la règle. Ainsi, le Conseil d'Etat conduit sa politique sanitaire en concertation avec celle des autres cantons, en particulier les cantons voisins. Cette concertation vise un double objectif :

- Elle doit permettre, en cas de besoin, de faciliter l'accès aux prestations d'autres cantons pour les Vaudois qui habitent dans des régions proches des frontières cantonales.
- Dans une perspective de maîtrise des dépenses, elle cherche à obtenir des synergies et des économies d'échelle par la réalisation d'équipements ou de projets de santé publique communs.

Action n°43 : Poursuivre et renforcer les collaborations intercantionales dans le domaine de la santé

Plusieurs exemples témoignent des collaborations d'ores et déjà initiées :

- S'agissant de la politique médico-sociale et des réseaux de soins, le Conseil d'Etat prend des dispositions pour faciliter la collaboration entre fournisseurs de soins vaudois et fournisseurs d'autres cantons (exemples : ouverture de la Fédération de soins du Chablais à des fournisseurs valaisans, implantation d'un Bureau régional unique d'information et d'orientation pour la Broye vaudoise et fribourgeoise, ...).
- En matière de prévention, des projets s'organisent à l'échelle de la Romandie (exemples : dépistage du cancer du sein, programme 50+ santé, ...).
- Dans le domaine hospitalier, la collaboration avec Genève occupe une place particulièrement importante (voir les exemples récents de l'accord de collaboration dans le domaine de la chirurgie orthopédique entre le Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique et les Hôpitaux universitaires de Genève et, de manière plus générale, de l'accord de régulation financière des activités hospitalières Vaud-Genève). La politique hospitalière accorde également beaucoup de poids aux rationalisations obtenues avec Fribourg par la réalisation de l'Hôpital intercantonal de la Broye ou encore à celles planifiées avec les Valaisans dans le cadre de la création de l'Hôpital unique Riviera-Chablais.

Ces efforts de collaborations doivent se poursuivre et se renforcer. Il s'agit ainsi, chaque fois que possible, de profiter d'expériences réalisées avec succès ailleurs plutôt que de développer des solutions nouvelles propres au canton. Lorsque de telles possibilités n'existent pas ou si le domaine concerné nécessite une coordination à un échelon régional, voire national, il convient de collaborer activement à la mise en œuvre de réalisations supracantonales, poursuivant des objectifs clairs, répondant à un cahier des charges précis et pouvant être implantées dans plusieurs cantons, voire dans tous les cantons (médecine hautement spécialisée notamment).

Conclusion

L'ensemble des actions prévues pour la période 2008-2012 est ambitieux. Cette ambition est à la mesure des défis qui attendent le système de santé suisse et vaudois. En particulier, les enjeux liés à l'accélération du vieillissement démographique vont contraindre l'ensemble des acteurs à remettre en question leurs modes de fonctionnement, à faire preuve de créativité et d'inventivité pour mettre en place des solutions novatrices et à se mobiliser pour permettre leur réalisation. Le Conseil d'Etat s'engage résolument dans cette voie et soutiendra tous les efforts des acteurs dans ce sens.

Rapport sur le postulat Martinet

1. Rappel du postulat

Depuis plusieurs années, les partis politiques et les autorités publiques vaudoises affirment la nécessité de renforcer les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé de la population. Dans le cadre de la première loi sur les NOPS (Nouvelles Orientations des Politiques Sanitaires), le chiffre de 3% des dépenses de santé était évoqué comme objectif d'investissement dans des actions de prévention et de promotion de la santé dont l'efficacité était avérée. Le rapport intermédiaire parle de "faire la place indispensable à la prévention de maladies" (NOPS, rapport de transition, 1998).

Des promesses de lutte accrue contre le surpoids, l'obésité, la sédentarité, la fumée passive, l'alcool, les dépendances, le stress, le harcèlement et la dépression ont été lancées dans le cadre des élections 2007 au Grand Conseil et au Conseil d'Etat, tous partis confondus

Malgré cela, les chiffres du SCRIS sont éloquentes : moins de 1% des dépenses de santé sont investies dans des actions de prévention et de promotion de la santé !

