

Projet de décret instituant un programme cantonal de développement de la coordination des soins

et

Projets de lois modifiant:

- la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)
- la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal)

RAPPORT EXPLICATIF EN VUE DE LA CONSULTATION

Version définitive du 18 juin 2015

1. Enjeux

La population vaudoise vieillit. Ce vieillissement démographique va s'accroître ces prochaines années avec un pic attendu vers 2040-2050. Ce phénomène est la résultante de deux facteurs qui vont contribuer à une augmentation nette du nombre de personnes âgées dans la population: l'arrivée en nombre à l'âge de la retraite des baby-boomers¹ et la constante augmentation de l'espérance de vie. Pour le canton de Vaud, entre 2010 et 2040, une augmentation de plus de 120% du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus est attendue. En 2030 déjà, un Vaudois sur cinq sera âgé de plus de 65 ans.

Au-delà des profonds changements sociétaux que cela va impliquer, le vieillissement de la population va s'accompagner de changements épidémiologiques majeurs. L'avance en âge reste en effet associée à un risque plus marqué de souffrir de maladie ou de handicap. Ainsi la prévalence des maladies chroniques, de la polymorbidité (présence de plusieurs maladies chroniques) et de la dépendance fonctionnelle (besoin d'aide d'une personne pour réaliser des tâches de la vie quotidienne) va continuer d'augmenter. La croissance du nombre de personnes atteintes de démences va particulièrement complexifier les besoins en soins de la population âgée.

Les besoins en soins vont donc se modifier et un gros effort devra être fourni pour, d'une part, diminuer l'incidence de nouvelles maladies chroniques (prévention) et, d'autre part, prendre en charge, de la manière la plus efficiente² possible, les personnes ayant besoin de

¹ Enfants nés après-guerre entre 1945 et 1965

² Efficience = optimisation du rapport entre les moyens investis et les résultats obtenus (qualité et sécurité)

soins complexes. De nombreux fournisseurs de soins vont être appelés à travailler ensemble, avec le patient, pour prendre en charge ses problèmes de santé, améliorer sa qualité de vie, freiner la survenue du déclin fonctionnel physique et la perte d'autonomie.

Pour répondre à ce défi, notre système de soins, conçu historiquement autour de modèles de soins épisodiques (une maladie aiguë chez un adulte souffrant d'une seule maladie), va devoir progressivement s'adapter à des modèles de soins chroniques et de longue durée. A ce titre, il s'agira de mettre en œuvre une coordination efficiente des soins autour du patient (coordination entre les différents prestataires de soins au lieu de vie) et entre chaque épisode de soins (continuité des soins). En parallèle, la prise en charge du patient ne s'inscrira pas uniquement dans le système de soins ; elle devra intégrer ses besoins sociaux et médico-sociaux pour assurer une cohérence globale.

S'agissant des soins, cette nécessité de coordination et de continuité est à l'agenda de toutes les réformes des systèmes de santé au plan suisse et international (cf. objectif 1.1 « Promouvoir une offre de soins moderne » de la politique de Santé2020 du Conseil fédéral). On constate en effet aujourd'hui que les systèmes de soins fonctionnent essentiellement en silo et que leur coordination est peu efficiente, surtout pour les personnes qui fréquentent de manière régulière les institutions sanitaires. De manière historique, chaque fournisseur de soins est d'abord centré sur ses propres objectifs et besoins. Même si de nombreux efforts ont été fournis ces dernières années pour développer des interfaces entre institutions (avec notamment le déploiement des activités de liaison), ces prestations transversales atteignent leurs limites et l'organisation globale du système de soins reste fragmentée, ce qui affecte son efficacité, sa qualité et la sécurité des patients. Lors des transitions hôpital-communauté et communauté-hôpital par exemple, on constate de sévères lacunes en terme du suivi de la médication. Ce manque de continuité et de coordination des soins pose également la question de l'économicité de la prise en charge, notamment de l'éventuelle multiplication des actes et de la pertinence de ceux-ci, dans une vision de prise en charge globale du patient et de son intérêt propre.

S'agissant de la prise en compte de l'environnement social du patient, le constat est qu'elle se révèle également insuffisante à différentes étapes de la prise en charge. On l'observe dans l'insuffisance du suivi d'information lié au patient ou du recours aux prestations communautaires nécessaires à la prise en charge (appui administratif ou financier, adaptation du logement, aide au proche, etc.). Or ces éléments sont essentiels à la continuité des soins et évitent des épisodes de soins inappropriés, comme les réadmissions hospitalières.

Le DSAS estime nécessaire aujourd'hui de renforcer ces actions et de les inscrire dans un cadre légal général partagé par l'ensemble des partenaires concernés, subventionnés et non subventionnés, et validé par les autorités politiques.

A cette fin, le DSAS propose un projet de décret ayant pour but d'instituer un programme cantonal de développement de la coordination des soins. Ce programme s'adresse aux personnes souffrant de pathologies chroniques et multiples et/ou ayant des besoins médico-sociaux complexes. L'objectif général du programme est de créer des conditions favorables au développement de processus et d'outils communs entre professionnels et institutions autonomes des domaines sanitaire, social et médico-social.

Le présent rapport décrit ainsi les enjeux de la coordination des soins et les intentions du DSAS pour la développer, qui se traduisent par trois propositions légales. La première consiste en un projet de décret instituant un programme cantonal de développement de la coordination des soins, dont l'objectif général est de créer des conditions favorables au développement de processus et d'outils communs entre professionnels et institutions des domaines sanitaire, social et médico-social. Les deux autres portent sur des propositions de modifications de lois existantes destinées à soutenir le déploiement du programme. Il s'agit d'une modification de la loi sur la santé publique (LSP) permettant la mise en œuvre du dossier électronique du patient, en particulier pour les populations ciblées par les différents

projets constituant le programme, ainsi que d'une modification de la loi vaudoise d'application de la LAMal (LVLAMal) introduisant un incitant financier à l'adhésion des patients visés par le programme, selon deux variantes mises en consultation.

2. Contexte vaudois

Les préoccupations visant à décloisonner le système de santé vaudois et à améliorer la coopération et la collaboration entre les acteurs de la santé ne sont pas nouvelles. Ainsi, les réseaux de soins vaudois ont été créés en 1997 déjà, dans le cadre des Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS), avec l'objectif de réunir les prestataires du monde subventionné et de les amener à collaborer plus étroitement entre eux. Le bilan effectué en 2012 par le DSAS sur la mise en place de ces réseaux de soins confirme que ceux-ci ont permis d'améliorer la collaboration et la connaissance mutuelle entre prestataires de soins, mais également de renforcer la coopération régionale et la communication entre partenaires. Il relève également un certain nombre de limites, dont notamment le manque d'implication des médecins de premier recours, un financement cloisonné par types d'activités et la difficulté d'aller vers une réelle coordination des soins sur l'entier de la chaîne de soins ainsi que des faiblesses dans l'articulation des activités sociales et sanitaires.

D'autres actions relevant de la coordination des soins ont été menées ces dernières années, notamment dans le cadre de la politique « Vieillesse et Santé », du Programme cantonal de soins palliatifs et du Programme diabète. Le DSAS souligne également les expériences réalisées dans le domaine de la psychiatrie, en particulier les développements soutenus par le programme « Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination » de la Politique de santé mentale. On peut également signaler la mise en œuvre de cercles de qualité en EMS renforçant la collaboration entre pharmaciens et médecins d'EMS sur l'utilisation adéquate des médicaments.

L'ensemble de ces mesures et actions, fondées sur les bases légales existantes, ont déjà permis d'obtenir des résultats probants, notamment en termes d'efficience, en ce qui concerne le secteur sanitaire subventionné.

Ces mesures atteignent aujourd'hui leurs limites et d'autres mesures sont nécessaires pour pouvoir renforcer la coordination des soins, en particulier dans le secteur non subventionné, dont la médecine de premier recours et les pharmaciens. En effet, tous ces programmes sont dépendants de la capacité de la première ligne de soins de coordonner les prises en charge complexes. Or, le temps dédié à la coordination des soins en médecine de premier recours est insuffisamment considéré et la formation des médecins n'est pas suffisante dans ce domaine. Par ailleurs, tous les programmes développés jusqu'ici ciblent des clientèles souvent définies autour d'une problématique (démence, diabète, soins palliatifs, problème psychiatrique, etc.) et rendent difficile la prise en charge des patients polymorbides qui devraient entrer dans plusieurs filières simultanément.

Au-delà des programmes existants, des mesures plus générales doivent donc être envisagées pour qu'une coordination des soins efficiente puisse être implémentée à plus large échelle. Les structures juridiques des acteurs ne sont pas en cause : ce dont il est question, ce sont les processus d'interaction entre les acteurs et de prises en charge.

3. Coordination des soins : les éléments essentiels

Aujourd'hui, les personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques et qui nécessitent un suivi au long terme se heurtent déjà à de nombreuses difficultés : fragmentation des interventions de soins, multiplicité des acteurs, cloisonnement des institutions, déficience du système d'information, etc. Les personnes en situation complexe (coexistence de problèmes médicaux, psycho-sociaux, fonctionnels et sociaux) sont celles qui sont le plus exposées aux conséquences de cette fragmentation des prestations. Les

populations concernées sont bien sûr les personnes âgées, mais aussi les personnes plus jeunes souffrant de maladies chroniques, de troubles psychiatriques graves, de lourds handicaps sociaux, ou encore les jeunes en difficulté. Sans adaptation du système, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques vont accroître de façon majeure les difficultés suivantes:

- rupture de la continuité des soins et des services (notamment lors des transitions, par exemple maison-hôpital, hôpital-maison ou hôpital-institution), avec en particulier
 - redondance des évaluations, examens et suivis du plan de médication peu fiables lors des transitions avec risque d'erreurs médicamenteuses
 - difficultés pour les patients à faire valoir leurs choix et options de soins tout au long de leur parcours de soins
- coordination des soins insuffisantes à domicile avec de multiples intervenants et prescripteurs, sans que le médecin de premier recours soit identifié comme le garant d'une cohérence globale
- utilisation inappropriée de l'hôpital et des services d'urgences, parfois pour des problématiques sociales ou médico-sociales, alors que l'hôpital n'est pas un lieu adéquat pour prendre en charge ces problématiques et que l'alitement génère des pertes fonctionnelles parfois irrémédiables pour les personnes âgées.

Ces éléments influencent clairement la qualité et la sécurité des soins et augmentent le risque d'insatisfaction des usagers et de leurs proches, ainsi que le risque de fatigue et renoncement des proches aidants.

La coordination des intervenants autour du patient et impliquant ce dernier, l'amélioration des interfaces et des transitions interinstitutionnelles et la continuité de la prise en charge apparaissent dès lors comme des éléments essentiels.

Ces thèmes font l'objet de l'objectif 1.1 « Promouvoir une offre de soins moderne » de la politique de Santé 2020 du Conseil Fédéral. Au niveau cantonal, ils figurent dans les axes C « Renforcer la première ligne de prise en charge des patients » et D « Mettre en œuvre la politique cantonale Vieillesse et santé » du Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017.

