RÉSIDENCE
La Faverge

Route de Bulle 10 | 1610 Oron-la-Ville

CONTRAT-TYPE MINIMAL D'HEBERGEMENT 2022

Préambule

Le présent contrat est établi sur la base de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), laquelle pose l'exigence d'un contrat type minimal d'hébergement en ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL reconnus d'intérêt public, approuvé par le/la Chef.fe du Département de la santé et de l'action sociale. Conformément à la loi sur la santé publique (LSP) les soins requis doivent correspondre à la mission de l'établissement. La LSP dispose également que le résident a droit aux soins qu'exige son état de santé, dans le respect de sa dignité.

Les dispositions du droit de la protection de l'adulte et de l'enfant (art. 360ss Code civil suisse (CCS)) et de la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant sont également applicables, de même que les dispositions de la loi sur la protection des données personnelles. Les relations entre l'établissement et le résident sont en outre soumises à la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS), à la convention relative aux tarifs mis à charge des résidents et des régimes sociaux lors de l'hébergement dans les ETABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX (convention SOHO), à l'arrêté fixant les tarifs socio-hôteliers mis à la charge des résidents lors d'hébergement en ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL, à l'arrêté fixant les montants journaliers versés aux ETABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX et aux fournisseurs de soins dans les structures de soins de jour ou de nuit destinés à couvrir la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie ainsi que la part du coût des soins à la charge du résident, à la loi sur le financement résiduel des soins de longue durée en ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL (LFR-ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL), ainsi qu'aux législations sociales fédérales et cantonales et, à titre supplétif, notamment au Code des obligations et à la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP).

Le contrat type minimal est applicable à tous les ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAUX reconnus d'intérêt public ; il n'est pas possible de supprimer des articles. Toutefois, l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL peut le compléter, en fonction de ses spécificités, et dans le respect des normes minimales prévues par celui-ci.

Le présent contrat est conclu entre :

La Fondation Résidence La Faverge - Route de Bulle 10 à 1610 Oron-la-Ville

ci-après désignée comme l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL

et ☐ **Madame** ☐ **Mademoiselle** ☐ **Monsieur**

Nom : **Prénom :**

Adresse :

ci-après désigné comme le résident,

Le terme « résident » utilisé tout au long de ce présent contrat-type d'hébergement comprend également « résidente »

Le cas échéant, le résident est représenté par :

Nom : ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

ci-après désigné comme le <u>représentant agissant en qualité de</u> :

☐ Représentant légal (cocher ce qui convient)

☐ Curatelle d'accompagnement ☐ Curatelle de représentation

☐ Curatelle de coopération ☐ Curatelle de portée générale

L'avis de nomination de la Justice de Paix doit impérativement être remis à l'établissement. Conformément à l'art. 416 al.1, ch.2 CC, le représentant légal agissant comme curatelle de représentation ou de portée générale doit obtenir l'approbation de l'autorité de protection de l'adulte. Il remet à l'établissement dans les meilleurs délais le consentement écrit de l'autorité de protection de l'adulte.

☐ Mandataire du résident, au bénéfice d'une procuration valable :

☐ Lien familial.....

☐ Autre lien.....

<u>*La procuration doit impérativement être remise à l'établissement*</u>.
Un modèle de procuration figure en annexe.

☐ Mandataire pour cause d'inaptitude (art. 360 ss CCS ; en la forme olographe ou authentique). <u>*Le mandat doit impérativement être remis à l'établissement*</u>.

☐ Représentant en l'absence d'un mandat pour cause d'inaptitude ou d'une curatelle et jusqu'à la nomination d'un représentant légal lorsque le résident est incapable de discernement (art. 374 ss CC)

☐ Représentant thérapeutique lorsque la personne est incapable de discernement, pour les questions de traitement et de soins pour lesquelles elle ne s'est pas déterminée dans des directives anticipées ou en l'absence de telles directives (art.377 CCS).

Nom :..... **Prénom :**.....

Adresse :.....

Lien familial :..... **Autre lien :**.....

Si le résident a rédigé des directives anticipées sur le type de soins qu'il désire recevoir ou non dans des situations où il ne serait plus capable de manifester sa volonté, celles-ci peuvent être remises à l'établissement. Le résident peut également désigner une personne habilitée à le représenter (art 370 ss CCS ; en la forme écrite).

Table des matières

1. BUT ET OBJET 5
2. RELATIONS JURIDIQUES ENTRE LES PARTIES 5
3. PRESTATIONS DE L'ETABLISSEMENT 6
3.1 Prestations socio-hôtelières comprises dans le forfait journalier 6
3.2 Prestations socio-hôtelières non comprises dans le forfait journalier 7
4. PRESTATIONS MEDICALES ET DE SOINS 8
4.1 Médecin 8
4.2 Pharmacie 8
4.3 Consentement aux soins 8
5. CONDITIONS FINANCIERES 8
5.1 Financement de l'hébergement médico-social 8
5.2 Facturation des prestations de soins 8
5.3 Dépôt et autres garanties 9
5.4 Facturation et paiement 10
6. ALLOCATION POUR IMPOTENCE 11
7. ABSENCES DU RESIDENT 12
7.1 Hospitalisation 12
7.2 Absence provisoire 12
7.3 Retard de l'entrée dans l'établissement 12
8. CHAMBRE 13
8.1 Etat de la chambre 13
8.2 Transfert 13
8.3 Libération de la chambre 13
9. ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DU RESIDENT 14
10. ASSURANCE DES EFFETS PERSONNELS ET BIENS DE VALEUR 14
11. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION 15
11.1 Durée du contrat 15

11.2 Fin du contrat 15
12. PLAINTES 15
13. DISPOSITIONS FINALES 16

LISTE DES ANNEXES 17
PROCURATION 18
FORMULAIRE 7720 - « Autorisation API ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL et CMS » 19
AUTORISATION DE PRENDRE DES PHOTOS 20

1. BUT ET OBJET

1.1 Le présent contrat a pour objet de définir les règles applicables à un hébergement en long séjour du résident.

1.2 Il a pour but de préciser les droits et devoirs réciproques de l'établissement et du résident.

2. RELATIONS JURIDIQUES ENTRE LES PARTIES

2.1 Le présent contrat est conclu entre le résident et l'établissement qui s'engagent à en respecter les dispositions.

2.2 Cas échéant, le représentant agit au nom et pour le compte du résident. La conclusion du contrat d'hébergement par le représentant engage le résident envers l'établissement.

2.3 L'établissement garantit notamment au résident le droit au respect de sa dignité d'individu; le résident a le droit de conserver le contact avec son entourage.

2.4 Le résident et son représentant s'engagent à traiter avec respect tout collaborateur de l'établissement et les autres résidents. Le résident s'engage par ailleurs à respecter les règles internes de l'établissement annexées au présent contrat, notamment en matière d'interdiction de fumer.

2.5 L'établissement requiert l'accord du résident ou de son représentant, notamment en matière de droit à l'image (photos, vidéos, son) tant au niveau des soins (photos d'aide au diagnostic) que du domaine général (vie institutionnelle, journal, fêtes.)

2.6 L'établissement informe le résident sur ses droits et ses devoirs ainsi que sur ses conditions de séjour. Il met notamment à disposition du résident et/ou de son représentant, la convention SOHO, la LAPRAMS, la LFR-ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL, la LPFES, la LSP ainsi que les *mementi* d'information du SASH.

2.7 L'établissement informe le résident et/ou son représentant des démarches administratives nécessaires dans le cadre de l'hébergement, en particulier pour l'obtention des prestations d'aides individuelles auxquelles il peut prétendre (prestations complémentaires AVS/AI, aide LAPRAMS) ainsi que l'allocation pour impotence et des prestations LAMal et il s'assure que ces démarches soient accomplies.

2.8 Lors de la signature du contrat, le résident et/ou son représentant s'engagent à transmettre toutes les informations utiles sur son état de santé dans le respect des règles régissant la protection des données et, si le résident n'est pas autonome financièrement, à déclarer les prestations d'aides individuelles dont il bénéficie (prestations complémentaires AVS/AI, aide LAPRAMS) et allocation pour impotence. Il informe l'établissement de toute modification subséquente survenant en cours d'hébergement.

3. PRESTATIONS DE L'ETABLISSEMENT

3.1 Prestations socio-hôtelières comprises dans le forfait journalier

3.1.1 Les prestations de services comprises dans le forfait journalier sont les suivantes :

- La mise à disposition (selon accord avec le résident ou son représentant, avant l'entrée en ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL du résident) d'un lit avec commande électrique dans une chambre individuelle, chambre qui comprend en plus comme mobilier standard : une table de nuit, une lampe de chevet, un téléphone, la radio et la télévision, une table, des chaises et une armoire individuelle (penderie, rayonnage), des rails de suspensions pour tableaux, un coffre en chambre nominatif.

ou

- La mise à disposition (selon accord avec le résident ou son représentant, avant l'entrée en ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL du résident) d'un lit avec commande électrique dans une chambre double, chambre qui comprend en plus comme mobilier standard : une table de nuit individuelle , une lampe de chevet, des rideaux de séparation entre les lits, un téléphone, la radio et la télévision, une table, des chaises et une armoire individuelle (penderie, rayonnage), des rails de suspensions pour tableaux, un coffre en chambre nominatif.
- Les repas, à savoir buffet petit-déjeuner, repas de midi et du soir ainsi que les collations, eau minérale et vin incl., y compris les régimes prescrits par le médecin. En cas d'intolérance alimentaire, un menu de remplacement est inclus dans le tarif socio-hôtelier.
- Le service hôtelier incluant le service à table (ou en chambre si l'état de santé du résident le nécessite), le traitement du linge lavable en machine, le ménage et le service technique relié au bâtiment et à son infrastructure.
- La libre participation aux activités internes et courantes d'animation.
- La libre utilisation des locaux communs, en particulier des locaux de loisirs.
- Les autres prestations socio-hôtelières conformes à l'article 12 du règlement précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RCLPFES).

3.1.2 Renonciation

La renonciation ou l'empêchement des résidents d'utiliser des prestations de service comprises dans le forfait ne donne pas lieu à une remise totale ou partielle du montant facturé.

3.2 Prestations socio-hôtelières non comprises dans le forfait journalier

3.2.1 Le forfait socio-hôtelier ne comprend pas les prestations ordinaires supplémentaires (POS) et les prestations supplémentaires à choix (PSAC), définies par le RCLPFES.
Ces prestations sont facturées en sus du forfait journalier, selon la liste de prix émise par l'établissement, et transmise en annexe au résident ou à son représentant.

3.2.2 Les prestations ordinaires supplémentaires (POS) sont constituées des prestations ou articles usuels personnellement nécessaires. Ces frais peuvent être pris en charge de cas en cas, tout ou partiellement, par l'assureur maladie, l'AI ou les régimes sociaux (prestations complémentaires - remboursement des frais de maladie et d'invalidité, aide LAPRAMS).

3.2.3 Les prestations supplémentaires à choix (PSAC) sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires, librement choisis par le résident ou son représentant pour augmenter son confort. Ces frais sont entièrement à la charge du résident et ne sont donc pas pris en compte dans les calculs de décision des régimes sociaux. L'établissement peut demander un acompte au résident ayant recours à des prestations supplémentaires à choix (PSAC).

Aucune prestation nécessitée par l'état de santé de la personne atteinte d'affection chronique ne peut lui être facturée comme prestation supplémentaire. En particulier, l'hébergement en chambre individuelle suite à une indication médicale ne peut être facturé comme prestation supplémentaire.

3.2.4 Dès le moment où le résident renonce aux prestations choisies, non facturées à l'acte, celles-ci continuent d'être facturées jusqu'à la fin du mois en cours.

3.2.5 Si le résident est hospitalisé, les prestations ne sont plus facturées, à l'exception des prestations durables et régulières, notamment le supplément pour chambre individuelle, la location et l'abonnement d'un téléphone et d'une télévision.

3.2.6 Transport à but médical
En l'absence de solutions idoines (famille, transport handicap, taxi ou autres), l'établissement organise les transports à but médical nécessaires au résident. Lorsque l'établissement effectue les transports à but médical, il facture au résident :

- un forfait d'accompagnement de CHF 30.- par période complète de 60 minutes si, dans le véhicule, le résident n'est accompagné que par le conducteur,

ou

- un forfait d'accompagnement de CHF 50.- par période complète de 60 minutes si, dans le véhicule, le résident est accompagné par le conducteur et une personne supplémentaire.

Dans tous les cas, le kilométrage est facturé au tarif conventionnel.

4. PRESTATIONS MEDICALES ET DE SOINS

4.1 Médecin

4.1.1 Le résident est libre de choisir un médecin traitant extérieur à l'établissement. Il est tenu d'en communiquer le nom à l'établissement. A défaut, le médecin responsable ou désigné par l'établissement est le médecin traitant du résident.

4.1.2 Dans les cas d'urgence et si le médecin traitant choisi par le résident n'est pas atteignable, l'établissement prendra les mesures nécessaires pour assurer les soins.

4.2 Pharmacie

Le résident peut s'adresser à une pharmacie de son choix. Il est tenu d'en communiquer le nom à l'établissement. Un accord est conclu entre l'établissement et le pharmacien afin de fixer les modalités de collaboration. A défaut, il est approvisionné par la pharmacie avec laquelle l'établissement a conclu un contrat de partenariat.

4.3 Consentement aux soins

Sont applicables les dispositions des art. 23 ss de la LSP qui figurent dans la brochure, « L'essentiel sur le droit des patients », annexée.

5. CONDITIONS FINANCIERES

5.1 Financement de l'hébergement médico-social

5.1.1 **Prestations à charge du résident**

- Le tarif journalier qui comprend le forfait journalier socio-hôtelier (voir chiffre 3.1) et la contribution aux charges d'entretien immobilier et aux charges mobilières ;
- Les prestations ordinaires supplémentaires (POS) (voir chiffre 3.2) ;
- Les prestations supplémentaires à choix (PSAC) (voir chiffre 3.2) ;
- L'allocation pour impotence de la LAVS, LAI et LAA facturée en plus (voir chiffre 6) ;

5.1.2 Les tarifs correspondant aux rubriques ci-dessus sont remis pour information en annexe. Les résidents sont informés de la variation des tarifs liée à la modification de la convention ou de l'arrêté.

5.2 Facturation des prestations de soins

5.2.1 **Prestations non facturées au résident**

- Les prestations dispensées, sur ordre médical, par le personnel soignant de l'établissement;
- Le petit matériel médical usuel, nécessité par les soins généraux.

5.2.2 Prestations facturées au résident

Ces prestations comprennent, notamment :

- Les honoraires médicaux;
- Les médicaments faisant partie de la liste des spécialités ;
- Le matériel de soins prescrit médicalement et nominativement au résident, y compris le matériel d'incontinence ;
- Les séances de physiothérapie ;
- Les séances chez le dentiste ;
- Les séances chez le podologue ;
- Les examens complémentaires ordonnés par le médecin ;
- Les examens de laboratoire ;
- La quote-part et la franchise.
- Frais engendrés par la consultation du médecin, notamment les frais de transport ;
- Coûts supplémentaires engendrés par l'approvisionnement dans une autre pharmacie que celle fournissant habituellement l'établissement

Ces prestations peuvent en partie être prises en charge par l'assurance-maladie du résident ou par les régimes sociaux.

5.2.3 Participation du résident aux coûts des soins

La participation du résident au coût des soins est fixée par arrêté du Conseil d'Etat. L'établissement communique au résident le montant de cette participation et, cas échéant, sa modification.

5.3 Dépôt et autres garanties

5.3.1 Afin de garantir l'exécution des obligations du résident envers l'établissement découlant du présent contrat, un dépôt correspondant au maximum à un mois de frais d'hébergement peut être demandé au résident.
Lorsque le résident est au bénéfice de prestations des régimes sociaux (prestations complémentaires AVS/AI et/ou LAPRAMS), ou lorsqu'une telle demande est en cours, aucun dépôt ne peut être demandé.

Dans le cas présent, l'établissement et le résident :

☐ *conviennent* ☐ *ne conviennent pas* du dépôt. Il est fixé à *CHF* **:**

5.3.2 Le dépôt doit être fourni avant l'entrée du résident dans l'établissement et au plus tard dans les 15 jours qui suivent son admission. L'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL dépose ce montant dans la banque de son choix.

5.3.3 La somme déposée, intérêts générés compris, est restituée au départ du résident, à ce dernier, sous déduction des montants, dûment prouvés, dus à l'établissement.

5.3.4 L'établissement bénéficie d'un droit de rétention sur les biens mobiliers du résident, hors montants pour dépenses personnelles (MDP), non remis en dépôt, à titre de garantie des factures qui seraient laissées en suspens.

5.4 Facturation et paiement

5.4.1 Afin de garantir l'affectation conforme, la rente AVS/AI, les PC AVS/AI l'allocation pour impotence et les prestations d'aides individuelles des régimes sociaux sont en principe, avec l'accord du résident, cas échéant de son représentant légal, versées sur le compte de l'établissement, au nom du résident. Cet accord est révocable en tout temps. Le résident et/ou son représentant est tenu d'informer l'établissement de la révocation de son accord. Les formulaires nécessaires sont annexés au présent contrat.

5.4.2 Dans le cas présent, l'établissement et le résident :

☐ *conviennent* ☐ *ne conviennent pas* du versement direct des rentes à l'établissement.

5.4.3 Si l'établissement reçoit les rentes du résident ou s'il reçoit des avances de paiement sur frais privés, il a l'obligation de tenir un compte pour la gestion des dépenses personnelles du résident appelé « compte MDP ». Il y comptabilisera d'une part les montants reçus y compris, cas échéant, le montant à l'usage exclusif du résident et, d'autre part, les frais privés détaillés du résident y compris les prestations supplémentaires.

Une copie de l'extrait de compte MDP sera remis au moins une fois par semestre par l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL au résident ou à son représentant. Une copie des justificatifs devra être présentée par l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL sur demande.

5.4.4 Les factures sont établies mensuellement et doivent être acquittées dans un délai de 10 jours à compter de la date de facturation. Elles peuvent être transmises au début du mois en cours. Elles précisent notamment:

- Le montant global du prix de pension à charge du résident ;
- Le montant des charges d'entretien immobilier et des charges mobilières ;
- Le montant correspondant à l'allocation pour impotence ;
- Le montant détaillé des prestations supplémentaires si l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ne gère pas de compte pour les dépenses personnelles ;
- La participation du résident aux coûts des soins.

Un extrait du compte de pension sera remis sur demande ou au moins une fois par an pour accord du résident ou de son représentant.

5.4.5 Le résident répond du paiement du prix de pension établi selon les tarifs en vigueur sur ses biens, en conformité à la LP.

5.4.6 Le résident s'engage à payer le prix de pension établi selon les tarifs en vigueur, facturé par l'établissement et à affecter les prestations des assurances sociales au paiement de ses frais d'hébergement. Les rentes versées en début de mois doivent servir à acquitter la facture du mois en cours.

5.4.7 A l'échéance du délai de 10 jours l'établissement envoie un rappel, avec un délai de 20 jours pour le paiement de la facture. Il est dû de plein droit un intérêt de 5% sur toute facture échue depuis 30 jours. Cet intérêt ne peut cependant pas être prélevé si le résident est dans l'attente de prestations d'aides individuelles des régimes sociaux (prestations complémentaires AVS/AI et/ou LAPRAMS). Durant cette attente, le résident s'engage, dans la mesure de ses moyens, à régler la facture de l'établissement.

6. ALLOCATION POUR IMPOTENCE

6.1 Le résident qui bénéficie d'une allocation pour impotence, et/ou son représentant, est tenu d'en informer l'établissement.

6.2 Le résident et/ou son représentant autorise l'établissement à se renseigner sur le droit éventuel à une allocation pour impotence et s'engage à signer la demande « Autorisation API ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL » annexée.

6.3 L'établissement se réserve le droit de demander le versement rétroactif des montants de l'allocation pour impotence au résident n'ayant pas rempli son devoir d'information.

6.4 L'obligation d'information vaut pour l'allocation existante à l'entrée en ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL et lorsque le droit à l'allocation prend naissance en cours d'hébergement. Dans ce dernier cas, le résident et/ou son représentant est tenu d'informer l'établissement d'un éventuel versement rétroactif touchant la période d'hébergement dans l'établissement.

6.5 L'établissement facture au résident un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle. Lorsque le résident entre ou quitte l'établissement en cours de mois, le montant de l'allocation est facturé proportionnellement au nombre de jours d'hébergement au cours dudit mois. En cas d'hospitalisation du résident, la facturation de l'allocation pour impotence suit le calcul effectué par l'office AI ou AVS.

6.6 Dès que le résident quitte l'établissement plus de vingt-quatre heures, l'allocation correspondant aux jours d'absence est déduite de la facture (voir chiffre 7.2).

7. ABSENCES DU RESIDENT

7.1 Hospitalisation

7.1.1 Durant l'hospitalisation du résident, l'établissement réserve le lit durant 60 jours au maximum. L'établissement peut néanmoins convenir, avec l'hôpital, d'une prolongation du délai maximum de réservation, après consultation préalable du SASH.

7.1.2 Durant la réservation du lit, le contrat peut être résilié dans le respect du délai prévu à l'art.11.2.1. Le forfait journalier reste dû jusqu'à l'expiration du délai de résiliation, à moins que dans l'intervalle la chambre n'ait été réaffectée.

7.1.3 La facturation de l'allocation pour impotence s'effectue selon le point 6.5.

7.1.4 En cas d'hospitalisation, le montant total correspondant à la contribution du résident aux frais d'hospitalisation au sens de la LAMal (montant journalier CHF 15.-) est déduit du prix de pension, sur la facture du mois suivant. L'établissement peut demander une copie du décompte de l'assureur maladie.

7.2 Absence provisoire

7.2.1 Lors d'une absence provisoire l'établissement maintient sa facturation inchangée, sous réserve des déductions suivantes, effectuées pour chaque période de 24 heures ;

- Un montant journalier de CHF 20.- (valeur selon Convention SOHO) déduit sur le tarif hébergement,
- La part de l'allocation pour impotence, et la participation du résident au financement résiduel aux coûts des soins telle qu'établie par arrêté annuel du Conseil d'Etat.

7.2.2 Lorsque l'absence dépasse 15 jours d'affilé, l'établissement et le résident et/ou son représentant peuvent évaluer l'opportunité de la poursuite de l'hébergement.

7.3 Retard de l'entrée dans l'établissement

7.3.1 Si le résident ne rentre pas dans l'établissement à la date d'admission convenue, l'établissement facture les frais de pension dès le jour d'admission initialement fixé.

7.3.2 Le présent contrat prend automatiquement fin le dixième jour suivant le jour d'admission initialement fixé si le résident n'est pas rentré dans l'établissement, sauf entente contraire et sous réserve du point 7.1. Les frais de pension sont dus à moins que la chambre n'ait déjà été réaffectée.

8. CHAMBRE

8.1 Etat de la chambre

8.1.1 L'établissement met à la disposition du résident une chambre en bon état.

8.1.2 Le résident et/ou son représentant doit signaler les défauts constatés par écrit à la direction de l'établissement dans un délai de dix jours dès l'admission dans l'établissement. Sur demande du résident ou de son représentant légal, il peut être procédé à un état des lieux.

8.1.3 Le résident, dans la mesure de son état de santé, s'engage à prendre soin de la chambre et à la restituer dans l'état où il l'a reçue. Il répond du dommage causé intentionnellement ou par négligence.

8.1.4 L'aménagement, l'équipement, les installations électriques ou techniques et les travaux ne peuvent être effectués sans l'accord de l'établissement. A défaut, une remise en l'état initial peut être exigée à charge du résident.

8.1.5 Le résident qui partage sa chambre veille, dans la mesure de son état de santé, à ne pas perturber la tranquillité de son voisin (télévision, radio, téléphone, visite) et à respecter l'environnement de ce dernier.

8.1.6 La présence d'animaux domestiques est soumise à autorisation de l'établissement.

8.2 Transfert

8.2.1 Pour assurer la qualité de la prise en charge, et notamment pour des questions de sécurité, l'établissement se réserve le droit de transférer le résident dans une autre chambre que celle attribuée lors de l'admission, après avoir examiné toutes les possibilités.

Avant tout transfert, l'établissement doit procéder à un examen attentif de la proportionnalité. Il doit requérir l'avis du médecin traitant et avoir cherché l'accord du résident et/ou de son représentant légal. Sur demande, la décision est motivée par écrit.

8.3 Libération de la chambre

8.3.1 Lorsque le résident quitte l'établissement après résiliation du contrat, la chambre doit être libérée au plus tard le jour du départ.

8.3.2 Lors du décès du résident, la chambre doit être libérée dès que possible, mais au plus tard 3 jours à compter du décès, par l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ou la famille, selon entente.

8.3.3 Si la chambre n'est pas libérée dans le délai fixé ou convenu, l'établissement effectue à la charge du résident ou de la succession la garde des biens mobiliers, cas échéant le débarras, après avoir informé le résident (ch. 8.3.1), respectivement la succession ou la Justice de Paix (ch.8.3.2).

8.3.4 En cas de décès, à l'issue de la liquidation de la succession, les héritiers disposent d'un mois pour récupérer les biens du résident. Passé ce délai, l'établissement pourra librement en disposer.

9. ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DU RESIDENT

Lors de l'admission, l'établissement et le résident et/ou son représentant s'assurent que le résident est suffisamment couvert par une assurance s'agissant d'actes pouvant engendrer sa responsabilité civile, à défaut de quoi ils s'entendent pour fixer la nature et l'étendue de la couverture d'assurance responsabilité civile du résident, ainsi que les modalités administratives et financières.

10. ASSURANCE DES EFFETS PERSONNELS ET BIENS DE VALEUR

10.1 Lors de l'admission, les modalités financières et administratives, ainsi que la nature et l'étendue de la couverture d'assurance des effets personnels et des biens de valeurs du résident, notamment celle liée aux vols avec effraction, aux dégâts d'eau et à l'incendie (dont la couverture est obligatoire sur le canton de Vaud) doivent être déterminées. Si nécessaire un inventaire de certains biens, notamment des meubles et tableaux, peut être établi et signé par les parties.

10.2 Le résident et/ou son représentant doit signaler les éventuels biens de valeur à l'entrée dans l'établissement ainsi qu'au cours de l'hébergement. Il lui incombe de confier les biens de valeur et les sommes d'argent à l'établissement afin qu'ils soient déposés dans le coffre. Dans ce cas, ce sont les règles sur le contrat de dépôt qui s'appliquent (art. 472 à 475 CO). Un inventaire détaillé et signé par le résident et/ou son représentant est établi au moment du dépôt.

Le résident et/ou son représentant sont informés des modalités financières et administratives, ainsi que de la nature et du montant de la couverture d'assurance des biens déposés.

Si le résident et/ou son représentant ne dépose pas les objets de valeur ou les sommes d'argent, l'établissement ne répond du dommage, perte ou vol qu'en cas de faute de ce dernier ou de son personnel.

10.3 En cas de perte, vol ou dommage des biens nécessaires à la vie de tous les jours (tels que lunettes, prothèses auditives, etc...) la responsabilité de l'établissement peut être engagée au sens des art. 331 ss Code civil suisse et 487 ss Code des obligations.

11. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

11.1 Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et commence le (jour de l'entrée), soit le :

11.2 Fin du contrat

11.2.1 Résiliation par le résident et/ou son représentant

Le résident et/ou son représentant peuvent résilier le présent contrat en respectant un délai de dix jours. En cas de non respect des dix jours, l'établissement est en droit de facturer les frais d'hébergement jusqu'à l'expiration du délai de résiliation. Le résident et/ou son représentant doit s'acquitter des éventuelles factures en suspens sur les biens et avoirs du résident.

11.2.2 Fin du contrat par consentement mutuel

L'établissement et le résident et/ou son représentant peuvent, par accord mutuel, mettre fin au contrat de manière anticipée avant l'expiration des délais de résiliation fixés par le présent contrat

11.2.3 Résiliation par l'établissement pour justes motifs

L'établissement peut résilier le présent contrat pour de justes motifs, moyennant le respect d'un délai de dix jours. Dès la notification de la résiliation, l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL informe le BRIO de la nécessité de trouver rapidement un nouveau lieu de séjour. La résiliation n'intervient toutefois que lorsqu'une solution est trouvée au sujet du nouveau lieu de séjour du résident.

Sont notamment considérés comme justes motifs :

- La conduite incompatible avec la vie en collectivité, le non-respect répété des égards dus aux autres résidents et aux collaborateurs de l'établissement ;
- Le changement de l'état de santé du résident qui ne serait plus en adéquation avec la mission et l'équipement de l'établissement ;
- Le non-paiement fautif et récurrent des montants à sa charge.