Un récent rapport préparé pour le Service de la santé publique par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive formule des propositions pour une stratégie vaudoise en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé. Le rapport décrit clairement le rôle de la prévention dans une population vaudoise vieillissante : "(...). La prévention des maladies dégénératives est impérative pour éviter, à terme, l'incapacité de système de santé à répondre à la demande de soins". Le rapport détaille les maladies dégénératives pour lesquelles des actions préventives sont avérées efficaces. Ceci sans parler du Rapport d'évaluation de l'OCDE sur le système de santé suisse, accablant en ce qui concerne nos politiques de prévention.

Si les partenaires en charge de ces domaines, services de l'Etat ou partenaires privés reconnus d'utilité publique, s'activent à déployer les prestations des programmes du Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2002-2007, les moyens manquent :

- le financement des programmes est souvent limité dans le temps ou incomplet, et les partenaires sont invités à démarcher pour obtenir des budgets extra étatiques, confédéraux ou privés, y compris pour des programmes cantonaux jugés prioritaires ;*
- la mise en oeuvre de programmes réputés efficaces se heurte aux limites de la bonne volonté en matière de coopération interinstitutionnelle, tout restant à faire après l'adoption de la nouvelle loi sur les réseaux ;*
- le rééquilibrage des priorités entre politique de soins et politique de santé prend du retard tantôt par manque de données validées sur le "retour sur investissement" des actions de prévention, tantôt par refus de prendre en compte les acquis de la recherche scientifique.*

Via le présent postulat, nous demandons au Conseil d'Etat l'élaboration d'une stratégie volontariste en matière de prévention et de promotion de la santé, à faire valider par le Grand Conseil en prévision des votes sur le budget, intégrant les paramètres suivants :

- au-delà du Cadre cantonal de la prévention, document peu opérationnel, identification de programmes prioritaires, respectivement d'actions cautionnées, faisant l'objet du soutien des autorités, et***
- désignation d'institutions ou groupes de projets chargés de la mise en oeuvre de ces projets, avec un tableau de bord de suivi et d'évaluation des projets cautionnés, ainsi que***
- allocation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre des priorités cantonales en matière de prévention et de promotion de la santé (services de l'Etat et partenaires cantonaux).***

S'il ne s'agit pas de rejoindre les objectifs des NOPS (3% des dépenses de santé consacrées aux actions de prévention), nous demandons que des moyens suffisants soient attribués aux programmes et aux actions de

prévention faisant partie des priorités cantonales, et notamment celles du Cadre cantonal pour la promotion de la santé et la prévention 2008-2012.

Gland, le 28 août 2007.

Philippe Martinet et 20 cosignataires

2. Rapport du Conseil d'Etat

Le postulat a été déposé le 28 août 2007 par M. le député Philippe Martinet. La commission parlementaire chargée de l'examiner a conclu le 21 décembre 2007 à la prise en considération. La commission unanime a proposé au Grand Conseil de transmettre le postulat au Conseil d'Etat.

Comme les postulants, le Conseil d'Etat souligne l'importance de renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé de la population. En effet, l'évolution démographique, médicale et technologique, conjointement à une augmentation importante des maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers ou les troubles psychiques, font craindre une très forte augmentation des coûts des soins dans le future proche, comme cela est expliqué au chapitre II.I du Rapport sur la politique sanitaire (RPS).

Cette hausse des coûts est inévitable. Elle pourrait cependant être atténuée par une politique de prévention et de promotion de la santé renforcée. Actuellement, la prévention et la promotion de la santé souffrent de la dispersion due à un nombre important d'acteurs, de programmes et d'actions engagés sur les plans national, cantonal, communal et privé. Deux rapports d'experts (OCDE 2006 et Rapport de la Commission spécialisée « prévention + promotion de la santé 2010 ») ont avancé des recommandations en vue du renforcement et de la coordination de la prévention en Suisse. Forte de ces différents constats, la Confédération a décidé d'élaborer de nouvelles bases légales pour ce domaine. La loi doit contribuer à renforcer la prévention et la promotion de la santé ainsi que la démarche multisectorielle et à encourager la participation et la collaboration de tous les acteurs. Le Conseil d'Etat se réjouit de ce nouvel élan qui vient renforcer ses intentions. La prévention ainsi que la promotion de la santé restant pour l'essentiel de la compétence cantonale, il veillera à intégrer ses actions dans la politique fédérale.