Au plan international, la coordination des soins est abordée depuis trois décennies comme une réponse à la fragmentation des soins ; la coordination des soins accompagne en général des politiques de désinstitutionnalisation et de renforcement des soins de première ligne. Plusieurs évidences scientifiques permettent de démontrer le gain de qualité de prise en charge et globalement l'efficacité des modèles de coordination des soins, si la population bénéficiaire est bien définie³.

La coordination des soins a donc pour objectif, d'une part, une meilleure cohérence des soins autour du patient et, d'autre part, une meilleure continuité des soins dans le temps (trajectoire de soins). Deux éléments-clés de la coordination des soins sont détaillés ci-après.

Le renfort de la première ligne de soins

Dans le cadre d'une enquête réalisée dans le canton de Vaud⁴ (3'596 personnes de 68 ans ou plus non institutionnalisées), 98% des personnes interrogées déclaraient avoir un médecin traitant ; dans 90% des cas, il s'agissait d'internistes ou généralistes. Dans cette même enquête, 60% des personnes déclaraient avoir le même médecin depuis plus de 10

³ Références : Goodwin, N et al. ; « Providing integrated care for older people with complex needs » ; The King Fund ; 2014
Somme D. et O. Saint-Jean ; « Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action » ; Rapport PRISMA France ; 2011

⁴ Enquête sur la qualité de vie, Canton de Vaud, Prof. Brigitte Santos-Eggimann, Décembre 2013

ans et 94% déclaraient consulter au moins 1 fois/an (en moyenne 4 fois/an). Seuls 12% de cette même population est prise en charge par une organisation de soins à domicile.

Le médecin de premier recours joue donc un rôle central dans le dispositif de soins du canton. Il peut être le garant d'une relation de proximité et de confiance avec le patient et son entourage, ainsi que pour le suivi du patient sur une longue période. Il devra également jouer un rôle central dans la coordination des différents intervenants à domicile, ainsi que des différents prescripteurs et spécialistes.

Toutefois, le médecin de premier recours a très peu de temps pour assurer les tâches de coordination indispensables lorsque la situation de soins est complexe ; cette difficulté est en partie due au système de facturation à l'acte qui ne valorise pas les activités de coordination. Il s'agit donc de positionner le médecin de premier recours au centre du dispositif de prise en charge de première ligne des patients et de définir les nouveaux modèles d'organisation de soins de premier recours sur lesquels il doit pouvoir s'appuyer, intégrant notamment le personnel soignant.

Le Service de la santé publique a mandaté la Polyclinique médicale universitaire (PMU) pour qu'elle fasse des propositions à cet égard, élaborées d'entente avec les représentants du corps médical. Ces propositions permettront de construire la première ligne des soins de demain en l'adaptant à l'évolution épidémiologique. Sur la base de ce rapport, des incitatifs seront notamment définis pour renforcer le fonctionnement coordonné de cette première ligne de soins.

Un langage, des processus et des outils communs

Afin de faciliter les processus de continuité des soins, les évidences scientifiques et les différentes expériences réalisées montrent la nécessité du partage des informations entre les intervenants, sur la base d'un langage et d'un processus d'évaluation communs⁵. De cette façon, les professionnels pourront appréhender de manière similaire les problèmes ou besoins du patient qu'ils prennent en charge. Aujourd'hui, un patient peut être évalué à domicile avec certaines échelles d'évaluation, alors que d'autres modes d'évaluation seront utilisés lorsqu'il arrive à l'hôpital. Dans ces situations, aucune comparaison objective n'est possible entre la situation clinique du patient passant d'un milieu de soins à un autre. La continuité des soins est affectée, les évaluations et les examens se multiplient.

Afin de faciliter le partage d'information compréhensible par tous les prestataires de soins, un langage commun minimal doit être envisagé. Aujourd'hui, la méthode interRAI permet par exemple de déployer ce langage commun dans les différents lieux de prise en charge.

De plus, afin d'assurer une disponibilité rapide des informations et de garantir une information structurée et directement utile, l'utilisation d'un dossier électronique du patient partagé entre les différents intervenants s'impose, dans un cadre posé par la loi sur la santé publique (v. ch. 4.2.1 ci-dessous).

Dans ce contexte, une interopérabilité des systèmes d'information devra aussi être mise en place afin de pouvoir garantir un partage d'information tout en permettant à chaque intervenant de pouvoir continuer à travailler dans son environnement informatique habituel.

⁵ Stock R. et al. ; « Developing a Community-Wide Electronic Shared Medication List » ; Agency for Healthcare Research and Quality (US) ; 2008

Kripalani S. et al. ; « Deficits in communication and information transfer between hospital- based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care » ; JAMA ; 297 ; 2007

O'Malley AS. et al. ; « Interspecialty communication supported by health information technology associated with lower hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions » ; J Am Board Fam Med ; 28 ; 2015

Santschi V., R. Bize, F. Paccaud et B. Burnand ; « Cybersanté dans le Canton de Vaud : propositions pour une stratégie d'implantation » ; IUMSP ; 2013

Economicité de la prise en charge

Différentes études scientifiques suisses⁶ ont examiné le potentiel d'économie des modèles alternatifs d'assurance-maladie en Suisse, dont certains consistent en des réseaux de soins mis en place par les prestataires. Une fois tenu compte de la sélection des risques, le potentiel d'économie s'élève à environ 8-10% des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le programme de coordination des soins, objet de la présente consultation, s'adresse aux patients chroniques et polymorbides les plus complexes, représentant environ 5-10% de la population et engendrant les dépenses de soins les plus élevées. Les gains d'efficience sur une telle population sont donc potentiellement importants. Par manque de données, les coûts de cette population sont estimés par les coûts des assurés les plus âgés, qui sont également les plus coûteux en moyenne. En effet, les assurés vaudois âgés de 76 ans et plus engendrent 32% des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, alors qu'ils ne représentent que 7.3% de la population. Per capita, ils ont généré un coût moyen de CHF 13'000.- à charge des assureurs-maladie dans le canton de Vaud en 2013. Le potentiel d'économie par une prise en charge coordonnée de cette population s'élève donc à un montant de l'ordre de CHF 1'000.- à CHF 1'300.- par personne pour les assureurs, ce qui représente environ CHF 430.- à CHF 540.- pour l'Etat⁷. Cette économie provient de la part des prestations subventionnées par l'Etat qui ne seront pas réalisées (hospitalisations principalement) ainsi que d'une moindre croissance des subsides de primes⁸.

Actuellement, une prise en charge coordonnée des individus les plus coûteux n'est pas favorisée dans le cadre des modèles alternatifs d'assurance, en raison d'une compensation des risques insuffisante. Il paraît donc nécessaire que l'Etat donne une impulsion pour permettre le développement de telles prises en charge ciblant cette population. Par ce programme, le DSAS entend mettre en place, à travers différents incitants, des conditions favorables à un tel développement.

A terme, sous l'angle des coûts, ces incitants devraient être auto-financés, en tout cas en large partie, par l'efficience globale réalisée par le programme, notamment s'agissant de l'incitatif portant sur la quote-part à la charge des assurés (v. ch. 4.2.2 ci-dessous). Ainsi, dans l'hypothèse où 1000 patients adhéreraient au programme, l'économie pour l'Etat pourrait atteindre environ CHF 450.- à CHF 500.- par personne, soit CHF 450'000.- à CHF 500'000.- au total, alors que la prise en charge de la moitié de la quote-part de ces patients lui coûterait au maximum CHF 350.- par personne, soit CHF 350'000.- au total.

Au terme du décret, une évaluation sera conduite, notamment sous l'angle de l'économicité. La période initiale devra prévoir un investissement de l'Etat, financé par des réallocations internes au Département de la santé et de l'action sociale, la pérennisation devant être conditionnée au fait que le projet est favorable du point de vue de l'économicité, tous payeurs confondus.

⁶ Beck K., M. Trottmann, U. Käser, S. Von Rotz, « Efficiency gains thanks to Managed Care? – evidence from Switzerland », CSS institute for Empirical Health Economics, 2010
Reich O., R. Rapold, M. Flatscher-Thöni, « An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland », International Journal of Integrated Care, 2012
Grandchamp C., L. Gardiol, « Does a mandatory Telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks ? », Health Economics, 20, 2011.

⁷ L'ensemble des coûts du périmètre LAMal pour les assurés de 76 ans et plus représentent environ CHF 17'000.- si l'on ajoute aux CHF 13'000.- payés par les assureurs-maladie les montants directement payés par l'Etat aux prestataires de soins (hôpitaux, CMS, EMS). L'Etat en finance environ 30%. Ces estimations sont déduites d'extrapolations linéaires basées sur des données de l'OFSP et de l'OBSAN.

⁸ Cette dernière économie est probablement légèrement surestimée, et découle de la méthode de calcul de la part de l'Etat dans les coûts liés à l'assurance-maladie.

4. Bases légales proposées pour développer la coordination des soins

4.1 Décret instituant un programme cantonal

Compte tenu de ce qui précède, le DSAS met en consultation un projet de décret qui met l'accent sur la nécessité de développer entre les intervenants des processus et des outils communs, et notamment de disposer d'un langage et d'objectifs partagés leur permettant de prendre en charge les patients d'une manière continue et cohérente. Le DSAS propose donc de construire le dispositif de coordination sur la base des principes suivants:

- organiser un système de santé centré sur les besoins de la personne et garantir la continuité et la qualité des soins
- renforcer la collaboration entre les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur la base de la concertation, dans une optique de partage des objectifs. La concertation occupe une place centrale, à différents niveaux (cantonal, régional et clinique) ; elle débouche sur des modifications de pratiques institutionnelles et professionnelles des acteurs du réseau
- développer auprès des professionnels et des institutions une culture commune de l'évaluation multidimensionnelle des besoins des patients et d'anticipation des risques, sur la base d'outils et de processus communs, issus de la suite interRAI par exemple, et favoriser le développement d'un langage commun
- favoriser le partage de l'information entre les acteurs sous forme électronique ;
- introduire des mécanismes financiers favorisant la continuité et la coordination des soins.

Le projet de décret prévoit que la Commission de politique sanitaire instaurée par la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) soit l'interlocuteur du DSAS. Le SSP s'appuiera quant à lui sur une Plateforme de concertation cantonale mise en place sous l'égide du Service. Sa mission sera de contribuer à définir les grands axes de développement de la coordination des soins et les objectifs à atteindre, de partager sur les enjeux, les contraintes et les limites de ce dispositif, de soutenir les acteurs dans la mise en œuvre, autant au plan cantonal que régional.

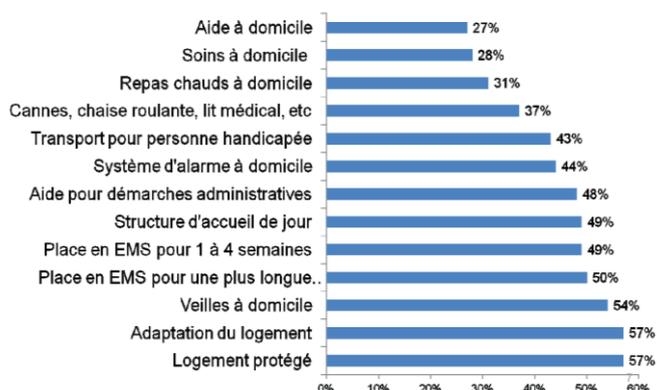
Au moment de donner un cadre général clair et volontaire au développement de la coordination des soins, le DSAS entend s'appuyer sur les réseaux de soins au sens de la loi du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins pour assurer une mise en œuvre cohérente au niveau régional.