11.2.4 Fin du contrat en cas de décès

Le contrat prend fin le jour du décès du résident.

12. PLAINTES

12.1 En cas de litige, le résident et/ou son représentant s'adresse en priorité à la direction de l'établissement. Les parties s'engagent à privilégier la communication et la médiation. Elles adoptent une attitude constructive.

12.2 Les parties peuvent s'adresser également aux organismes représentant les intérêts des assurés ou aux différentes instances de médiation et de plainte, notamment le bureau cantonal de médiation des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs, la commission d'examen des plaintes ou la justice de paix en cas d'incapacité de discernement du résident.

13. DISPOSITIONS FINALES

13.1 Les parties se déclarent d'accord sur les termes du présent contrat et s'engagent à en respecter les dispositions.

13.2 Le résident et/ou son représentant reconnaît avoir pris connaissance des documents annexés et en accepte les termes.

13.3 Le contrat est signé par l'établissement et par le résident et/ou son représentant.

13.4 Tout litige pouvant survenir au sujet de l'interprétation ou de l'application du présent contrat sera tranché exclusivement par les tribunaux vaudois - du domicile du résident ou du siège de l'ETABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL pour les résidents qui ne sont pas domiciliés dans le canton.

Fait à Oron-la-Ville, le , en deux exemplaires.

Le résident et/ou son représentant	Fondation Résidence La Faverge Pierre-André Goumaz Directeur
.....	.....

Annexes :

1. Tarifs 2022 SOHO - PLAISIR - Autres montants - DV 07.01.2022
2. Liste des tarifs et prestations SOHO non comprises dans le tarif journalier C en 2022
3. Interdiction de fumer dans la Résidence - 01.2022
4. Convention CHUV-EMS La Faverge_Gériatrie_20180327

4.1 Avenant à la convention de collaboration dans le domaine de la gériatrie - CHUV - 27.05.2020

4.2 Convention CHUV suivi médical- dv complétée Médecin de famille dv 30.09.2020

5. Notice PC 01.01.2022

5.1 Demande PC 01.01.2021

6. LSP VD Etat au 01.09.2019

6.1 Loi sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS LFR-EMS - Etat au 01.05.2012

6.2 LPFES dv 01.01.2019

7. LAPRAMS 01.03.2019 - 850.11

7.1 R LAPRAMS - 01.01.2018

8. Liste des Memento VD - dv 01.01.2022

8.1 DGCS 2020 - Mémento -1

8.2 DGCS 2021 - Mémento - 2

8.2.1 DGCS 2021 - Annexe - 2

8.3 DGCS 2021 - Mémento - 3

8.4 DGCS 2021 - Mémento - 4

8.5 DGCS 2021 - Mémento - 5

8.6 DGCS 2021 - Mémento - 6

8.7 DGCS 2021 - Mémento - 7

8.8 DGCS 2021 - Mémento - 12

9. Convention SOHO 01.01.2020-1
10. Allocations pour impotent de l'A.I - 01.01.2021

10.1 Prestation de l'assurance invalidité - 01.01.2022

10.2 Rentes d'invalidité de l'AI - 01.01.2022

11. Rentes de vieillesse et allocations pour impotent de l'AVS - 01.01.2021
12. L'essentiel sur le droit des patients 03.2018
13. Demande de vers. de prest. AVS.AI.APG.PC.AF à un tiers ou à une autorité qualifiée - 318.182_f

PROCURATION

Je soussigné(e).....

Né(e) le.....

NuméroAVS.....

Domicilié(e)à .....

Hébergé(e) à .....

désigne par la présente

Madame/Monsieur .....

Domicilié(e) à .....

comme mon mandataire aux fins de gérer mes affaires courantes, à savoir :

- La gestion, le contrôle et le règlement des frais courants, notamment des factures de pension de l'établissement sur mes biens propres ;
- Les démarches administratives liées au versement de prestations sociales et leur encaissement ;
- La gestion de mes montants pour dépenses personnelles (MDP) *et / ou le contrôle du compte MDP établi par l'établissement* ;
- Les relations avec l'assureur maladie.

La durée de la présente procuration n'est pas limitée.

Je soussigné(e) reconnais par la présente que les actes et affaires juridiques conclus en vertu de la présente procuration par le mandataire me lient valablement en tout temps.

Fait à.....,le .....

Signature

AUTORISATION

Le (la) soussigné(e) autorise l'Office AI du canton de Vaud (OAI) à communiquer à l'établissement suivant (timbre ou désignation et adresse complète de l'EMS ou du CMS) :

.....

.....

tous renseignements concernant le droit éventuel à une allocation pour impotent. Le (la) soussigné(e) demande à la Caisse de compensation de communiquer copie de la décision à l'établissement précité.

- **Nom et prénom de l'assuré(e)** : .....
- **N° de sécurité sociale (NSS) ou date de naissance** : .....
- **Domicile précédent** : .....
- **Date d'entrée dans l'établissement** : ..... ☐ court séjour ☐ long séjour

Signature de l'assuré ou de son représentant légal : **(tuteur, curateur ou membre de la famille et dans ce cas, précisez les nom, prénom, titre ou degré de parenté et adresse exacte du représentant).**

.....

.....

.....

Lieu et date : ..... Signature : .....

REPONSE DE L'OFFICE AI POUR LE CANTON DE VAUD

☐ Une demande du : ..... est actuellement à l'étude.

☐ Un prononcé de l'office AI vient d'être adressé à la Caisse AVS.

L'assuré(e) à droit à une allocation pour impotence :

☐ de degré faible dès le : .....

☐ de degré moyen dès le : .....

☐ de degré grave dès le : .....

☐ La caisse de compensation compétente est la caisse AVS N° : .....

L'assuré(e) n'est pas bénéficiaire d'une allocation pour impotence :

☐ il/elle a reçu une décision de refus le : .....

☐ à notre connaissance, aucune demande n'a été déposée à ce jour.

Les formules officielles : « demandes » et « mémentos » concernant les allocations pour impotents AVS/AI, peuvent être téléchargées sur le site : www.aivd.ch

Date : ..... Timbre / signature de l'OAI: .....

Form.: N° 7720 10.2013 - SCY

Autorisation de prendre des photos limitées à l'usage exclusif de la Fondation Résidence La Faverge

Résident ou client du Centre d'Accueil Temporaire :

Nom :....., Prénom :.....

Je soussigné(e) autorise la Fondation Résidence La Faverge à utiliser les photographies de ma personne dans le cadre du dossier administratif et du dossier informatisé du résident – DIR (photo passeport, uniquement le visage).

Oui : ☐ Non : ☐

Je soussigné(e) autorise la Fondation Résidence La Faverge à utiliser les photographies de ma personne, photographies pouvant être prises dans le cadre des activités liées au service d'animation, notamment, lors de sorties, d'anniversaires ou lors de manifestations internes.

Oui : ☐ Non : ☐

Lieu : ....., date : ....., Signature : .....

Le cas échéant, le/la résident.e ou le/la client.e du Centre d'Accueil Temporaire susmentionné représenté par :

Nom :....., Prénom :.....

Adresse :.....

agissant en qualité de (mettre une croix pour ce qui convient) :

☐ curateur.trice (curatelle d'accompagnement, de représentation, de coopération, de portée générale)

☐ représentant.e dans le domaine médical

☐ répondant.e administratif.ive ☐ représentant.e du conjoint.e ou du partenaire enregistré.e

Lien familial : ..... , Autre lien : .....

Je soussigné.e autorise la Fondation Résidence La Faverge à utiliser les photographies du résident ou du client du Centre d'Accueil Temporaire susmentionné dans le cadre du dossier administratif et du dossier informatisé du résident – DIR (photo passeport, uniquement le visage).

Oui : ☐ Non : ☐

Je soussigné.e autorise la Fondation Résidence La Faverge à utiliser les photographies du résident ou du client du Centre d'Accueil Temporaire susmentionné, photographies pouvant être prises dans le cadre des activités liées au service d'animation, notamment, lors de sorties, d'anniversaires ou lors de manifestations internes.

Oui : ☐ Non : ☐

Lieu : ....., date : ....., Signature : .....

Le terme « résident » utilisé tout au long de ce document comprend également « résidente »

Autorisation de prendre des photos - Autorisation - dv 09012019 - 01.01.2021.doc– pag – 01.01.2021

Fondation Résidence La Faverge - Informations 2022 - pag 06.01.2021

RÉSIDENCE La Faverge

PARTIE SOCIO-HÔTELIERE - TARIF SOHO - FACTURE AU RESIDENT	2022 en CHF/jour	2022 en CHF/Mois (30 jours)
Tarif SOHO (Tarif SOcio - HÔtelier) - Base Tarif semblable à un tarif jour hôtelier en pension complète (ensemble des prestations reçues chaque jour sans les soins infirmers direts et indirects). Les différents fonds sont compris dans ledit montant SOHO base. L'Etat de Vaud détermine chaque année et pour chaque EMS vaudois un tarif SOHO différent.	157.85	4 735.50
Participation financière du résident aux soins *(montant déterminé par l'Etat de Vaud)*	23.00	690.00
Participation du résident à l'investissement mobilier *(montant déterminé par l'Etat de Vaud)*	3.35	100.50
Participation du résident à l'entretien immobilier *(montant déterminé par l'Etat de Vaud)*	5.50	165.00
Montant total à charge du résident autonome financier ou soumis à participation des parties prenantes en regard d'une décision de droit PC	**189.70**	**5 691.00**

.+. .+. .+.

PARTIE SOINS (MOYENNE INSTITUTIONNELLE PROJECTIVE)	2022 en CHF/jour	2022 en CHF/Mois (30 jours)
LAMal - Part. de l'assurance maladie via l'outil d'évaluation PLAISIR (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) et les 12 classes opas 7a, al 3 qui se décline de CHF 9.60 par jour en classe 1 à CHF 115.20 par jour en classe 12 (voir ci-après la déclinaison des 12 classes) L'assuré paie le 10 % du coût des soins jusqu'à un montant max. de 700.- / an.	86.10	2 583.00
Report soins - Part. de l'Etat de Vaud en complément de la LAMal. (12 montants de CHF 0.30 par jour en classe 1 à CHF 47.10 par jour en classe 12) - (Env. 36 % du montant PLAISIR facturé)	31.25	937.50
Allocation pour impotent	12.25	367.50
Total payé par les parties prenantes (Assurance maladie, Etat, etc...)	**129.60**	**3 888.00**

.=. .=. .=.

MONTANT TOTAL	2022 en CHF/jour	2022 en CHF/Mois (30 jours)
Coût total de l'hébergement (partie socio-hôtelière + partie soins)	**319.30**	**9 579.00**

AUTRES MONTANTS RELIES A L'HEBERGEMENT	2022	
Prestations complémentaires PC		
Seuil de fortune pour pouvoir bénéficier des PC *(hors bien immobilier servant d'habitation principale)*		
.- Personne seule	100 000.00	
.- Couple	200 000.00	
Fortune non imputable		
. - Personne seule	30 000.00	
.- Couple	50 000.00	
Montant pour dépenses personnelles	275.00	par mois
AVS minimale indiv.	1 195.00	par mois
AVS maximale indiv.	2 390.00	par mois
AVS couple maximale	3 585.00	par mois
Allocation pour impotent AVS - Degré moyen	598.00	par mois
Allocation pour impotent AVS - Degré grave	956.00	par mois
Allocation pour impotent AI - Degré moyen en EMS	299.00	par mois
Allocation pour impotent AI - Degré grave en EMS	478.00	par mois

TEMPS PLAISIR - Couverture soins LAMal	Montant jour PLAISIR 2022	Montant jour Report soins - 2022
Classe 1 - moins de 20 min	9.60	0.30
Classe 2 - 20 à 40 min.	19.20	0.40
Classe 3 - 40 à 60 min.	28.80	1.60
Classe 4 - 60 à 80 min	38.40	6.70
Classe 5 - 80 à 100 min	48.00	11.75
Classe 6 - 100 à 120 min	57.60	16.85
Classe 7 - 120 à 140 min	67.20	21.80
Classe 8 - 140 à 160 min.	76.80	26.85
Classe 9 - 160 à 180 min.	86.40	31.95
Classe 10 - 180 à 200 min.	96.00	37.05
Classe 11 - 200 à 220 min.	105.60	42.10
Classe 12 - Plus de 220 min.	115.20	47.10

RÉSIDENCE
La Faverge

Route de Bulle 10 | 1610 Oron-la-Ville

LISTE ET TARIFS DES PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIÈRES NON COMPRISES DANS LE FORFAIT JOURNALIER « C » EN 2022

Pour de plus amples informations, veuillez-vous référer au point 3.2 du contrat d'hébergement

Abonnements, à des revues ou quotidiens — **Prix coûtant**

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Animation, frais effectifs payés par la Résidence à des tiers pour manifestations, spectacles, etc. — **Prix coûtant**

- Prix facturé par le fournisseur de la prestation sans surtaxe (frais accompagnants exclus)
- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Consommations pour les résidents et les visites — **(selon tarifs affichés)**

- Pour le résident, possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Restauration (visiteurs):

Petit déjeuner	**Fr 7.-**
Dîner	**Fr. 16.-**
Souper	**Fr. 12.-**
Menu de Fête	**Fr. 30.-**

Couture + achat du matériel — **Fr. 25.-/ heure**

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Débarras du mobilier personnel du résident — **Fr. 25.-/ heure**

- Si aucune aide de l'entourage du résident
- Frais de transport le cas échéant
- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Entreposage du mobilier du résident — **Fr. 5.- / jour après le délai d'une semaine ou prix facturé par le garde-meubles sans surtaxe**

- La première semaine ne fait pas l'objet d'une facturation
- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Tél. +41 (0)21 908 09 08 | secretariat@residencefaverge.ch | residencefaverge.ch

Location d'un véhicule par un proche **Fr. 1.50 / km**

La Résidence dispose de plusieurs véhicules adaptés aux transports de personnes âgées ou handicapées. Contre une minime location, nous mettons à disposition des familles ces véhicules pour transporter l'un de nos résidents lors d'une journée exceptionnelle.

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Marquage du linge privé **Fr. 1.20.- la pièce**

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Nettoyage chimique par une entreprise spécialisée **Prix coûtant**

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Produits cosmétiques et divers **Prix coûtant**

Mis à disposition par les familles, voire disponibles sur commande via la liste des commissions générées par le service d'animation

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS
- Les produits de toilette courants (savon, shampoing), entretien des ongles et cheveux sont compris dans le tarif socio-hôtelier (SOHO)

Repas livrés en chambre sans nécessité médicale **Prix coûtant**

Réparations par service technique **Fr. 25.-/ heure**

Appareil téléphonique **Compris dans le tarif SOHO jour**

Communication téléphonique selon relevé **Prix coûtant**

- Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Transport

- **Frais de transport individuel** **Fr. 1.50 / km**
- **Accompagnement extérieur (demande privée)** **Fr. 25.-/ heure**
  Non nécessaire sur le plan médical et sécuritaire
  - Possibilité de remboursement ou de participation par la garantie particulière de la LAPRAMS

Tél. +41 (0)21 908 09 08 | secretariat@residencefaverge.ch | residencefaverge.ch

- **Transport en ambulance ou avec véhicule adapté Prix coûtant**

  L'assurance-maladie de base rembourse les 50% d'un transport médicalement adapté et dont le but est médical, mais au maximum Fr. 500.- par année civile. Les parts non prises en charge peuvent être remboursées par les PCG.

- **Voir contrat d'hébergement art. 3.2.6 Transport à but médical**

  En l'absence de solutions idoines (famille, transport handicap, taxi ou autres), l'établissement organise les transports à but médical nécessaires au résident. Lorsque l'établissement effectue les transports à but médical, il facture au résident :

  - un forfait d'accompagnement de CHF 30.- par période complète de 60 minutes si, dans le véhicule, le résident n'est accompagné que par le conducteur,

    ou

  - un forfait d'accompagnement de CHF 50.- par période complète de 60 minutes si, dans le véhicule, le résident est accompagné par le conducteur et une personne supplémentaire.

  Dans tous les cas, le kilométrage est facturé au tarif conventionnel.

  Les transports organisés et intégrés dans le cadre de l'animation ne font pas l'objet d'une facturation.

****

Tél. +41 (0)21 908 09 08 | secretariat@residencefaverge.ch | residencefaverge.ch

RÉSIDENCE
La Faverge

Route de Bulle 10 | 1610 Oron-la-Ville

INTERDICTION DE FUMER DANS LES LIEUX DE SOINS OU D'HEBERGEMENT

Chères résidentes, Chers résidents, Chers familles,

En date du 15 septembre 2009, la Loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (LIFLP) est entrée en vigueur, faisant l'objet, pour ce qui a trait aux établissements médico-sociaux, d'une Directive émanant du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).

Dès lors et en complément de la Directive précitée, nous vous informons ci-après des diverses décisions prises par le soussigné de droit, décisions qui sont applicables depuis le 15 septembre 2009 et ceci jusqu'à nouvel avis.

1. Il est **totalement** interdit de fumer dans les chambres de la Résidence (Lieux considérés comme des espaces privés). Il est à noter que cette interdiction est déjà en vigueur depuis la construction de notre établissement.

2. Il est totalement interdit, pour les résidentes et les résidents ainsi que pour toutes personnes présentent dans l'établissement (tous les espaces considérés comme communs ou à usage professionnel) de fumer. Toutefois, un local « fumeur » (unique espace dans l'établissement où il est autorisé de fumer) est accessible pour les résidentes et les résidents, leurs familles, amis ou proches des résidentes et des résidents ainsi que pour le personnel, **local n° 204** à gauche des ascenseurs au niveau de l'entrée principale de notre établissement, lieu qui est aménagé et ventilé selon les normes exigées.

3. Il n'est pas accepté plus de 1 personne à la fois dans ledit local fumeur (n°204), priorité étant alors donnée aux résidentes et résidents ainsi qu'à leurs familles, amis ou proches.

4. Les résidentes, les résidents, les visites, les familles et le personnel qui souhaitent fumer à l'extérieur sont invitées à fumer si elles le désirent, devant l'entrée principale ou au niveau de la sortie amenant aux deux terrasses (rez-inférieur).

En restant à votre entière disposition pour tout renseignement que vous pourriez désirer, nous vous adressons, chères résidentes, chers résidents, chères familles, nos plus respectueuses salutations ainsi que nos meilleurs messages.

Oron-la-Ville, 01.01.2022

Pierre-André Goumaz

Directeur

Tél. +41 (0)21 908 09 08 | secretariat@residencefaverge.ch | residencefaverge.ch

CONVENTION DE COLLABORATION DANS LE DOMAINE DE LA GERIATRIE

entre

le **Centre hospitalier universitaire vaudois**,
par son Département de médecine, en particulier par son Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique
(ci-après désignés « CHUV », « DM » et « GER »)

et

la **Fondation EMS La Faverge,** à Oron,
(ci-après désigné « EMS »)

ci-après également désignés individuellement comme « Partie » ou collectivement « Parties »

PREAMBULE

Le Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV à Lausanne, unité long séjour, et la Fondation EMS La Faverge à Oron conviennent du développement de prestations médicales par des médecins de GER auprès de résidents de l'EMS.

Cette convention constitue un projet pilote d'intervention et de formation médicale en EMS d'une durée de deux ans, validé par la Direction générale du CHUV le 25 octobre 2017, qui, à long terme, devrait permettre de mettre en place une plateforme de formation de médecins en EMS et de répondre d'une part au manque de formation, d'autre part au manque de médecins intervenant en EMS.

La convention consiste à mettre en place une consultation de gériatrie du CHUV à l'EMS par un médecin chef de clinique ou médecin cadre, à raison d'un demi-jour par semaine pour offrir des prestations médicales aux résidents de l'EMS.

Elle permet ainsi à l'EMS de compléter les intervenants médicaux et d'assurer des prestations médicales de qualité.

Pour le GER, elle permet de renforcer l'expérience de ses médecins cadres et chefs de clinique dans la filière du long séjour et de contribuer au développement d'une offre de formation dans ce secteur pour les médecins.

Les Parties conviennent de ce qui suit :

CHAPITRE I - BUTS ET CHAMP D'APPLICATION

Article 1
Buts

La présente convention a pour objet de fixer les modalités de collaboration entre les Parties.

Article 2
Médecins concernés

a. La présente convention s'applique à un médecin cadre ou chef de clinique de GER, spécialiste ou voulant se spécialiser en gériatrie (ci-après Le Spécialiste).

b. Le Spécialiste consulte à l'EMS un demi-jour par semaine (10%), pour réaliser les prestations énumérées à l'article 3. Bien que le demi-jour de présence soit fixe, une certaine flexibilité peut être admise selon les circonstances. Lors de la présence du Spécialiste, une infirmière responsable d'unité ou un autre cadre infirmier de l'EMS, a minima une infirmière diplômée, est disponible.

c. Le Spécialiste est remplacé en cas d'empêchement de travailler (vacances, formation, congrès, maladie) par le médecin responsable de l'EMS (selon le protocole d'accord entre l'AVDEMS, la FEDEREMS, la FHV et la SVM, en annexe).

d. Le CHUV est l'unique employeur du Spécialiste.

e. Au sein de l'EMS, le Spécialiste a le statut de médecin responsable remplaçant. Vis-à-vis des patients, il intervient en tant que médecin traitant du CHUV intervenant en EMS.

CHAPITRE II - ACTIVITÉS ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

Article 3
Activités cliniques

a. Les activités suivantes sont assurées par le Spécialiste :
   - Fournir des prestations médicales de qualité auprès de résidents ;
   - Offrir un lieu de développement d'expérience et de formation à des médecins expérimentés de GER ;
   - Développer des bonnes pratiques médicales en interdisciplinarité, avec l'aide de la direction et les soignants de l'EMS et les mettre en pratique ;
   - Examiner la possibilité de développer une prestation de télémédecine pour le suivi du patient ;
   - Mener des projets de recherche propres ou selon les opportunités du secteur gériatrique ;
   - Assurer, dans la mesure du possible, hors du ½ jour de présence du Spécialiste, une disponibilité téléphonique pour les cas où les patients du Spécialiste auraient besoin d'un avis médical urgent. Elle couvre la journée de 8h à 18h, du lundi au vendredi. Selon les circonstances et accord préalable du Spécialiste, la disponibilité peut être étendue. En dehors de ces heures ou en cas de non-disponibilité, le médecin de garde est appelé.

b. L'EMS s'engage à mettre à disposition du Spécialiste l'espace nécessaire à la réalisation des prestations susmentionnées lors de son ½ jour de présence.

Article 4
Responsabilité, hiérarchie et collaboration

a. Le Spécialiste et le médecin responsable de l'EMS (au moment de la convention : Dr Marc Polikowski) collaborent dans le cadre général de la mission de l'EMS et d'une prise en charge médicale optimale des résidents.

b. Hiérarchiquement, le CHUV répond du travail du Spécialiste selon les bases légales et règlementaires fédérales et cantonales et les règles institutionnelles du CHUV.

Article 5
Dossier médical du patient

a. Afin de donner au Spécialiste l'information qui lui est nécessaire pour sa prestation, le dossier patient de l'EMS est mis à sa disposition.

b. Pour favoriser une bonne qualité de prise en charge et travailler de manière intégrée avec l'équipe médico-soignante de l'EMS, la documentation anamnestique, les ordres de soins et les prescriptions du Spécialiste seront effectués dans le dossier patient de l'EMS. Périodiquement, une copie des éléments est transmise au CHUV pour intégration au dossier patient du CHUV, puisque la consultation est effectuée sous la responsabilité du Spécialiste qui facture la prestation à l'assureur.

CHAPITRE IV - MODALITÉS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

Article 6
Facturation des prestations

a. Le résident pris en charge par le Spécialiste devient pour cette prestation, un patient ambulatoire du CHUV. Il en est informé par écrit par la direction de l'EMS.
b. Les prestations réalisées par le Spécialiste à l'EMS sont facturées à l'assurance du patient par le CHUV, sous la responsabilité de GER, selon la tarification Tarmed.
c. L'administration de l'EMS fournit spontanément, pour chaque patient, à l'administration de GER toutes les données d'identité du patient, une photocopie de sa carte d'identité et une photocopie recto-verso de sa carte d'assurance-maladie nécessaires à l'ouverture d'un dossier administratif au CHUV.
d. Sur demande de l'administration de GER, l'administration de l'EMS fournit tout autre renseignement et document administratif pouvant être nécessaire au dossier administratif CHUV.

Article 7
Facturation des autres prestations du Spécialiste

D'éventuelles autres prestations du Spécialiste, effectuées à la demande de l'EMS et non facturables à un patient déterminé, sont facturées selon un tarif horaire de CHF. 200.-. Ce tarif horaire comprend dès lors la compensation des vacances, des autres absences usuelles prises sur le temps dévolu au CHUV (formation, congrès, maladie, etc.) et représente du temps productif au service de l'EMS.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 8
Assurances et responsabilité civile

Chaque Partie est responsable de l'intervention des médecins et des soignants agissant dans son établissement. Pour l'exécution des tâches qui lui incombent ou qu'elle assume, chacune des Parties doit être au bénéfice d'une assurance responsabilité civile ou d'une auto-assurance la couvrant contre les prétentions en dommages intérêts émises à son encontre ou à l'encontre de ses collaborateurs, en vertu des dispositions légales en matière de responsabilité civile. Les collaborateurs délégués par le CHUV sont couverts subsidiairement par le Fonds RC du CHUV.

Article 9
Obligations des Parties

Les Parties s'informent mutuellement dans les meilleurs délais de toute circonstance susceptible de modifier les conditions de leur collaboration ou de prétériter la bonne exécution de la convention.

Article 10
Communication

Toute communication externe relative à la présente convention doit se faire d'un commun accord.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS FINALES

Article 11
Nullité d'une clause

Si certaines dispositions de la convention devaient s'avérer partiellement ou complètement nulles, ou si elles devaient contenir une faille, la validité des dispositions restantes n'en serait néanmoins pas affectée.

Article 12
Evaluation

a. Des évaluations périodiques de la collaboration ont lieu 2 à 3 fois par an. Y participent la direction et le médecin responsable de l'EMS, la direction de GER et médecins intervenants du CHUV (Spécialiste ou Chef de clinique).
b. Hormis les évaluations périodiques mentionnées ci-dessus. Les Parties s'engagent à procéder à une évaluation finale de la collaboration, sous la forme d'un rapport rédigé et remis par le GER aux directions générales respectives.

Article 13
Litiges

a. Les Parties s'engagent à régler prioritairement à l'amiable tout litige relatif à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention.

b. Faute d'accord intervenu dans les 60 jours, le litige peut être porté devant les Tribunaux de Lausanne. Le droit suisse est applicable.

Article 14
Modifications de la convention

Toute modification de la présente convention de collaboration doit faire l'objet d'un avenant en la forme écrite signé par les Parties.

Article 15
Entrée en vigueur, durée de la convention, résiliation

a. La présente convention entre en vigueur le 1er mars 2018. Elle est conclue pour une durée déterminée de 2 ans. A l'issue de ces deux ans, les Parties discuteront de la poursuite du projet pilote mentionné dans le préambule.
b. Chacune des Parties demeure libre de résilier immédiatement la présente convention pour de justes motifs. Sont considérés comme de justes motifs la violation de la présente convention ou toutes les circonstances graves qui, selon les règles de la bonne foi, ne permettent pas d'exiger de celui qui a résilié le contrat la poursuite des relations contractuelles.

Annexes :
- Recommandation aux médecins traitants intervenant en EMS
- Protocole d'accord définissant les principes de collaboration entre EMS/Divisions C et médecins responsables.

Ainsi fait à Lausanne, en 2 exemplaires originaux, le 27 mars 2018

Pour le CHUV

Prof. Pierre-François Leyvraz
Directeur général

Prof. Jean-Blaise Wasserfallen
Vice-directeur médical

Prof. Gérard Waeber
Chef du Département de médecine

Prof. Christophe Büla
Chef du Service de gériatrie

Pour la Fondation EMS La Faverge

Pierre-Alain DUCRET
Président

Pierre-André Goumaz
Directeur

Dr Marc Polikowski
Médecin responsable

Recommandations aux médecins traitants intervenant en EMS

Préambule

L'article 20 al.1 de la Loi sur la santé publique dispose que « *si son état nécessite des soins ambulatoires, et dans la mesure où il est en état de se déterminer, le patient a le libre choix d'un professionnel de la santé, pour autant que ce dernier soit disponible et estime pouvoir lui prodiguer utilement des soins* ».

Le résident peut dès lors conserver son médecin[1] traitant ou en choisir un autre qui ne soit pas le médecin responsable de l'établissement. Cependant, comme relevé par le Conseil d'Etat en février 2011, « en EMS, il apparaît toutefois indispensable qu'une collaboration soit mise en place avec les professionnels de la santé de l'établissement (médecin responsable de l'EMS, infirmier.ère.s) afin de garantir le meilleur suivi médical possible » [2].