Le Conseil d'Etat se prononce comme suit sur le postulat :

1. Identification des programmes prioritaires

Sur préavis de la Commission cantonale de prévention, le Service de la santé publique a donné mandat à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de proposer, pour le long terme, une stratégie vaudoise de prévention des maladies et de promotion de la santé. L'IUMSP a fait, pour l'horizon 2030, une projection de la prévalence de huit principales maladies chroniques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, cancer colorectal, cancer du sein, cancer du poumon, dépression, diabète, fracture ostéoporotique). Il a également mis en évidence leurs facteurs de risque communs tels que la sédentarité, le surpoids, l'alimentation riche en graisse, sel, sucre et pauvre en fibres, vitamines et oligoéléments, la fumée du tabac, la consommation excessive de boissons alcoolisées ainsi que le stress. Dès lors, la stratégie recommandée est d'une part de prévoir des mesures qui ont pour but de réduire les facteurs de risque et d'autre part de promouvoir le dépistage précoce de ces maladies, plus particulièrement le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Les programmes cantonaux prioritaires (Cf. RPS, chapitre III.3, Actions 22, 23, 25, 27, 28) correspondent à ces critères. De plus, deux programmes prioritaires de prévention dans les écoles (Prévention des dépendances et Promotion de l'alimentation saine, de l'exercice physique et de la prophylaxie dentaire) ont été identifiés et mis en œuvre. Enfin, les programmes existants tels que le Programme cantonal de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0 – 6 ans) – parents (Action 24) ou les programmes de santé sexuelle et reproductive (Action 26) seront poursuivis.

2. Organisation et gouvernance de la prévention

Une réorganisation de la gouvernance de la prévention a été entreprise. Elle vise la redéfinition du rôle des commissions actives dans ce domaine, ainsi que du rôle et des missions des acteurs chargés de la mise en œuvre des programmes (RPS, chapitre III.5.1., Action 40). La révision actuelle de la LSP tient compte de ces modifications. En bref, il appartiendra au Conseil d'Etat d'arrêter les priorités cantonales en se basant sur les recommandations de la future Commission cantonale de promotion de la santé et de lutte contre les addictions, laquelle sera en outre chargée de préavisier sur l'utilisation des ressources et d'assumer les tâches de coordination. Les départements seront chargés de mettre en œuvre les programmes prioritaires émanant des stratégies cantonales arrêtées par le Conseil d'Etat. Pour remplir cette mission, ils s'appuieront sur différents partenaires aux niveaux cantonal et régional. Ils peuvent ainsi déléguer les tâches de mise en œuvre des programmes aux centres de référence

cantonaux (institutions ou fondations compétentes dans les domaines respectifs, par exemple : Ligues de la santé, Profa, FVA, CIPRET, etc.) ou collaborer directement avec des régions, districts ou communes, comme avec les Espaces Prévention (antennes régionales de la mise en oeuvre des programmes) dont la mission est définie par l'Etat. Les tâches déléguées, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation, sont contractualisées via les conventions de subventionnement.

3. Ressources allouées à la prévention

Durant la législature 2002 – 2007 le Conseil d'Etat a renforcé le financement de certaines institutions ainsi que des programmes de prévention, soit via le budget régulier de l'Etat (chapitre I.2.6.), soit via l'allocation de ressources ponctuelles prélevées sur les Fonds pour le développement de la prévention, de la dîme de l'alcool ou de lutte contre les toxicomanies. En allouant le financement à des programmes jugés prioritaires non seulement par le canton mais aussi par la Confédération (lutte contre le tabagisme, promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique), le Conseil d'Etat a permis à certains de nos partenaires d'obtenir des fonds fédéraux nécessaires à la réalisation de leurs actions (financement paritaire des programmes).