Les enjeux sociaux et médico-sociaux

Dans le cadre d'une enquête récente, 48% des personnes âgées de 65 ans et plus déclaraient qu'en cas de besoin d'un accompagnement administratif, elles ne sauraient pas où s'adresser. Ce taux est de 37% pour les moyens auxiliaires ou de 27% pour l'aide à domicile. Le tableau ci-dessous indique une grande variation selon le type de prestations envisagées.

L'accès à l'information médico-sociale:

Pourcentage de participants rapportant qu'ils ne sauraient pas où s'adresser pour trouver de l'information sur diverses prestations :



Source : enquête sur l'accès à l'information médico-sociale dans le canton de Vaud, Laurence Seematter Bagnoud et Anne Cattagni Kleiner, novembre 2013

A l'instar de la dynamique qui est proposée pour le secteur des soins, le domaine social peut aussi améliorer sa propre coordination et son travail en réseau afin d'offrir une prestation continue à l'usager et lui permettre de mieux l'informer sur les services existants. La réalité montre que les prestations sociales sont souvent liées aux prestations sanitaires, notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap. Les usagers concernés doivent disposer des ressources financières suffisantes, connaître les aides possibles, être orientés dans le réseau local. Il n'est pas rare de constater que la réponse sanitaire s'accompagne d'une réponse sociale et vice-versa ; ceci se vérifie d'autant plus dans un monde de prévalence accrue des maladies chroniques. Dès lors, il convient d'assurer le recours aux prestations par une meilleure information et de simplifier leur accès dans la pratique. En effet, celui-ci peut s'avérer particulièrement ardu dans de nombreuses situations : sentiment de gêne, situation familiale difficile, confusion, mauvaise connaissance de la langue, etc.

Le secteur social a initié une démarche qui vise à travailler avec tous les acteurs concernés de la communauté sur plusieurs orientations : coordination des activités des différents acteurs, politique d'information, amélioration de l'accessibilité. Ce processus devrait aboutir à des réalisations concrètes d'ici 2017.

4.2 Propositions de modifications de lois existantes

4.2.1 Modification de la loi sur la Santé Publique (LSP)

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

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

L'information médicale « numérique », toujours plus disponible, est théoriquement prête à être échangée dans de nombreux contextes. Toutefois, en l'absence de cadre formel pour l'échange ou le partage d'information entre professionnels de santé, se développent

aujourd'hui des solutions informatiques spécifiques, des échanges point-à-point coûteux à maintenir, ou des silos d'information médicales par pathologie, souvent sans que le patient ne soit partie prenante. De plus, la sécurité des données et le respect de la réglementation en matière de protection des données ne sont parfois pas assurés.

Projet de loi fédérale sur le Dossier Electronique du Patient

Le Dossier Electronique du Patient (DEP), tel que décrit dans le message du 29 mai 2013 du Conseil Fédéral concernant la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, a pour objectif d'améliorer la qualité des processus thérapeutiques, d'augmenter la sécurité des patients et d'accroître l'efficacité du système de santé. Il permet aussi une meilleure intégration du patient au processus de prise en charge. Enfin, en lui permettant de consulter ses données médicales et de déterminer les personnes autorisées à accéder aux données, il renforce son droit à l'autodétermination (cf. art. 13 Cst.) tout en respectant la protection de sa sphère privée.

Le projet de loi fédérale sur le DEP est actuellement en cours de traitement au niveau des Chambres fédérales. Cette loi est conçue pour assurer l'interopérabilité technique et juridique des différents systèmes eHealth amenés à se développer à l'échelle régionale et pour garantir un cadre juridique minimal. Une loi d'application cantonale reste nécessaire. En anticipation de l'entrée en vigueur de la loi fédérale, prévue en 2018, le canton de Vaud souhaite promouvoir l'émergence du DEP, en l'associant à des projets de santé publique de coordination des soins visant les patients chroniques et polymorbides, tout en garantissant le respect du cadre dicté par la future loi fédérale.

Projets pilotes vaudois

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

Base légale cantonale nécessaire

Pour dépasser les simples projets pilotes, un cadre formel cybersanté doit être défini au travers d'une base légale permettant en particulier de :

- mobiliser les patients et obtenir leur consentement,
- mobiliser les institutions et les professionnels de santé
- généraliser le DEP pour les patients qui en ont le plus besoin.
- permettre des échanges électroniques sécurisés d'information médicales pour les autres patients du système de santé vaudois, en s'appuyant sur l'infrastructure techniques mise en place pour le DEP (annuaires des professionnels, protocoles sécurisés, interfaces,...).

Il est proposé d'introduire dans la LSP des éléments du projet de Loi fédérale sur le Dossier Electronique du Patient et de la loi genevoise sur le réseau communautaire d'informatique médicale (LRCIM). Dans une phase transitoire, le DSAS entend prendre un rôle actif pour favoriser et encadrer l'émergence du DEP, en associant les partenaires dans des projets stratégiques de coordinations des soins.

Des explications complémentaires sur le DEP et les intentions du DSAS en la matière figurent en annexe 7.1.

4.2.2 Modification de la Loi Vaudoise d'application LAMal (LVLAMal)

Dans le contexte LAMal, les rabais de prime sont destinés à inciter les assurés à choisir des modèles alternatifs d'assurance-maladie proposant des prises en charge particulières, type réseaux de soins. Toutefois, les règles applicables en la matière ne favorisent pas la création de tels modèles alternatifs pour une population consommatrice de soins. Différentes études scientifiques suisses (voir note 6 en page 6) montrent en effet une sélection importante des assurés au sein des modèles alternatifs existants. L'effet dû à la sélection des risques est de manière générale plus important que l'économicité réelle atteinte par ces modèles. Or, c'est bien sur la population atteinte dans sa santé que les enjeux de continuité des soins sont les plus importants et que les plus gros bénéfices d'économicité peuvent être réalisés.

Le DSAS propose donc une alternative au rabais de prime prévu par la LAMal dans le cadre de ces modèles. Cette alternative consiste à créer un incitant financier portant sur la quote-part à charge des assurés. Elle s'adresse bien aux consommateurs de soins, qui recevront un incitant d'autant plus important que leurs besoins en soins seront élevés. Il est également intéressant de relever que le rabais moyen de prime pour un assuré adulte suisse optant pour la franchise minimum en 2013 s'élevait à CHF 741, ce qui correspond environ à la quote-part maximum à charge d'un assuré adulte (CHF 700). L'octroi d'un tel incitant financier sera conditionné à l'adhésion à un programme ou à un réseau, agréé par le DSAS, visant à garantir une prise en charge coordonnée au sens des objectifs décrits dans le projet de décret. Sous l'angle des coûts, l'objectif est que la charge financière découlant pour l'Etat de l'introduction de cet incitant financier soit compensée par les gains d'économicité réalisés (voir paragraphe « economicité de la prise en charge » en page 6).

Pour l'introduction de cet incitant financier, deux variantes sont proposées dans le cadre de la consultation :

Variante A : en référence à la logique de la LAMal en matière de rabais de prime, chaque assuré adhérant à un programme ou à un réseau, agréé par le DSAS, visant à garantir une prise en charge coordonnée au sens des objectifs décrits dans le projet de décret pourrait bénéficier d'une prise en charge par l'Etat de sa quote-part ou d'une partie de celle-ci. *A priori*, les assurés bénéficiant par ailleurs déjà d'un rabais de prime grâce à leur adhésion à un modèle alternatif d'assurance au sens de la LAMal ne devraient pas bénéficier en sus d'une prise en charge de leur quote-part.

Variante B : s'agissant d'une prestation versée par l'Etat, il peut sembler adéquat de réserver cet incitant financier à la population de condition économique modeste. Ainsi, cette variante réserve la prise en charge de la quote-part ou d'une partie de celle-ci par l'Etat aux personnes qui non seulement adhèrent à un programme ou à un réseau, agréé par le DSAS, visant à garantir une prise en charge coordonnée au sens des objectifs décrits dans le projet de décret, mais également bénéficient d'un subside de prime au sens de la LAMal. Cette variante serait donc ciblée sur un double objectif : d'une part, permettre d'inciter les assurés ayant des besoins de soins importants et de condition économique modeste à adhérer à de tels programmes de prise en charge et, d'autre part, réduire les effets de seuils importants observés dans le subside de prime entre les assurés en bonne santé et ceux atteints dans leur santé devant supporter une participation aux coûts (franchise et quote-part). De tels effets de seuils s'observent notamment à la sortie des régimes de revenu d'insertion (RI) et des prestations complémentaires AVS/AI (PC AVS/AI) qui prennent en charge l'intégralité de la participation aux coûts, alors que celle-ci est nulle pour les ménages qui connaissent une situation financière à peine supérieure. Avec cette variante, le taux d'effort pour l'assuré atteint dans sa santé serait dès lors réduit et les effets de seuil seraient limités.

Des explications complémentaires sur l'effet d'une prise en charge de la quote-part sur la politique de subside de prime figurent en annexe 7.2.

5. Projet de gestion des médicaments

Des évidences montrent que la multiplication des prescripteurs (médecins spécialistes, hôpitaux), une absence de médecin référent, des transitions fréquentes et une faible implication du patient dans sa prise en charge entraînent une tendance à la sur-prescription, des risques d'erreurs de prise de médicaments et une mauvaise adhésion thérapeutique du patient⁹.

La polypharmacie (au moins quatre médicaments différents sur une période d'au moins 3 mois¹⁰) et la prescription inappropriée de médicaments¹¹ ont des impacts majeurs en termes de risque d'hospitalisation et de réadmission, de mortalité et d'altération de la qualité de vie. Des effets indésirables surviendraient ainsi chez 15 à 35% des personnes âgées de plus de 65 ans et un tiers d'entre eux seraient évitables. La polypharmacie est également une prévalence augmentée de chutes et de fractures fémorales chez les personnes âgées.

Optimiser l'utilisation des médicaments et offrir une plus grande sécurité des prises en charge pour le patient fait partie du programme de coordination des soins que le DSAS entend mettre en œuvre.

Le DSAS entend dès lors déployer un plan de médication partagé par les différents intervenants dès janvier 2016. Ce déploiement s'appuiera sur le travail et l'expérience acquise par le déploiement du projet-pilote mené actuellement dans le nord Vaudois concernant la « Sécurisation de la médication tout au long de la chaîne de soins ». Le but de ce projet pilote est d'expérimenter, sur un collectif de patients polymédiqués et ayant de multiples intervenants, la mise en œuvre d'une gestion collaborative d'un plan de traitement partagé reposant sur la plate-forme de cybersanté vaudoise. Cette phase expérimentale, qui associe des médecins traitants, des pharmacies, les soins à domicile du Nord vaudois et l'Ensemble hospitalier du Nord vaudois, a débuté en septembre 2014 et durera jusque fin 2015.

