



MISE EN CONSULTATION

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE LOI

modifiant

la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)

***(REFORME DE L'ORGANISATION DES SOINS PREHOSPITALIERS ET DU TRANSPORT DES
PATIENTS)***

TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE GÉNÉRAL.....	3
1.1 Contexte historique	3
1.2 Etat des lieux.....	3
1.3 Limites du système actuel.....	4
2. Objectifs de la réforme.....	6
3. Propositions.....	7
3.1 Généralités	7
3.2 Gouvernance et pilotage du système.....	7
3.3 DisCUP.....	7
3.4 Interventions hors DisCUP	9
3.5 Centrale d'appels sanitaires urgents (CASU-144)	10
3.6 Tarifs des interventions.....	10
3.7 Impacts financiers.....	11
3.8 Modifications légales.....	11
4. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE.....	12
4.1 Chapitre II Organisation et compétences	12
4.1.1 Article 4.....	12
4.1.2 Articles 13e, 13f, 13g et 13h (abrogés).....	12
4.1.3 Article 13i (nouveau).....	12
4.2 Chapitre XI Mesures préparatoires et mesures sanitaires d'urgence	12
4.2.1 Article 183(abrogé).....	12
4.2.2 Article 183b (nouveau).....	12
4.2.3 Article 183c (nouveau).....	13
5. Conséquences.....	14
5.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y c. eurocompatibilité).....	14
5.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)	14
5.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique	14
5.4 Personnel.....	14
5.5 Communes	14
5.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie.....	14
5.7 Programme de législation et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	14
5.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA	14
5.9 Découpage territorial (conformité à DecTer).....	14
5.10 Incidences informatiques	14
5.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences).....	14
5.12 Simplifications administratives.....	14
5.13 Protection des données.....	14
5.14 Autres	14
6. Conclusion.....	15

1. CONTEXTE GÉNÉRAL

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

1.1 Contexte historique

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

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

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

En novembre 2020, la CMSU rend un nouveau rapport au DSAS (ce rapport est accessible sur le site de l'Etat à l'adresse : www.vd.ch/organisation-prehospitaliere). Après avoir pris connaissance du document, le Conseil d'Etat décide de s'approprier en grande partie les propositions qu'il contient et de proposer un projet de modification de la LSP au Grand Conseil. C'est l'objet du présent EMPL.

1.2 Etat des lieux

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

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

le site d'intervention alors que les interventions secondaires sont constituées des transferts entre institutions de soins et des retours à domicile.

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

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

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

1.3 Limites du système actuel

S'il répond encore de manière adéquate aux besoins actuels de la population vaudoise, le dispositif préhospitalier fonctionne de plus en plus à « flux tendu » et montre un certain nombre de fragilités.

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

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

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

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

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

déséquilibre toute l'organisation cantonale et met en concurrence des prestataires qui ne sont pas soumis aux mêmes règles.

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

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

2. OBJECTIFS DE LA REFORME

Le Conseil d'Etat entend adapter les conditions-cadres qui régissent l'organisation des urgences préhospitalières vaudoises afin de la rendre mieux adaptée aux exigences actuelles et la préparer à faire face aux défis à venir.

Le projet s'attache à définir et à organiser les moyens engagés par les régulateurs de la CASU-144, soit les moyens ambulanciers, les moyens médicalisés (SMUR, Remu, Rega), les Premiers répondants, les First responders, etc.

L'organisation de la « Réponse à l'urgence communautaire » et l'Organisation sanitaire en cas de catastrophe (Orca) ne sont pas englobés dans le présent projet. Leurs missions et celles du DisCUP sont bien délimitées, mais la réforme proposée doit en tenir compte car ces trois domaines sont interdépendants, en particulier dans leurs déclinaisons opérationnelles. Le DSAS et la DGS sont chargés d'assurer la coordination entre ces différents périmètres.