Cette collaboration repose notamment sur l'acceptation des contraintes légales et organisationnelles liées à la prise en soins de résidents en EMS.

Cadre de référence

Le médecin respecte la philosophie, les valeurs et le cadre de référence de l'EMS.

Visites

A l'entrée d'un de ses patients en long séjour en EMS, le médecin assure dans les meilleurs délais une visite d'admission planifiée avec l'infirmier ou l'infirmière responsable.

Il voit ses patients aussi souvent que leur état de santé le nécessite mais au minimum une fois tous les 6 mois.

Sauf urgence, il anticipe ses visites et les planifie avec l'infirmier responsable.

Sauf arrangement spécifique entre le médecin responsable et la direction de l'établissement, les urgences médicales pendant la nuit, le week-end et les jours fériés sont assumées par le service de garde.

Absences

Le médecin responsable n'est pas automatiquement le médecin remplaçant de médecins traitants extérieurs. En cas d'absence prolongée, le médecin désigne un remplaçant et en informe ses patients, le médecin responsable et la direction de l'institution

Dossier médical

Le médecin se conforme aux supports utilisés par l'établissement.

Lors de chaque visite, il transcrit ses observations (anamnèse et status) dans le dossier médical.

Le dossier médical reste dans l'établissement. Il doit pouvoir être mis à disposition du médecin responsable, d'un médecin remplaçant ou d'un médecin de garde.

Ce dossier est soumis au secret médical. L'établissement en garantit une gestion qui respecte le secret médical.

---

[1] Les termes de médecin, infirmier, résident et patient sont à entendre dans les deux genres

[2] Réponse du Conseil d'Etat à la question écrite de Philippe Vuillemin portant sur l'application de l'art.20, al.1 LSP, février 2011

Dossier de soins

Le médecin enregistre et vise ses ordres et prescriptions dans le dossier de soins. Il y retranscrit clairement son suivi.

Sous la responsabilité du médecin, des ordres peuvent être donnés par téléphone. L'infirmier reformule alors le médicament prescrit et sa posologie. Le médecin transmet ses ordres signés à l'infirmier responsable le lendemain au plus tard.

Actes médico-délégués

Le médecin prescrit des actes médico-délégués conformes à la liste établie par l'établissement et validée par le médecin responsable. Cette liste repose sur les recommandations publiées par le SSP[3] et sur les capacités de l'établissement.

Relations avec les patients et leur famille

Le médecin entretient tous les contacts nécessaires avec les familles et représentants thérapeutiques de ses patients (entretiens de famille par exemple). Ces contacts interviennent avec le consentement de la personne âgée capable de discernement et dans le respect du secret professionnel.

Formation continue

Le médecin qui suit régulièrement des patients en EMS s'engage à suivre une formation continue en lien avec la mission de l'EMS et tenant compte des recommandations du GMEMS.

Janvier 2012

[3] Recommandations du DSAS relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne dans les EMS conformément à l'art. 73 du règlement du 16 juin 2004 sur les établissements sanitaires et apparentés de droit privé dans le canton de Vaud, 31 juillet 2008

PROTOCOLE D'ACCORD

entre

L'AVDEMS, Association vaudoise d'établissements médico-sociaux
La FEDEREMS, Fédération patronale des EMS vaudois
La FHV, Fédération des hôpitaux vaudois

et

La SVM, Société vaudoise de médecine

Définissant les principes de collaboration entre EMS/Divisions C et médecins responsables

Les parties mentionnées ci-dessus conviennent de ce qui suit :

1. *Cadre légal*

Selon *l'article 149a* de la *Loi sur la santé publique (LSP)* du 29 mai 1985 du canton de Vaud, la responsabilité médicale d'un EMS est assumée par un médecin[1] autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud et choisi parmi les médecins ayant une activité régulière dans l'établissement. Sa désignation est soumise à l'approbation du département. Son remplacement doit être assuré.

Selon *l'art.17 point 1 du Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud (RES)* du 26.01.2011, la personne assumant la responsabilité médicale au sens de l'article 149a LSP doit être au bénéfice d'une formation postgrade en rapport avec l'activité de l'établissement.

Conformément à *l'article 20 de la LSP*, le résident a le libre choix du praticien. Pour des raisons de simplification, de flexibilité et de disponibilité, le résident est, lors de son admission à l'EMS, orienté sur le médecin responsable de l'EMS. Il peut, s'il le souhaite, conserver son médecin traitant ou en choisir un autre externe à l'EMS, pour autant que celui-ci accepte et respecte les contraintes légales et organisationnelles liées à la prise en soins de résidents en EMS.

2. *But de ce protocole*

Ce protocole a pour but de préciser

- Les prestations liées à la fonction de médecin responsable et leur mode de rétribution
- Les modalités de collaboration entre EMS/Division C et médecin responsable, en tant que médecin responsable de l'établissement et médecin traitant d'une part importante des résidents.

[1] Les termes de médecin, infirmier, résident et patient sont à entendre dans les deux genres.

3. *Responsabilités attachées à la fonction de médecin responsable d'EMS/Division C*

Le médecin responsable connaît et partage la philosophie de soins de l'Institution et participe aux développements de sa mission. Il est partie prenante du système qualité mis en place.

Conformément à l'art.149a de la Loi sur la santé publique, il a pour tâche

- d'organiser le service médical
- de veiller à ce que l'activité médicale soit conforme à la législation en la matière
- de veiller à ce que les résidents aient accès aux soins que nécessitent leurs besoins
- de veiller à l'administration correcte des thérapies et des médicaments prescrits
- de veiller à l'hygiène hospitalière.

L'art.17 point 2 du Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud (RES) précise que le médecin responsable doit veiller notamment au respect des directives du département concernant la prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

Le médecin responsable doit annoncer au médecin cantonal les faits susceptibles de constituer un cas de mal pratique ou de soins dangereux émanant d'autres professionnels de la santé.

3.1. Collaboration avec la direction et l'équipe soignante

Le médecin responsable représente la référence médicale pour l'établissement.

Dans les domaines ci-dessus, comme stipulé par l'art. 149a de la LSP, il collabore directement avec la direction de l'EMS et avec l'infirmier chef responsable des soins.

L'article 149 point 2 précise par ailleurs qu'« en collaboration avec le médecin responsable, (le responsable de l'exploitation) est tenu d'annoncer au médecin cantonal tout décès ou événement grave intervenu dans le cadre de l'établissement et susceptible d'engager sa responsabilité ou celle d'une personne exerçant ou ayant exercé une profession de la présente loi ».

Le médecin responsable maintient des contacts réguliers avec l'équipe soignante pour favoriser un processus interdisciplinaire, comme par exemple dans le domaine des soins palliatifs.

Dans le cadre de ses activités ordinaires, il est notamment amené à conseiller et soutenir les équipes soignantes ou la direction pour des situations conflictuelles ou extraordinaires (conflits avec familles et/ou résidents, mesures de contrainte, assistance au suicide,...)

Le médecin responsable valide la liste des actes médico-délégués qui peuvent être pratiqués dans l'établissement. Cette liste repose sur les recommandations publiées par le SSP[2] et sur les capacités de l'établissement.

Il participe à l'élaboration des documents et protocoles qui requièrent sa signature.

De manière ponctuelle, la direction de l'EMS peut le solliciter pour des activités de formation interne des collaborateurs.

3.2. Collaboration avec les autres médecins traitants intervenant en EMS

Le médecin responsable attire l'attention de ses confrères et consoeurs sur la formation continue existant en lien avec la mission de l'EMS.

En cas de désaccord concernant une prise en charge, il est requis comme médiateur entre l'équipe soignante et le médecin traitant concerné.

Le médecin responsable n'est pas automatiquement le médecin remplaçant de médecins traitants extérieurs.

---

[2] Recommandations du DSAS relatives aux conditions de délégation des actes médico-techniques, des soins et des gestes d'assistance aux actes de la vie quotidienne dans les EMS conformément à l'art. 73 du règlement du 16 juin 2004 sur les établissements sanitaires et apparentés de droit privé dans le canton de Vaud, 31 juillet 2008

3.3. Formation

Le médecin responsable a suivi, suit ou s'engage à suivre une formation adaptée à ses fonctions et à la mission de l'EMS.

Il maintient et développe ses connaissances dans le cadre d'une formation continue en lien avec les recommandations du GMEMS.

3.4. Ressources cantonales à disposition

Le médecin cantonal et le Service de la santé publique[3] sont à disposition du médecin responsable lors de situations complexes (situations individuelles, management,...).

Des programmes cantonaux sont en cours dans différents domaines (soins palliatifs, HPCI-Hygiène prévention et contrôle de l'infection, diabète,...). Les sites[4] de ces programmes offrent des informations actualisées en matière de recommandations, bonnes pratiques,...

3.5. Absences du médecin responsable

Le médecin informe la direction de l'EMS de ses absences prévues (vacances, séminaires, autres). Dans la mesure du possible, il coordonne ses absences avec le médecin responsable remplaçant de l'Institution. En cas d'absence conjointe, il se charge de désigner un autre médecin pour le remplacer dans sa fonction de médecin traitant.

4. Responsabilités attachées à la fonction de médecin traitant d'une part importante des résidents

4.1. Visites

Le médecin fait des visites périodiques dans l'établissement, en principe une fois par semaine, selon des horaires déterminés en accord avec l'infirmier responsable.

Les modalités d'intervention en cas d'urgence et en dehors des visites planifiées sont définies d'entente avec la direction à la signature du contrat du médecin responsable.

A l'entrée d'un de ses patients en long séjour en EMS, le médecin assure dans les meilleurs délais une visite d'admission planifiée avec l'infirmier responsable.

Il voit ses patients aussi souvent que leur état de santé le nécessite mais au minimum une fois tous les 6 mois.

4.2. Dossier médical

Le médecin se conforme aux supports utilisés par l'établissement.

Lors de chaque visite, il transcrit ses observations (anamnèse et status) dans le dossier médical. Ce dossier est soumis au secret médical.

4.3. Dossier de soins

Le médecin enregistre et vise ses ordres et prescriptions dans le dossier de soins. Il y retranscrit clairement son suivi.

Sous la responsabilité du médecin, des ordres peuvent être donnés par téléphone. L'infirmier reformule alors le médicament prescrit et sa posologie. Ces ordres sont signés par le médecin au plus tard lors de sa visite hebdomadaire.

---

[3] Site du Service de la santé publique : http://www.vd.ch/fr/autorites/departements/dsas/sante-publique/

[4] Programme cantonal de développement des soins palliatifs : http://www.vd.ch/fr/themes/sante-social/services-de-soins/soins-palliatifs/
Programme cantonal diabète : http://www.vd.ch/fr/themes/sante-social/prevention/le-diabete/programme-cantonal/
Programme cantonal HPCI : http://www.hpci.ch/

4.4. Relations avec les familles

Le médecin responsable entretient tous les contacts nécessaires avec les familles et représentants thérapeutiques des résidents (entretiens de famille par exemple). Ces contacts interviennent avec le consentement de la personne âgée capable de discernement et dans le respect du secret professionnel.

5. Responsabilités de l'EMS

5.1. Visites du médecin responsable et suivis à effectuer

Le dossier de soins du résident est tenu à jour (observations, transmissions ciblées, traitements, rendez-vous médicaux, suivi physio/ergo). Il est mis à disposition du médecin lors de ses visites.

Le personnel infirmier de l'EMS est à disposition du médecin responsable lors de ses consultations hebdomadaires. Il le renseigne sur l'état de santé de ses patients et établit la liste des patients à consulter.

Si le médecin décide d'une consultation chez un spécialiste, le personnel infirmier de l'EMS organise la consultation en transmettant les documents nécessaires.

Le personnel infirmier de l'EMS transmet au médecin tout résultat de consultation externe ou d'analyse qu'il aurait reçu.

Le médecin responsable est tenu informé de tout événement en relation avec sa fonction (visites CIVEMS, plaintes, changement de direction...)

5.2. Dossier médical

Quel que soit le support utilisé, l'établissement garantit une gestion du dossier médical qui respecte le secret médical.

6. *Rémunération*

6.1. *En tant que médecin responsable*

Non imputables à un patient en particulier, les prestations liées à l'activité de médecin responsable ne sont pas prévues par la LAMal et ne peuvent être facturées aux assureurs-maladie.

Ces prestations devant être rétribuées, les parties s'accordent, compte tenu des différents facteurs pouvant influer l'importance de ces prestations, sur le principe d'un forfait négocié lors de l'engagement entre le(s) médecin(s) responsable(s) et la direction de l'institution.

Facturable à l'établissement, le montant minimal de ce forfait est de Fr. 0.50 par résident et par jour.

Ce forfait inclut toutes les prestations du médecin responsable.

A titre exceptionnel et selon l'importance d'un mandat particulier demandé par la direction, le médecin responsable peut négocier avec celle-ci, avant le début du mandat, une facturation selon tarification horaire (Tarmed).

Lorsque plusieurs médecins responsables travaillent dans un même établissement, ceux-ci s'arrangent entre eux pour une juste répartition du montant forfaitaire versé par l'EMS.

6.2. En tant que médecin traitant

Le médecin facture ses honoraires de consultations et de prestations directement à son patient, respectivement à son assurance maladie, conformément aux règles conventionnelles et aux tarifs en vigueur. L'EMS n'intervient pas dans ce processus.

La convention soins entre les partenaires payeurs et les prestataires de soins, précise en son annexe 2 les modalités relatives au paiement des honoraires des médecins pour les prestations au sens de la LAMal dispensées en EMS.

7. *Assurances*

Comme postulé par l'art 75.e de la LSP, le médecin est responsable de ses assurances notamment en responsabilité civile liée à son activité.

8. Résiliation du contrat du médecin responsable

La résiliation du contrat par l'EMS doit, comme postulé par l'art.149a LSP, faire l'objet d'un rapport circonstancié au département.

9. *Situations de litige*

En cas de litige entre un EMS et un médecin responsable, une commission paritaire SVM/EMS est mise sur pied.

10. *Entrée en vigueur et échéance*

Le présent protocole d'accord annule et remplace le protocole d'accord du 28.01.04 définissant les prestations du (des) médecin(s) responsable(s) inscrits dans l'autorisation d'exploiter et leurs remplaçants, qui ne sont pas à charge des assureurs maladie ainsi que leurs modes de rétribution.

Il entre en vigueur le 1er janvier 2012. Il est renouvelable tacitement d'année en année, sauf dénonciation signifiée par l'une ou l'autre des parties au plus tard trois mois avant la fin de l'année civile.

Il peut être modifié en tout temps, moyennant accord des parties.

11. *Disposition particulière*

Si le(s) médecin(s) responsable(s) concerné(s) est(sont) salarié(s) aux conditions d'une institution multi-missions - par exemple un établissement ou groupement hospitalier - les articles 6 et 7 ne s'appliquent pas. Il convient alors de se référer aux conventions ou accords en vigueur.

Fait à Pully le 19 janvier 2012

Association vaudoise d'établissements médico-sociaux

Pierre-Yves Rémy
Président

Tristan Gratier
Secrétaire général

Fédération patronale des EMS vaudois

Adriano Pasquali
Président

Jean-Louis Zufferey
Secrétaire général

Fédération des hôpitaux vaudois

Catherine Labouchère
Présidente

Patricia Albisetti
Secrétaire générale

Société vaudoise de médecine

Ferdinand Beffa
Président du GMEMS

Pierre-André Repond
Secrétaire général

AVENANT A LA CONVENTION DE COLLABORATION DANS LE DOMAINE DE LA GERIATRIE

entre

le **Centre hospitalier universitaire vaudois**,
par son **Département de médecine**,
en particulier par son **Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique**
(ci-après désignés « CHUV », « DM » et « GER »)

et

la **Fondation Résidence La Faverge,** à Oron,
(ci-après désignée « la Résidence »)

ci-après également désignés individuellement comme « Partie » ou collectivement « Parties »

PREAMBULE

Le Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV à Lausanne, unité long séjour, et la Fondation EMS La Faverge – aujourd'hui Fondation Résidence La Faverge - à Oron ont convenu du développement de prestations médicales par des médecins de GER auprès de résidents de la Résidence. A cet effet, les Parties ont signé en 2018 une « Convention de collaboration dans le domaine de la gériatrie » (ci-après la « Convention »).

La Convention prévoit une consultation de gériatrie du CHUV par un médecin chef de clinique ou médecin cadre, à raison d'un demi-jour par semaine pour offrir des prestations médicales aux résidents.

Prévue pour deux ans, la Convention a pris fin le 29 février 2020. Au vu des effets bénéfiques actuels et attendus (incidence positive sur la prise en charge médicale de la personne âgée en long séjour, augmentation des compétences des équipes interdisciplinaires, développement d'une filière de formation médicale ciblée long séjour et de l'attrait de ce secteur à fort besoins futurs, et de l'amélioration des interfaces EMS-CHUV/hôpitaux), la Direction générale du CHUV a décidé en février 2020 de poursuivre le projet de développement de la formation médicale dans la filière du long séjour et par là-même la collaboration avec la Fondation Résidence La Faverge pour une durée de 3 ans, à partir du 1er mars 2020 jusqu'au 30 avril 2023.

Tenant compte de cette prolongation, la Convention est modifiée comme suit :

Article 1

La durée de la Convention est prolongée pour une durée de 3 ans, à savoir du 1er mars 2020 au 30 avril 2023.

Article 2

L'article 15 de la Convention est remplacé par l'article suivant :

Article 15

Entrée en vigueur, durée de la convention, résiliation

a. La présente convention entre en vigueur le 1er mars 2018. Elle est conclue pour une durée de 5 ans, jusqu'au 30 avril 2023. Trois mois avant l'échéance de la présente convention, les Parties décident, d'un commun accord, de l'opportunité de son renouvellement.

b. Chaque Partie peut résilier la présente convention en tout temps par une lettre recommandée, moyennant un préavis de six mois pour la fin d'un mois.

c. Chacune des Parties demeure libre de résilier immédiatement la présente convention pour de justes motifs. Sont considérés comme de justes motifs la violation de la présente convention ou toutes les circonstances graves qui, selon les règles de la bonne foi, ne permettent pas d'exiger de celui qui a résilié le contrat la poursuite des relations contractuelles.

Article 3

Tous les autres articles de la Convention demeurent pour le surplus inchangés et applicables.

Ainsi fait à Lausanne, en 2 exemplaires originaux, le 27.05.2020

Pour le CHUV

Prof. Philippe Eckert
Directeur général

Prof. Jean-Blaise Wasserfallen
Vice-directeur médical

Prof. Gérard Waeber
Chef du Département de médecine

Prof. Christophe Büla
Chef du Service de gériatrie

Pour la Fondation Résidence La Faverge

Pierre-Alain Ducret
Président

Pierre-André Goumaz
Directeur

Dr Marc Polikowski
Médecin responsable

Service de gériatrie et
réadaptation gériatrique

RÉSIDENCE
La Faverge

Route de Bulle 10 | 1610 Oron-la-Ville

Information aux résident-e-s

Suivi médical par la Dre Eve Rubli Truchard

Dans le cadre de votre hébergement à l'EMS La Faverge, vous bénéficiez d'un suivi médical par la Dre Eve Rubli Truchard. Ses prestations s'inscrivent pleinement dans le cadre des interventions de l'équipe interdisciplinaire de l'EMS. La Dre Rubli sera présente à l'EMS les lundis matin pour les visites médicales et peut également être sollicitée à d'autres moments.

Gériatre de formation, la Dre Rubli Truchard est rattachée au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Ses prestations médicales sont par conséquent facturées par le service de facturation du CHUV. Les factures sont transmises directement à votre assurance maladie pour remboursement et vous en recevez une copie pour information.

A noter qu'un contrat d'assurance de base selon le modèle « Médecin de famille » ne couvre pas les prestations ambulatoires du médecin rattaché au CHUV. Cas échéant, il s'agirait donc de changer de modèle d'assurance.

Les directions du Service gériatrie du CHUV (administration : 021 314 38 38) et de l'EMS La Faverge (021 908 09 08) se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Directions du Service de gériatrie du CHUV et de l'EMS La Faverge
Lausanne et Oron, 2019

canton de vaud

CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS
CAISSE CANTONALE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
Rue des Moulins 3 – 1800 Vevey
Tél. : 021 964 12 11
www.caisseavsvaud.ch
AGENCE D'ASSURANCES SOCIALES

NOTICE PC - RFM

Calcul de la prestation complémentaire AVS/AI *(PC)* et remboursement des frais de maladie *(PC-RFM)*

valable dès le 1er janvier 2022

Les prestations complémentaires *(PC)* ont pour but de couvrir dans une mesure appropriée, avec les autres revenus, les besoins vitaux des retraités, des survivants et des personnes handicapées.

Les prestations complémentaires ne doivent pas être confondues avec une aide de l'assistance publique ou privée.

Bases légales

La présente notice se réfère aux dispositions légales actuelles, introduites le 1er janvier 2021, conjointement à la Réforme PC.

Cela signifie que certaines modalités évoquées dans ce document ne concernent pas les calculs réalisés selon les anciennes bases légales *(antérieures au 1er janvier 2021)*, lesquelles restent applicables jusqu'au 31 décembre 2023 lorsque les règles de calcul introduites par la Réforme s'avèrent moins favorables. Sont concernés les bénéficiaires dont le droit aux PC a débuté avant le 1er janvier 2021 *(cf. "Circulaire concernant les dispositions transitoires de la Réforme des PC; C-R PC")*.

Conditions d'octroi

Le droit aux PC est ouvert aux personnes :

- qui reçoivent des rentes de l'AVS ou des prestations de l'AI *(rentes, prestations transitoires de l'AI, allocations pour impotents dès 18 ans, indemnités journalières pour 6 mois au moins)*;
- qui ont leur domicile en Suisse et y séjournent effectivement;
- qui sont de nationalité suisse ou ressortissants d'un État de l'UE signataire des Accords bilatéraux ou de l'AELE. Pour les ressortissants d'un autre État, il faut avoir été domicilié en Suisse de manière ininterrompue depuis 10 ans *(ou 5 ans pour les ressortissants des pays avec lesquels la Suisse a une convention qui le prévoit)*. Les réfugiés et apatrides doivent quant à eux avoir habité en Suisse de manière ininterrompue depuis 5 ans;
- dont la fortune nette ne dépasse pas le seuil d'entrée, fixé à CHF 100'000.– pour les personnes seules, CHF 200'000.– pour les couples et CHF 50'000.– pour les enfants. La valeur des immeubles servant d'habitation principale à leur propriétaire n'est pas prise en compte dans le calcul du seuil d'entrée.

La PC en espèces

Les éléments suivants sont pris en considération dans le calcul de la PC.

FORTUNE *(En Suisse ou à l'étranger)*

- **Fortune mobilière** : argent liquide, avoirs en banque, dépôts, titres, comptes postaux, gains de loteries, capital payé par acompte, valeur de rachat des assurances-vie, éléments de fortune auxquels il a été renoncé *(dessaisissements)*, autres biens *(marchandises, valeur d'assurance du bétail, etc.)*.
- **Fortune immobilière** : la fortune immobilière est prise en compte dans le calcul PC à sa valeur vénale, lorsqu'il s'agit d'un bien-fonds ou d'une maison dans laquelle le bénéficiaire PC n'habite pas. En revanche, si le bénéficiaire PC habite dans la maison dont il est propriétaire, celle-ci est prise en compte à sa valeur fiscale *(selon normes IFD à 100%)* et uniquement pour la part qui excède CHF 112'500.–. Ce montant est porté à CHF 300'000.– lorsqu'un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints *(ou à l'un des partenaires enregistrés)* alors que l'autre vit dans un home ou que le bénéficiaire d'une allocation pour impotent vit dans un immeuble lui appartenant *(ou appartenant à son conjoint, respectivement à son partenaire enregistré)*. Les dettes hypothécaires sont uniquement déductibles de la valeur de l'immeuble qu'elles concernent.
- **Part de la fortune non imputable** :
  - CHF 30'000.– pour les personnes seules;
  - CHF 50'000.– pour les couples;
  - CHF 15'000.– pour les orphelins et les enfants.

  Le solde éventuel de fortune est pris en compte à raison de un quinzième pour les bénéficiaires de rentes AI ou de survivants, de un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse à domicile et de un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui sont dans un home.

  Pour les couples qui possèdent un immeuble servant d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit en home, la fortune, après déduction des parts non imputables précitées, est imputée pour trois quarts au conjoint vivant en home et pour un quart au conjoint vivant à domicile.

B REVENUS DÉTERMINANTS

- **Revenu d'une activité lucrative** : les salaires et revenus après déduction des cotisations des assurances sociales fédérales obligatoires *(AVS/AI/APG/AC/LAA/LPP)* et des frais d'obtention; les allocations pour perte de gain; le revenu de sous-location avec pension.

  Note : du revenu de l'activité lucrative réalisé par l'**ayant droit** est déduit un montant forfaitaire annuel de CHF 1'000.– pour les personnes seules et de CHF 1'500.– pour les familles. Le solde est pris en considération aux deux tiers *(cette règle n'est toutefois pas applicable aux bénéficiaires d'indemnités journalières AI)*. Lorsque le **conjoint** *(le partenaire enregistré)* n'est lui-même pas au bénéfice d'une rente AVS/AI, son revenu d'activité lucrative est pris en compte à hauteur de 80%, sans déduction d'une franchise. Enfin, les salaires réalisés par des **enfants** vivant dans le ménage sont pris en compte aux deux tiers, sans déduction d'une franchise.
- **Revenu hypothétique** : les conjoints ou partenaires enregistrés *(qui n'ont pas atteint l'âge terme AVS)*, les veuves *(sans enfant à charge)* et les invalides partiels doivent mettre à profit leur capacité de travail. S'ils ne le font pas, il peut être tenu compte d'un revenu hypothétique de l'activité lucrative. Les personnes de plus de 60 ans ne sont en principe pas concernées.
- **Rentes AVS/AI** : rentes annuelles de l'AVS et de l'AI
- **Indemnités journalières AI *(IJ AI)*** : des PC peuvent être octroyées dès la naissance du droit aux IJ AI lorsque les conditions ouvrant le droit aux PC sont remplies et que les IJ ont été accordées pour 6 mois au moins. Dès le 1er janvier 2022, les assurés mineurs peuvent également, à certaines conditions, bénéficier d'IJ AI, le cas échéant, de PC AI.
- **Autres rentes** : rentes, pensions et autres prestations périodiques *(rentes étrangères, rentes SUVA (CNA), rentes militaires, retraites, rentes d'assurances privées, etc.)*.
- **Rendement de la fortune mobilière et immobilière** : intérêts de livrets d'épargne, de titres, de comptes courants, etc.; valeur locative du logement, loyers ou fermages encaissés.
- **Autres revenus** : indemnités journalières allouées par l'assurance-maladie, accidents, invalidité et chômage; allocations familiales; valeur de l'usufruit, droit d'habitation, revenus de successions non partagées, prestations touchées en vertu d'un contrat d'entretien viager, ressources ou intérêts de fortune dessaisie; pensions alimentaires dues au *(à la)* conjoint*(e)* divorcé*(e)* ou séparé*(e)*, aux enfants ou à l'ex-partenaire enregistré.

C DÉPENSES RECONNUES

- **Montants destinés à la couverture des besoins vitaux pour personnes à domicile** :
  - CHF 19'610.– pour les personnes seules;
  - CHF 29'415.– pour les couples / partenaires enregistrés;
  - CHF 10'260.– pour les enfants donnant droit à une prestation complémentaire **de plus de 11 ans**.

    Pour les enfants de plus de 11 ans, le forfait de CHF 10'260.– s'applique pour les deux premiers; il s'élève à CHF 6'840.– pour le troisième et pour le quatrième, puis à CHF 3'420.– pour le cinquième et les suivants.
  - CHF 7'200.– pour les enfants donnant droit à une prestation complémentaire **de moins de 11 ans**.

    Pour les enfants de moins de 11 ans, le forfait de CHF 7'200.– s'applique pour le premier enfant ; il s'élève à CHF 6'000.– pour le deuxième, à CHF 5'000.– pour le troisième, à CHF 4'165.– pour le quatrième, puis à CHF 3'470.– pour le cinquième et les suivants.
- **Déduction pour loyer** : jusqu'à concurrence, par année, des montants maximaux reconnus, déterminés selon :
  - La **région** : prise en compte des différences de charge locative entre les **grands centres urbains** (*région 1; VD = Lausanne uniquement), les **villes** (région 2) et la **campagne** (région 3)*;
  - La **taille du ménage** *(nombre de personnes comprises dans le calcul PC)*;
  - Le **type de logement** : **personnes vivant seules**, **familles** ou **communautés d'habitation** *(= personne seule vivant avec une ou plusieurs autres personnes qui ne sont pas comprises dans le calcul PC)*.