6 Commentaires article par article

6.1 Projet de décret instituant un programme cantonal de développement de la coordination des soins

Préambule

En préambule, le DSAS relève que les principales raisons qui l'ont amené à privilégier la voie d'un décret ad hoc plutôt que la modification d'une loi existante sont les suivantes :

- a) Le DSAS souhaite donner à ce programme cantonal et, partant, à la coordination des soins, la visibilité et la légitimité les plus claires et fortes possibles, y compris sous l'angle des moyens budgétaires qui en relèvent (v. art. 6). L'adoption d'un acte spécifique tel qu'un décret constitue l'acte adéquat à cet égard.
- b) Le DSAS souhaite que ce programme soit limité dans le temps et fasse l'objet d'une évaluation, avant de pouvoir être reconduit (v. art. 7). Là également, l'intégration dans un décret, lui-même limité dans le temps, plutôt que dans une base légale pérenne, constitue la voie la plus indiquée.

⁹ ⁹ Locca J.-F. et al. ; « Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens ; Revue Médicale Suisse ; 5 ; 2009

Anguish I. et al ; « Ordonnance de sortie d'hôpital : un défi pour la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle ; Revue Médicale Suisse, 9, 2013

Bugnon O., « Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription » ; Revue Médicale Suisse ; 8 ; 2012

¹⁰ Définition selon Convention tarifaire RBP IV, concernant l'entretien de polymédication

¹¹ Utilisation d'un médicament ne correspondant pas aux standards de pratique, ou dont les risques d'effets secondaires dépassent les bénéfices escomptés.

Article 1^{er} - But

Cet article usuel permet d'instituer formellement un programme de développement de la coordination des soins et d'annoncer les différentes rubriques du décret.

Article 2 – Objectifs du programme

Comme son titre l'indique, le programme porte sur le développement de la coordination des soins, qu'il s'agisse de soins somatiques ou psychiatriques. L'article 2 définit en son alinéa 1^{er} ce que recouvre la notion de « coordination », en faisant ressortir les principaux éléments suivants (v. également les explications fournies sous ch. 3 ci-dessus):

- La coordination des soins implique que les professionnels et institutions qui y participent mettent en place des processus et des outils communs, tels que le dossier électronique du patient, des outils d'évaluation partagés, etc.
- Cette coordination vise à gérer l'interdépendance de ces professionnels et institutions dans la prise en charge d'un patient. Cette interdépendance ne concerne pas « que » les professionnels et institutions du domaine de la santé, mais également ceux du domaine social et médico-social. En d'autres termes, la coordination des soins autour d'un patient et avec lui nécessite de réunir non seulement des compétences de soignants, mais également des compétences de nature sociale. C'est pourquoi toutes les dispositions du présent décret mentionnent spécifiquement à chaque fois ces deux domaines.
- Le DSAS souligne qu'il n'entend pas, par le décret, opérer des fusions ou des intégrations structurelles des professionnels et institutions, mais assurer et développer la coordination entre eux. Cela n'empêche toutefois pas la réalisation de telles fusions sur base volontaire, comme c'est le cas dans le Pays d'Enhaut et à Sainte-Croix

L'alinéa 1^{er} met également en évidence que ce n'est pas l'Etat lui-même qui va assurer la coordination des soins. Le décret vise bien plutôt à créer des conditions favorables permettant aux professionnels et institutions d'assumer cette responsabilité.

L'alinéa 2 définit les objectifs plus spécifiques du programme, qui sont les suivants :

Lettre a) : L'évolution épidémiologique a notamment pour conséquence qu'un même patient va vivre divers épisodes de soins auprès de différents prestataires à divers moments dans sa trajectoire de prise en charge. La continuité des soins qui lui sont fournis est dès lors essentielle pour garantir une prise en charge de qualité, efficace, adéquate et économique, ce que met en évidence cette lettre a), en soulignant que cette prise en charge doit être centrée sur le patient et ses besoins.

Lettre b) : Cette lettre précise la définition générale de la coordination des soins donnée à l'alinéa 1^{er}, en indiquant qu'elle porte à la fois sur le suivi du patient, l'évaluation de ses besoins et son orientation dans le réseau médical et médico-social, tout au long de son parcours de soins. De plus, comme relevé plus haut, une telle coordination rend indispensable le développement, entre professionnels et institutions, de processus et d'outils communs, dans la perspective d'aboutir à une vision du plan de prise en charge partagé entre eux. Un des outils spécifiques et fondamentaux dont les professionnels et institutions ont besoin est de pouvoir partager des informations sur le patient sous une forme électronique et selon un langage commun. C'est pourquoi cet élément est mis en évidence. Le DSAS se réfère à ce propos aux explications fournies sur le eHealth (v. ch. 4.2.1 ci-dessus et annexe 1), ainsi que sur les commentaires ci-dessous concernant la modification de la LSP y relative (ch. 6.2).

Lettre c) : La coordination des soins vise non seulement à garantir la qualité de la prise en charge d'un patient, mais elle a également un objectif d'économicité. Cet objectif est un objectif général, mis en évidence par les expériences faites ailleurs, qui peut également avoir

des facettes plus spécifiques. Ainsi, dans le cadre d'une vision globale du parcours de soins d'un patient, les professionnels et institutions impliqués devraient pouvoir identifier certaines prestations (p. ex. : opération de la cataracte) qui pourraient faire l'objet d'un achat groupé, pour tous les patients relevant du programme, auprès de certains fournisseurs attractifs du point de vue économique.

Article 3 Bénéficiaires et champ d'application du programme

En termes de population, le programme se concentre sur les personnes souffrant de pathologies chroniques et multiples et/ou ayant des besoins médico-sociaux complexes (al. 1^{er}). C'est en effet cette population pour laquelle un développement de la coordination des soins s'avère prioritaire.

Potentiellement, la coordination des soins recouvre toute la chaîne de soins et touche tous les professionnels et institutions qui en font partie. Le DSAS entend mettre en œuvre en la matière un développement évolutif et progressif. Comme évoqué plus haut, il va favoriser dès 2016 une coopération forte entre médecins de référence et pharmaciens de référence autour du plan de médication, afin d'améliorer le processus de gestion des médicaments, notamment par le partage d'informations structurées à ce propos. En parallèle, les bases du renforcement de la première ligne de soins en général, articulée autour du médecin de premier recours et intégrant le patient et son entourage, seront posées et progressivement mises en œuvre. De plus, des projets visant à mettre en place des outils communs, tels que par exemple l'outil interRAI, seront menés. A terme, l'objectif est de parvenir à l'élaboration d'un plan de prise en charge du patient partagé avec lui et entre tous les professionnels et institutions qui interviennent dans celle-ci.

Article 4 Pilotage cantonal

Cet article décrit les modalités de pilotage du programme, qui est placé sous la responsabilité du DSAS, qui s'appuiera sur la Commission de politique sanitaire instituée par la LPFES. De plus, il faut relever que le SSP a mis en place une Plateforme de concertation cantonale chargée d'un rôle stratégique et composée des quatre réseaux de soins ainsi que des associations faitières partenaires de l'Etat dans le domaine de la santé.

Article 5 Principaux généraux de fonctionnement

Cet article porte sur les principes de fonctionnement du programme.

D'une manière générale, il appartiendra au DSAS d'établir les dispositions nécessaires à sa mise en œuvre, notamment les conditions à respecter par les professionnels et institutions qui y participent de même que par les bénéficiaires (al. 1^{er}). On pense ici à des conditions liées à l'affiliation à la « communauté eHealth » (v. ch. 6.2 ci-dessous) ou liées directement à la prise en charge des patients (telles que l'obligation de répondre aux patients dans un certain délai, d'organiser la prise en charge et de collaborer à cet effet avec les autres professionnels et institutions impliqués ou encore, pour le pharmacien, de procéder à des entretiens de polymédication avec le patient).

Ce dispositif sera en large partie défini sur un mode partenarial, par les conventions que passera le DSAS avec les partenaires concernés (al. 2). Ainsi, le DSAS et la Société vaudoise de médecine (SVM), respectivement la Société vaudoise de pharmacie (SVPh) sont en train de définir les conditions de participation des médecins et des pharmaciens au projet sur le « processus médicament ». De plus, le DSAS intégrera les dispositions ad hoc dans les contrats de prestations déjà existants, en particulier ceux avec les réseaux de soins, avec l'AVASAD et avec la Centrale téléphonique des médecins de garde.

Le pilotage et l'édiction des règles générales se font au niveau cantonal, mais la mise en œuvre s'effectue au niveau régional, pour assurer une meilleure proximité autant avec les professionnels et institutions qu'avec les patients (al. 3). Le DSAS s'appuiera dans cette mise en œuvre sur les réseaux de soins, qui ont été constitués à la fin des années 1990 pour réunir les prestataires de soins afin d'améliorer leur collaboration. Les réseaux pourront ainsi

renforcer leur rôle de facilitateur, de lieu d'échange et c'est vers eux que pourront se tourner les professionnels et institutions ainsi que les patients pour toute question liée au programme. Cas échéant, les financements alloués par l'Etat pour la réalisation du programme pourront également passer par les réseaux.

Article 6 Financement

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

Il appartiendra au DSAS d'établir des mécanismes de financement incitatifs, encourageant les professionnels et institutions à développer des modalités novatrices de prise en charge et de collaboration (al. 2, lettre a), ainsi que d'indemniser les professionnels, notamment les médecins et les pharmaciens, pour leur participation au programme et le développement d'outils communs (al. 2, lettre b). On pense ici par exemple à une indemnisation pour la participation à des cercles de qualité ou pour l'utilisation du dossier électronique du patient, ainsi que le partage de l'information. Une prise en compte de la complexité de la clientèle pourrait être envisagée.

Au-delà des moyens directement affectés au programme, le DSAS veillera à utiliser les moyens financiers à sa disposition à l'heure actuelle de manière à favoriser la réalisation du programme (al. 3). Ainsi, le DSAS pourrait utiliser une partie des montants figurant à son budget pour financer les prestations d'intérêt général pour renforcer la coordination entre tous les acteurs de la prise en charge. En d'autres termes, ces montants, actuellement imputés notamment aux hôpitaux, pourraient être versés aux réseaux ou aux acteurs de la première ligne de soins, qui pourraient les utiliser pour renforcer l'atteinte des objectifs du programme.

Comme indiqué plus haut, un des projets du programme porte sur le « processus médicament ». Or, il pourrait arriver que des patients souhaitant adhérer au programme soient assurés auprès d'un assureur-maladie pratiquant pour les médicaments le système du tiers garant, ce qui constitue un frein à leur adhésion. Des discussions ont été entamées avec certains de ces assureurs pour déterminer s'ils seraient prêts, pour les patients participant au programme, à adopter un système de tiers payant pour les médicaments. Le DSAS a bon espoir que ces discussions aboutissent à un résultat favorable. Si tel ne devait pas être le cas, l'alinéa 4 conférerait à l'Etat une base légale lui permettant d'intervenir. Dans ce système, ce serait l'Etat qui prendrait en charge les factures émises par les pharmacies pour les patients relevant du programme, avant de se faire rembourser par les assureurs-maladie.