3. PROPOSITIONS

3.1 Généralités

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

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

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

3.2 Gouvernance et pilotage du système

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

Gouvernance stratégique

Les questions stratégiques sont de la compétence du Conseil d'Etat et du DSAS, qui gouvernent le domaine par l'édition de règlements et de directives. Pour appuyer ces organes et les orienter dans leurs décisions, il est proposé de créer une Commission stratégique pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (CSMSUP). Cette commission sera composée de représentants des partenaires concernés, nommés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Présidée par la cheffe du département, la CSMSUP est consultative et émet des préavis à l'intention du Conseil d'Etat et du DSAS.

Pilotage opérationnel

Le pilotage opérationnel se concentre sur les conditions de réalisation des activités conformément à ce qui a été défini au niveau stratégique. Si les décisions de management sont laissées à la responsabilité de chaque partenaire, certains aspects nécessitent d'être harmonisés au niveau cantonal et doivent être pilotés par la DGS, respectivement par le DSAS. Pour accompagner ces deux autorités dans leurs décisions, il est proposé de créer une Commission opérationnelle pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières (COMSUP). Cette commission qui réunit des experts du domaine, nommés *ad personam* par le DSAS pour une période législative, est consultative mais doit également jouer un rôle propositionnel.

Monitoring

Le pilotage du domaine nécessite la mise en place d'un système d'information performant car les décisions doivent être prises sur la base d'informations pertinentes, objectives et fiables. Des données sont récoltées en temps réel et réunies sur une plateforme centralisée. Les indicateurs générés sont mis à disposition des pouvoirs publics, des commissions et des partenaires.

Il est donc essentiel que tous les intervenants du domaine fournissent des informations à cette plateforme centralisée, indépendamment du fait qu'ils soient subventionnés ou non.

3.3 DisCUP

Placé sous la responsabilité du DSAS et de la DGS, le dispositif cantonal des urgences préhospitalières comprend toutes les ressources qui réalisent exclusivement les interventions primaires urgentes de type P1 et P2 et les transferts d'urgence absolue (T1) qui sont une sous-catégorie des interventions secondaires urgentes S1. L'exclusivité de ces ressources signifie qu'elles sont réservées à ces missions et que des ressources non intégrées au DisCUP ne peuvent effectuer des missions primaires urgentes. La centrale aura toutefois la possibilité

d'engager un moyen non intégré dans le DisCUP en cas de nécessité, par exemple lorsqu'aucune ambulance du DisCUP ne peut se rendre sur site dans un délai raisonnable.

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

Ambulances et Rapid responder

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

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

Pour remplacer le système de financement actuel qui fonctionne selon le principe de la couverture du déficit, ce secteur sera mis au bénéfice d'un financement par prestations basé sur des valeurs normatives. A futur, la DGS versera aux services d'ambulances intégrés dans le DisCUP, un montant forfaitaire pour chaque ambulance ou Rapid responder mis à disposition de la CASU-144 pour des interventions urgentes. Ce montant forfaitaire sera calculé de manière à couvrir l'intégralité des coûts fixes de cette mise à disposition indépendamment du nombre d'interventions pratiquées dans l'année. A ce financement s'ajoutera des montants variables pour chaque sortie réalisée prévus pour couvrir les frais variables des services (exploitation du véhicule, matériel, etc.).

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

Médicalisation

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

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

L'organisation cantonale vaudoise en quatre régions possédant chacune un ou deux SMUR, selon le bassin de population, est adéquate. Le SMUR de Lausanne qui réalise une activité importante possède une équipe médicale dédiée, alors que dans les autres régions, l'activité médicale des médecins est partagée entre le SMUR et les services des urgences ou de l'anesthésiologie de l'hôpital. L'amélioration de la qualité des SMUR doit passer par l'engagement systématique de médecins seniors, soit au minimum d'assistants aînés bénéficiant de plusieurs années d'expérience.

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

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

Intervenants non professionnels

En complément des ressources ambulancières et médicales, deux types d'intervenants non professionnels complètent le DisCUP. Il s'agit des Premiers répondants, volontaires de piquet installés de manière structurée dans des régions périphériques dépourvues de médecins Remu, et des First responders, bénévoles formés à la réanimation pouvant être engagés sur tout le territoire. L'utilité de ces intervenants n'est pas à démontrer et leur activité doit être soutenue. Leurs prestations ne sont pas facturables et leur financement est entièrement assuré par le canton.