En ce qui concerne la pérennisation des programmes, l'effort le plus important a été déployé dans le cadre du programme interdépartemental de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0 – 6 ans) – parents. Ainsi la subvention à la Fondation Profa, en charge de celui-ci, a été augmentée de 120% durant la législature passée.

Entre 2002 et 2007, plusieurs programmes, projets et actions, ainsi que diverses institutions ou associations ont été financés ou co-financés par le Fonds pour le développement de la prévention pour une somme totale de CHF 3,2 millions et par la Dîme de l'alcool pour un montant de CHF 3,5 millions environ. Citons en particulier :

- Bilan & conseil santé, Migration et intimité, Lieu de travail sans fumée, PIPAD'ES, CIAO, Fourchette verte, Autour de la tour, Promotion de la santé 50+, émission télévisée « C'est tous les jours dimanche », Périnatalité dans le Nord vaudois, EVITA, etc.
- Caritas, ISPA, GREA, CIPRET-VD, Fondation Les Oliviers, Espoir romand, Macadam Service (appartenant à la Fondation Mère Sofia), etc.

Les moyens importants provenant du Fonds de prévention et de lutte contre les toxicomanies (CHF 13,7 millions attribués entre 2002 -2007) ont été répartis selon les domaines d'attribution prévus par le règlement de ce fonds et de la manière suivante :

- Information et prévention des dépendances – école et jeunesse (18,5%) ;
- moyens policiers et judiciaires (STRADA) (56,8%) ;
- prise en charge médico-sociale des toxicomanes (11,7%) ;
- prévention et lutte contre l'alcoolisme (2,2%) ;
- prise en charge médico-sociale des personnes dépendantes de l'alcool (2%) ;
- encouragement des programmes de cultures alternatives dans les pays du Tiers-monde (FEDEVACO, 8,8%).

Le Conseil d'Etat prévoit de poursuivre l'effort financier dans la pérennisation des programmes de prévention et de promotion de la santé. Les actions proposées dans le rapport de politique sanitaire (chapitre III.3) sont estimées pour la période 2009 - 2012 à quelque 7 millions en plus du budget accepté pour l'année 2008 par le Grand Conseil.

Table des abréviations

A	Lits A = lits de soins aigus
ACV	Administration cantonale vaudoise
AOS	Assurance obligatoire des soins
B	Lits B = lits de réadaptation
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation (programme cantonal)
C	Lits C = Lits d'hébergement (soins de longue durée)
CCT	Convention collective de travail
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIPRET	Centre d'information pour la prévention du tabagisme
CIVEMS	Coordination interservices des visites en EMS
CMS	Centre médico-social
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DEC	Département de l'économie
DFJC	Département de la formation, de la jeunesse et de la culture
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale
ECA	Etablissement cantonal d'assurance contre l'incendie et les éléments naturels
EMCC	Etat-major cantonal de conduite
EMPD	Exposé des motifs et projet de décret
EMPL	Exposé des motifs et projet de loi
EMS	Etablissement médico-social
FBM	Faculté de biologie et de médecine
FVA	Fondation vaudoise contre l'alcoolisme
H+	Les Hôpitaux Suisses
HES	Haute école spécialisée
HES-S2	Haute école spécialisée santé et social
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HPCI	Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (programme cantonal)
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAPRAMS	Loi sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale
LEMS	Loi sur les EMS (rejetée en 2005)
LPFES	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires
LSP	Loi sur la santé publique
ODES	Office des écoles en santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSV	Organisme médico-social vaudois
ORCA	Organisation en cas de catastrophe
OSAD	Organisation de soins à domicile
PIMEMS	Programme d'investissement et de modernisation des EMS
RI	Revenu d'insertion
RPS	Rapport sur la politique sanitaire
santésuisse	Les assureurs-maladie suisses
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement
SESAF	Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation

SSCM	Service de la sécurité civile et militaire
SSP	Service de la santé publique
SVM	Société vaudoise de médecine
SVMD	Société vaudoise de médecine dentaire
UDES	Unité des écoles en santé