La réserve de la législation cantonale sur l'assurance-maladie prévue par l'alinéa 5 concerne tout particulièrement le subside de quote-part introduit par la révision de la LVLAMal présentée dans le cadre du présent rapport. Ce financement constituera en effet une modalité particulière de financement contribuant également à la réalisation du programme, qui est réservée ici. En outre, cette réserve vise également d'autres modalités particulières de financement pour ce qui concerne les bénéficiaires de subsides ; ainsi, s'agissant de la question du tiers payant/tiers garant pour les médicaments (v. al. 4 ci-dessus), la législation

sur les subsides permet déjà à l'Etat d'intervenir, sans qu'il ait besoin d'utiliser la base légale prévue à l'alinéa 4.

Article 7 Durée et évaluation

Le programme établi par le présent décret est un programme novateur, qui vise à changer les pratiques des acteurs de la santé. Dans cet esprit, il est important que ce programme soit limité dans le temps, afin de prévoir formellement une évaluation de son effet et de ses résultats avant tout éventuel renouvellement. Cette évaluation sera conduite sous la responsabilité de la Commission de politique sanitaire. Le Conseil d'Etat se fondera sur les propositions de cette Commission pour proposer au Grand Conseil de renouveler le programme, pour une nouvelle période déterminée, voire pour une période non déterminée.

Article 8 Exécution et entrée en vigueur

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

6.2 Projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

Article 87 Dossier du patient

L'alinéa 3 est adapté pour se conformer à la réalité du terrain et à la tendance croissante, de la part des professionnels de la santé, de tenir le dossier du patient sous forme informatisée (dossier patient informatisé).

Certains prestataires recourent à des services de sauvegarde de données sis hors de Suisse. Dans un premier temps, le projet de loi ne prévoit pas d'imposer un lieu de stockage des données de santé informatisées uniquement en Suisse. Si toutefois ce genre de pratique devait se révéler problématique au niveau de la sécurité des données, le Conseil d'Etat émettrait des règles en la matière (al. 6).

Article 87a Système communautaire d'information sanitaire électronique

La notion de « système communautaire » ou de « communauté » introduite par cet article est reprise du projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEIP). Une communauté unique est ainsi créée au niveau vaudois.

La communauté est une unité organisationnelle de professionnels de la santé et d'institutions (médecins, pharmacies, établissements sanitaires, organisations de soins, etc.) qui est impliquée dans la prise en charge et le traitement de patients et qui produit ou consulte des informations sur ces patients. L'affiliation des professionnels de la santé et des institutions à la communauté fait l'objet d'une démarche individuelle de leur part sous forme d'une déclaration d'adhésion à la communauté ou d'un contrat (voir article 87d). Cette affiliation permet à ceux-ci une utilisation commune de l'infrastructure informatique nécessaire pour le dossier électronique du patient. Pour le reste, en particulier pour la prise en charge de leurs patients, les membres de la communauté restent autonomes.

La communauté vaudoise sera certifiée à terme, selon des critères (sécurité, normes, formats d'échange) qui seront introduits avec la loi fédérale sur le dossier électronique du patient. Outre des garanties de qualité et de sécurité, cela permettra également aux professionnels de santé et institutions affiliés d'accéder aux données médicales qu'un patient a rendues accessibles depuis une autre communauté (en particulier depuis un autre canton).

A terme, la communauté sera gérée par une personne morale composée de représentants des associations faïtières partenaires dans le domaine de la santé. A l'instar de la solution retenue par le canton de Zurich, la personne morale en question pourrait être dans le canton de Vaud une association de droit privé. L'association, en tant que telle, n'aurait pas accès aux données médicales, qui sont traitées uniquement dans le cadre d'une relation patient –

professionnel de santé/institutions de soins sur la base d'une affiliation (voir ci-dessus) et d'un accord explicite de la part du patient (voir art. 87c ci-après).

En l'état, la délégation à une telle personne morale de la responsabilité de gérer la communauté apparaît prématurée. Le canton de Vaud se situe en effet aujourd'hui dans une phase exploratoire, qui nécessite un pilotage direct par l'Etat, en l'occurrence le DSAS. C'est pourquoi une disposition transitoire ad hoc est prévue (sous la forme d'un article 199b), qui confère au DSAS la responsabilité de conduire et de gérer la communauté durant la phase pilote. La personne morale prévue à l'article 87a n'interviendra qu'une fois cette phase terminée, lorsque la communauté entrera en phase d'exploitation. En attendant, le DSAS s'appuiera, comme il l'a fait par le passé, sur un comité, composé de membres d'associations faitières, qui sera notamment chargé de mener les discussions avec l'organe d'exploitation. Actuellement, cet organe est La Poste qui met à disposition son infrastructure de dossier électronique du patient (voir également ch. 4.2.1 ci-dessus et annexe 1).

Dans tous les cas, l'Etat, par le DSAS, sera responsable de la surveillance de la communauté. Ainsi, lorsque la gestion sera déléguée à la personne morale, l'Etat n'en sera vraisemblablement pas membre, mais exercera une surveillance sur celle-ci. Dans la mesure où la mise en place de cette communauté vise à favoriser les relations entre les partenaires afin d'assurer une prise en charge efficiente des patients, il apparaît légitime de leur confier la gestion de ce dispositif dont la mise en place est initiée par l'Etat. Ce dernier entend toutefois conserver une tâche de surveillance afin de s'assurer du respect des dispositions légales.

En principe, selon les modalités prévues par le décret (v. commentaires ad art. 6 ci-dessus), l'Etat va participer aux coûts d'interfaçage et de fonctionnement de la communauté de manière indirecte, par les incitatifs financiers versés aux professionnels et institutions participant au programme de développement de la coordination des soins. Il pourrait toutefois s'avérer également nécessaire de prévoir un financement direct. Cas échéant, l'alinéa 4 constituera la base légale ad hoc à cet effet.

Article 87b Buts de la communauté

L'échange de données entre prestataires de soins est particulièrement précieux dans le cadre de traitement de personnes atteintes de maladies chroniques, en cas de polymédication, ou lors de situations complexes réunissant un grand nombre d'intervenants. En remettant le patient au centre de sa prise en charge, cet échange de données favorise la continuité des soins, tout en assurant la sécurité des données et le respect du secret médical, le consentement du patient étant une condition préalable à cet échange (art. 87c ci-après).

Article 87c Participation du patient à la communauté

Eu égard au respect de ses droits fondamentaux, le patient est libre d'accepter ou de refuser de participer à la communauté. En cas d'acceptation, le patient devra en premier lieu remettre une déclaration de consentement écrit selon des modalités qui devront être fixées par le DSAS, respectivement la personne morale chargée de la gestion de la communauté (v. commentaires ad art. 87a ci-dessus), après avoir été informé de manière approfondie sur les données qui peuvent être rendues disponibles (v. art. 87e ci-dessous), les possibilités de consultation, les possibilités de configuration des droits d'accès (niveaux d'accès) ainsi que sur la protection et la sécurité des données. Le recueil du consentement du patient pourra se faire via un processus informatisé.

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

patient ne souhaite pas que certains documents soient disponibles dans son dossier électronique, il lui appartient d'en informer le professionnel de la santé. Dans ce cas, le médecin catégorisera le nouveau document comme « secret » ou « stigmatisant » (v. commentaires ad article 87e ci-après).

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

Enfin, le patient peut modifier en tout temps le niveau de confidentialité des documents et/ou révoquer son consentement à la participation à la communauté, sans justifier sa décision.

Article 87d Affiliation à la communauté

L'affiliation des professionnels de santé et des institutions se fait sur une base entièrement volontaire sous réserve de lois spéciales, cantonale ou fédérale. Dans ce cadre, le DSAS relève que le projet de loi fédérale sur le dossier électronique du patient adopté par le Conseil fédéral prévoit une obligation d'affiliation à la communauté pour pouvoir pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins à l'égard de certains établissements, notamment les hôpitaux (Dispositions finales, art. 25 p-LDEIP). Le Conseil des Etats a accepté cette proposition, mais le Conseil national a proposé d'étendre l'obligation d'affiliation aux médecins, aux pharmaciens et aux laboratoires dix ans après l'entrée en vigueur de la loi. Dans tous les cas, au niveau cantonal, dans le cadre du projet de décret faisant partie du présent document, le DSAS pourra prévoir une telle obligation pour les professionnels et institutions participant à certains projets relevant du programme de développement de la coordination des soins (v. commentaires ad article 5 du projet de décret ci-dessus).

L'affiliation à la communauté se fait par contrat ou déclaration d'adhésion qui règle les conditions d'accès à la communauté. Dans un premier temps, ce dispositif sera géré par l'Etat, avant d'être délégué à la personne morale mentionnée à l'article 87a alinéa 3.

Cet article prévoit la possibilité pour des professionnels ou institutions du domaine social de s'affilier à la communauté en cas de participation à la prise en charge médicale. Dans ce cas là, ceux-ci auront accès à certaines informations du dossier électronique du patient. Cet accès n'est pas prévu par la loi fédérale, qui réserve les accès uniquement aux professionnels du domaine de la santé. En pratique toutefois, il s'avère qu'une coordination est souvent nécessaire dans des situations complexes où des objectifs thérapeutiques impliquent la participation de l'entourage du patient. Dans un tel cas, les règles d'accès aux données déterminées par le patient (art. 87c et e) s'appliquent.

Article 87e Accès aux données des patients

Le dossier électronique du patient n'est pas un fichier avec traitement systématique de données sensibles, tel que décrit par les lois cantonales ou fédérales sur la protection des données. Le patient désigne un ensemble restreint de professionnels de santé, un cercle de confiance dans le cadre d'une relation thérapeutique, qui peut accéder aux données médicales de son dossier (voir aussi art. 87c). Le patient a également accès en tout temps aux données et dispose d'une traçabilité complète des accès à son dossier par le biais de l'historique des accès. En outre et comme relevé sous l'article 87c, il peut à tout moment modifier les niveaux d'accès.

Les données concernant le patient sont réparties dans les niveaux d'accès ci-dessous, qui correspondent aux niveaux définis dans la Loi genevoise du Réseau Communautaire d'Informatique Médicale¹²:

- Données administratives, ne contenant aucune information médicale (ex : nom, prénom, adresse, caisse-maladie, etc.)

¹² Art. 16 Loi (9671) sur le réseau communautaire d'informatique médicale (e-Toile)

- Données utilitaires, qui, sur vœu explicite du patient, peuvent être consultées par tous les professionnels de la santé (ex : dispositions du patient, ses allergies et ses vaccins).
- Données médicales au sens large (dossiers et documents médicaux, plan de soins,...)
- Données stigmatisantes, qui, du point de vue du patient, requièrent une protection particulière et dont l'accès devrait rester réservé à un petit cercle de personnes
- Données secrètes, uniquement accessibles à l'auteur ainsi qu'au patient.

Sous réserve d'une disposition explicite contraire du patient, le mode « bris de glace » ou accès en urgence permet à tout professionnel de santé ou institution affilié d'accéder aux données médicales « générales » des patients, si cela relève d'une urgence vitale. Les informations classifiées comme « stigmatisantes » ou « secrètes » par le patient ne sont pas accessibles en urgence. Le patient sera notifié de l'activation de ce mode d'urgence.