3.4 Interventions hors DisCUP

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

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

Dans ce secteur, l'intervention de l'Etat doit se limiter à fixer des exigences de qualité et à effectuer des contrôles. Subsidiairement, le département pourrait être appelé à organiser la réalisation des prestations si le système devait ponctuellement se révéler insuffisant, notamment pour des interventions primaires (P3). A noter que, dans des cas exceptionnels, la CASU-144 peut être appelée à engager des ressources du DisCUP pour des interventions non urgentes, notamment durant la nuit lorsqu'aucun autre moyen n'est disponible.

Interventions primaires non urgentes

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

Transports secondaires

Les transports secondaires (S) regroupent les transports interhospitaliers et les transports de patients depuis l'hôpital vers une autre destination comme un EMS ou un domicile. Ils sont de la responsabilité des hôpitaux. Il n'y a pas d'obligation d'une régulation de ces transports par la CASU-144, mais les partenaires peuvent lui déléguer cette tâche moyennant financement.

Dans la pratique, ces transports sont organisés par les équipes médico-soignantes des hôpitaux afin que les impératifs hospitaliers soient pris en compte. Les experts s'accordent à penser que la classification de l'IAS en trois catégories S1, S2 et S3 n'est pas suffisamment précise. Ils proposent d'appliquer une nouvelle nomenclature composée de cinq niveaux définis en termes de description du patient, de composition de l'équipage, de signalisation prioritaire et de moyens à engager. C'est sous cette nouvelle nomenclature que les T1 sont définis.

Transports assis

Les transports assis représentent une alternative aux transports en ambulances lorsqu'il s'agit de déplacer des personnes à mobilité réduite ne nécessitant ni soins ni surveillance. Ces moyens peu onéreux peuvent être utilisés tant pour des transports primaires non urgents que pour des transferts secondaires et doivent être davantage développés.

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

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

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

Au niveau du financement, les coûts de fonctionnement de la CASU-144 pour les engagements prioritaires sont couverts par une subvention de la DGS. S'agissant de la régulation des transferts, la FUS devra convenir d'un financement de ses prestations avec les hôpitaux qui lui confieront cette mission.

3.6 Tarifs des interventions

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

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

Tarifs des interventions urgentes

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

Au vu du modèle de financement proposé, il paraîtrait cohérent que l'Etat négocie les tarifs avec les assureurs. Or, la LAMal impose qu'ils soient négociés entre les prestataires et les assureurs-maladie. Il est donc proposé que les partenaires confient à la CEESV la responsabilité de renégocier les tarifs, partant du principe que cette dernière est sous le contrôle du DSAS via la DGS et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Tarifs des interventions non urgentes

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

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

Les transferts interhospitaliers ne sont par contre pas facturables aux assureurs car les coûts de ces transferts sont compris dans les tarifs des hospitalisations qu'ils financent à raison de 45%. Les transferts interhospitaliers étant

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

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

3.7 Impacts financiers

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

La modification de la base légale n'entraîne pas en soi de dépenses supplémentaires au-delà du coût des indemnités des membres de la Commission stratégique pour les mesures sanitaires d'urgences préhospitalières qui sera financée dans le cadre du budget habituel de fonctionnement de la DGS. La réorganisation du DisCUP pourra être réalisée dans le cadre des moyens financiers habituels tout en maintenant le niveau de qualité actuel.

Cela dit, la mise en œuvre de certaines propositions d'amélioration proposées dans le rapport de la CMSU nécessiterait des financements supplémentaires. Citons la « seniorisation » des SMUR qui permettrait d'améliorer la qualité de la réponse médicale et l'ajout de quatre ambulances durant la journée qui permettrait de réduire à moins de 8% le nombre d'interventions situées à plus de 15 minutes. Une partie de ces améliorations pourront être financées au travers d'une augmentation des tarifs des transports et des sauvetages qui n'ont pas évolué depuis 2005 pour l'assurance accident et depuis 2008 pour l'assurance-maladie. Les autres devront être abordées dans le cadre des moyens accordés annuellement par le Grand Conseil. En s'appuyant sur les conseils de la Commission stratégique qui sera créée, le DSAS évaluera la pertinence de chacune des mesures proposées et les introduira, le cas échéant, en fonction des moyens financiers disponibles.