	Montants en CHF		
	Région 1	**Région 2**	**Région 3**
Personne seule	16'440.–	15'900.–	14'520.–
2 personnes	19'440.–	18'900.–	17'520.–
3 personnes	21'600.–	20'700.–	19'320.–
4 personnes et plus	23'520.–	22'500.–	20'880.–
Personne seule en **communauté d'habitation**	9'720.–	9'450.–	8'760.–

Si la location d'un appartement permettant la circulation d'une chaise roulante est nécessaire, le montant maximum des frais de loyer est majoré de CHF 6'000.– par année. Ce forfait doit, le cas échéant, être réparti à parts égales entre toutes les personnes vivant dans le ménage, y compris celles qui ne sont pas prises en compte dans le calcul PC.

Enfin, en cas de partage du logement avec un tiers, le loyer doit être réparti.

- **Frais de séjour dans un home** : prix journalier de pension reconnu au sens de la législation cantonale.

- **Dépenses personnelles pour les pensionnaires de homes** : déterminées en fonction de la catégorie du home. Le montant mensuel pris en compte dans le calcul PC pour les dépenses personnelles est de :
  - **CHF 400.–** par mois pour les **établissements à mission psychiatrique ou de prise en charge d'un handicap *(y compris les établissements de la filière EPSM)***;
  - **CHF 275.–** par mois pour les **établissements à mission gériatrique ou psychiatrique de l'âge avancé.**
- **Assurance-maladie** *(prime de l'assurance obligatoire des soins LAMal)* : le montant pris en compte correspond à la **prime effective**, limitée toutefois à la **prime cantonale de référence** *(prime moyenne)* applicable pour la région de domicile de l'ayant droit.
- **Frais de prise en charge extrafamiliale des enfants** *(frais de garde)* : les frais effectivement facturés pour la prise en charge extrafamiliale des enfants de **moins de 11 ans** peuvent être pris en compte à titre de dépense reconnue dans le calcul PC, pour autant que cette prise en charge soit **nécessaire** et **dûment établie**. Les frais de prise en charge non institutionnelle, c'est-à-dire la prise en charge extrafamiliale des enfants par des **personnes privées en dehors d'une organisation**, ne sont **pas reconnus**.

  Attention : lorsque la garde de l'enfant cesse, le bénéficiaire PC doit le signaler sans délai à l'Agence d'assurances sociales ou à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS.
- **Cotisations AVS/AI/APG des personnes sans activité lucrative** : en principe, ne sont pas déduites du revenu, mais payées directement par les PC.
- **Intérêts hypothécaires et frais d'entretien d'immeubles** : les premiers peuvent être intégralement déduits, les seconds, selon le taux forfaitaire applicable en matière d'impôt cantonal direct; la somme de ces deux déductions ne peut toutefois excéder le revenu brut des immeubles.
- **Autres déductions** : pensions alimentaires versées, etc.

D CALCUL DE LA PRESTATION COMPLÉMENTAIRE *(C - B)*

Le montant de la prestation complémentaire correspond à la différence entre les dépenses reconnues et les revenus.

Pour les couples dont l'un des conjoints *(l'un des partenaires enregistrés)* ou les deux vivent dans un home, la prestation complémentaire est calculée séparément pour chacun des conjoints *(des partenaires enregistrés)*.

Prime de l'assurance-maladie obligatoire des soins *(subside)*

Les ayants droit PC bénéficient d'un subventionnement pour les primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins selon décision de l'Office vaudois de l'assurance-maladie *(OVAM)*. Si la prime de l'assurance obligatoire dépasse le montant du subside, le bénéficiaire PC devra prendre la différence à sa charge.

RESSOURCES NE FAISANT PAS PARTIE DU REVENU DÉTERMINANT

- L'aide fournie, sans obligation contractuelle, par la famille
- Les prestations de l'assistance publique et celles provenant de personnes et d'institutions publiques ou privées ayant manifestement un caractère d'assistance
- L'aide individuelle au logement
- Les allocations pour impotent de l'AVS et de l'AI
- Les bourses d'études et autres aides financières à l'instruction

Le remboursement des frais de maladie *(PC-RFM)*

Chaque bénéficiaire de PC dispose d'un crédit annuel appelé « quotité disponible » pour le remboursement de ses frais de maladie et d'invalidité dont les montants sont fixés à :

- CHF 6'000.– pour les personnes séjournant dans des homes;
- CHF 25'000.– pour les personnes seules vivant à domicile;
- CHF 50'000.– pour les couples vivant à domicile,
- CHF 10'000.– pour les orphelins de père et/ou mère vivant à domicile.

Les enfants qui ne sont pas pris en considération dans le calcul PC de leur*(s)* parent*(s)* suite à un calcul comparatif moins favorable ont, sous condition, également droit au remboursement de leurs frais de maladie et d'invalidité.

Les personnes dont les revenus sont supérieurs aux dépenses et qui ont, par conséquent, reçu une décision de refus PC peuvent néanmoins avoir droit elles aussi, sous certaines conditions, à la prise en charge de tels frais.

Les RFM ne sont en principe pas remboursés aux fournisseurs mais directement aux bénéficiaires de PC et sur le même compte que la PC mensuelle.

LES FRAIS QUI PEUVENT ÊTRE PRIS EN CONSIDÉRATION

- **Franchise et quote-parts facturées par les caisses-maladie** : le remboursement est limité à CHF 1'000.– par année et n'intervient que dans le cadre des franchise et quote-parts inhérentes à l'assurance-maladie obligatoire des soins. Il s'agit donc des premiers frais qui ne sont pas pris en charge par la caisse-maladie. Pour obtenir leur remboursement : présenter les décomptes originaux reçus de la caisse-maladie *(le remboursement est fait au bénéficiaire qui doit payer lui-même ses factures)*.

Toutefois, pour les **bénéficiaires PC AVS/AI qui, au 1er décembre 2021, résidaient effectivement dans un établissement médicalisé**, ce montant de **CHF 1'000.–** *(**CHF 300.–** de franchise + **CHF 700.–** de quote-parts)* est versé de manière automatisée, en trois tranches et conjointement au paiement des prestations AVS/AI :

- **CHF 600.–** au mois de janvier 2022 et **CHF 200.–** aux mois de février et mars 2022.

Il n'est donc pas nécessaire, pour ces bénéficiaires, de présenter leurs décomptes d'assurance-maladie LAMal.

- **Participation journalière de CHF 60.– lors d'un « court séjour » en EMS ou dans un hôpital** : un montant de CHF 30.– par jour peut être remboursé sur présentation de la facture reçue, le solde de CHF 30.– restant à la charge de l'assuré.
- **Participation journalière de CHF 15.– lors d'un séjour hospitalier** : cette contribution personnelle correspond aux frais de nourriture. Elle n'est pas remboursée par les PC-RFM dans la mesure où les frais concernés sont compris dans le forfait pour la couverture des besoins vitaux, lequel intervient dans le calcul PC au titre de dépense reconnue pour les personnes à domicile *(cf. page 2, rubrique "Montants destinés à la couverture des besoins vitaux pour personnes à domicile")*.
- **Frais de traitement dentaire** : seuls sont pris en charge les soins dentaires et les prothèses selon le tarif prévu par le Référentiel des prestations dentaires pour le canton de Vaud. La confection et le rebasage d'une prothèse dentaire par un laboratoire, sans intervention du dentiste-traitant, ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. **Avant d'entreprendre un traitement d'un montant supérieur à CHF 500.–, le patient est tenu de demander à son dentiste-traitant de nous soumettre préalablement un devis après lui avoir précisé qu'il est bénéficiaire PC**. Le règlement de la facture finale s'effectuera au dentiste-traitant directement, si celui-ci est signataire de la convention proposée par les autorités cantonales; si le dentiste-traitant n'est pas signataire de la convention, la prestation accordée sera versée au bénéficiaire, charge à lui de payer son dentiste. Les traitements dentaires réalisés à l'étranger sont quant à eux pris en charge uniquement lorsqu'ils présentent un caractère d'urgence. Enfin, la prime d'assurance complémentaire LCA pour frais dentaires est remboursée pour les enfants de moins de 18 ans.
- **Régimes alimentaires** : l'assuré vivant à domicile peut prétendre à une indemnité - dont le montant est fixé de cas en cas selon le besoin, mais au maximum CHF 175.– par mois - si le régime alimentaire est **indispensable à sa survie** et qu'il entraîne des **dépenses supplémentaires importantes** par rapport au coût d'une alimentation normale. Si tel est le cas, présenter une demande afin de déclencher l'évaluation des besoins.
- **Frais de transport** : lorsque l'assuré se rend au lieu de traitement médical le plus proche, les frais sont remboursés au tarif d'un moyen de transport 2e classe *(présenter les tickets de transport avec les cartes de rendez-vous chez le médecin)*.
  - S'il est nécessaire médicalement d'utiliser un autre moyen de transport adéquat *(véhicule transport-handicap, taxi)* pour se rendre au lieu de traitement ou en cas d'accident / d'urgence *(ambulance ou autre)*, les factures doivent être soumises préalablement à l'assurance-maladie; les frais non remboursés par l'assurance-maladie peuvent être pris en charge par les PC sur présentation de la décision ou du bordereau de participation de la caisse-maladie.
  - Sous certaines conditions, les frais de transport pour se rendre du domicile à une structure de jour pour handicapés, d'une institution d'hébergement au domicile des parents pour le week-end ou à une convocation judiciaire peuvent également faire l'objet d'un remboursement.
- **Frais d'aide au ménage et de tâches d'assistance destinées à favoriser le maintien à domicile** : lorsque l'aide au ménage et les tâches d'assistance sont apportées par le personnel d'une institution reconnue *(AVASAD/CMS ou La Solution.ch)*, les frais peuvent être remboursés jusqu'à concurrence de la « quotité disponible » *(CHF 25'000.– par année pour une personne seule)*.

  Si l'aide au ménage et les tâches d'assistance sont assumées par un autre personnel, elles doivent au préalable faire l'objet d'une évaluation par une institution publique *(AVASAD/CMS)* et les frais sont pris en considération de la manière suivante :
  - au maximum CHF 4'800.– par année pour le personnel privé;
  - au maximum CHF 25'000.– par année pour le personnel régulier engagé par contrat de travail durable, et à condition que l'ayant droit PC soit au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave;
  - au maximum CHF 2'400.– par année pour le membre de la famille qui ne vit pas avec le bénéficiaire et qui n'est pas confronté à une perte de gain;
  - au maximum CHF 25'000.– par année *(mais au maximum 60 heures par mois)* pour le membre de la famille confronté à une perte de gain, lorsque les prestations d'aide et d'assistance sont fournies de manière notable et durable et pour autant qu'il ne soit pas de lui-même compris dans le calcul PC.

  Les rentiers AI vivant à domicile et qui bénéficient d'une allocation pour impotent moyenne ou grave peuvent prétendre au remboursement de leurs frais de soins et soutien pour maintien à domicile dans une mesure plus large : au lieu de les limiter à CHF 25'000.– par année, ceux-ci peuvent être augmentés à CHF 60'000.– en cas d'impotence moyenne ou à CHF 90'000.– en cas d'impotence grave *(dans ces cas-là, il sera cependant tenu compte, en déduction, de l'allocation d'impotence ou de la contribution d'assistance reçue de l'AI)*.
- **Appareil d'appel à l'aide *(Secutel, biotélévigilance)*** : les frais de location sont remboursés jusqu'à respectivement CHF 32.– ou CHF 42.– par mois *(en fonction de l'appareil)*, un solde de CHF 10.– restant à la charge de l'assuré.
- **Frais de moyens auxiliaires** : sont tout ou partie remboursables subsidiairement à l'AI et / ou à l'assurance-maladie : les chaises percées, les lunettes, verres de contact ou implants après opération de la cataracte, les canne simple, cannes anglaises, béquilles axillaires, tintébin et rollator. Pour les personnes vivant à domicile et après évaluation du besoin par le CMS, une participation peut être prise en charge pour l'achat ou à la location d'un surmatelas de prévention d'escarre et / ou d'un coussin de prévention d'escarre / de positionnement.

  Pour les rentiers AVS, une contribution égale au tiers de la contribution accordée par les moyens auxiliaires de l'AVS peut être versée, **sur présentation de la décision prise par l'Office AI**, pour les moyens auxiliaires suivants : fauteuil roulant, chaussures orthopédiques sur mesure et appareil acoustique. Les lits électriques, les élévateurs de malade, les potences, les guidons de transfert et les barres de redressement peuvent être pris en charge *(location ou, dans certains cas, achat)*, ceci subsidiairement au remboursement éventuel de l'AI.

Remarques importantes

MARCHE À SUIVRE POUR OBTENIR LES PRESTATIONS

Les demandes de PC - accompagnées des pièces justificatives utiles - doivent être déposées à **l'Agence d'assurances sociales**; pour les personnes hébergées dans un home, la demande peut être transmise par la direction du home.

Les factures et / ou décomptes de frais de maladie doivent être présentés à **l'Agence d'assurances sociales au plus tard dans les 15 mois dès la date de leur établissement**. Ce délai est toutefois ramené à 6 mois pour faire valoir des frais de home.

- pour les personnes qui ont droit aux PC, les factures peuvent être indifféremment présentées au fur et à mesure ou groupées;
- pour les personnes qui n'ont pas droit aux PC, toutes les factures doivent être groupées et envoyées uniquement dans la mesure où elles dépassent *(montant total cumulé)* l'excédent de revenus indiqué sur la décision de refus PC.

RAPPEL

Les personnes qui ont reçu une décision de refus de PC, doivent - si elles souhaitent se faire rembourser des frais de maladie - redéposer régulièrement *(en principe tous les ans)* une nouvelle demande PC.

Début du droit

Le droit à la PC prend naissance au 1er jour du mois où la demande est déposée. Sont réservés les cas d'effet rétroactif, si la demande de PC est déposée dans les 6 mois qui suivent la notification d'une décision de rente AVS ou AI ou d'indemnités journalières AI.

Versement

La prestation est versée sur un compte bancaire ou postal. Lorsque la rente AVS ou AI est également versée par notre institution, les deux prestations sont susceptibles d'être cumulées en un seul versement.

Obligation de renseigner

L'ayant droit ou son représentant légal - ou, le cas échéant, le tiers ou l'autorité auquel *(à laquelle)* la PC est versée - doit communiquer sans retard tout changement dans **la situation personnelle et toute modification dans les éléments de revenu ou de fortune** indiqués dans la décision PC, y compris une diminution de loyer. Cette obligation de renseigner porte aussi sur les modifications de la situation des membres concernés de la famille de l'ayant droit, y compris les tiers qui partagent le logement *(pour les tiers, annoncer uniquement les ménages communs et les départs)*. À réception de la décision PC, il appartient donc à l'assuré de vérifier l'exactitude du plan de calcul et de faire part de toute divergence constatée, sans délai et justificatif*(s)* à l'appui. Enfin, les bénéficiaires PC qui vont hériter, doivent le signaler immédiatement, sans attendre d'entrer en jouissance de l'héritage.

Les modifications annoncées auprès d'un autre service ou office *(p. ex. : Office AI, Office d'impôt, services sociaux)* ne valent pas communication auprès du Service PC.

Séjour à l'étranger

Tout séjour à l'étranger de plus de 3 mois *(d'une traite ou fractionné)* doit impérativement être communiqué. Un séjour à l'étranger de plus de 3 mois *(même non consécutifs)* entraîne la suppression du droit à la PC.

ATTENTION

En cas de retour en Suisse, le délai de carence recommence à courir à zéro pour les ressortissants étrangers d'un pays hors UE/AELE. Cela signifie que l'assuré doit une nouvelle fois acomplir les années de domicile détaillées en page 1 *(cf. rubrique "Conditions d'octroi")* avant de pouvoir à nouveau bénéficier des PC.

Restitution des prestations versées à tort

Les PC et les RFM versés à tort - sur la base de déclarations incomplètes ou erronées des revenus et de la fortune - doivent être restitués par le bénéficiaire ou ses héritiers.

Restitution des prestations légalement perçues

Après le décès du bénéficiaire PC, les prestations complémentaires qu'il a perçues au cours des 10 dernières années doivent être remboursées par ses héritiers. Aucune restitution n'est toutefois due sur les prestations perçues avant le 1er janvier 2021.

Cette mesure est applicable uniquement lorsque l'ayant droit disposait de CHF 40'000.– de fortune à son décès et seulement pour la part de la succession qui dépasse cette somme. Pour les couples, l'obligation de restituer intervient au décès du 2e conjoint.

Information

Les bénéficiaires PC peuvent obtenir l'exemption de la taxe radio / TV en envoyant à Serafe SA - case postale - 8010 Zurich une attestation fournie sur demande par l'Organe PC *(remise d'office lors d'un nouveau droit PC)*.

Pour tout renseignement, prière de s'adresser à l'Agence d'assurances sociales

CAISSE CANTONALE VAUDOISE
DE COMPENSATION AVS

Rue des Moulins 3 – 1800 Vevey – Tél. : 021 964 12 11 – www.caisseavsvaud.ch

DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES AVS/AI

Ce formulaire, mis à disposition sur notre site internet, ne doit pas être envoyé par e-mail, mais présenté ou transmis par courrier postal à l'Agence d'assurances sociales *(AAS)*, avec les documents et justificatifs requis *(sous forme de copies)*.

Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine est employée dans ce document et désigne implicitement les personnes des deux sexes.

Coordonnées personnelles

	Requérant	Conjoint / Partenaire enregistré
N° de sécurité sociale *(NSS)* :	756.	756.
Nom :		
Prénom*(s)* :		
Nom d'alliance :		
État civil / Depuis quand *(jj/mm/aaaa)* ?		
Lieu de naissance / Date *(jj/mm/aaaa)* :		
Nationalité :		
Pour les Suisses *(commune / canton)* :		
Pour les étrangers *(entrée en Suisse / genre de permis)* :		
N° de contribuable :		
Résidence actuelle *(adresse privée ou en établissement)* :		
En cas d'hébergement, domicile privé antérieur :		
N° de téléphone :		
Adresse e-mail :		

Coordonnées bancaires ou postales

	Requérant	Conjoint / Partenaire enregistré
Nom du titulaire du compte :		
Adresse bancaire ou postale :		
IBAN obligatoire :		

Note : si la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS verse d'autres prestations *(rente, allocation pour impotent, etc.)* la PC sera ajoutée, pour un seul versement cumulé, sur le même compte.

Coordonnées du représentant ☐ curateur/tuteur *joindre acte de nomination* ☐ répondant

Nom et prénom :

Rue, n° :

N° de téléphone :

Lien avec le requérant :

NPA, localité :

Adresse e-mail :

Enfant(s) donnant droit à une rente de l'AVS/AI

Nom et prénom	Date de naissance *(jj/mm/aaaa)*	Sexe *(M / F)*	Lieu de domicile de l'enfant vivant hors de votre ménage	Qui a la charge de l'enfant ?	L'enfant est-il Étudiant	Écolier	Apprenti
		☐ M ☐ F			☐	☐	☐
		☐ M ☐ F			☐	☐	☐
		☐ M ☐ F			☐	☐	☐
		☐ M ☐ F			☐	☐	☐

Situation financière du requérant, de son conjoint / part. enregistré et de ses enfants *joindre justificatifs*

Montants annuels en CHF

REVENUS ANNUELS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE *(sauf si modification importante)* **ET RENTES EN COURS**	Requérant	Conjoint / Part. enregistré *(et enfants)*	**Partie reservée à la CCVD**
1. Prestation 1er pilier	☐ AVS ☐ AI	☐ AVS ☐ AI	
a) Rentes de l'AVS ou de l'AI			
Pour les rentes AI, veuillez préciser le taux d'invalidité	%	%	
b) Indemnités journalières de l'AI			
c) Allocations pour impotents			
2. Rente de retraite de la prévoyance professionnelle obligatoire *(LPP 2e pilier)*			
a) Avez-vous exercé une activité salariée ou perçu des indemnités chômage soumises à la LPP ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
b) Percevez-vous une rente LPP / 2e pilier ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ Si oui *joindre justificatifs*			
⇨ Si non, avez-vous effectué des démarches pour obtenir de telles prestations ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
c) Une institution LPP ou de libre passage vous a-t-elle versé un capital LPP / 2e pilier ? *joindre justificatifs*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ Si oui, veuillez préciser : le montant			
la date du versement *(jj/mm/aaaa)*			
Motifs : ⇨ âge, retraite	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ début d'une activité lucrative indépendante	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ départ définitif de la Suisse	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ financement de la propriété du logement	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ décès ou invalidité du conjoint / part. enregistré	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ liquidation du compte / police de libre passage	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
d) Êtes-vous titulaire d'un *(de)* compte*(s)* de libre passage ? *joindre justificatifs*	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
3. Rentes étrangères			
a) Percevez-vous une *(des)* rente*(s)* étrangère*(s)* ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ Si oui *joindre justificatifs*			
⇨ Si non, avez-vous effectué des démarches pour obtenir de telles prestations ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
b) Avez-vous séjourné et travaillé à l'étranger ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ Si oui, veuillez indiquer : les années			
le*(s)* pays			
4. Rentes accidents *(LAA, SUVA)*			
5. Autres rentes *(3e pilier, assurance-vie, militaire, etc.)*			
6. Revenus d'une activité lucrative			
a) Salaire **net** en espèces après déduction des cotisations aux assurances sociales			
⇨ Frais nécessaires à l'obtention du salaire *joindre justificatifs*			
b) Revenu en espèces d'une activité indépendante après déduction des cotisations aux assurances sociales			
⇨ Frais nécessaires à l'obtention du revenu *joindre justificatifs*			
c) Salaire en nature			
d) Allocations pour perte de gain maternité / militaire			
7. Autres revenus			
a) Indemnités journalières pour perte de gain versées par une assurance *(maladie, accident, chômage)*			
b) Pension alimentaire due au requérant, pour lui-même et / ou pour les enfants *joindre jgt divorce, MPUC, situation ex-conjoint*			
Avez-vous confié un mandat de recouvrement au BRAPA *(Bureau de recouvrement et d'avances de pensions alimentaires)* ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
c) Allocations familiales			
d) Sous-location			

Situation financière du requérant, de son conjoint / part. enregistré et de ses enfants *joindre justificatifs*

Montants annuels en CHF

DÉPENSES RECONNUES	Requérant	Conjoint / Part. enregistré *(et enfants)*	**Partie reservée à la CCVD**
1. Habitation			
a) Loyer annuel ***joindre bail + justificatif loyer actuel***			
b) Charges annuelles			
c) Nombre de personne*(s)* occupant le logement y compris vous-même	..... personne*(s)*		
2. Établissement médico-social			
a) Nom de l'établissement			
b) Date d'entrée et type de lit			
c) Avez-vous contracté une assurance complémentaire pour soins de longue durée *(p. ex. Cura)* ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
3. Montant annuel des cotisations AVS/AI/APG dues en qualité de non-actif			
4. Pension alimentaire versée par le requérant			
FORTUNE ET DETTES			
1. Fortune mobilière en Suisse et / ou à l'étranger			
a) Argent liquide, avoirs en banque, dépôts, titres, compte postal, gains de loterie et capital payé par acomptes			
b) Rendement de la fortune mobilière y compris comptes usufruit			
c) Valeur de rachat d'une assurance-vie			
d) Êtes-vous membre d'une hoirie *(succession non partagée)* ? ***joindre inventaire des biens et certificat d'héritiers***	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
e) Avez-vous *(vous-même ou votre conjoint / part. enregistré)* cédé des capitaux, droits ou biens à vos enfants ou à d'autres tiers ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	
⇨ Si oui, veuillez indiquer : la date de la cession			
le montant du capital cédé			
la valeur des droits ou des biens cédés ***joindre acte***			
f) Autres biens *(prêts et créances envers des tiers, marchandises, valeur d'assurance du bétail, etc.)* et autres actifs			
g) Dettes			

2. Fortune immobilière

a) Bien immobilier servant d'habitation principale

Type : ☐ propriété ☐ usufruit ☐ droit d'habitation ☐ nue-propriété

Commune du bien : Part de propriété :

Nombre de personne*(s)* occupant le logement y compris vous-même :

Valeur fiscale : Valeur locative : ☐ pas taxé

Dette hypothécaire : Intérêts hypothécaires : Loyers encaissés :

b) Bien(s) immobilier(s) en Suisse ne servant pas d'habitation principale

Type : ☐ propriété ☐ usufruit ☐ droit d'habitation ☐ nue-propriété

Commune du bien : Part de propriété :

Valeur vénale *(à défaut, fiscale)* : Valeur locative : ☐ pas taxé

Dette hypothécaire : Intérêts hypothécaires : Loyers encaissés :

c) Bien(s) immobilier(s) à l'étranger

Type : ☐ propriété ☐ usufruit ☐ droit d'habitation ☐ nue-propriété

Commune / Pays du bien : Part de propriété :

Valeur vénale *(à défaut, fiscale)* : Valeur locative :

Dette hypothécaire : Intérêts hypothécaires : Loyers encaissés :

d) Autre(s) bien(s) immobilier(s) *(terrains, vignes, forêts, etc.)* en Suisse ou à l'étranger

Valeur vénale *(à défaut, fiscale)* : Rendement :

Aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale *(LAPRAMS)*

Direction générale de la cohésion sociale *(DGCS)*, Bâtiment administratif de la Pontaise, rue des Casernes 2, 1014 Lausanne

Si le requérant n'a pas droit à une PC AVS/AI pour des raisons administratives *(absence de rente AVS ou AI, conditions de domicile non réunies, etc.)* et que ses revenus sont insuffisants pour couvrir ses frais d'hébergement médico-social, l'aide au sens de l'article 28 LAPRAMS est sollicitée; dans ce cas, une décision sera prise par la DGCS et l'aide sera versée directement à l'établissement.

☐ Une demande de prestations AI a été déposée et l'assuré est en attente d'une décision de l'Office AI *(OAI)*.

Les avances octroyées par la DGCS en attente de prestations d'assurances sociales sont remboursables dans tous les cas *(article 32 LAPRAMS)*.

Entraide administrative et communication de données

Le soussigné autorise l'échange et le traitement de données, principalement avec les autorités migratoires *(vérification des périodes de domicile en Suisse et des autorisations de séjour délivrées aux ressortissants étrangers)*, les autorités fiscales *(contrôle des éléments de revenu et de fortune)* et l'Office vaudois de l'assurance maladie *(OVAM; subside octroyé aux bénéficiaires PC)*. En application de l'article 15, alinéa 1, lettre d, de la Loi vaudoise sur la protection des données personnelles, il consent également expressément à ce que les AAS ainsi que des entités spécifiques de la DGCS puissent solliciter certaines données ou y accéder dans le but notamment de déterminer le droit aux prestations, de contrôler ces dernières et de collecter des informations à des fins statistiques.

Déclaration et signature

Le requérant, respectivement son répondant ou son représentant légal, certifie avoir rempli le présent formulaire de manière complète et conforme à la vérité. Il est expressément rendu attentif à l'échange automatique de renseignements *(EAR)* entre organes fiscaux suisses et étrangers et à la possibilité pour l'organe PC d'avoir ainsi connaissance d'éléments de fortune mobilière *(p. ex. comptes bancaires)* et immobilière *(p. ex. maison, appartement, terrain)* situés hors de Suisse. En cas d'informations inexactes, incomplètes ou d'omissions, les prestations indûment touchées feront l'objet d'une décision de restitution. Si l'assuré a obtenu des prestations sur la base d'informations sciemment fausses ou inexactes, une plainte pénale pourra être déposée auprès du Ministère public; une sanction pouvant aller jusqu'à une peine privative de liberté, voire une expulsion du territoire suisse lorsqu'il s'agit d'un ressortissant étranger, pourra être prononcée *(articles 66a, 146 et 148a du Code pénal suisse, article 31, al. 1, let. d de la Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI)*.

Le bénéficiaire, cas échéant par le biais de son répondant ou de son représentant légal, s'engage à informer spontanément, sans retard, par écrit et justificatif*(s)* à l'appui l'AAS de son domicile, l'établissement dans lequel il séjourne ou l'organe PC à Vevey de :

a) tout changement dans sa situation économique ou familiale, y compris celle de son conjoint / partenaire enregistré et de ses enfants, de nature à modifier le droit à la prestation

b) toute absence de Suisse de plus de 3 mois par année *(consécutifs ou fractionnés)*.