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

Si le médecin a des raisons de croire que la consultation de certaines données dans le dossier électronique pourrait avoir de graves conséquences pour le patient (cf. article 24 al. 3 LSP), il lui appartiendra d'en discuter avec le patient avant d'introduire le document dans le dossier électronique et par voie de conséquence de rendre celui-ci disponible pour le patient.

Article 87f Caractéristiques d'identification des patients

Cet article prévoit que la communauté peut utiliser le numéro NAVS13, présent sur la carte d'assuré, souvent renseigné dans les logiciels de cabinet des médecins ou d'hôpitaux et disponible comme critère de recherche et d'identification univoque (sécurité) d'un dossier patient. Ce numéro ne sera pas repris comme numéro du dossier et ne sera utilisé que comme critère de recherche. Dès lors si jamais un patient souhaitait se retirer de la communauté et revenir plus tard, un nouveau dossier serait constitué (droit d'oubli médical). Le projet de loi fédérale sur le dossier électronique prévoit la création d'un nouveau numéro à cette fin. La mise à disposition et l'adoption de ce nouveau numéro va toutefois prendre plusieurs années, à des coûts difficilement estimables. Une base légale au sens formel est nécessaire afin de pouvoir se référer au numéro NAVS comme critère de recherche.

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

Il est intéressant de relever qu'en France, la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) a récemment changé d'avis sur l'utilisation du numéro de sécurité sociale comme identifiant du dossier électronique du patient (appelé dossier médical partagé en France), alors qu'elle était résolument contre en 2007. Le projet de loi de santé du gouvernement français, actuellement en discussion parlementaire, propose ainsi l'utilisation du numéro de sécurité sociale comme identifiant national de santé. Les arguments mis en évidence par l'étude d'impact relative à ce projet de loi s'appliquent par analogie en Suisse: "L'absence d'un identifiant du patient unique, solide et pérenne est reconnue depuis longtemps par les acteurs de santé comme par les représentants des usagers comme une faiblesse majeure et même un frein au développement des systèmes d'information de santé. Ce sujet touche

directement à la qualité et à la sécurité des soins, la confusion de personne constituant un risque majeur dans l'utilisation d'informations médicales (particulièrement en matière de prescriptions et de résultats d'examen, ou encore de transfusion sanguine)."

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

Enfin, le DSAS souligne que la mise en place d'un nouveau numéro d'identification générerait des coûts substantiels supplémentaires, pour tous les prestataires de soins et leurs éditeurs de logiciel.

Dans un même souci de garantir la fiabilité des données, le projet prévoit un accès au registre cantonal des personnes, en dérogation à l'article 6 de la loi d'application de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur l'harmonisation des registres des habitants et d'autres registres officiels de personnes (LVLHR). Les données visées sont purement administratives, soit le nom, prénom, adresse de résidence, date de naissance et de décès.

Article 87g Utilisation des données

Certaines données collectées pourront être utilisées de manière anonymisée à des fins statistiques et de pilotage de la politique sanitaire, selon les règles usuelles applicables en pareils cas, en particulier la législation en matière de protection des données.

Article 199b Disposition transitoire ad article 87a

V. les commentaires sur l'article 87a ci-dessus.

6.3 Projet de loi modifiant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal)

Titre de la loi

L'introduction d'un incitant financier élargit le champ d'application de la LVLAMal dans ce sens qu'elle régira non seulement l'application de la loi fédérale mais également l'octroi de ces prestations cantonales. Dès lors, le titre de la loi est modifié afin d'intégrer ce nouveau dispositif. Cette modification est différente selon que l'on retient la variante A ou la variante B (v. ch. 4.2.2 ci-dessus).

Article 1 But

Cet article est modifié afin d'intégrer dans la définition du but l'octroi des prestations cantonales d'aide aux assurés (subside de quote-part). Cette intégration s'opère ici également de manière différente selon la variante A ou B, tant pour l'alinéa 1^{er} que pour l'alinéa 2. En substance, dans la variante B, la différence de formulation tient au fait que l'octroi de ces prestations est lié à des conditions de ressources.

Article 2a Autorité compétente

Les travaux de révision de la LVLAMal ont mis en évidence l'absence dans la loi actuelle d'une disposition énonçant précisément le nom du département compétent pour exécuter la loi. Afin de combler cette lacune, il est proposé l'introduction d'un article 2a nouveau. L'alinéa 2 indique que le DSAS exerce ses missions par l'intermédiaire du service en charge des assurances sociales (en l'occurrence, le Service des assurances sociales et de l'hébergement - SASH). Le cas échéant, le règlement fixera les modalités d'application de cet article.

Article 3 Tâches

L'alinéa 2 et 3 sont modifiés dans ce sens que le terme « subsides », jusqu'ici seule prestation versée par l'OVAM, est remplacé par « prestations », afin d'intégrer d'autres prestations cantonales, comme le subside de quote-part.

Article 4

La modification de cet article est rendue nécessaire par l'introduction de l'article 2a.

Article 6a Communication des données avec les assureurs

Le titre de l'article est complété dans le but de préciser qui est le destinataire des données, en l'occurrence les assureurs.

A l'alinéa 2, comme précédemment, le terme « subside » est remplacé par « prestation ».

Article 6b Communication des données avec les réseaux de soins

Le versement du subside de quote-part est conditionné à l'adhésion à un réseau agréé par le DSAS constitué par des professionnels de santé dans le but de coordonner la couverture des soins (v. art. 23c ci-dessous). En effet, le subside de quote-part sera destiné aux personnes consommatrices de soins, qui constituent la population-cible du programme de développement de la coordination des soins (variante A). Dans la variante B, ce subside serait destiné aux personnes consommatrices de soins de revenus modestes, qui constituent une partie de la population-cible du programme. Dans les deux cas, il apparaît judicieux que l'octroi de ce subside soit lié à la mise en place d'une coordination des soins qui leur sont fournis, à même d'agir sur leur consommation de soins, d'améliorer leur prise en charge et d'assurer ainsi la meilleure économie possible. Pour développer une telle coordination des soins, le DSAS va s'appuyer sur les réseaux de soins, conformément à l'article 5 du projet de décret. Dans ce contexte, une transmission des données entre l'OVAM et les réseaux des soins s'avérera indispensable. Ce nouvel article constitue donc la base légale nécessaire pour qu'une communication des données des personnes bénéficiant d'une prestation au sens de la LVLAMal et participant au système communautaire d'information sanitaire électronique puisse avoir lieu entre l'OVAM et les réseaux des soins au sens de la LRS.

Pratiquement, sur demande de l'OVAM, les réseaux de soins communiqueront gratuitement à l'OVAM des données non-médicales. En outre, ils annonceront d'office toute sortie du système communautaire d'information sanitaire électronique des personnes au bénéfice d'une prestation au sens de la LVLAMal.

Les modalités de cette communication seront réglées par voie de directive de l'OVAM.

Titre II Prestations

L'intitulé du Titre II de la loi est modifié afin d'y intégrer les dispositions relatives au subside de quote-part. Dans un souci de simplicité et de clarté, le terme « Prestations » englobe dorénavant les dispositions en matière de subsides de prime, de subsides de quote-part et de non paiement des arriérées de primes et de participation aux coûts.

Article 9 Bénéficiaires

L'élargissement du champ d'application de la LVLAMal nécessite une modification de l'article concernant les bénéficiaires des prestations. Ainsi, avec cette modification de l'alinéa premier de l'article 9, il est indiqué que les assurés peuvent bénéficier d'un subside pour le paiement total ou partiel de leur quote-part (variante A), cas échéant lorsqu'ils sont de condition économique modeste, en plus du subside de prime (variante B).

En outre, il est proposé de modifier la teneur de l'alinéa 2, afin de corriger une erreur de plume subsistant depuis une révision antérieure de la loi.

Article 11 Revenu déterminant

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 9 novembre 2010 sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS), au 1er janvier 2013, le revenu déterminant unifié sert de base au calcul du droit au subside. Il est donc proposé de remplacer le terme « revenu net » par « revenu déterminant ».

Article 12 Situation économique réelle du requérant

Il peut arriver que la situation économique réelle d'un requérant diffère de 20% ou plus du revenu déterminant calculé sur la base de la dernière décision de taxation définitive (p. ex, prise d'un emploi, chômage, divorce...). L'OVAM peut alors se baser pour calculer le droit au subside du requérant sur sa situation économique réelle, laquelle est attestée par une déclaration de la personne concernée. Or, dans certains cas, le requérant annonce de dépenses (loyer, primes d'assurance-maladie, frais d'entretien, loisirs, etc.) supérieures aux revenus (salaire, rente, etc.), ce qui peut sous-entendre d'autres sources de revenus non déclarées. A travers l'introduction de l'alinéa 1ter, l'OVAM peut se baser sur le niveau de dépenses réelles annoncées spontanément par le requérant dès lors que celles-ci sont supérieures aux revenus.

S'agissant de l'alinéa 1quater, il formalise la pratique actuelle de l'OVAM d'annualiser les revenus lorsque ceux-ci sont ponctuels, afin de déterminer le revenu déterminant le droit au subside.

La modification de l'alinéa 3 vise à tenir compte de toutes les catégories de personnes (retraités, personnes sans activité lucrative, étudiants) devant disposer des moyens financiers nécessaires au sens de la loi fédérale sur les étrangers (LEtr) et qui par conséquent n'ont en principe pas droit au subside.

Article 14 Exclusion des prestations par d'autres régimes sociaux

Cette modification de l'article 14 est nécessaire dès lors qu'une nouvelle prestation – le subside de quote-part - est introduite dans la loi, à laquelle s'applique également le principe d'exclusion. A l'instar de la réserve mentionnée à l'alinéa 2, qui concerne la prise en charge des participations aux coûts par les régimes des prestations complémentaires à l'AVS/AI et du revenu d'insertion, l'alinéa 3 réserve la prise en charge de la quote-part par le régime des prestations complémentaires cantonales pour familles et des prestations cantonales de la rente-pont (LPCFam).

Article 14a Paiement du subside

Les dispositions relatives au paiement du subside ainsi qu'à la décision formelle d'octroi rendue par l'OVAM sont applicables aux subsides de prime et de quote-part. Avec l'introduction d'un chapitre spécifique dédié aux subsides de quote-part, il a été nécessaire de déplacer les anciens articles 20 et 21 de la loi pour les intégrer au niveau du Chapitre I – Principes généraux, ce qui par ailleurs a l'avantage de rendre le texte plus structuré.

La teneur de l'ancien article 20 est reprise dans l'article 14a nouveau, avec quelques aménagements. Ainsi, l'alinéa premier tient compte des nouvelles prestations de subside de quote-part. L'alinéa 2 est complété dans ce sens que l'Etat, exceptionnellement, paie directement le subside à l'assuré. Pratiquement, il s'agit des situations dans lesquelles l'assureur se trouve dans l'impossibilité de le faire, notamment lorsque le versement effectif du subside longtemps après le départ de l'assuré de l'effectif de l'assureur.