3.8 Modifications légales

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

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

4. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE

4.1 Chapitre II Organisation et compétences

4.1.1 Article 4

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

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

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

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

4.1.3 Article 13i (nouveau)

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

4.2 Chapitre XI Mesures préparatoires et mesures sanitaires d'urgence

4.2.1 Article 183(abrogé)

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

4.2.2 Article 183b (nouveau)

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

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

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

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

L'**alinéa 4** donne la compétence au département de fixer les exigences de qualité et plus spécifiquement la composition des équipages des ambulances et des SMUR. La responsabilité de l'Etat sur cette question dépasse le secteur subventionné. Aussi, ces exigences concernent tous les prestataires actifs dans le canton, qu'ils soient intégrés au dispositif subventionné (DisCUP) ou non.

S'agissant des données et autres indicateurs nécessaires au pilotage et à l'assurance qualité dans le domaine préhospitalier, l'**alinéa 5** rend obligatoire la livraison gratuite des données par tous les partenaires, subventionnés ou non. Il confie au département la compétence de définir les modalités de cette collecte d'information.

L'article 26 OPAS prévoit que les tarifs des transports médicalement indiqués vers un « fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie » font l'objet de conventions entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Par contre, les transports médicalement indiqués d'un hôpital vers un EMS ou vers un domicile, ne sont quant à eux pas remboursés par les assureurs-maladie. Pour éviter que des tarifs abusifs puissent être facturés dans ces cas qui échappent au contrôle des assureurs et de l'Etat, l'**alinéa 6** fixe un plafond correspondant au tarif appliqué pour les transports primaires non urgents P3, ce dernier étant arrêté dans les conventions tarifaires négociés entre les prestataires et les assureurs-maladie et sanctionnées par le Conseil d'Etat.

4.2.3 Article 183c (nouveau)

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

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

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

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

5. CONSEQUENCES

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

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

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

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

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

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

Néant.

5.4 Personnel

Néant.

5.5 Communes

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

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

5.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

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

Néant.

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

Néant.

5.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

5.10 Incidences informatiques

Néant.

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

Néant.

5.12 Simplifications administratives

Néant.

5.13 Protection des données

Néant.

5.14 Autres

Néant.

6. CONCLUSION

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

ANNEXES

PROJET DE LOI

modifiant celle du 29 mai 1985 sur la santé publique

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

décrète

Article Premier

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

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

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

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

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

Art. 4 Sans changement

¹ Sans changement.

² Sans changement.

- a. Sans changement.
- b. Sans changement.
- c. Sans changement.
- d. Sans changement.

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

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

Art. 13e Abrogé

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

¹ Abrogé.

Art. 13f Composition et organisation

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

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

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

Art. 13g Rôle

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

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

Art. 13f Abrogé

¹ Abrogé.

² Abrogé.

³ Abrogé.

Art. 13g Abrogé

¹ Abrogé.

a. Abrogé.

b. Abrogé.

c. Abrogé.

d. Sans changement.

e. Abrogé.

f. Sans changement.

g. Abrogé.

² Elle rend compte au département.

Art. 13h Financement

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

² Abrogé.

Art. 13h Abrogé

¹ Abrogé.

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

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

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

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

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

Art. 183 Urgences préhospitalières

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

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

³ Il met en place un dispositif cantonal dont les modalités de

Art. 183 Abrogé

¹ Abrogé.

² Abrogé.

³ Abrogé.

fonctionnement sont fixées dans un règlement. L'Etat participe à son financement.

Art. 183b Soins préhospitaliers et transport des patients

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

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

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

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

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

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

Art. 183c Dispositif cantonal des urgences préhospitalières

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

les interventions urgentes.

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

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

Art. 2

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