Lieu et date : _____

Signature du **requérant** ou de son **représentant légal** : _____

Merci de signer ce formulaire, de le présenter ou de le transmettre par courrier postal à l'Agence d'assurances sociales de votre domicile

Partie réservée à la CCVD

Date dépôt demande PC :
Date décision rente :
Date début du droit rente :
Date dépôt demande rente :
Date entrée HOME :
DÉBUT DROIT PC :

À contrôler	√ / -
Adresses *(domicile + courrier + paiement)*	
Coordonnées conjoint / p. ex. + enfant*(s)*	
Permis B UE/AELE	
Vérification rente*(s)* Telezas + AF si PSA	
Début droit - rétroactif	

À contrôler	√ / -
Attestation*(s)* formation si enfant*(s)*	
Contribution d'entretien	
Droit rente LPP et / ou capital	
Bien dessaisis	
Revenus hypothétiques	
Échéances	
Fax si rétro *(CSR, DGCS)* + PC Fam.	
Si refus PC, inclure cotisations AVS	
Transmission facture*(s)* RFM	
Demande transfert dossier rente ou lettre info droit PC si caisse transfère pas	
À faire valider *(OR, + 10'000, biens dessaisis, contribution entretien)*	
Visa gestionnaire PC:	

Agence d'assurances sociales

Lieu et date : _____

Timbre et signature : _____

Préavis de la commission d'enquête AVS

La Commission a contrôlé, dans la mesure de ses moyens, les déclarations du requérant. Celles-ci sont complètes et correspondent à la réalité.

Observations :

Date : _____ **Le président :** _____ **Le secrétaire :** _____

CAISSE CANTONALE VAUDOISE
DE COMPENSATION AVS

Rue des Moulins 3 – 1800 Vevey – Tél. : 021 964 12 11 – www.caisseavsvaud.ch

ANNEXE À LA DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES AVS/AI *(PC)*

Valable dès le 01.01.2021 suite à l'introduction de la Réforme PC

À joindre systématiquement à toute demande PC déposée dès le 01.01.2021, à l'exception des demandes rétroactives avec début du droit antérieur au 01.01.2021

Coordonnées du requérant **N° de sécurité sociale *(NSS)* : 756.**

Nom: Prénom*(s)*:

ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE DES SOINS *(couverture de base LAMal)*

Prime mensuelle effective à prendre en compte dans le calcul PC dès le 01.01.2021 *(prime tarifaire approuvée par l'OFSP en fonction du groupe d'âge, de la franchise, du modèle d'assurance et de la couverture accidents éventuelle)* ***joindre police(s) d'assurance***	**Nom de l'assureur**	**Prime mensuelle en CHF**	**Partie reservée à la CCVD**
Requérant			
Conjoint / Part. enregistré			
Enfant n°1 / Prénom:			
Enfant n°2 / Prénom:			
Enfant n°3 / Prénom:			
Enfant n°4 / Prénom:			

FORTUNE

1. Seuil d'entrée

Seules les personnes dont la fortune est inférieure à **CHF 100'000.–** ont droit aux PC dès 2021. Ce seuil d'entrée est fixé à **CHF 200'000.–** pour les couples et à **CHF 50'000.–** pour les enfants *(la valeur d'un immeuble qui sert d'habitation à son propriétaire n'est pas prise en compte).*

La fortune disponible au 1er jour du mois où débute le droit PC potentiel est déterminante.

Rubriques à compléter lorsque la fortune avoisine les seuils précités *(p. ex. lorsque le dossier fiscal laisse apparaître une fortune supérieure ou proche desdits seuils lors des années précédentes)* ***joindre justificatif(s)***

Situation de fortune au 1er:	**Montants en CHF** Requérant	Conjoint / Part. enr.	Enfant*(s)*	Partie reservée à la CCVD
Argent liquide, avoirs en banque, dépôts, titres, compte postal, gains de loterie et capital payé par acomptes				
Valeur de rachat d'une assurance-vie				
Fortune dessaisie *(voir demande PC, rubrique 1e)*				
Autres biens *(prêts et créances envers des tiers, marchandises, valeur d'assurance du bétail, etc.)* et autres actifs				
Fortune immobilière ne servant pas d'habitation principale *(voir rubrique 2 b, c et d de la demande PC)*				
Dettes *(les dettes hypothécaires liées aux immeubles servant d'habitation ne sont pas retenues)*				
Total	**0.00**	**0.00**	**0.00**	

2. Consommation excessive ***cocher la (les) case(s) correspondante(s)***

La consommation de fortune admise annuellement sans explication est de **CHF 10'000.–** lorsque la fortune est **inférieure à CHF 100'000.–** et de **10%** lorsqu'elle est **supérieure à CHF 100'000.–**. Si la diminution dépasse ces seuils, un calcul de consommation excessive doit être réalisé. Le requérant PC peut alors produire les justificatifs relatifs aux dépenses suivantes afin que celles-ci soient portées en déduction. ***joindre justificatif(s)***

	Montants en CHF	Partie reservée à la CCVD
☐ Dépenses effectuées en vue de maintenir la valeur d'immeubles ***joindre l'annexe y relative de la déclaration d'impôt***		
☐ Frais de traitements dentaires		
☐ Frais en rapport avec une maladie ou une invalidité non couverts par une assurance sociale		
☐ Frais d'obtention du revenu		
☐ Frais de formation et de perfectionnement à des fins professionnelles		
☐ Justificatifs attestant les pertes de fortune involontaires *(p. ex. pertes imprévisibles sur les marchés boursiers, prêts non remboursés)*		

Partie reservée à la CCVD

LOYER

Inchangées depuis 2001, les limites maximales pour les loyers sont revues à la hausse.
Celles-ci dépendent désormais :

- de la **région** : les grands centres urbains *(région 1; VD = Lausanne uniquement)*, les villes *(région 2)* et la campagne *(région 3)*
- de la **taille du ménage** : soit le nombre de personnes comprises dans le calcul PC *(dorénavant jusqu'à 4 forfaits)*
- du **type de logement** : personnes vivant seules, familles et communautés d'habitation *(voir définition ci-dessous; pour cette nouvelle catégorie, le forfait correspond à la moitié du montant applicable pour 2 personnes)*

Détermination du type de logement

a) Type de logement ***cocher la case correspondante***

☐ **Personnes vivant seules :** toute personne qui est le seul membre de son ménage
Cette catégorie inclut :
- les personnes seules à domicile ou en home
- les personnes dont le conjoint / partenaire enregistré vit dans un home ou un hôpital
- les conjoints / partenaires vivant séparés au sens du chiffre n° 3141.01 des Directives PC :
  - qui ont été séparés judiciairement ou
  - qui sont en instance de divorce ou de séparation de corps ou
  - qui ont été séparés en fait pendant une année au moins sans interruption ou
  - qui rendent vraisemblable que leur séparation de fait aura une durée relativement longue

☐ **Familles :** les couples mariés et les personnes qui vivent dans un ménage commun avec des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant; le ménage commun peut comprendre d'autres personnes ou non

☐ **Communautés d'habitation :** personne seule vivant avec une ou plusieurs personnes qui ne sont pas comprises dans le calcul PC

b) Fauteuil roulant ***cocher la case si applicable***

☐ Le requérant PC ou une personne comprise dans le calcul est tributaire d'un fauteuil roulant *(location nécessaire d'un appartement permettant la circulation d'une chaise roulante)*

PRISE EN CHARGE EXTRAFAMILIALE *(frais de garde)*

Les frais de garde peuvent être pris en compte dans le calcul PC à titre de dépenses reconnues pour les enfants de **moins de 11 ans** *(pour les enfants de plus de 11 ans, ces frais peuvent être portés en déduction du salaire éventuellement réalisé par le(s) parent(s))*.

La garde des enfants doit remplir les 3 conditions énumérées dans les lettres a) à c) ci-dessous.

a) Prise en charge par une structure reconnue ***cocher la case correspondante***

☐ Structures destinées aux enfants en âge préscolaire *(crèches, garderies)*
☐ Structures prenant en charge les enfants en âge scolaire *(accueil parascolaire, unités d'accueil pour écoliers, écoles à horaire continu)*
☐ Structures pour enfants d'âges mixtes
☐ Accueil familial de jour *(ou familles de jour)*, pour autant qu'il soit **organisé** *(p. ex. rattachement à un **réseau** ou à une **association**)* et que les parents de jour prennent en charge des enfants de différentes classes d'âge

⚠ Les frais de prise en charge non institutionnelle, c'est-à-dire la prise en charge extrafamiliale des enfants par des **personnes privées en dehors d'une organisation**, ne sont **pas reconnus**

b) Nécessité d'une prise en charge extrafamiliale ***cocher la (les) case(s) correspondante(s)***

Motif(s) ne permettant pas d'assurer la garde de l'enfant		Requérant	Conjoint / Part. enr.
Raisons de santé	***joindre justificatif(s)***	☐	☐
Exercice d'une activité lucrative	***joindre justificatif(s)***	☐	☐

c) Frais dûment établis ***cocher la (les) case(s) correspondante(s)***

Montants en CHF :

☐ **Factures** relatives aux frais effectivement facturés qui ne sont pas couverts par les autorités publiques ***joindre justificatifs***

☐ **Contrat de travail** du requérant *(de son conjoint / part. enregistré)* ou **attestation des jours de travail** précisant le taux d'occupation et les horaires de travail (*la garde de l'enfant doit intervenir pendant les heures d'exercice de l'activité lucrative)* ***joindre justificatif(s)***

☐ **Certificat médical d'une durée de 3 mois au minimum** confirmant que l'atteinte à la santé du requérant *(de son conjoint / part. enregistré)* nécessite la garde de l'enfant.
Le certificat doit préciser les heures durant lesquelles l'enfant est gardé lorsque le 2e parent travaille *(l'étendue du chevauchement qui empêche la prise en charge de l'enfant par les parents doit être attestée médicalement)* ***joindre justificatif(s)***

⚠ **Lorsque la garde de l'enfant cesse, le bénéficiaire PC doit le signaler sans délai à l'Agence d'assurances sociales ou à la Caisse**

Signature

En cas d'informations inexactes, incomplètes ou d'omissions, le bénéficiaire sera tenu de restituer les prestations indûment touchées.
Pour de plus amples informations à ce sujet, se référer à la rubrique « Déclaration et signature » de la demande PC.

Date : Signature **du requérant** ou **de son représentant légal** :

Agence d'assurances sociales

Lieu et date : Timbre et signature :

Entrée en vigueur dès le 01.09.2019 (Actuelle)

Document généré le : 04.12.2019

LOI sur la santé publique (LSP)

800.01

du 29 mai 1985

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Objet de la loi

[1] La loi a pour objet l'organisation législative et administrative du système de santé. Elle règle en outre l'exercice de la médecine vétérinaire.

Art. 1a [26]

[1] Toute désignation de personne, de statut ou de fonction dans la présente loi vise indifféremment un homme ou une femme.

Art. 2 But de la loi

[1] La loi a pour but de contribuer à la sauvegarde de la santé de la population et d'encourager la responsabilité collective et individuelle dans le domaine de la santé.

Chapitre II Organisation et compétences

Art. 3 Conseil d'Etat [26]

[1] Sous réserve des compétences du Grand Conseil, le Conseil d'Etat, sur préavis du département en charge de la santé publique (ci-après : le département) , définit les orientations de la politique sanitaire du canton. Il prend les arrêtés et élabore les règlements nécessaires à l'exécution de la présente loi.

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 4 Département de la santé et de l'action sociale [6, 13, 22, 26, 31]

[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 intercantonales 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 ;

e. des médecins-délégués ;

f. des médecins-vétérinaires-délégués ;

g. des municipalités et des commissions de salubrité ;

h. des institutions d'intérêt public, des associations professionnelles, des groupements d'établissements sanitaires ;

i. des commissions permanentes en matière de santé publique nommées par le Conseil d'Etat ;

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) ;

k. de la Commission pour les mesures sanitaires d'urgence préhospitalières (CMSU) ;

l. de la Commission des maladies transmissibles ;

m. de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA).

Art. 5 ... [26]

Art. 5a Département en charge des affaires vétérinaires [33]

[1] Le département en charge des affaires vétérinaires est l'autorité compétente dans les domaines relevant de la médecine vétérinaire. Il est notamment compétent pour délivrer, suspendre ou retirer les autorisations de pratiquer et prendre toute mesure utile au bon exercice de la médecine vétérinaire. Il peut déléguer certaines tâches au vétérinaire cantonal. Les attributions du Conseil de santé sont réservées.

---

6 Modifié par la loi du 16.11.1993 entrée en vigueur le 01.01.1995
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
22 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[2] Le département en charge des affaires vétérinaires assure l'exécution des lois, ordonnances, arrêtés et règlements fédéraux et cantonaux, ainsi que des conventions intercantonales afférant à la médecine vétérinaire.

Art. 6 Service de la santé publique [6, 13, 26]

[1] Le service en charge de la santé publique comprend le médecin cantonal et le chef de service ainsi que le personnel nécessaire pour l'exécution des tâches qui lui sont confiées par la présente loi ou par d'autres lois. Il est chargé notamment des tâches suivantes :

a. mettre en oeuvre l'organisation hospitalière et adapter les instruments de planification et de financement aux dispositions légales ;

b. organiser et diversifier la prise en charge médico-sociale ainsi que renforcer la coordination des soins ;

c. conduire des programmes ciblés sur les problèmes de santé publique dominants, dans le domaine somatique comme dans celui de la santé mentale ;

d. maintenir la qualité et l'accessibilité des prestations de soins par des mesures de surveillance, de promotion de la qualité ainsi que par une information active de la population ;

e. identifier et mettre en oeuvre les mesures propres à assurer la disponibilité en nombre suffisant de professionnels de la santé ;

f. mettre en oeuvre l'organisation des mesures sanitaires d'urgence ainsi que des mesures propres à assurer la qualité des prestations et la disponibilité en nombre suffisant des services assurant la prise en charge des urgences préhospitalières et le transport des patients ;

g. lutter contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et autres addictions ;

h. promouvoir la santé, la prévention, l'information et l'éducation à la santé ;

i. ...

j. ...

k. ...

l. ...

[2] Certaines tâches peuvent être précisées par voie réglementaire.

Art. 6a Organismes indépendants [1, 26]

[1] Le Conseil d'Etat peut confier à des organismes indépendants (corporations et établissements publics ou privés) l'exécution de tâches qui concernent l'exploitation d'établissements sanitaires ou de formation, ou qui relèvent des domaines mentionnés à l'article 6.

[2] Il peut au besoin créer de telles institutions, y faire participer l'Etat ou leur allouer des subventions.

---

6 Modifié par la loi du 16.11.1993 entrée en vigueur le 01.01.1995
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
1 Modifié par la loi du 17.11.1986 entrée en vigueur le 20.01.1987

[3] Le Grand Conseil se prononce soit par la voie du budget annuel, soit par celle de décrets spéciaux sur les engagements financiers résultant de l'application du présent article.

Art. 7 Médecin cantonal [26, 33]

[1] Le médecin cantonal est le médecin référent de l'administration cantonale. Il est responsable des questions médicales concernant la santé publique. Il est secondé dans cette tâche par le pharmacien cantonal et le médecin-dentiste conseil.

[2] Le médecin cantonal agit soit directement, soit par l'intermédiaire de médecins adjoints.

[3] Le médecin cantonal est habilité à effectuer des contrôles, impromptus ou annoncés, à émettre des directives et à prononcer des sanctions dans les domaines relevant de sa compétence.

[4] Le médecin cantonal est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des mesures à prendre en cas d'événement particulier ou de catastrophe (ORCA sanitaire).

Art. 8 Chef de service [13]

[1] Le chef du Service de la santé publique est responsable des questions de planification et de gestion sanitaire et de l'administration du service.

Art. 9 Pharmacien cantonal [13, 26]

[1] Le pharmacien cantonal est rattaché au service en charge de la santé publique.

[2] Il est chargé notamment :

a. de la surveillance des pharmacies et des drogueries ;

b. du contrôle de la fabrication et du commerce des produits thérapeutiques dans les domaines de compétences attribués par la législation fédérale sur les produits thérapeutiques et sur les stupéfiants.

c. ...

Art. 10 Vétérinaire cantonal [33]

[1] Le vétérinaire cantonal est rattaché au département en charge des affaires vétérinaires.

[2] Ses attributions sont fixées notamment par les législations sur les épizooties, sur les denrées alimentaires (contrôle des viandes), sur les produits thérapeutiques, sur la protection des animaux et sur la police des chiens.

[3] Les dispositions de la présente loi s'appliquent à la médecine vétérinaire lorsqu'aucune loi spéciale n'en dispose autrement.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002

Art. 11 ... [26]

Art. 11a Médecin-dentiste conseil [26]

[1] Le médecin-dentiste conseil est la personne de référence du médecin cantonal pour les problèmes relatifs à la médecine dentaire. Il est désigné par le département, lequel établit son cahier des charges. La Société vaudoise des médecins-dentistes est consultée.

[2] Son poste est financé par le budget ordinaire de l'Etat.

Art. 12 Conseil de santé [19, 26, 33]

[1] Le Conseil de santé se compose de vingt et un membres au minimum, à savoir :

a. le chef du département, président ;

b. le médecin cantonal, vice-président ;

c. le procureur général ;

d. un médecin, professeur de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne ;

e. trois autres médecins ;

f. deux médecins-dentistes ;

g. un médecin-vétérinaire ;

h. un pharmacien ;

i. un infirmier ;

j. un représentant des assureurs maladie ;

k. un représentant des communes ;

l. un représentant des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;

m. trois avocats inscrits au registre cantonal et un juriste ;

n. deux membres supplémentaires, qui peuvent être choisis hors des milieux de la santé publique ;

o. un éthicien.

[2] Le Conseil d'Etat désigne, pour chaque législature, les membres mentionnés sous lettres d) à o). Leur mandat ne peut excéder quinze ans. Pour le choix des membres mentionnés sous lettres d) à l) et o), les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et lors de la reconduction.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[19] Modifié par la loi du 21.03.2006 entrée en vigueur le 01.07.2006
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[3] Le chef du département désigne ceux de ses collaborateurs directs qui assistent aux séances avec voix consultative. Il désigne en outre un secrétaire général responsable de la gestion administrative du Conseil de santé.

[4] Le Conseil de santé peut faire appel à des experts. Il peut entendre les représentants des associations professionnelles et des institutions issues de l'initiative privée.

Art. 13 Rôle [2, 7, 13, 24, 26, 31, 33]

[1] Le Conseil de santé se prononce par préavis ou par décision. Il donne notamment son préavis lorsque le chef du département ou cinq membres du Conseil de santé le demandent sur :

a. les problèmes de santé publique ;

b. la nomination et le licenciement des directeurs, chefs de département, chefs de service et des chefs de divisions autonomes des établissements sanitaires cantonaux ou privés d'intérêt public, ainsi que des instituts sanitaires cantonaux.

[2] Après enquête, le Conseil de santé propose au chef du département, respectivement au chef du département en charge des affaires vétérinaires s'il s'agit d'un professionnel relevant de son champ de compétence, les mesures à envisager à l'encontre des professionnels de la santé en application de l'article 191 de la présente loi, sous réserve des compétences de la Commission d'examen des plaintes fixées à l'article 15d de la présente loi.

[2bis] Le Conseil de santé peut se prononcer par voie de circulation lorsque les circonstances le justifient. Pour être valable, sa proposition ou sa décision doivent être adoptées à l'unanimité des avis exprimés.

[3] ...

[4] ...

[5] Le Conseil de santé est l'autorité de surveillance compétente pour délier du secret professionnel toute personne qui pratique une profession de la santé visée par l'article 321 du Code pénal ou par la présente loi. Il peut déléguer cette compétence sur la base d'un règlement interne.

[6] Sont réservées les autres attributions du Conseil de santé prévues par les articles 4, 12, 39 et 178 ainsi que par d'autres lois touchant la santé publique.

[7] Le Conseil de santé peut décider de déléguer ses attributions à un ou plusieurs membres, notamment en cas d'urgence ou dans les domaines nécessitant une expérience spécifique.

[8] Les règles de fonctionnement du Conseil de santé sont fixées par le Conseil d'Etat.

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
7 Modifié par la loi du 20.05.1996 entrée en vigueur le 23.07.1996
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
24 Modifié par la loi du 06.05.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 13a ... [1, 22]

Art. 13b ... [1, 19, 22]

Art. 13c ... [1, 22]

Art. 13d ... [1, 22]

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

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

Art. 13f Composition et organisation [13, 26]

[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 [13, 26, 31, 33]

[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.

[2] Elle rend compte au département.

---

1 Modifié par la loi du 17.11.1986 entrée en vigueur le 20.01.1987
22 Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
19 Modifié par la loi du 21.03.2006 entrée en vigueur le 01.07.2006
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 13h Financement [26]

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

Art. 14 Médecins-délégués [17, 19, 26, 33]

[1] Les médecins-délégués représentent le département auprès des autorités communales et des particuliers. Ils secondent le médecin cantonal dans ses tâches.

[2] Ils sont désignés pour la législature par le chef du département à raison d'un médecin-délégué au moins par district.

[3] Les compétences et les obligations des médecins-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le médecin cantonal.

Art. 15 Médecins-vétérinaires-délégués [17, 19, 33]

[1] Les médecins-vétérinaires-délégués et leurs suppléants représentent le département en charge des affaires vétérinaires auprès des autorités communales et des particuliers.

[2] Ils sont désignés pour la législature par le chef du département en charge des affaires vétérinaires à raison d'un médecin-vétérinaire-délégué par district.

[3] Les compétences et les obligations des médecins-vétérinaires-délégués sont définies dans un cahier des charges établi par le département en charge des affaires vétérinaires.

Art. 15a Bureau cantonal de la médiation santé-handicap [13, 26, 30, 31]

[1] Le Bureau de la médiation est composé d'un médiateur au moins engagé par le département et, sur préavis du médiateur, d'un secrétariat engagé par le Service de la santé publique. Sauf dispositions contraires de la présente loi, le médiateur est soumis à la loi du 12 novembre 2001 sur le personnel de l'Etat de Vaud .

[2] Le médiateur est chargé d'informer les patients et les résidents des droits que leur consacre la LSP et le Code civil en matière de protection de l'adulte ainsi que de concilier les intéressés.

[2bis] Il participe à l'information et à la promotion des droits des patients consacrés par la LSP et le Code civil auprès des personnes concernées.

[3] Il est compétent pour traiter de toute plainte relative à une violation des droits des patients ou des résidents consacrés par la LSP ou le Code civil. Il peut recourir à tout moyen qui lui semble raisonnablement utile à résoudre le différend qui sépare les intéressés.

[4] Lorsque la plainte concerne le représentant d'une profession ou d'une institution ou établissement disposant de son propre médiateur, celui-ci traite la plainte par délégation. Le plaignant peut refuser la délégation.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[17] Modifié par la loi du 18.01.2005 entrée en vigueur le 01.05.2005
[19] Modifié par la loi du 21.03.2006 entrée en vigueur le 01.07.2006
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[30] Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

[5] Lorsque le médiateur ne parvient pas à résoudre le différend, il remet aux intéressés un document constatant l'échec de la médiation et attire l'attention du plaignant sur la possibilité de saisir la Commission d'examen des plaintes ou une autre instance. Les actes du médiateur ne sont pas susceptibles de recours.

[6] Le Bureau de la médiation exerce également les compétences que lui attribue la LAIH .

[7] Le Bureau de la médiation adresse un rapport annuel au département. Le rapport est public.

[8] Le médiateur ne peut être membre de la Commission d'examen des plaintes.

[8bis] Lorsque des faits graves sont allégués qui pourraient avoir un impact sur l'organisation d'un établissement ou d'une institution ou sur la pratique d'un professionnel de la santé, le médiateur peut en informer le département sans que le secret de fonction ne lui soit opposable. Pour le surplus, il est indépendant du département.

[9] Les autres règles d'organisation sont fixées par le Conseil d'Etat.

Art. 15b Qualité pour agir [13, 26, 30, 31]

[1] Toute personne qui souhaite obtenir une information sur un droit que la LSP ou le Code civil en matière de protection de l'adulte reconnaît aux patients ou aux résidents ou qui a un motif de se plaindre d'une violation d'un tel droit peut :

a. s'adresser en tout temps au Bureau de la médiation ;

b. déposer une plainte auprès de la Commission d'examen des plaintes. Ni le dénonciateur, ni le plaignant qui requiert l'anonymat au sens de l'article 15c, alinéa 4 n'ont la qualité de partie.

[2] Les compétences de l'autorité de protection de l'adulte indiquées à l'article 15d de la présente loi ainsi que les dispostions de la loi vaudoise d'application de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE) relatives à la qualité de partie sont réservées.

Art. 15c Procédure [13, 23, 25, 26, 30, 31]

[1] Les personnes impliquées dans une médiation se présentent personnellement et ne sont pas assistées par un mandataire professionnel. Le patient ou le résident peut se faire accompagner par une personne de confiance, de son choix.

[2] Lorsqu'une plainte est présentée directement à la Commission d'examen des plaintes sans que le médiateur n'ait été préalablement saisi, la commission informe le plaignant qu'il a le droit de tenter une conciliation devant le médiateur. Si le plaignant s'y refuse, la commission se saisit de la plainte et la traite.

[3] Le droit de saisir le médiateur se prescrit par cinq ans dès la survenance des faits reprochés.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[30] Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
[23] Modifié par le décret du 12.06.2007 entré en vigueur le 01.01.2008
[25] Modifié par la loi du 28.10.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009

[4] L'anonymat est garanti au plaignant qui le demande, auquel cas celui-ci perd sa qualité de partie et les droits qui lui sont attachés (art. 15b). Toutefois, si la plainte est jugée manifestement abusive, l'anonymat est levé.

[5] Dans le cas de l'article 15d, alinéa 4, lettre d, la Commission d'examen des plaintes rend sa décision dans un délai de cinq jours si, lors du dépôt de la requête, la mesure contestée n'a pas cessé. Dans les autres cas, elle rend sa décision ou son préavis dans les six mois qui suivent le dépôt de la requête.

[6] Les décisions prises par la Commission d'examen des plaintes sont susceptibles d'un recours administratif auprès du département.

[7] La procédure devant le médiateur et la Commission d'examen des plaintes doit être simple, rapide et gratuite.

Art. 15d Commission d'examen des plaintes, missions [13, 26, 30, 31]

[1] Il est institué une Commission d'examen des plaintes des patients et des résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs définis par la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (ci-après : la Commission d'examen des plaintes).

[2] La Commission d'examen des plaintes a pour mission d'assurer le respect des droits des patients et des résidents consacrés par la présente loi et de traiter les plaintes relatives à la prise en charge par les professionnels de la santé ainsi que par les établissements ou institutions sanitaires touchant aux violations des droits de la personne.

[3] ...

[4] La Commission d'examen des plaintes exerce, d'office ou sur requête, les attributions suivantes :

a. elle instruit les plaintes et, dans la mesure du possible, tente la conciliation entre les parties ;

b. elle peut demander aux professionnels de la santé, aux établissements sanitaires et aux institutions toutes les informations utiles à l'exécution de sa tâche ;

c. elle décide des mesures à prendre en application de l'article 191, alinéa 1, lettres a à c de la présente loi ;

d. elle peut ordonner la cessation des violations caractérisées des droits que la LSP reconnaît aux patients et résidents, en particulier en matière de contrainte (art. 23b à 23e LSP) ;

e. elle transmet son préavis au chef du département lorsque la mesure à prendre vise l'article 191, alinéa 1, lettres d à f.

f. elle peut émettre des recommandations à l'attention du chef du département.

[4bis] La commission transmet au département copie de toute plainte déposée ainsi que des décisions prises sur la base de l'alinéa 4, lettres c et d ci-dessus.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[30] Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

[5] La Commission d'examen des plaintes des résidents exerce également les compétences que lui attribue la LAIH .

[6] ...

[7] Les compétences de l'autorité de protection de l'adulte liées aux articles 20, 20a et 23d sont réservées.

Art. 15e Composition [13, 26, 31]

[1] La Commission d'examen des plaintes est composée de seize membres, à savoir :

a. deux juristes, dont un président et un vice-président ;

b. un représentant d'associations de patients ;

c. un représentant d'associations de résidents ;

d. un représentant d'associations d'usagers ;

e. deux médecins, dont un psychiatre ;

f. un infirmier ;

g. un éducateur ;

h. un représentant du domaine social ;

i. un représentant du domaine éthique ;

j. un représentant de la direction d'un établissement hospitalier ;

k. un représentant de la direction d'un établissement médico-social ;

l. un représentant de la direction d'une institution socio-éducative ;

m. un représentant d'une association du personnel du domaine de la santé ;

n. un représentant d'une association du personnel du domaine du social.

[2] La Commission d'examen des plaintes dispose d'un secrétariat et d'un greffier engagés par le Service de la santé publique, sur préavis de la commission.

Art. 15f Désignation [13, 26, 31]

[1] Le Conseil d'Etat désigne les membres de la Commission d'examen des plaintes.