Article 14b Décision

L'article 14b concerne la décision rendue par l'OVAM en matière de subside de prime (alinéa 1). L'alinéa 2, relatif à la notification de la décision rendue par l'OVAM, ne mentionne plus les agences d'assurances sociales. En effet, ces dernières peuvent consulter le cas échéant le système d'information du revenu déterminant unifié. Dès lors que l'envoi systématique des

décisions de l'OVAM auprès des agences d'assurances sociales ne semble plus se justifier, une reformulation de l'alinéa est proposée.

Chapitre II Subsidés de prime

Les dispositions relatives aux subsidés de quote-part figurent sous un chapitre spécifique (cf. Chapitre IV). Par conséquent, le titre du Chapitre II devient Subsidés de prime.

Article 15 Demande de subside

En principe, la demande de subside est déposée par le requérant auprès de l'agence d'assurances sociales de sa région de domicile. Compte tenu de l'évolution constante en matière de dématérialisation des relations entre l'administration et ses usagers (cyberadministration), le projet propose (alinéa 2) de réserver une compétence au Conseil d'Etat d'édicter des dispositions concernant le dépôt d'une demande de subside sur un support électronique.

En outre, l'alinéa 3 concerne les situations où le dépôt de la demande de subside auprès de l'OVAM peut s'avérer souhaitable, notamment lorsque le requérant n'a pas de titre de séjour valable ou qu'il est aidé dans sa démarche d'affiliation. L'OVAM déterminera les situations par voie de directive.

Article 17 Prime cantonale de référence et part de prime restant à charge de l'ayant droit

L'alinéa 3 *in fine* est modifié, le terme « primes facturées » n'étant pas tout à fait juste, car les assureurs peuvent accorder des rabais aux primes lors de la facturation aux assurés. Il semble plus judicieux de parler des primes « approuvées » par l'Office fédéral de la santé publique.

Article 18 Catégories particulières de subsidés

L'alinéa 1 est modifié (ajout d'une lettre e) afin d'intégrer les bénéficiaires d'une rente-pont au sens de la loi sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont (LPCFam) en tant que personnes pouvant bénéficier d'un subside jusqu'à concurrence de la prime cantonale de référence. Cette modification aura comme conséquence une modification de l'article 3, alinéa 2 du règlement du 30 mai 2012 d'application de la LHPS (RLPHS), lequel énonce que « Les prestations complémentaires au sens de la loi sur les prestations complémentaires pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont ne sont pas prises en compte pour le calcul du revenu déterminant, à l'exception de celui pour les subsidés aux primes d'assurance-maladie et les prestations d'aide et de maintien à domicile au sens de l'article 4a de la loi sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale ». L'exception prévue pour les subsidés aux primes d'assurance-maladie devra dès lors être supprimée.

Article 20 Paiement du subside

Cet article est abrogé mais sa teneur reprise dans l'article 14a nouveau (cf. commentaire ad article 14a).

Article 21 Décision

L'article 21 est abrogé. Comme annoncé précédemment, les alinéas 1 et 2 de l'ancien article 21 ont été repris dans l'article 14b nouveau. En outre, l'introduction des prestations cantonales en faveur des assurés de condition économique modeste nécessite une modification de la structure formelle de la loi. Dès lors que la procédure d'opposition de l'assuré contre les décisions de l'OVAM sur le droit au subside de prime est identique à la procédure prévue dans le dispositif du subside de quote-part, il est proposé de déplacer les dispositions y relatives (art. 21, al. 2bis à 5) pour les réintégrer quelque peu reformulées dans le Titre IV - Voies de droit et restitution (voir ci-dessous).

Chapitre III Recouvrement des primes, franchises et quotes-parts

Article 23 Non-paiement des primes et des participations aux coûts arriérées

Le canton peut garantir la prise en charge intégrale des créances des personnes au bénéfice du revenu d'insertion ou des prestations complémentaires à l'AVS/AI, le cas échéant l'OVAM informe l'assureur pour que ce dernier retire les poursuites engagées à leur rencontre. L'alinéa 4 in fine est complété par une base légale permettant à l'OVAM de transmettre à l'assureur les données nécessaires à cette tâche.

Chapitre IV Subsidés de quote-part

Article 23c Conditions d'octroi

L'alinéa premier de cet article définit les conditions d'octroi du subside de quote-part. Dans la variante A, peuvent bénéficier de cette prestation les assurés qui adhèrent à un réseau agréé de professionnels de la santé (cf. commentaires ad article 6b ci-dessus). Une disposition transitoire est toutefois prévue à ce propos (v. commentaires ad Titre VI alinéa 2 ci-dessus).

Dans la variante B, les assurés devraient en outre, pour pouvoir bénéficier de cette prestation, être de condition économique modeste, bénéficier d'un subside de prime et appartenir à l'une des catégories particulières de subside de quote-part désignées à cet effet annuellement par arrêté du Conseil d'Etat.

L'alinéa 2 précise que les conditions d'octroi précitées doivent être remplies au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle le subside de quote-part est demandé. Cette précision temporelle est nécessaire pour des raisons de simplification administrative, afin d'éviter des mutations en cours d'année.

L'alinéa 3 établit une exception en faveur des personnes concernées par une suppression en cours d'année des PC AVS/AI ou du RI. En effet, la participation des coûts de l'assuré est prise en charge dans le cadre de ces deux régimes. L'octroi du subside de quote-part en cours d'année à cette catégorie d'assurés permet de garantir une continuité dans leur prise en charge sociale.

Dans la variante A, l'alinéa 4 précise que le montant de la quote-part subsidiée fait l'objet d'une décision du Conseil d'Etat, prise par arrêté. Dans la variante B, il concrétise le lien entre le subside de quote-part et le subside de prime. Dès lors que le subside de prime est supprimé, le subside de quote-part n'est plus octroyé, faute de l'une des conditions d'octroi mentionnées à l'alinéa premier.

Article 23d Demande

Cette disposition détermine le lieu de dépôt de la demande de subside de quote-part, laquelle peut être faite par le requérant soit à l'agence d'assurances sociales de sa région de domicile (comme pour le subside de prime), soit auprès du réseau de soins de sa région de domicile. En outre, l'article 15 alinéas 2 et 3 s'applique par analogie.

Titre IV Voies de droit et restitution

Article 28 Réclamation et recours

La procédure de réclamation auprès de l'OVAM et de recours auprès du Tribunal cantonal étant identique en matière de subsides de prime et subsides de quote-part, il est proposé de regrouper toutes les dispositions y relatives dans un seul article. Par ailleurs, la terminologie propre à la loi sur la procédure administrative est reprise: par conséquent, le terme "opposition" est remplacé par "réclamation". En outre, l'alinéa 3 précise que les réclamations et les recours n'ont pas d'effet suspensif. L'alinéa 4 - application de la loi sur la procédure administrative - reprend la teneur de l'ancien article 21, alinéa 5.

Article 31 Restitution des prestations indûment perçues

Comme mentionné précédemment, le terme « subsides » est remplacé par le terme « prestations », afin d'intégrer d'autres prestations cantonales versées en application de la LVLAMal, comme le subside de quote-part. Cette modification de terminologie concerne les alinéas 1 et 3 de cet article.

Art. 32 Remise de l'obligation de restituer

A l'alinéa 1 de cette disposition, le terme « subsides » est également remplacé par celui des « prestations ».

TITRE VI Dispositions transitoires

L'alinéa premier prévoit une dérogation à l'article 14, alinéa 2, dans ce sens que l'Etat pourra, pendant la période transitoire de deux ans, verser le subside de quote-part aux assurés concernés sur présentation de justificatifs. L'Etat peut déléguer cette tâche, notamment aux agences d'assurances sociales. En effet, il est prévu que les assureurs-maladie intégreront formellement le dispositif après la période transitoire, ce qui leur permettra dans l'intervalle de développer les outils de gestion de dossiers nécessaires.

Conformément à l'alinéa 2 et toujours pour une période transitoire de deux ans, seules pourront bénéficier d'un subside de quote-part les personnes ayant adhéré à un projet de coordination des soins mis en œuvre par le DSAS dans le cadre du décret instituant un programme cantonal en la matière, tel que le projet de gestion des médicaments (v. ch. 5 ci-dessus). Le but de cette clause limitative temporaire est de garantir une implémentation progressive du dispositif, notamment en ce qui concerne l'afflux de nouvelles demandes de subsides auprès de l'OVAM.

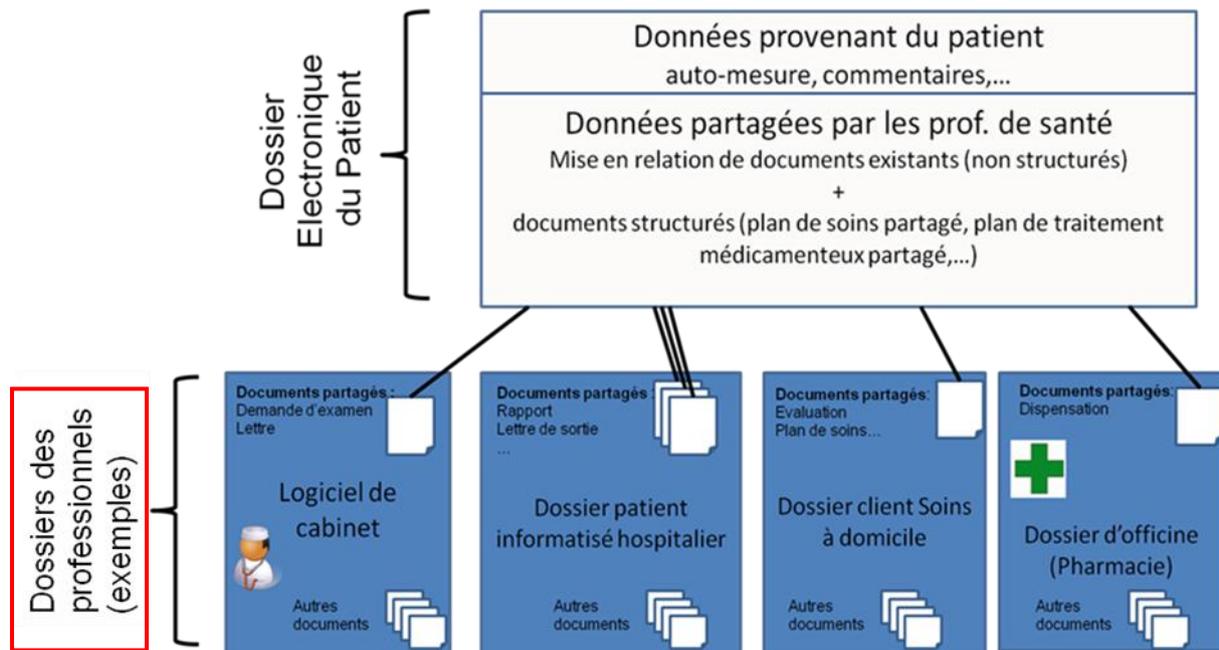
L'alinéa 3 prévoit une dérogation à l'article 23c, alinéa 1, dans ce sens que, pendant la période transitoire, le requérant du subside de quote-part doit remplir les conditions d'octroi au 31 décembre de l'année lors de laquelle la prestation est demandée. Cette dérogation semble nécessaire afin de garantir un effet aux adhésions effectuées durant la période de lancement du dispositif.