[2] Les membres de la commission sont désignés pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable deux fois. Les milieux concernés sont consultés lors de la désignation et de la reconduction. Les membres de la commission suivent une formation continue adaptée à leur charge.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

[3] Les collaborateurs des services en charge de la santé publique, des assurances sociales et de la prévoyance sociale ne peuvent être membres de la Commission d'examen des plaintes. Ils peuvent toutefois être invités à ses séances.

Art. 15g Organisation [13, 26, 31]

[1] La Commission d'examen des plaintes peut constituer des sous-commissions d'au minimum trois membres, représentatifs du domaine concerné. Elle définit leurs tâches et nomme leur président sous réserve des alinéas 3 et 3ter.

[2] La commission ou la sous-commission peut faire appel à des experts notamment lorsque la profession concernée n'est pas représentée dans la commission et procéder à toutes les auditions nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

[3] La Commission d'examen des plaintes peut valablement désigner une sous-commission, prendre des décisions ou rendre des préavis lorsqu'elle est composée d'au moins huit membres, sous réserve de l'alinéa 3ter. Lorsqu'une sous-commission a été désignée, celle-ci doit être composée d'au moins 3 membres pour émettre des préavis et d'au moins 5 membres pour rendre des décisions.

[3bis] La Commission d'examen des plaintes et les sous-commissions peuvent rendre des décisions ou des préavis par voie de circulation. Dans ce cas, un membre peut demander au président une délibération au cours d'une séance de la Commission d'examen des plaintes ou d'une sous-commission

[3ter] Dans les cas d'urgence (art. 15d, al. 4, lit. d) ou lorsqu'elle décide de mesures provisionnelles, une sous-commission, composée du président de la Commission d'examen des plaintes et d'au moins deux membres choisis par lui statue.

[4] La Commission d'examen des plaintes adresse annuellement un rapport d'activité au département. Ce rapport est public.

[5] Les autres règles d'organisation sont fixées par le Conseil d'Etat.

Art. 15h Financement [13, 26, 31]

[1] Le financement du Bureau de la médiation et de la Commission d'examen des plaintes est assuré par l'Etat.

Art. 16 Autorité sanitaire communale [12, 13, 14, 18]

[1] La municipalité est l'autorité sanitaire communale.

[2] Elle veille à la salubrité locale, à l'hygiène des constructions, des habitations, de la voirie, des plages et des piscines accessibles au public.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
12 Modifié par la loi du 05.12.2001 entrée en vigueur le 01.01.2003
14 Modifié par la loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
18 Modifié par la loi du 03.05.2005 entrée en vigueur le 01.07.2005

[3] La municipalité a l'obligation d'informer sans délai le Service de la santé publique de tout fait important concernant la santé publique.

[4] Selon les directives du médecin cantonal, du chef du Service de la santé publique ou du médecin-délégué, elle prend les mesures urgentes pour combattre les maladies transmissibles. Elle organise la police des cimetières et des inhumations.

[5] Demeurent réservés les articles 17a, 30 et suivants de la présente loi ainsi que la législation sur les épizooties .

[6] Dans les limites de leurs attributions, les communes peuvent édicter des règlements d'application de la présente loi, sous réserve de l'approbation du chef de département concerné.

Art. 17 Commissions de salubrité

[1] La commission de salubrité prévue par la législation sur les constructions et l'aménagement du territoire est instituée par commune ou groupement de communes. Elle est désignée par la ou les municipalités dont elle est l'organe de préavis pour ce qui concerne l'article 16.

[2] Elle comprend trois membres au moins, dont un médecin et une personne compétente en matière de constructions.

Art. 17a Secours [12]

[1] Les secours précédant l'intervention médicale proprement dite destinés notamment à désincarcérer les victimes d'accidents de la circulation sont assurés par les sapeurs-pompiers.

[2] L'organisation des interventions, l'équipement et la formation des intervenants sont placés sous le contrôle de l'Etablissement d'assurance contre l'incendie et les éléments naturels du Canton de Vaud (ECA). Les dispositions de la législation en matière de défense incendie et de secours sont applicables.

[3] Les frais d'équipement, de fonctionnement et de formation du personnel nécessaire à l'exercice de cette tâche sont supportés par l'Etat.

Art. 18 Police sanitaire [13, 33]

[1] Sur réquisition du département, du département en charge des affaires vétérinaires, du médecin cantonal ou du chef du Service de la santé publique, la force publique remplit des missions relatives à l'application de la présente loi.

---

12 Modifié par la loi du 05.12.2001 entrée en vigueur le 01.01.2003
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 18a Secret [13, 31]

[1] Les membres des commissions et du Bureau de la médiation prévus par la présente loi sont soumis au secret de fonction. A ce titre, il leur est interdit de divulguer des faits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur fonction et qui doivent rester secrets en raison de leur nature, des circonstances ou d'instructions spéciales. Dans les mêmes limites, il leur est également interdit de communiquer à des tiers ou de conserver par devers eux, en original ou en copie, des documents établis par eux ou par d'autres. Ces obligations subsistent après la cessation de leur fonction. Le non-respect de ces obligations tombe sous le coup des articles y relatifs du Code pénal.

[2] Les personnes invitées à participer aux séances le sont également. Leur attention sera attirée sur cette obligation.

Chapitre III Relation entre patient, médecin et personnel soignant

Art. 19 Régime juridique [13, 26, 33]

[1] Le présent chapitre définit les relations entre patients, professionnels de la santé et établissements ou institutions sanitaires. Les dispositions de la législation fédérale et cantonale sont réservées.

Art. 20 Libre choix du professionnel de la santé et de l'établissement sanitaire [13]

[1] Si son état nécessite des soins ambulatoires, et dans la mesure où il est en état de se déterminer, le patient a le libre choix d'un professionnel de la santé, pour autant que ce dernier soit disponible et estime pouvoir lui prodiguer utilement ses soins.

[2] Chaque patient a le droit, si son état le justifie, d'être accueilli dans un établissement sanitaire d'intérêt public de son choix, pour autant que l'équipement et la capacité d'accueil de cet établissement permettent de fournir les prestations nécessaires.

Art. 20a Accompagnement des patients en établissement [13, 33]

[1] Toute personne séjournant dans un établissement sanitaire soumis à la présente loi a droit à une assistance et à des conseils pendant toute la durée de son séjour. Elle a le droit en particulier de requérir le soutien de ses proches et de maintenir le contact avec son entourage.

[2] Des organismes indépendants à but non lucratif reconnus par le Département offrent leur assistance et leurs conseils aux personnes en établissement et ce à titre gratuit. Ils peuvent à cet effet désigner des accompagnants, ainsi qu'organiser et coordonner leurs activités. Les établissements tiennent à disposition des patients une liste à jour de ces accompagnants.

[3] A la demande expresse d'un patient, un accompagnant peut l'assister dans ses démarches auprès des professionnels de la santé, de l'établissement et des autorités qui ne peuvent refuser sa présence. Il ne peut toutefois exercer aucune forme de représentation sous réserve des dispositions du code civil suisse y relatives.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 21 Droit à l'information [13, 30]

[1] Afin de pouvoir consentir de manière libre et éclairée et faire un bon usage des soins, chaque patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, les différents examens et traitements envisageables, les conséquences et les risques prévisibles qu'ils impliquent, le pronostic et les aspects financiers du traitement. Il peut solliciter un 2ème avis médical auprès d'un médecin extérieur.

[2] Chaque patient doit également recevoir, lors de son admission dans un établissement sanitaire, une information par écrit sur ses droits et ses devoirs ainsi que sur les conditions de son séjour.

[3] Dans le cadre de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que les patients qu'il soigne reçoivent les informations nécessaires afin de donner valablement leur consentement.

[4] L'assistance apportée à une personne incapable résidant dans un établissement médico-social ou une division C d'hôpitaux doit faire l'objet d'un contrat. Si l'EMS ou la division C d'hôpitaux est reconnu d'intérêt public au sens de la loi sur la planification et le financement des établissements d'intérêt public (LPFES) , le contrat d'hébergement prévu par cette législation vaut contrat d'assistance.

Art. 22 ... [13]

Art. 23 Consentement libre et éclairé [13, 26, 30]

[1] Aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient concerné capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur.

[2] En cas de soins usuels et non invasifs, le consentement du patient peut être tacite.

[3] Un patient capable de discernement peut à tout moment refuser ou interrompre des soins ou quitter un établissement. Le professionnel de la santé ou l'établissement concerné a alors le droit de lui demander de confirmer sa décision par écrit après l'avoir clairement informé des risques ainsi encourus. Les dispositions concernant le placement à des fins d'assistance et celles relatives aux soins aux détenus sont réservées.

[4] Un échantillon de matériel biologique d'origine humaine ne peut être utilisé qu'aux fins approuvées par la personne concernée et dans le respect de ses droits de la personnalité. Il doit en principe être détruit après utilisation, sous réserve d'une décision contraire de la personne concernée et de la législation spéciale en la matière.

[5] L'article 23, alinéa 4 n'est pas applicable aux collections de matériel biologique d'origine humaine dans la mesure où la recherche ultérieure du consentement des personnes concernées implique des difficultés et des démarches disproportionnées. Si le consentement ne peut être obtenu, la conservation de la collection à des fins de recherche est annoncée à la Commission d'éthique de la recherche désignée par le département.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
30 Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 23a ... [13, 30]

Art. 23b ... [13, 30, 32]

Art. 23c ... [13, 30, 32]

Art. 23d Mesures de contrainte [13, 30]

[1] Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite.

[2] Dans la mesure où le droit fédéral n'est pas applicable, les dispositions du Code civil relatives aux mesures limitant la liberté de mouvement (art.383 ss CC) s'appliquent par analogie à toute mesure de contrainte à l'égard des patients et résidents, ainsi que des personnes qui se trouvent dans un établissement pénitentiaire à condition que celui-ci dispose de locaux adaptés et qu'une surveillance médicale soit assurée.

[3] ...

Art. 23e Procédure en cas de contestation [13, 30, 31]

[1] La personne concernée, son représentant, ses proches ou un accompagnant peuvent en appeler à la Commission d'examen des plaintes contre la mesure limitant la liberté de mouvement, conformément à l'article 15d.

[2] Lorsque la mesure concerne une personne incapable de discernement en EMS ou divisions C d'hôpitaux, les personnes indiquées à l'alinéa précédent doivent s'adresser à l'autorité de protection de l'adulte.

[3] Le médiateur peut être sollicité au préalable dans tous les cas.

[4] L'autorité de surveillance au sens de l'article 151 LSP est informée du dépôt de la requête ainsi que de la décision rendue. S'il s'agit d'un détenu, le Médecin cantonal en est informé.

Art. 24 Droit d'accès au dossier du patient [13]

[1] Le patient a le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut s'en faire remettre en principe gratuitement les pièces, en original ou en copie, ou les faire transmettre au professionnel de la santé de son choix.

[2] Ce droit ne s'étend pas aux notes rédigées par le professionnel de la santé exclusivement pour son usage personnel, ni aux données concernant des tiers couvertes par le secret professionnel.

[3] Si le professionnel de la santé a des raisons de craindre que la consultation du dossier puisse avoir de graves conséquences pour le patient, il peut demander que la consultation n'ait lieu qu'en sa présence ou celle d'un autre professionnel désigné par le patient.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[30] Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[32] Modifié par la loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

Art. 25 Recherche biomédicale avec des personnes [13,26]

a) Principes

[1] Toute recherche biomédicale impliquant des personnes doit être menée conformément aux règles des bonnes pratiques des essais cliniques, reconnues au niveau national, dont le but est de garantir la protection des sujets de recherche et d'assurer la qualité des résultats.

[2] Une recherche biomédicale impliquant des personnes doit en particulier respecter les conditions suivantes :

a. l'investigateur responsable est titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ou de médecin dentiste ou d'un diplôme équivalent et a l'autorisation de pratiquer la médecine ou la médecine dentaire. La législation fédérale est réservée ;

b. les risques prévisibles pour les sujets de recherche ne sont pas disproportionnés par rapport aux bénéfices potentiels de la recherche ;

c. la protection des données relatives aux sujets de recherche est garantie ;

d. la recherche a obtenu l'avis favorable de la ou des commissions d'éthique de la recherche compétentes ;

e. les sujets de recherche ont donné leur consentement libre, exprès et éclairé, par écrit ou attesté par écrit, après avoir été informés notamment sur la nature et le but de la recherche, l'ensemble des contraintes, des actes et des analyses impliqués, l'existence éventuelle d'autres traitements que ceux qui sont prévus dans la recherche, les risques et les inconforts prévisibles, les bénéfices potentiels, leur droit à une compensation en cas de dommages imputables à la recherche, leur droit de retirer leur consentement à tout moment sans préjudice pour la poursuite des soins.

[3] Les dispositions relatives à l'annonce préalable des recherches biomédicales ainsi que celles concernant l'autorisation d'exploiter et la surveillance des organismes de recherche sous contrat sont réglées par le Conseil d'Etat.

Art. 25a b) Personnes mineures ou interdites et personnes incapables de discernement [13]

[1] Une recherche biomédicale ne peut impliquer des personnes mineures ou interdites ou des personnes incapables de discernement que si les conditions suivantes sont remplies :

a. les résultats attendus de la recherche comportent un bénéfice direct pour leur santé;

b. la recherche ne peut s'effectuer avec une efficacité comparable avec des sujets de recherche majeurs, non interdits et capables de discernement;

c. les conditions énoncées à l'article 25, alinéa 2, lettres a à d sont remplies;

d. les représentants légaux des sujets de recherche ont donné leur consentement libre et éclairé dans les conditions énoncées à l'article 25, alinéa 2, lettre e;

e. les sujets de recherche mineurs ou interdits capables de discernement ont donné leur consentement libre et éclairé dans les conditions énoncées à l'article 25, alinéa 2, lettre e ou, pour les sujets de recherche incapables de discernement, n'ont pas exprimé leur refus de participer à la recherche.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

[2] A titre exceptionnel, une recherche biomédicale dont les résultats attendus ne comportent pas de bénéfice direct pour la santé des sujets de recherche peut impliquer des personnes mineures ou interdites ou des personnes incapables de discernement uniquement si les conditions énoncées aux lettres b à e de l'alinéa 1 ainsi que les conditions supplémentaires suivantes sont remplies :

a. la recherche doit permettre d'acquérir d'importantes connaissances sur l'état des sujets de recherche, leur maladie ou leur trouble en vue d'obtenir, à terme, un bénéfice direct pour les sujets de recherche concernés ou pour d'autres personnes dans la même catégorie d'âge ou souffrant de la même maladie ou trouble ou présentant les mêmes caractéristiques;

b. les risques et les inconforts qui peuvent être encourus par les sujets de recherche ainsi que les contraintes doivent être minimes.

Art. 25b c) Recherche en situation d'urgence médicale [13]

[1] A titre exceptionnel, une recherche peut être menée en situation d'urgence médicale si les conditions suivantes sont remplies :

a. l'investigateur responsable a prévu une procédure ayant obtenu l'avis favorable de la commission d'éthique de la recherche pour que, chaque fois que cela est possible, le consentement des représentants légaux des sujets mineurs ou interdits soit recueilli et que la volonté des sujets de recherche soit établie, notamment en recherchant leurs directives anticipées ou en consultant leurs proches;

b. il n'existe pas d'indice que la personne concernée aurait refusé de participer à la recherche;

c. la recherche doit permettre d'acquérir d'importantes connaissances sur l'état des sujets de recherche, leur maladie ou leur trouble en vue d'obtenir, à terme, un bénéfice direct pour les sujets de recherche concernés ou pour d'autres personnes en situations d'urgence comparables;

d. un médecin qui n'est pas impliqué dans la recherche sauvegarde les intérêts de chaque sujet de recherche en assurant le suivi médical de celui-ci.

Art. 25c Commission d'éthique de la recherche [13, 26]

[1] Les commissions d'éthique de la recherche procèdent à l'évaluation éthique des projets de recherche et en vérifient la qualité scientifique. Ce faisant, elles veillent à préserver les droits, la sécurité et le bien-être des sujets de recherche conformément aux règles reconnues des bonnes pratiques des essais cliniques, les recherches impliquant des populations vulnérables ou en situation d'urgence médicale faisant l'objet d'une attention particulière.

[2] Le Conseil d'Etat réglemente la nomination, l'organisation et les compétences des commissions d'éthique de la recherche.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 25d Formation des professionnels de la santé [13]

[1] Lorsque l'enseignement le nécessite, le patient prête son concours pour autant que son état le permette. Toutefois, si cette collaboration l'expose à des désagréments importants, il peut refuser de s'y prêter. Il doit être informé de ce droit de refus. Les personnes chargées de l'enseignement veillent à ce que la dignité et la vie privée du patient soient respectées en toutes circonstances.

[2] S'il y a lieu, l'accord du représentant légal sera requis.

Art. 26 Autopsies

[1] Les autopsies ne peuvent être pratiquées si le patient de son vivant ou les proches après son décès s'y opposent. La famille peut obtenir des renseignements sur les résultats de l'autopsie. Le médecin cantonal peut ordonner une autopsie lorsque l'intérêt de la santé publique le justifie. Les autopsies médico-légales demeurent réservées.

[2] L'article 73 demeure réservé.

Art. 27 Prélèvement et transplantation d'organes et de tissus [13, 26]

[1] Le prélèvement et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules sont régis par la législation fédérale.

[2] L'autorité compétente pour autoriser à titre exceptionnel le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules régénérables sur une personne mineure ou incapable de discernement est l'autorité tutélaire.

[3] ...

[4] ...

Art. 27a ... [13, 26]

Art. 27b ... [13, 26]

Art. 27c Encouragement du don d'organes [13, 26]

[1] L'Etat procède à une large diffusion dans l'ensemble de la population des règles sur le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus. Il peut mandater à cet effet un organisme public ou privé.

[2] Il veille, à la mise en place de mesures visant à identifier et à traiter de manière adéquate les donneurs potentiels, dans les hôpitaux et centres de transplantations, conformément aux dispositions de la loi fédérale .

Art. 27d Assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public [29]

[1] Les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résident, si les conditions suivantes sont remplies :

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
29 Modifié par la loi du 21.02.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013

a. le médecin responsable du traitement hospitalier ou de l'établissement médico-social (EMS), en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résident, vérifie que celui-ci :

1. est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider ;

2. souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;

b. des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.

[2] Lors de l'examen des conditions prévues à la lettre a) de l'alinéa 1, le médecin responsable peut solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le Canton de Vaud ou d'une commission d'évaluation interne à l'établissement.

[3] Le médecin responsable se détermine par écrit sur la demande d'assistance au suicide dans un délai raisonnable. Il en informe les instances de direction de l'établissement.

[4] Si le patient dispose d'un logement extérieur et lorsque l'établissement n'a pas une mission d'hébergement médico-social, le médecin responsable peut refuser que l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, à la condition que le retour du patient dans son logement soit raisonnablement exigible.

[5] Le personnel de l'établissement et le médecin responsable ou traitant impliqués ne peuvent participer, à titre professionnel, à la procédure de mise en oeuvre d'une assistance au suicide.

[6] Lorsque la mise en oeuvre de l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, le médecin responsable doit s'assurer que le moyen employé est soumis à prescription médicale.

[7] Le département précise les conditions d'application de cet article, après consultation des partenaires concernés.

Chapitre IV Prévention

Art. 28 Champ d'application [26, 33]

[1] Les principaux domaines d'intervention sont :

a. l'hygiène et la protection de l'environnement ;

b. la promotion de la santé ;

c. la lutte contre les méfaits de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicodépendances et autres addictions ;

d. la santé scolaire ;

e. ...

f. la prévention des accidents et des traumatismes et la prévention des actes de violence ;

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

g. la santé au travail ;

h. l'éducation sportive et la médecine du sport ;

i. la santé sexuelle et reproductive ;

j. la santé maternelle et infantile ;

k. la prévention des maladies chroniques ;

l. la santé mentale ;

m. la prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

Art. 29 Rôle de l'Etat [26,35]

[1] L'Etat prend ou encourage les mesures de promotion de la santé et de prévention propres à maintenir et à améliorer la santé de la population.

[2] A cet effet, l'Etat collabore avec les communes, les professions de la santé et les associations privées intéressées. Il assure la coordination des activités dans ce domaine.

[3] L'Etat peut subventionner des programmes de prévention ou des institutions qui remplissent des missions de cette nature.

[4] L'Etat garantit l'accès aux dépistages du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, en cas d'indication clinique, des autres infections sexuellement transmissibles en subventionnant les tests lorsque cela est nécessaire dans les consultations spécialisées pour les jeunes et certaines catégories de personnes à risques.

Art. 29a Aide au développement [26]

[1] Le département peut soutenir des projets dans des pays en développement. Ces projets doivent remplir les critères suivants :

a. promouvoir la santé dans le sens d'une approche communautaire et viser, à terme, l'autonomie de la communauté concernée ;

b. être documentés et prévoir des méthodes d'évaluation, conformément aux directives émises par le département.

[2] Le département veille à ce que le soutien accordé sur la base de l'alinéa 1er soit coordonné avec les actions menées dans ce domaine par la Confédération et les autres départements.

Art. 30 Rôle des communes

[1] Les communes partagent avec l'Etat la responsabilité d'encourager la prévention. Elles peuvent confier certaines tâches aux institutions spécialisées mentionnées à l'article 31, les subventionner ou les faire bénéficier de l'aide de services communaux.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[35] Modifié par la loi du 18.12.2018 entrée en vigueur le 01.09.2019

Art. 31 Institutions spécialisées [21, 26]

[1] L'Etat et les communes peuvent collaborer notamment avec les institutions spécialisées suivantes :

a. les Ligues de la santé et les associations similaires, pour les maladies les plus fréquentes ou invalidantes ;

b. les associations se préoccupant de la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et les autres addictions ;

c. la Fondation Profa, pour l'éducation sexuelle, le planning familial, le conseil en périnatalité et le conseil conjugal ;

d. l'Organisme médico-social vaudois, pour la santé scolaire et les activités préventives des infirmières de santé publique.

[2] L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive ainsi que l'Institut universitaire de médecine et d'hygiène du travail peuvent participer, chacun dans son domaine, aux programmes de prévention.

[3] La répartition des dépenses et revenus entre Etat et communes, relatifs aux subventions attribuées pour le planning familial en vertu du 1er alinéa, lettre c), s'effectue selon les principes établis dans la loi sur l'organisation et le financement de la politique sociale .

Art. 32 Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions [22, 26]

[1] Il est créé une Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA) chargée de :

a. conseiller le Conseil d'Etat en matière de politique de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre les addictions ;

b. préaviser à l'attention du service en charge de la santé publique, du chef du département en charge de la santé et de l'action sociale ou du Conseil d'Etat sur les demandes de financement de projets touchant les domaines de prévention cités à l'article 28.

[2] La CPSLA sollicite le préavis du groupe permanent d'experts en matière d'addictions (GEA) dans les domaines relevant de la compétence de ce dernier (art. 33 ci-après).

Art. 32a Composition et organisation [26]

[1] La CPSLA comprend des représentants des services de l'administration concernés, des associations intéressées, des communes, des réseaux de soins et des milieux concernés.

[2] Elle peut recourir à d'autres experts que ceux du GEA.

[3] Les membres de la CPSLA ainsi que son président sont nommés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable.

[4] Le nombre de membres, la limitation du mandat ainsi que les autres règles de fonctionnement et d'organisation sont fixés par le Conseil d'Etat.

---

[21] Modifié par la loi du 03.10.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[22] Modifié par la loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008

Art. 33 Groupe d'experts en matière d'addictions (GEA) [26]

[1] Il est créé un Groupe d'experts en matière d'addictions chargé de donner son préavis à la CPSLA sur :

- les priorités cantonales dans le domaine d'addictions ;
- les projets ou programmes relatifs aux addictions pour lesquels des demandes de financement sont adressées à la CPSLA.

[2] Le GEA préavise directement au Conseil d'Etat pour tous les projets ou programmes liés à la répression dans le domaine des addictions.

Art. 33a Composition et organisation [26]

[1] Le GEA comprend des représentants des associations et des services publics concernés.

[2] Les membres du GEA et son président sont désignés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Le président est membre de la CPSLA. Leur mandat est renouvelable.

[3] Le nombre de membres, la limitation du mandat ainsi que les autres règles de fonctionnement et d'organisation sont fixés par le Conseil d'Etat.

Art. 34 Activités préventives des professions de la santé

[1] L'Etat encourage la prévention dans la formation et la pratique médicales, avec le concours notamment de la Faculté de médecine et des associations professionnelles médicales.

[2] Il encourage également la prévention dans la formation et la pratique des autres professions de la santé, avec le concours des écoles et des associations professionnelles intéressées.

Art. 35 Hygiène et protection de l'environnement [26]

[1] Lorsque la qualité de vie ou les conditions de travail sont perturbées par des nuisances, l'Etat et les communes mettent en oeuvre les mesures propres à y remédier.

[2] Les départements en charge de l'environnement et des infrastructures ainsi que les communes prennent sans retard les premières mesures commandées par l'hygiène, lorsque la salubrité publique est menacée ou compromise notamment par une contamination des eaux, une construction, un établissement, un dépôt de matières, un épandage, un écoulement, une pollution atmosphérique ou une émission sonore excessive, en collaboration avec les départements concernés.

[3] En cas de contamination des eaux de boisson distribuées sur son territoire, la municipalité avise immédiatement le Laboratoire cantonal et met en oeuvre les mesures prescrites par ce dernier.

[4] En cas de besoin, le département ordonne ou prend lui-même les mesures nécessaires, aux frais du ou des responsables.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 36 Fourniture d'eau de boisson

[1] Quiconque livre, à titre gratuit ou onéreux, de l'eau de boisson à des tiers doit leur fournir une eau qui répond en tout temps aux exigences de l'ordonnance fédérale sur les denrées alimentaires . La même obligation incombe aux propriétaires de fontaines accessibles au public.

[2] Le fournisseur est tenu d'établir, d'entretenir et d'exploiter les installations de captage et de distribution conformément aux règles du métier et aux exigences de l'hygiène et de contrôler régulièrement l'eau livrée.

[3] La municipalité s'assure de la conformité des installations et de la qualité de l'eau.

[4] Le Conseil d'Etat édicte les règlements d'application .

Art. 37 Plages et piscines [26]

[1] La municipalité est tenue de faire contrôler régulièrement la qualité hygiénique de l'eau des plages accessibles au public.

[2] La création et l'exploitation d'une piscine accessible au public sont subordonnées à l'autorisation du département en charge de l'environnement . L'exploitant est tenu de faire contrôler périodiquement la qualité hygiénique de l'eau.

[3] La municipalité veille au respect des exigences sanitaires.

[4] Le Conseil d'Etat édicte les règlements d'application .

Art. 38 ... [26]

Art. 39 Animaux, plantes, substances ou objets dangereux

[1] Sur préavis du Conseil de santé, le département peut réglementer ou interdire le commerce et la détention des animaux, des plantes ou des objets dangereux pour la santé publique, ainsi que la détention et l'utilisation d'agents pathogènes et des substances toxiques qu'ils produisent. Il en est de même de la publicité relative à leur commerce.

Art. 40 Maladies transmissibles [26]

[1] Le département est l'autorité cantonale compétente pour appliquer la loi fédérale sur les épidémies et ses ordonnances d'exécution .

[2] Le médecin cantonal, ou ses adjoints, est chargé des tâches médicales qui s'y rapportent. Il ordonne les mesures de surveillance, de prévention, de protection et de traitement, entre autres les études de couverture vaccinale et des enquêtes auprès des populations à risque. Il contrôle les déclarations incombant aux médecins et aux laboratoires et renseigne l'autorité fédérale.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 40a Commission cantonale des maladies transmissibles [26]

[1] Il est créé une Commission cantonale de lutte contre les maladies transmissibles (Commission des Maladies Transmissibles - CMT). La commission transmet au département ou au médecin cantonal son préavis sur tous les aspects liés aux infections transmises à l'homme. Cela englobe notamment les questions liées à l'évolution des risques, aux mesures de prévention et de dépistage, aux déclarations, aux traitements ainsi qu'aux mesures d'organisation. Elle peut également se prononcer sur les enquêtes et études à effectuer.

Art. 40b Composition [26]

[1] La Commission des Maladies Transmissibles comprend aux maximum douze membres. Elle est présidée par le médecin cantonal ou le médecin cantonal adjoint responsable des maladies transmissibles. Les autres membres sont désignés par le Conseil d'Etat pour la durée d'une législature. Leur mandat est renouvelable.

[2] Les membres doivent être des experts du domaine.

Art. 40c Organisation [26]

[1] La Commission des Maladies Transmissibles peut fonctionner par délégation. Le président décide de la composition en fonction des circonstances.

[2] Elle peut faire appel à des spécialistes externes.

[3] Pour le surplus, la CMT s'organise elle-même.

Art. 41 ... [8]

Art. 42 Vaccinations [26]

[1] En tout temps, notamment en cas de menace de maladie transmissible, le Conseil d'Etat, par le médecin cantonal, peut ordonner la vaccination ou la revaccination d'office de la population ou des groupes particulièrement exposés ou vulnérables.

[2] L'Etat supporte les frais des vaccinations ordonnées d'office. Le Conseil d'Etat peut également décider de participer aux frais d'autres vaccinations.

Art. 43 Responsabilité [8]

[1] L'Etat répond des conséquences dommageables de vaccinations ordonnées d'office.

Art. 44 Frais des interventions [24]

[1] Outre les dépenses mises à la charge des cantons par la législation fédérale, l'Etat peut participer à des dépenses facultatives dans le domaine de la prévention. Le département fixe, de cas en cas, l'étendue et les conditions de cette participation.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[8] Modifié par la loi du 24.09.1996 entrée en vigueur le 03.12.1996
[24] Modifié par la loi du 06.05.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009

[2] Le département peut mettre à la charge des personnes intéressées les frais des mesures de prévention, de protection et de traitement prises en application de l'article 40, alinéa 2.

Art. 45 Santé scolaire [11, 26]

[1] Les mesures de santé scolaire sont notamment la promotion de la santé, la prévention, la surveillance de l'état de santé des élèves fréquentant les établissements scolaires, l'éducation sexuelle, l'éducation pour la santé dentaire ainsi que l'appui utile à l'intégration des élèves en situation de handicap ou de maladie chronique.

Art. 46 Application

[1] Les mesures de santé scolaire sont mises en oeuvre par les médecins, médecins-dentistes et infirmières scolaires, ainsi que par le corps enseignant, le cas échéant avec le concours d'autres personnes exerçant une profession de la santé.

Art. 47 Désignation [11]

[1] Les médecins et médecins-dentistes scolaires sont désignés par les municipalités après consultation du département. Ils peuvent être appelés à suivre des cours de perfectionnement.

[2] Les infirmières scolaires sont engagées par le département ou par un organisme central auquel ce dernier en a confié la charge. Leur salaire est à la charge de l'Etat.

Art. 48 Surveillance et éducation [26]

[1] Les médecins, médecins-dentistes et infirmières scolaires surveillent l'état de santé des élèves. Le cas échéant, ils informent les parents des élèves des maladies ou anomalies constatées et leur conseillent de consulter le médecin de leur choix. En outre, ils se tiennent à la disposition des autorités civiles et scolaires pour toute question ressortissant à la santé des élèves. Ces activités sont organisées en collaboration avec le corps enseignant.

[2] Les activités d'éducation pour la santé en milieu scolaire incombent en priorité au corps enseignant, qui fait appel quand cela est nécessaire aux conseils et à la collaboration du médecin, du médecin-dentiste et de l'infirmière scolaires ainsi que sous certaines conditions à des organismes spécialisés.

[3] Ces activités s'exercent dans le cadre de l'horaire scolaire, sur la base d'un règlement établi par le Conseil d'Etat.

Art. 49 Service dentaire scolaire [26]

[1] Les communes ou groupements de communes organisent un service dentaire scolaire. Le département exerce le contrôle technique.

[2] Les activités de médecine dentaire scolaire comprennent des mesures de surveillance, de dépistage et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.

---

[11] Modifié par la loi du 14.12.1999 entrée en vigueur le 01.01.2001
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 50 Frais, locaux et équipements

[1] Les communes ou groupements de communes supportent les frais découlant des activités de santé scolaire dans les établissements dépendant d'eux. Ils sont tenus de fournir les locaux et l'équipement nécessaires.

[2] Les frais occasionnés par les services de santé scolaire dans les établissements cantonaux sont supportés par l'Etat.

Art. 51 Alcoolisme, tabagisme, toxicodépendances et autres addictions [26]

[1] L'Etat organise la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicodépendances et autres addictions.

[2] Le département encourage la prévention primaire, en particulier par l'éducation pour la santé, les activités de santé et les autres prestations médico-sociales à l'intention des jeunes.

[3] Il soutient les efforts de prévention secondaire, de réduction des risques, de traitement et de réadaptation des alcooliques et autres toxicomanes, par l'intermédiaire des services publics ou privés.

Art. 52 Publicité

[1] Le Conseil d'Etat peut interdire la publicité pour les boissons alcooliques, les produits du tabac et les autres substances potentiellement nuisibles à la santé sur la propriété privée de l'Etat. Il en est de même de la distribution d'échantillons.

[2] Les règlements communaux peuvent prévoir les mêmes mesures pour la propriété privée des communes.

Art. 53 Autres mesures [26]

[1] L'Etat encourage les mesures visant à limiter la consommation ou l'usage d'alcool, de tabac ou de produits potentiellement nuisibles pour la santé, en particulier auprès des enfants et des jeunes. Le Conseil d'Etat peut en interdire l'usage ou la consommation dans certains locaux .

[2] Les communes peuvent appliquer les mêmes mesures.

Art. 54 Lutte contre l'abus des médicaments

[1] Les personnes exerçant les professions soumises à la présente loi doivent, dans leur pratique professionnelle, lutter contre toute consommation abusive ou inadéquate de médicaments ou de substances nocives.

[2] Dans les cas d'abus graves, elles peuvent avertir le médecin cantonal.

Art. 55 Protection de la santé et sécurité au travail [26]

[1] L'Etat encourage les mesures d'hygiène, de médecine et de sécurité au travail dans tous les secteurs d'activité professionnelle. Il intervient soit directement soit en donnant des mandats à des institutions publiques ou privées.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

[2] L'application de la législation fédérale sur le travail est réservée.

Art. 55a [26]

[1] En tant qu'employeur, l'Etat agit de manière exemplaire en matière de protection de la santé et de sécurité au travail, en particulier par l'application de la loi sur le travail et la loi sur l'assurance-accidents. Dans ce but, il se dote des ressources humaines et structurelles adaptées aux besoins de l'administration cantonale en la matière.

[2] Un règlement précise les modalités.

Art. 55b [26]

[1] En tant qu'adjudicateur, l'Etat veille à ce que les entreprises choisies respectent et fassent respecter les règles relatives à la protection de la santé et à la sécurité au travail découlant des dispositions légales.

Chapitre V Placement à des fins d'assistance [30]

Art. 56 Généralités [30]

[1] Le placement à des fins d'assistance est réglé par le Code civil et la loi vaudoise d'application de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE) . Il est complété par les articles 57ss de la présente loi.

Art. 56a ... [13, 30]

Art. 56b ... [13, 26, 30]

Art. 56c ... [15, 30, 32]

Art. 57 Compétences des médecins [27, 30]

[1] Les médecins désignés par le département sont habilités à ordonner un placement pour une durée maximale de six semaines.

[2] Ces médecins sont également compétents pour confirmer le placement d'une personne entrée de son plein gré au sens de l'article 427, alinéa 2 CC .

[3] Les compétences et les obligations de ces médecins sont définies dans un cahier des charges établi par le département. Ce dernier tient également une liste de ces médecins.

[4] Les dispositions de la procédure civile en matière de récusation s'appliquent.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[30] Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[15] Modifié par la loi du 21.09.2004 entrée en vigueur le 01.01.2005
[32] Modifié par la loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015
[27] Modifié par la loi du 19.05.2009 entrée en vigueur le 01.01.2011

Art. 58 Mesures ambulatoires [13,30]

[1] Sous réserve des compétences de l'autorité de protection de l'adulte, seul un médecin autorisé selon l'article 57 peut prescrire un traitement ambulatoire lorsqu'une cause de placement à des fins d'assistance existe mais qu'il estime que les soins requis par la personne peuvent être pratiqués sous forme ambulatoire.

[2] La LVPAE précise la procédure applicable.

Art. 59 ... [30]

Art. 60 ... [30]

Art. 61 ... [30]

Art. 62 ... [30]

Art. 63 ... [30]

Art. 64 ... [30]

Art. 65 [13]

Art. 66 ... [30]

Art. 67 ... [30]

Art. 68 ... [30]

Art. 69 ... [30]

Art. 70 ... [30]

Chapitre VI Mesures diverses

Art. 70a Publicité pour les traitements [26]

[1] Il est interdit à quiconque de faire sans autorisation du département de la publicité pour des traitements.

[2] Les articles 82 et 150 sont réservés.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[30] Modifié par la loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 70b Aide à l'identification [33]

[1] Afin de garantir la fiabilité et la sécurité des données traitées en la forme électronique, en assurant notamment l'identification univoque d'un patient, son numéro d'assuré au sens de l'article 50c de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants peut être utilisé à des fins d'aide à l'identification par les personnes et entités suivantes :

1. les professionnels de la santé, ainsi que les établissements, institutions et organisations régis par la présente loi,

2. les personnes et entités chargées par le département compétent de développer des projets et d'effectuer des recherches ou d'établir des statistiques dans le domaine de la santé publique.

Art. 71 Interruption non punissable de la grossesse [26]

[1] L'interruption de grossesse est régie par les dispositions du Code pénal suisse .

[2] Le département édicte les directives nécessaires à leur application.

[3] ...

Art. 72 Procréation humaine assistée [26]

[1] La pratique de la procréation médicalement assistée, régie par la législation fédérale , est soumise à autorisation du département, sur préavis du médecin cantonal.

[2] La surveillance relève de la compétence du médecin cantonal, conformément aux dispositions de la loi fédérale.

[3] ...

Art. 72a Transports médicalement nécessaires [33]

[1] Le Conseil d'Etat peut désigner les entreprises admises à effectuer les transports médicalement nécessaires au sens de la LAMal .

Art. 73 Pompes funèbres et opérations mortuaires [2]

[1] L'inhumation, l'incinération et le transport de cadavres humains, ainsi que les interventions pratiquées sur eux font l'objet de règlements spéciaux .

Art. 73a Entreprises de pompes funèbres [2, 26]

[1] L'exploitation d'une entreprise de pompes funèbres est soumise à l'autorisation du département.

[2] Le responsable de l'entreprise doit :

a. avoir l'exercice des droits civils ;

---

[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[2] Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988

b. ne pas avoir été condamné pour un crime ou un délit incompatible avec l'exercice de cette fonction ;

c. n'être débiteur d'aucun acte de défaut de biens, provisoire ou définitif ;

d. être au bénéfice d'une expérience jugée suffisante ;

e. bénéficier d'un état physique et psychique qui lui permet d'assumer les charges liées à cette activité.

[3] Les exigences minimales concernant les locaux, le matériel et les véhicules dont l'entreprise doit disposer sont fixées par le département.

[4] L'autorisation peut être retirée lorsque les conditions de son octroi ne sont pas ou plus remplies. Le département décide après avoir pris l'avis du service en charge de la santé publique. L'intéressé doit pouvoir se déterminer. Le retrait à titre de sanction administrative (art. 191) est réservé.

Art. 73b Règles et usages professionnels [2, 26]

[1] Le Conseil d'Etat soumet les entreprises de pompes funèbres à des règles et usages professionnels.

[2] ...

[3] ...

Chapitre VII Professions de la santé

Section I Dispositions générales

Art. 74 Champ d'application [2, 4, 10, 13, 26]

[1] Le Conseil d'Etat énumère les professions de la santé qui sont soumises au chapitre VII de la présente loi. Il en fixe les conditions et en réglemente l'exercice . Il prend préalablement l'avis des associations professionnelles concernées.

[2] Il peut soumettre l'exercice de ces professions à l'acquisition d'une expérience pratique.

[3] ...

Art. 75 Autorisation de pratiquer à titre indépendant [13, 26, 31, 33]

[1] L'exercice d'une profession de la santé à titre indépendant est soumis à autorisation du département qui fixe la procédure.

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
4 Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
10 Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[2] Le département examine les demandes d'autorisation de pratiquer la profession de médecin à titre indépendant en étroite collaboration avec l'association professionnelle cantonale qui se détermine en particulier sur le parcours professionnel du requérant, notamment en lien avec le système de santé fédéral et vaudois, ainsi que sur son projet professionnel. Selon le résultat de cet examen, il peut assortir l'autorisation de pratiquer de recommandations.

[3] L'autorisation de pratiquer est accordée au requérant à condition qu'il :

a. soit titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal ;

b. ait l'exercice des droits civils ;

c. n'ait pas été condamné pour un crime ou un délit incompatible avec l'exercice de la profession ;

d. se trouve dans un état physique et psychique qui lui permet d'exercer sa profession ;

e. conclue une assurance responsabilité civile couvrant son activité.

[3bis] L'autorisation peut être soumise à des conditions, notamment en matière de connaissances linguistiques. Le département fixe ces exigences.

[3ter] Le Conseil d'Etat peut prévoir des conditions particulières de contrôle de l'aptitude à continuer à exercer pour les professionnels de la santé désireux de poursuivre leur activité professionnelle au-delà de 70 ans.

[4] Les articles 74 alinéa 2, 75a, 120, 122b, 122f, 135, 141 et 153a sont réservés

[5] L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquement à ses devoirs professionnels.

[6] Le requérant au bénéfice d'une autorisation de pratiquer la même profession dans un autre canton bénéficie d'une procédure simplifiée selon les conditions fixées par le département.

[7] Les personnes mentionnées à l'alinéa précédent et les ressortissants étrangers qui, en vertu de traités internationaux, ont le droit d'exercer à titre indépendant, sans autorisation, une profession de la santé en Suisse pendant 90 jours au plus par année civile, doivent s'annoncer auprès de l'autorité compétente.

[8] ...

[9] On entend par exercice à titre indépendant une activité non salariée, rémunérée par des honoraires.

Art. 75a Autorisation de pratiquer pour les titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat tiers [31]

[1] Lorsque l'offre de soins médicaux est insuffisante selon les critères fixés par le département, ce dernier peut délivrer une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant aux titulaires d'un diplôme ou d'un titre postgrade délivré par un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de traité sur la reconnaissance réciproque des diplômes. Le professionnel doit être titulaire d'un diplôme ou d'un titre postgrade équivalent à un diplôme ou à un titre postgrade fédéral et disposer de connaissances suffisantes du français.

---

[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

[2] Pour le surplus, le requérant doit remplir les conditions prévues par l'article 75.

Art. 76 Pratique à titre dépendant [2, 10, 13, 26, 31, 33]

[1] L'exercice de la profession de médecin et de médecin-dentiste à titre dépendant est soumis à autorisation du département. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent par analogie. Lorsque le médecin est titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent, il ne peut exercer que sous la surveillance directe d'un médecin autorisé à pratiquer dans la même discipline.

[2] Les médecins titulaires du seul diplôme fédéral ou d'un titre équivalent sont dispensés de l'autorisation lorsqu'ils suivent une formation postgrade au sens de l'article 25 de la loi sur les professions médicales. Ils doivent pratiquer sous la surveillance directe d'un médecin au bénéfice d'une autorisation de pratique dans la même discipline.

[3] L'exercice à titre dépendant des autres professions de la santé citées dans la présente loi ne nécessite pas d'autorisation. Il requiert toutefois la possession d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Les articles 119 alinéa 6, 122b alinéa 2 et 122e alinéa 7 sont réservés.

[4] L'exercice à titre dépendant d'une profession de la santé au sens de l'alinéa 3 est soumis à autorisation lorsque le professionnel assume des tâches de supervision ou exerce de façon professionnelle indépendante. Les règles et conditions régissant la pratique à titre indépendant s'appliquent alors par analogie.

[4bis] Le département peut soumettre d'autres professions de la santé au sens de l'alinéa 3 à autorisation.

[5] Le département renseigne les employeurs sur l'appréciation des diplômes ainsi que sur les cas d'interdiction dont il a connaissance.

[6] Les articles 86 et 93 sont réservés.

Art. 76a Limitation de la pratique à titre dépendant [31]

[1] Sur préavis de l'association professionnelle cantonale, le département peut décider, pour une durée maximale de trois ans renouvelable, de limiter par spécialité et/ou par région le nombre des médecins autorisés à pratiquer à titre dépendant au sens de l'article 76, alinéa 1.

Art. 77 Appellation [26]

[1] ...

[2] L'usage de titres ou de termes susceptibles de créer une confusion dans l'esprit du public est interdit.

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
10 Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 78 ... [2, 26]

Art. 78a Formation continue [31]

[1] Les professionnels de la santé doivent suivre une formation continue afin de mettre à jour les connaissances et les compétences nécessaires au bon exercice de leur profession.

[2] Le Conseil d'Etat définit le minimum exigé en la matière, notamment s'agissant des connaissances du système de santé vaudois. Il peut confier l'organisation de la formation aux associations et organisations professionnelles.

Art. 79 Retrait de l'autorisation de pratiquer [26, 33]

[1] L'autorisation de pratiquer peut être retirée pour une durée déterminée ou indéterminée, ou encore assortie de conditions, si une ou plusieurs des conditions requises pour son octroi ne sont pas ou plus réunies.

[2] Il en va de même pour le droit d'exercer sans autorisation des professionnels étrangers travaillant jusqu'à 90 jours en Suisse.

[3] Le département décide après avoir entendu la personne concernée.

[4] Les articles 184 et suivants sont réservés.

Art. 80 Secret professionnel [13]

[1] Toute personne qui pratique une profession de la santé, ainsi que ses auxiliaires, est astreinte au secret professionnel.

[2] Le secret professionnel a pour but de protéger la sphère privée du patient. Il interdit aux personnes qui y sont tenues de transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans la pratique de leur profession. Il s'applique également entre professionnels de la santé.

[3] Lorsque les intérêts d'un patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, se transmettre des informations le concernant.

[4] Les avis et déclarations aux autorités sanitaires ordonnés par les lois et les règlements sont réservés.

Art. 80a Déclaration [13, 26, 27, 33]

[1] La personne astreinte au secret professionnel doit annoncer au médecin cantonal les faits susceptibles de constituer un cas de maltraitance ou de soins dangereux émanant d'autres professionnels de la santé.

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
27 Modifié par la loi du 19.05.2009 entrée en vigueur le 01.01.2011

[2] Elle ne peut pas se prévaloir du secret professionnel pour refuser de renseigner les autorités sanitaires sur les faits dont elle est elle-même accusée, ni pour refuser de témoigner devant les juridictions civiles dans le cadre de conflits l'opposant à ses patients.

[3] Lorsque la maltraitance n'émane pas d'un professionnel de la santé, la personne astreinte au secret professionnel peut s'adresser au médecin cantonal et aux autorités compétentes.

[4] D'autres droits et obligations d'informer prévus dans la législation spéciale, en particulier en matière de protection de l'adulte et de l'enfant, sont réservés.

Art. 81 Compérage et dépendance [2, 26]

[1] Il est interdit à quiconque exerce une profession de la santé au sens de la présente loi de conclure une association ou de contracter une obligation incompatible avec les exigences de sa profession, notamment susceptible de faire prévaloir des considérations économiques sur l'intérêt de la santé du patient ou de porter atteinte à sa liberté de choix.

[2] ...

Art. 82 Publicité [26, 33]

[1] Les professionnels de la santé doivent s'abstenir de toute publicité qui n'est pas objective et ne répond pas à l'intérêt général. Cette publicité ne doit en outre ni importuner ni induire en erreur.

[2] Le département, sur proposition des associations professionnelles concernées, définit les notions mentionnées au premier alinéa et fixe les limites dans lesquelles la publicité est nécessaire au fonctionnement de leurs membres.

[2bis] Le département peut déléguer le contrôle du respect de cette disposition aux associations professionnelles. En cas de désaccord, le département tranche ou prend les mesures idoines.

[3] ...

[4] Il est interdit de mentionner des appareils spéciaux ou des méthodes de traitement particulières sous réserve de l'accord du département.

[5] ...

[6] Toute forme de publicité est interdite aux personnes qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.

Art. 83 Titre de spécialiste [26]

[1] L'utilisation des titres de spécialistes est réglée par le droit fédéral. Seules les personnes exerçant une profession médicale et possédant un titre postgrade fédéral ou jugé équivalent sont autorisées à s'intituler spécialistes.

[2] Les personnes ayant obtenu l'autorisation cantonale de faire état d'une spécialisation restent au bénéfice de ce droit.

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 84 Changement de nom, de domicile, d'activité [33]

[1] Quiconque exerce une profession de la santé doit informer, dans un délai de quinze jours, le département de tout changement de nom, de domicile ou d'activité professionnels.

[2] A défaut et si le service doit procéder à des investigations, il peut facturer des frais jusqu'à cinq cents francs. Les articles 184 et suivants sont réservés.

Art. 85 Remplacement [26,33]

[1] Les personnes autorisées à exercer une profession de la santé et désirant se faire remplacer doivent obtenir l'autorisation du département ou du département en charge des affaires vétérinaires. Le remplaçant doit avoir l'autorisation de pratiquer la même profession. Le département compétent peut prévoir des exceptions.

[2] ...

[3] En cas de décès, de maladie grave ou de force majeure, le département peut autoriser l'assistant d'une personne autorisée à exercer une profession médicale, à diriger le cabinet ou l'officine de cette personne pour une durée déterminée qui, en règle générale, ne dépassera pas une année.

Art. 86 Responsabilité de l'employeur [13,33]

[1] L'employeur de personnes exerçant une ou plusieurs professions relevant de la présente loi tient à la disposition du département une liste de ces personnes.

[2] L'employeur s'assure en outre que les professionnels de la santé qu'il engage :

a. sont titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal pour exercer leur profession. Les articles 75a et 124a sont réservés,

b. bénéficient d'un état de santé physique et psychique qui permet l'exercice de leur profession.

[3] Avec la collaboration du département qui lui communique les renseignements en sa possession, l'employeur prend les mesures nécessaires s'il constate que le professionnel :

a. n'a pas l'exercice des droits civils,

b. n'est pas au bénéfice de la formation adéquate,

c. a fait l'objet d'une condamnation pénale ou d'une sanction disciplinaire incompatible avec l'exercice de sa profession,

d. a produit un titre faux à la base de son engagement.

[4] Dans le cas où l'employeur constate des compétences insuffisantes ou des comportements inadéquats chez un professionnel, ou s'il apprend que des poursuites judiciaires sont en cours pour des faits représentant des risques pour les patients, ou encore si les comportements en cause donnent lieu à la cessation des rapports de travail, il en informe le département.

---

[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002

4bis L'alinéa 3 s'applique par analogie dans les cas où la personne employée n'est pas un professionnel de la santé au sens de la présente loi.

4ter L'employeur offre les conditions nécessaires à la formation continue des professionnels de la santé qu'il emploie.

5 Le département peut effectuer des contrôles.

Art. 87 Dossier du patient [13, 26]

1 Les professionnels de la santé tiennent pour chaque patient un dossier résumant leurs observations, les prestations fournies ou prescrites et, excepté pour les pharmaciens, l'évolution du cas.

2 Font exception les professions de droguiste, d'ambulancier et d'opticien (lorsqu'il dirige un commerce d'optique ne pratiquant ni les examens de la vue, ni les adaptations des lentilles de contact).

3 Le dossier est conservé au cabinet du praticien, dans l'officine du pharmacien, dans l'établissement sanitaire ou l'organisation de soins. Il doit être accessible au remplaçant au sens de l'article 85, au successeur désigné par le patient ainsi qu'aux personnes chargées d'évaluer les soins requis dans les établissements médico-sociaux pour répondre aux exigences de la législation fédérale sur l'assurance maladie .

4 Les articles 24 et 151 sont réservés.

5 Le dossier doit être conservé au moins pendant dix ans dès la dernière consultation. Les autres règles relatives à la conservation des dossiers sont fixées par le Conseil d'Etat. Ce dernier peut déroger à ce principe et fixer d'autres règles en cas de cessation d'activité ou de décès du praticien.

Art. 88 Autorisation d'exploiter

1 Le Conseil d'Etat détermine quelles sont les professions pour lesquelles les installations doivent faire l'objet d'une autorisation d'exploiter.

Art. 89 Attributions du département [26]

1 Le département est habilité à effectuer ou à faire effectuer les inspections des cabinets, instituts, installations et locaux afin de veiller au respect des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'application.

2 Il peut, par le médecin cantonal, procéder au contrôle nécessaire pour vérifier l'adéquation aux exigences de la santé publique et de la sécurité des patients.

Section II Professions médicales

Art. 90 Définition [13]

1 Les professions médicales au sens de la présente loi sont celles de médecin, médecin-dentiste, médecin-vétérinaire, pharmacien et chiropraticien.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 91 ... [7, 26]

Art. 91a Devoir de participer aux dispositifs de garde et d'urgence [7, 13, 31, 33]

[1] Les membres des professions médicales doivent participer aux dispositifs de garde et d'urgence établis dans le canton.

[2] Pour les médecins, le dispositif de garde est constitué par la garde de spécialité et la garde de premier recours qui comprend :

- les médecins spécialistes en médecine interne générale ;
- les médecins praticiens ;
- les médecins spécialistes en pédiatrie ;
- les médecins gynécologues dans leur spécialité ;
- les médecins psychiatres dans leur spécialité.

Il peut être étendu à la garde médicale des hôpitaux et cliniques qui offrent des services d'urgence ou de soins intensifs et qui ont la mission de garantir les besoins en soins de la population en tout temps, conformément à l'article 91b ci-après.

[3] Sur demande motivée, un membre d'une profession médicale peut être dispensé temporairement ou de manière permanente de son obligation de participer au dispositif de garde. L'âge, le nombre de gardes effectuées et une atteinte à la santé limitant la capacité de travail constituent notamment des motifs légitimes de dispense. Suivant le motif de dispense, une taxe de compensation forfaitaire dont le montant n'excède pas 20'000 francs par an est exigible. Elle ne sera pas prélevée en cas d'atteinte avérée à la santé limitant la capacité de travail et attestée par deux médecins indépendants.

[4] Le département peut déléguer par convention l'organisation des dispositifs de garde et d'urgence et l'exécution des obligations y relatives à une association professionnelle. Dans un règlement soumis à l'approbation du département, l'association professionnelle concernée fixe notamment les modalités d'engagement des professionnels assujettis à la garde, les motifs de dispense, la procédure d'examen des demandes de dispense comprenant une voie de recours interne et le montant de la taxe d'exemption. Elle conserve le produit de la taxe qui est comptabilisé de manière distincte et affecté exclusivement à l'exécution des tâches confiées par la présente disposition.

[5] Par convention, l'Etat peut accorder à l'association professionnelle délégataire une subvention destinée à financer la rémunération des professionnels de la santé astreints à un dispositif de garde et d'urgence.

[6] Les décisions sur recours rendues par une association professionnelle sur les dispenses de l'obligation de participer au dispositif de garde et sur le paiement de la taxe de compensation peuvent faire l'objet d'un recours au département. Les membres des professions médicales qui ne respectent pas leur obligation de participer au dispositif de garde sont dénoncés au département.

---

7 Modifié par la loi du 20.05.1996 entrée en vigueur le 23.07.1996
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[7] Si aucune convention n'est signée ou si une association professionnelle ne met pas en place des mesures suffisantes, le département peut prendre directement les mesures d'organisation et veiller à leur exécution.

Art. 91b Garde médicale des hôpitaux et cliniques [31]

[1] L'organisation du dispositif de garde des hôpitaux et cliniques défini à l'article 91a, alinéa 2, fait l'objet d'une convention particulière entre le département et l'association professionnelle cantonale des médecins. Cette dernière règle les modalités d'application avec les associations représentatives des hôpitaux et des cliniques.

[2] A défaut d'une convention entre le département et l'association professionnelle cantonale des médecins et après avoir entendu les intéressés, le département peut fixer les modalités pour une durée déterminée de 3 mois, renouvelable une fois, lorsqu'il estime qu'une situation de pénurie de médecins hospitaliers présente un risque pour la sécurité et la continuité de la mission d'un hôpital.

[3] Pour le surplus, les dispositions de l'article 91a, alinéas 3, 5 et 6 s'appliquent.

Art. 92 ... [8]

Art. 93 Assistants [2, 4, 13, 26, 33]

[1] L'assistant exerce à titre dépendant sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, d'un médecin-dentiste, d'un médecin-vétérinaire d'un pharmacien ou d'un chiropraticien autorisé à pratiquer.

[1bis] Lorsqu'une liste d'établissements ou de cabinets de formation reconnus par l'institut fédéral désigné par la loi fédérale sur les professions médicales existe dans une discipline médicale donnée, seuls les établissements et cabinets figurant sur cette liste sont habilités à superviser un assistant au sens de la présente disposition.

[2] ...

[2bis] L'assistant est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. L'employeur avise le département ou le département en charge des affaires vétérinaires de son engagement en précisant le but de formation poursuivi. Les dispositions transitoires concernant les pharmaciens sont réservées.

[3] ...