7. Annexes

7.1 Dossier Electronique du patient (DEP)

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

Le Dossier Electronique du Patient ne remplace pas le dossier des professionnels en tant que tel, informatisé ou non. Il l'enrichit en fournissant un espace de partage où certaines informations pertinentes peuvent être mises à disposition du patient et des professionnels de santé prenant en charge le patient.



Le DEP concerne les prestataires ayant adhéré au eHealth et dont le patient a consenti à la création d'un DEP.

Les prestataires de soins qui travaillent sans dossier informatisé pourront interagir avec le dossier électronique du patient via un portail internet sécurisé, utilisable depuis l'ordinateur de son cabinet¹³. En revanche, les prestataires de soins qui tiennent un dossier informatisé devraient idéalement travailler dans leur logiciel habituel, sans faire de double saisie pour consulter ou mettre à disposition les informations pertinentes dans le DEP.

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

Dans le cadre des projets pilotes menés jusqu'à présent, des interfaces d'envoi et de réception de documents médicaux vers le produit de La Poste ont été réalisées par le CHUV et la FHVI. Un logiciel de cabinet de médecins (Mediway), ou le logiciel des soins à domicile vaudois (Medlink) sont aussi partiellement intégrés suite au projet eHealth genevois.

Pour le déploiement d'un plan de médication consolidé, qui serait le premier projet prioritaire pour la mise en œuvre du eHealth, l'amélioration des interfaces existantes et la construction d'interfaces avec les principaux logiciels des pharmaciens seront nécessaires.

Il faut dès lors construire ces interfaces, quel que soit le fournisseur choisi pour le DEP. Cette construction sera néanmoins réalisée plus rapidement et à moindre coût si le choix du

¹³ A ce jour, la majorité des médecins sont informatisés pour la facturation mais ne tiennent pas les dossiers de leurs patients sous forme informatisée.

fournisseur devait se porter sur La Poste. En effet, cela permettrait de bénéficier du savoir-faire et de la plateforme développée pour Genève et qui de surcroît suscite l'intérêt de plusieurs cantons romands. . C'est pourquoi le DSAS entend s'appuyer sur La Poste pour la suite des travaux.

Afin de favoriser la construction des interfaces techniques par les éditeurs de logiciels, le DSAS prévoit de définir un label de conformité.

Mise en œuvre et financement

Il est prévu de s'appuyer sur un tiers de confiance, La Poste, pour la mise à disposition et l'exploitation de l'infrastructure informatique de la communauté eHealth vaudoise (le DEP).

Dans une phase intermédiaire, dite « pilote », l'Etat peut subventionner les prestataires de soins pour couvrir les coûts du DEP, qui seront proportionnels à l'usage (nombre de DEP). De plus, le projet de loi fédérale prévoit un financement de CHF 30 millions pour toute la Suisse pour aider la constitution et la certification des communautés.

Pour la construction des interfaces vers le DEP, il est envisagé de s'appuyer sur la capacité d'investissement des prestataires institutionnels et éditeurs de logiciels, qui devraient trouver un avantage concurrentiel à investir dans ce domaine. La Poste a par exemple, largement investi dans le canton de Genève, mais aussi dans une moindre mesure sur le canton de Vaud.

Dans la phase d'exploitation, la responsabilité de la gestion de la communauté sera confiée à une entité juridique tierce et d'autres acteurs financeurs du système de santé, notamment les assureurs, pourront contribuer à couvrir les coûts d'usage du DEP.

Dans cette phase d'exploitation, un rapprochement vers les autres cantons utilisant le service de La Poste (Genève, par exemple, mais aussi Tessin, voire Argovie, etc.) pourrait être envisagé et permettrait de rationaliser les coûts (pour le surplus, voir les commentaires de l'article 87a LSP).

7.2 Subside de quote-part

Les explications complémentaires ci-dessous concernent principalement la variante B, dans laquelle, pour l'octroi du subside de quote-part, l'accent est mis non seulement sur l'incitation financière pour les assurés à adhérer à une prise en charge coordonnée, mais également sur une réduction du taux d'effort et une limitation des effets de seuils pour les assurés de condition économique modeste. Elles valent toutefois également pour la variante A, qui s'adresse également à cette population, mais aussi, plus largement, à tous les assurés atteints dans leur santé, qu'ils soient de condition économique modeste ou non.

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

En général, le subside de prime ne permet pas de couvrir l'entier de la prime. Ainsi les personnes à faibles revenus sont incitées à choisir une franchise élevée afin de diminuer leur participation. En cas de maladie, ils devront assumer les participations aux coûts (franchise et quote-part) et risquent de faire l'objet d'une procédure de recouvrement de la part de

l'assureur, ce qui les rendra captifs même si leurs primes devaient augmenter massivement. La croissance de la survenue de ce risque est visible dans la croissance du contentieux.

Ainsi, une personne subsidiée en bonne santé peut opter pour une franchise élevée et donc couvrir presque l'intégralité de sa prime avec le subside, ne supportant aucune participation aux coûts et ayant un taux d'effort proche de zéro si on met en rapport ses charges financières liées à l'assurance obligatoire des soins (AOS) avec son revenu disponible¹⁴. A contrario, une personne subsidiée atteinte dans sa santé et nécessitant des soins coûteux doit supporter une prime élevée consécutive au choix de la franchise minimale, dépassant largement le montant de son subside, mais aussi le montant des participations aux coûts qui peuvent représenter pour un adulte jusqu'à CHF 1'000 par an. Le taux d'effort d'un tel subsidié peut facilement atteindre les 30% de son revenu disponible.

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

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

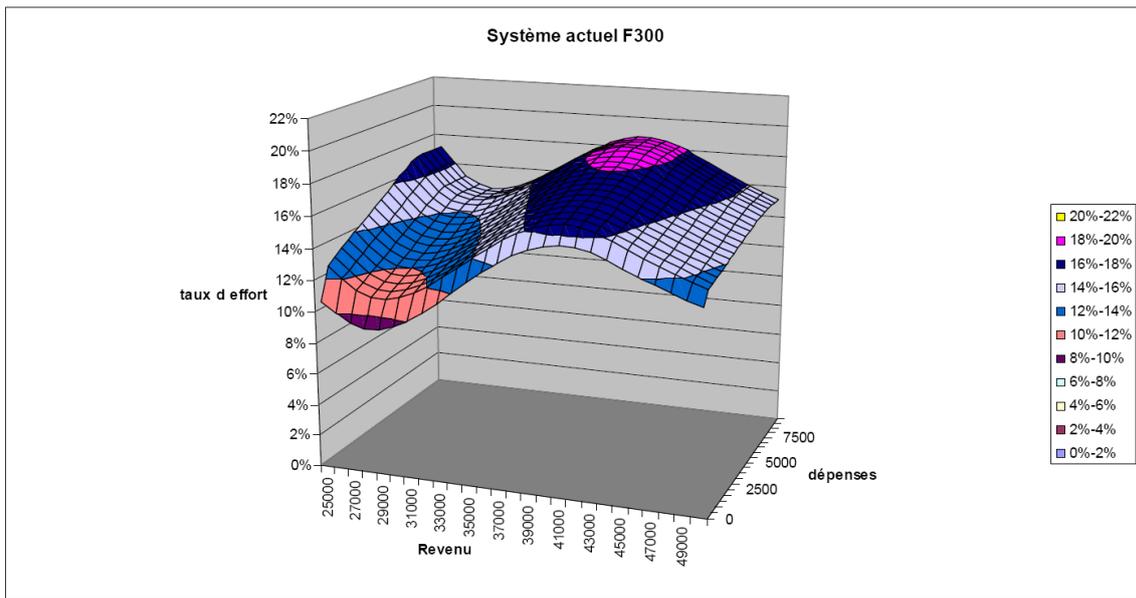
En effet, le subside de quote-part touche spécifiquement les personnes avec des frais de soins importants et de manière progressive en fonction de leurs besoins. Si l'effet est plus modéré en termes de réduction du taux d'effort que le subside de la franchise, il est plus ciblé et évite de créer des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

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

¹⁴ Par revenu disponible, on entend le revenu net diminué des frais d'acquisition de celui-ci selon la pratique fiscale.

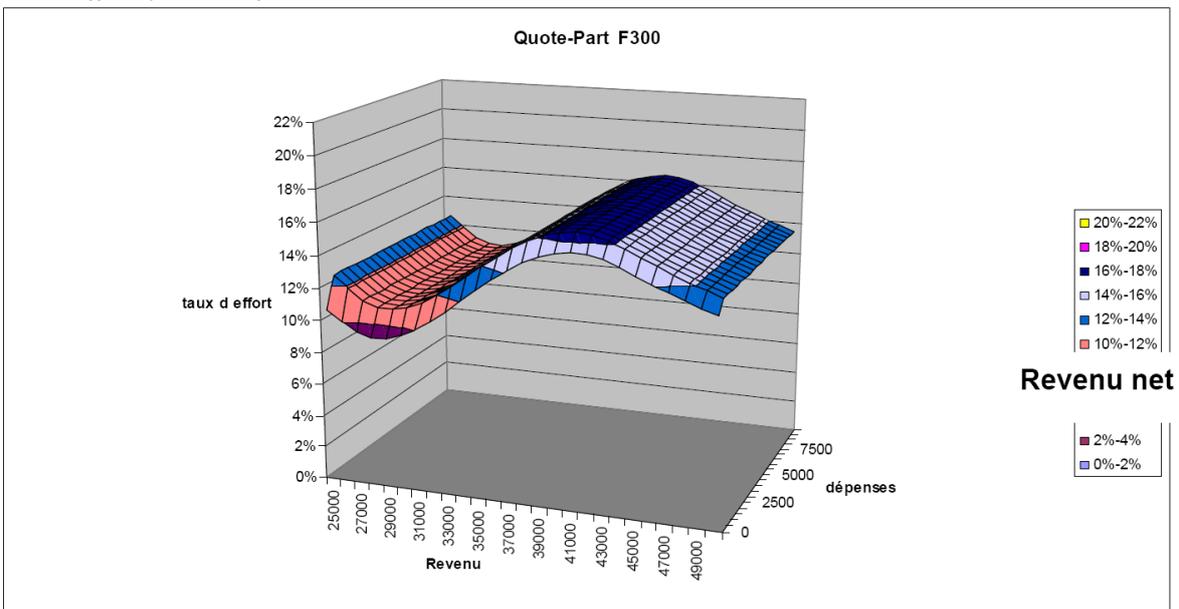
Graphique 1 : situation actuelle (sur la base des subsides 2014)

Taux d'effort pour une franchise à CHF 300



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

Taux d'effort pour une franchise à CHF 300



Afin d'introduire le principe d'un subside de quote-part dans la législation vaudoise, que ce soit dans la variante A ou dans la variante B, une modification de la loi d'application de la LAMal (LVLAMal) est nécessaire. Dans les deux variantes, l'octroi de ce subside sera conditionné à l'adhésion à un réseau constitué par des professionnels et/ou institutions de la santé dans le but de coordonner la couverture des soins de santé. Il s'adresse en effet à la population ciblée par le programme de développement de la coordination des soins, soit les personnes consommatrices de soins.