[3bis] Le département peut, sur demande motivée de l'employeur, autoriser au titre d'assistant au sens du présent article un professionnel de la santé non titulaire d'un titre admis au sens de l'alinéa 2bis en vue de l'obtention de ce titre.

---

31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
8 Modifié par la loi du 24.09.1996 entrée en vigueur le 03.12.1996
2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
4 Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[3ter] Le département en charge des affaires vétérinaires peut, sur demande motivée de l'employeur, autoriser au titre d'assistant au sens du présent article un médecin-vétérinaire non titulaire d'un titre admis au sens de l'alinéa 2bis en vue de l'obtention d'un titre ou de l'acquisition d'une expérience pratique. La durée de cette autorisation est limitée aux besoins de la formation ou à deux ans pour le cas de l'acquisition d'une expérience pratique.

[4] La fonction d'assistant d'un médecin, d'un médecin-dentiste, d'un pharmacien ou d'un chiropraticien autorisé à pratiquer a pour but d'assurer la formation de l'intéressé en vue de l'obtention d'un titre admis par le droit fédéral et, à ce titre, elle ne peut revêtir qu'un caractère temporaire. La durée de l'autorisation est limitée aux besoins de cette formation.

[5] ...

[6] ...

[7] Un médecin, un médecin-dentiste ou un chiropraticien autorisé à pratiquer ne peut s'adjoindre plusieurs assistants.

[8] Les responsables des services médicaux des établissements sanitaires peuvent s'adjoindre plusieurs assistants. Le département ou le département en charge des affaires vétérinaires peut limiter ce nombre en fonction de l'organisation du service médical de l'établissement.

Art. 94 Médecins [9]

a) Compétences

[1] Le médecin a seul qualité:

a. pour déterminer ou apprécier l'état physique ou psychique des personnes et prescrire les mesures propres à la conservation et au rétablissement de leur santé selon l'état des connaissances professionnelles et scientifiques admises;

b. pour délivrer des déclarations et des certificats médicaux ou médico-légaux.

[2] Sont réservées les attributions que la loi confère aux autres professions visées par la présente loi.

Art. 95 b) Cabinets secondaires [2]

[1] Le médecin qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin informe le département de l'existence de ces cabinets.

Art. 96 Cabinets de groupe [26]

[1] Les cabinets de groupe réunissent des médecins autorisés à pratiquer à titre indépendant. Ils sont assimilés aux cabinets individuels.

[2] Le département émet des directives d'application en collaboration avec les associations professionnelles concernées.

---

9 Modifié par la loi du 20.05.1997 entrée en vigueur le 22.07.1997
2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 97 Institution de soins ambulatoires [26, 31]

[1] Les institutions de soins ambulatoires sont des institutions où sont dispensés des soins médicaux par des médecins exerçant à titre dépendant.

[2] Ils sont assimilés à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152 LSP.

[3] Si l'institution compte trois médecins ou moins autorisés à pratiquer à titre dépendant, ils sont assimilés à un cabinet de groupe. Ils peuvent s'adjoindre un médecin diplômé ou un assistant.

[4] Après consultation des associations professionnelles concernées, le département peut assimiler des cabinets de groupe au sens de l'alinéa 3 ci-dessus ou des cabinets de groupes au sens de l'article 96 à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152 , notamment s'ils pratiquent des interventions sensibles ou si d'autres spécialistes ou professionnels de la santé déploient leur activité au sein de la même structure.

[5] L'article 76 est réservé.

Art. 98 Déclarations au médecin cantonal

[1] Le médecin déclare sans délai au médecin cantonal :

a. tous les cas de maladies soumis à déclaration obligatoire en vertu de la législation fédérale ;

b. les cas d'intoxications alimentaires ;

c. les atteintes à la santé causées par des radiations ionisantes.

[2] Il peut agir de même dans les cas de pharmaco-dépendance et autres toxico-dépendances.

[3] Il avise également le médecin cantonal de toute intoxication dont la cause peut mettre en danger des tiers.

Art. 99 Mesures thérapeutiques

[1] Le médecin qui constate un cas de maladie tombant sous le coup de l'article 98 prescrit les mesures opportunes. Il se soumet aux directives du médecin cantonal.

[2] Il lui signale les personnes qui, atteintes d'une maladie transmissible, refusent de se faire traiter ou interrompent prématurément leur traitement.

Art. 100 Médecins-dentistes
a) Compétences

[1] Le médecin-dentiste a seul qualité:

a. pour donner les soins et effectuer les interventions que nécessitent les affections odonto-stomatologiques, dans les limites fixées par le règlement des examens fédéraux , ainsi que pour prescrire les mesures propres à la conservation de la santé bucco-dentaire;

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

b. pour délivrer, en matière d'odonto-stomatologie, des déclarations et des certificats médicaux ou médico-légaux.

[2] Sont réservées les attributions que la loi confère aux médecins et aux autres professions visées par la présente loi. Les articles 13 et 19 à 25 sont applicables par analogie.

Art. 101 b) Anesthésie

[1] Dans l'exercice de la médecine dentaire, l'anesthésie générale ne peut être pratiquée que sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin.

Art. 102 Prescription et utilisation de médicaments [26]

[1] Dans les limites de la médecine dentaire, le médecin-dentiste est habilité à prescrire et à utiliser des médicaments.

Art. 103 Cabinets secondaires [2]

[1] Le médecin-dentiste qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin-dentiste informe le département de l'existence de ces cabinets.

Art. 104 Cabinets de groupe [26]

[1] Les cabinets de groupe réunissent des médecins-dentistes autorisés à pratiquer à titre indépendant. Ils sont assimilés aux cabinets individuels.

[2] Le département émet des directives d'application en collaboration avec les associations professionnelles concernées.

Art. 105 Institutions de soins dentaires ambulatoires [26, 31]

[1] Les institutions de soins dentaires ambulatoires sont des institutions où sont dispensés des soins médico-dentaires par des médecins-dentistes exerçant à titre dépendant.

[2] Ils sont assimilés à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152.

[3] Si l'institution compte trois médecins-dentistes ou moins autorisés à pratiquer à titre dépendant, ils sont assimilés à un cabinet de groupe.

[4] Après consultation des associations professionnelles concernées, le département peut assimiler des cabinets de groupe au sens de l'alinéa 3 ci-dessus ou des cabinets de groupe au sens de l'article 96 à des établissements sanitaires ou apparentés au sens des articles 144 et 152, notamment s'ils pratiquent des interventions sensibles ou si d'autres spécialistes ou professionnels de la santé déploient leur activité au sein de la même structure.

[5] L'article 76 est réservé.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[2] Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015

Art. 106 Médecins-vétérinaires

a) Compétences

[1] Le médecin-vétérinaire a seul qualité:

a. pour donner des soins médicaux aux animaux;

b. pour prescrire les médicaments vétérinaires et établir les ordonnances à cet usage;

c. pour délivrer des déclarations et des certificats vétérinaires.

Art. 107 [2, 33]

b) Cabinets secondaires

[1] Le médecin-vétérinaire qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le médecin-vétérinaire informe le département en charge des affaires vétérinaires de l'existence de ces cabinets.

Art. 108 c) Cabinets vétérinaires [4]

[1] Les médecins-vétérinaires autorisés à pratiquer à titre indépendant dans le canton exercent leur activité en cabinet individuel ou en cabinet de groupe.

Art. 109 d) Cliniques vétérinaires [4]

[1] Par clinique vétérinaire, on entend une institution dans laquelle des animaux malades, accidentés ou opérés sont gardés en traitement et en pension, et qui fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, sous la surveillance permanente du personnel soignant.

[2] Les cliniques vétérinaires sont soumises par analogie aux dispositions des articles 145 à 151.

Art. 109a e) Permanences vétérinaires [4]

[1] Par permanence vétérinaire, on entend une institution dans laquelle des animaux malades ou accidentés sont accueillis 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, pour des soins ambulatoires.

Art. 110 Pharmaciens [26, 33]

a) Compétences

[1] Le pharmacien a seul qualité pour effectuer les opérations suivantes et cela exclusivement dans une pharmacie :

a. l'exécution des prescriptions formulées dans les limites de leurs compétences par des médecins, des médecins-dentistes, des médecins-vétérinaires, des chiropraticiens et des sages-femmes ;

b. la vente des médicaments au public ;

c. ...

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
4 Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

d. ...

e. la fabrication des médicaments conformément à l'article 169 de la présente loi.

[2] Sont réservés les articles 140 et 176 à 179.

[3] Le pharmacien peut exécuter les analyses médicales autorisées en pharmacie par la législation fédérale sur l'assurance maladie .

[4] Le département peut confier au pharmacien des tâches de santé publique.

Art. 111 b) Incompatibilité et collaboration [31]

[1] Sauf les cas prévus aux articles 176 et 177, l'exercice simultané de la pharmacie et d'une autre profession médicale est interdit, sous réserve de l'alinéa 3.

[2] Le département encourage la collaboration entre médecins et pharmaciens en soutenant la création de cercles de qualité.

[3] Avec l'accord des associations professionnelles cantonales de médecins et de pharmaciens, le département peut autoriser les médecins et les pharmaciens d'une même région à exercer des compétences supplémentaires dans les limites du droit fédéral.

Art. 112 c) Abus de produits thérapeutiques [26]

[1] Le pharmacien avise immédiatement le médecin cantonal ou le pharmacien cantonal s'il soupçonne un usage abusif de produits thérapeutiques pouvant faire suspecter une dépendance.

Art. 113 Pharmacien adjoint [33]

[1] Le pharmacien responsable peut s'adjoindre un ou plusieurs pharmaciens adjoints.

[2] Le pharmacien adjoint est titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Le cas des assistants titulaires du certificat d'examen de l'Office fédéral de la santé publique est réservé.

[3] Le pharmacien adjoint est autorisé conformément à l'article 76 alinéa 4 de la présente loi.

Art. 114 ... [13, 33]

Art. 115 Définition de la pharmacie [26]

[1] On entend par pharmacie tout local ou installation dirigé par un pharmacien autorisé à pratiquer et servant à la préparation et au commerce des produits thérapeutiques aux fins d'assurer l'approvisionnement direct du public, des médecins ou des établissements sanitaires.

---

[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002

Art. 116 Autorisation d'exploiter [26,33]

[1] L'installation et l'exploitation des pharmacies sont subordonnées à l'autorisation du département.

[2] La pharmacie doit être exploitée sous la direction d'un pharmacien autorisé à pratiquer (dit pharmacien responsable) qui doit exercer personnellement et effectivement une surveillance sur les actes pharmaceutiques qui s'y déroulent.

[3] L'autorisation d'exploiter est délivrée au pharmacien responsable. Elle est personnelle et intransmissible.

[4] Lorsque le pharmacien responsable n'est pas propriétaire de la pharmacie, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de toute l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité de la pharmacie.

[5] Un pharmacien ne peut diriger qu'une pharmacie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un pharmacien, contrôler une pharmacie d'établissement au sens de l'article 117 de la présente loi ou assurer une assistance pharmaceutique au sens de l'article 117a de la présente loi.

Art. 116b Vente par correspondance [26]

[1] La vente par correspondance de médicaments est régie par la législation fédérale et soumise à autorisation du département.

[2] Le Conseil d'Etat réglemente la procédure d'autorisation.

Art. 117 Pharmacie d'établissement [26]

[1] Le département peut autoriser les établissements sanitaires, les institutions socio-éducatives et les établissements de détention à tenir une pharmacie non accessible au public pour les traitements effectués dans ces établissements. Cette pharmacie est placée sous le contrôle du pharmacien.

[2] L'article 169 est réservé.

Art. 117a Assistance pharmaceutique [33]

[1] Les établissements médico-sociaux ainsi que les institutions socio-éducatives dans lesquelles des produits thérapeutiques sont dispensés peuvent être astreints par le département à se doter d'une assistance pharmaceutique afin de garantir l'usage rationnel, correct et économique des médicaments prescrits à leurs résidents.

[2] Les conditions d'application sont fixées par le département, après consultation des associations faîtières.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 118 Règlement

[1] Le Conseil d'Etat réglemente l'installation, la tenue, l'inspection des pharmacies, l'exécution et la répétition des ordonnances, la préparation et la vente des médicaments, ainsi que les modalités du remplacement au sens de l'article 85.

Art. 119 Chiropraticiens [8, 13, 26, 33]

a) Compétences

[1] Le chiropraticien a seul qualité :

a. pour traiter les maladies et les troubles du fonctionnement auxquels s'appliquent les méthodes thérapeutiques qu'il a apprises dans le cadre de sa formation sanctionnée par les titres professionnels mentionnés à l'article 120;

b. pour délivrer, dans les limites de ses compétences, des déclarations et des certificats médicaux et médico-légaux.

[2] Sont réservées les attributions que la loi confère aux médecins et autres professions visées par la présente loi.

[3] Le chiropraticien est habilité, dans les limites de ses compétences, à effectuer, à déléguer et à prescrire des examens d'imagerie diagnostique, des analyses de laboratoire et d'autres examens paracliniques ainsi qu'à prescrire des médicaments dans les limites fixées par la législation fédérale sur l'assurance maladie.

[3bis] Il est habilité à utiliser les médicaments soumis à ordonnance médicale nécessaire à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.

[4] Le chiropraticien participe à la prévention des maladies et des accidents ainsi qu'au maintien et à la promotion de la santé.

[5] ...

[6] Le chiropraticien pratique à titre dépendant ou indépendant. S'il s'agit d'un chiropraticien titulaire du seul diplôme fédéral ou d'un titre jugé équivalent par le droit fédéral, il exerce sous la supervision d'un chiropraticien autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud.

Art. 120 [13, 26, 33]

b) Autorisation de pratiquer

[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Les chiropraticiens titulaires d'une autorisation délivrée sur la base de l'examen intercantonal restent au bénéfice de cette autorisation.

[2] ...

---

[8] Modifié par la loi du 24.09.1996 entrée en vigueur le 03.12.1996
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 121 ... [13]

Art. 122 **d) Cabinets secondaires** [2]

[1] Le chiropraticien qui exploite plusieurs cabinets pratique personnellement dans chacun d'eux. Ils ne seront ainsi ouverts qu'alternativement. Le chiropraticien informe le département de l'existence de ces cabinets.

Section III Autres professions de la santé

Art. 122a **Psychologues psychothérapeutes** [2, 8, 33]
a) Rôle et compétence

[1] Le psychologue psychothérapeute administre des traitements dont l'efficacité est reconnue. Il n'est pas habilité à prescrire ou à administrer des médicaments.

[2] Le psychologue psychothérapeute attire l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient.

[3] ...

[4] Le psychologue psychothérapeute pratique à titre dépendant ou indépendant.

Art. 122b [2, 33]
b) Autorisation de pratiquer

[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre de base en psychologie ainsi que d'un titre postgrade en psychothérapie admis en Suisse conformément à un accord international ou au droit fédéral.

[2] Le psychologue psychothérapeute qui effectue une formation postgrade pratique sous la supervision directe d'un psychiatre ou d'un psychologue psychothérapeute autorisé à pratiquer. Le département peut émettre des directives concernant la pratique de la psychothérapie déléguée, en particulier quant au nombre autorisé d'assistants en formation.

[3] Le psychologue psychothérapeute titulaire d'une autorisation de pratiquer délivrée avant l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les psychologues reste au bénéfice de cette autorisation.

Art. 122c **Logopédistes-orthophonistes** [13, 33]
a) Rôle et compétence

[1] Le logopédiste-orthophoniste administre des traitements aux personnes souffrant de troubles de la communication (langage oral et écrit, voix). Il exerce également des activités de conseil et de prévention dans les mêmes domaines.

[2] Le logopédiste-orthophoniste exerce à titre dépendant ou indépendant.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
8 Modifié par la loi du 24.09.1996 entrée en vigueur le 03.12.1996
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[3] La législation sur la pédagogie spécialisée est réservée.

Art. 122d [13, 33]

b) Autorisation de pratiquer

[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée aux personnes titulaires d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions supplémentaires.

Art. 122e Ostéopathes [13, 33]

[1] L'ostéopathe est habilité à prendre des mesures prophylactiques, et à traiter des troubles fonctionnels qui proviennent de modifications réversibles des structures de l'organisme, ceci selon les règles établies par l'ostéopathie.

[2] L'ostéopathe est notamment autorisé à traiter des états tissulaires se traduisant par des restrictions de mobilité et par des dysfonctionnements de l'organisme à l'aide des techniques et des manipulations ostéopathiques.

[3] L'ostéopathe doit attirer l'attention du patient sur l'opportunité d'en référer à un médecin lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical; cette indication figure au dossier du patient.

[4] L'ostéopathe n'est pas habilité à procéder à d'autres interventions, à prescrire, à remettre ou administrer des médicaments ni à pratiquer des actes de radiologie et de laboratoire.

[5] L'ostéopathe est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[6] L'ostéopathe pratique à titre dépendant ou indépendant.

[7] Le professionnel qui effectue son stage pratique dans le but de se présenter à la seconde partie de l'examen intercantonal travaille sous la supervision directe d'un ostéopathe autorisé. Le département peut émettre des directives notamment sur le nombre autorisé de professionnels en formation.

[8] L'ostéopathe titulaire d'une autorisation délivrée sur la base d'un certificat de capacité reconnu par le département reste au bénéfice de cette autorisation.

Art. 122f ... [13, 26, 33]

Art. 122g Stagiaire [13]

[1] L'ostéopathe peut s'adjoindre un stagiaire en formation au maximum.

[2] Le stagiaire exerce à titre dépendant sous la responsabilité et le contrôle direct de l'ostéopathe.

[3] Le stage est limité dans le temps aux besoins de la préparation à l'examen.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 122h Sages-femmes [13, 33]

[1] L'activité de la sage-femme consiste à :

a. conseiller la future mère au cours de la grossesse, lui apporter les soins préventifs, assurer le suivi des grossesses physiologiques, dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l'état de la patiente en cas d'urgence ; lorsqu'elle assure le suivi d'une grossesse physiologique, la sage-femme est tenue de signaler à la patiente qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16ème semaine ;

b. assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement, ainsi que conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal ; s'il se présente des complications, elle est tenue de faire immédiatement appel à un médecin ;

c. donner les premiers soins au nouveau-né et à l'accouchée ainsi qu'enseigner aux parents les mesures d'hygiène personnelle et les soins à donner aux enfants ;

d. prescrire les examens et prescrire ou administrer les médicaments ou pansements nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces examens et de ces médicaments ;

e. contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, au développement de la profession et collaborer à des programmes de promotion de la santé publique.

[2] La sage-femme pratique à titre dépendant ou indépendant.

[3] La sage-femme peut délivrer des certificats d'incapacité dans le cadre de situations de grossesse ou d'allaitement.

Art. 122i Thérapeutes de la psychomotricité [13, 33]

a) Rôle et compétences

[1] Le thérapeute de la psychomotricité examine, évalue et traite des patients souffrant de troubles psychomoteurs ou moteurs, liés à des troubles émotionnels cognitifs ou de la perception pour les prévenir ou en atténuer les répercussions.

[2] Il contribue aussi à la prévention par le dépistage des troubles psychomoteurs d'origine somatique, psychogène ou psychosociale et par la sensibilisation des autres professionnels.

[3] Il collabore avec le médecin traitant et les autres professionnels de la santé concernés, le cas échéant.

[4] Le thérapeute de la psychomotricité pratique à titre dépendant ou indépendant.

[5] La législation sur la pédagogie spécialisée est réservée.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 122j [13, 33]

b) Autorisation de pratiquer

[1] L'autorisation de pratiquer est délivrée au thérapeute de la psychomotricité porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions supplémentaires.

Art. 123 Ergothérapeutes [10, 13, 26, 33]

[1] Sur prescription du médecin, l'ergothérapeute collabore au traitement des malades et handicapés physiques ou psychiques qui éprouvent des difficultés à réaliser ou à organiser leurs activités quotidiennes. Le traitement vise à améliorer ou à maintenir les fonctions motrices, sensorielles, cognitives ou psychiques permettant ainsi la restauration de l'autonomie dans l'accomplissement des activités du patient.

[2] De manière autonome, l'ergothérapeute évalue les difficultés du patient et choisit librement les moyens et méthodes de traitement qu'il juge le mieux adaptés au patient. L'ergothérapeute propose, en séance individuelle ou de groupe, des activités ou exercices spécifiques aux besoins de la réhabilitation du patient.

[3] L'ergothérapeute aménage l'environnement des personnes handicapées, conseille sur le choix de moyens auxiliaires et confectionne des moyens adaptés individuellement aux besoins du patient (orthèses, supports de positionnement, aides techniques pour les activités quotidiennes).

[4] L'ergothérapeute pratique à titre dépendant ou indépendant.

[5] L'ergothérapeute est porteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

Art. 123a Hygiénistes dentaires [13, 26, 33]

a) Rôle et compétences

[1] L'hygiéniste dentaire administre les traitements d'hygiène bucco-dentaire.

[2] Son activité comprend notamment les domaines suivants :

a. a. l'enseignement de l'hygiène buccale et la prophylaxie des maladies bucco-dentaires ;

b. la fluoration locale ;

c. l'enlèvement du tartre, le nettoyage et le polissage des dents.

[3] En cas de soupçon d'affection bucco-dentaire sortant de son champ de compétences, l'hygiéniste adresse son patient à un médecin-dentiste.

[4] Sous le contrôle du médecin-dentiste, l'hygiéniste peut effectuer des radiographies des dents et des mâchoires ainsi que le développement des clichés.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[10] Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

[5] L'hygiéniste peut effectuer le traitement de la parodontite à l'exception des parodontites sévères. Le département fixe les modalités d'application.

[6] L'hygiéniste est habilité à pratiquer l'anesthésie locale sous la supervision d'un médecin-dentiste autorisé à pratiquer et à condition d'avoir suivi une formation spécifique reconnue par le département. Le département fixe les modalités d'application.

[6bis] L'hygiéniste est habilité à utiliser les médicaments soumis à ordonnance médicale nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces médicaments.

[7] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.

[8] L'hygiéniste dentaire pratique à titre dépendant ou indépendant.

[9] L'hygiéniste est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

Art. 123b ... [13, 26, 33]

Art. 124 Infirmiers [13, 33]

[1] L'infirmier est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. Cette personne est compétente pour donner professionnellement les soins ci-après :

a. soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne ;

b. accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie ;

c. participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques ;

d. participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale ;

e. contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique ;

f. délivrance de prescriptions sous le numéro de compte créancier de l'établissement sanitaire, dans le cadre d'un processus établi et supervisé par le médecin ;

g. organisation et contrôle des activités destinées aux bénéficiaires de soins en coordonnant les interventions interdisciplinaires, en supervisant les actes délégués à des auxiliaires et en veillant à la sécurité des processus.

[2] L'infirmier donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où cette personne agit sur délégation du médecin.

[3] Les articles 13 et 19 à 25d sont applicables par analogie.

[4] L'infirmier pratique à titre dépendant ou indépendant.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[5] Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat des montants destinés à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, l'infirmier doit remplir les conditions suivantes :

a. être titulaire d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant délivrée par le département ;

b. établir des modalités de collaboration avec les centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile et, à la demande du département, si les circonstances l'exigent, avec d'autres prestataires de soins ;

c. adhérer aux réseaux de soins conformément à l'article 3 de la loi vaudoise sur les réseaux ;

d. fournir au département toutes les informations utiles à la vérification du caractère approprié et économique des prestations délivrées, conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie , ainsi que la qualité des prestations délivrées sous un angle de santé publique. Le Conseil d'Etat fixe les principes applicables à la vérification de ces informations. Il peut notamment limiter le nombre d'heures donnant droit au financement de l'Etat.

[6] Le département est chargé de la mise en œuvre du versement par l'Etat des montants destinés à couvrir la part résiduelle du coût des soins au sens de l'alinéa 5. Il peut confier cette tâche à des instances privées.

Art. 124a Assistante en soins et en santé communautaire [26]

[1] L'assistante en soins et en santé communautaire accompagne et supplée des personnes dans les activités de la vie quotidienne.

[2] Elle travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires dans des institutions sanitaires et sociales.

[3] Elle assure des soins et des prestations relevant des domaines tant administratif que logistique et, sur délégation, médico-technique.

[4] Elle pratique exclusivement à titre dépendant.

Art. 124b Infirmiers praticiens spécialisés [33]

[1] L'infirmier praticien spécialisé est une personne dont la formation, de niveau master, lui permet d'assumer, dans son champ de compétences et de manière autonome, les responsabilités médicales suivantes :

a. prescrire et interpréter des tests diagnostiques ;

b. effectuer des actes médicaux ;

c. prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements.

[2] L'infirmier praticien spécialisé pratique en principe à titre dépendant, au sein d'un établissement sanitaire ou d'une organisation de soins. Il peut toutefois également pratiquer à titre indépendant, dans le cadre d'une convention passée avec un médecin autorisé à pratiquer à titre indépendant.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[3] L'infirmier praticien spécialisé assume la responsabilité pénale des actes qu'il effectue en application de l'alinéa 1. Le règlement précise les limites des responsabilités civiles énumérées à l'alinéa 1. Les organisations professionnelles concernées sont consultées sur le règlement.

Art. 125 Infirmières assistantes

[1] L'infirmière assistante, sous la direction du médecin ou de l'infirmière, dispense des soins de base et participe aux soins techniques que nécessitent les patients des établissements sanitaires ou des services de soins à domicile.

[2] Elle dispense, de sa propre initiative, les soins d'hygiène et de confort dans les établissements pour malades chroniques.

[3] L'infirmière assistante pratique exclusivement à titre dépendant.

Art. 125a Masseurs médicaux [13, 26, 33]

[1] Le masseur médical est spécialisé dans le domaine des traitements de médecine physique propres à exercer la mobilisation tissulaire manuelle et instrumentale à l'aide d'appareils, et par là-même, à participer au processus thérapeutique scientifiquement fondé qui influence de manière locale, réflexe ou générale, les différents tissus, organes et systèmes du corps humain.

[2] Le masseur médical exerce à titre dépendant ou indépendant sur prescription d'un médecin. Il est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[3] Le masseur médical titulaire d'une autorisation délivrée sur la base d'un certificat de capacité reconnu par le département reste au bénéfice de cette autorisation.

[4] Le massage sportif, de bien-être, de confort ou à but esthétique pratiqué sur une personne présumée en bonne santé ne relève pas de la présente loi.

Art. 126 Podologues [13, 33]

[1] Le podologue assure, dans son champ de compétences, les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs des pieds, de sa propre initiative ou sur délégation médicale.

[2] Il est en outre habilité à confectionner des appareillages et des semelles orthopédiques.

[3] Lorsqu'il soupçonne une affection médicale grave atteignant le pied, il adresse le patient à un médecin.

[4] Le podologue est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[5] Le podologue pratique à titre dépendant ou indépendant.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 127 Physiothérapeutes [13,33]

[1] Le physiothérapeute administre, sur prescription du médecin, du médecin-dentiste ou du chiropraticien des thérapies manuelles et des traitements mettant en oeuvre des agents physiques tels que mouvements, chaleur, électricité notamment. Il détermine de lui-même le traitement qu'il juge le mieux adapté au patient lorsque le médecin, le médecin-dentiste ou le chiropraticien ne l'a pas précisé.

[2] Lorsque le physiothérapeute dispense des soins à but préventif à des personnes présumées en bonne santé, la prescription médicale n'est pas requise.

[3] Le physiothérapeute exerce à titre dépendant ou indépendant.

[4] Le physiothérapeute est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

Art. 128 ... [2]

Art. 129 Ambulanciers [13,26,33]

[1] L'activité de l'ambulancier consiste à :

a. assurer de façon autonome, dans son champ de compétences ou, pour les actes médico-délégués, sous l'autorité d'un médecin habilité, la prise en charge préhospitalière et le transport des patients nécessitant des soins ;

b. évaluer ou apprécier, dans les limites de ses compétences, l'état physique et psychique des personnes prises en charge ;

c. prendre, dans son champ de compétences, les mesures propres à maintenir ou rétablir les fonctions vitales ;

d. utiliser les médicaments nécessaires à l'exercice de sa profession selon les algorithmes fixés par le département ou sur délégation d'un médecin.

[2] L'ambulancier exerce sous sa propre responsabilité pour tout ce qui a trait aux techniques de sauvetage et aux soins préhospitaliers qui relèvent de sa compétence.

[3] L'ambulancier est détenteur d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[4] L'ambulancier pratique à titre dépendant ou indépendant.

[5] L'ambulancier n'est pas astreint à la tenue d'un dossier du patient. Il établit toutefois un rapport d'intervention. L'article 87 alinéa 5 de la présente loi s'applique par analogie.

[6] Le Conseil d'Etat règle les modalités d'interventions et de transports.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[2] Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 129a Techniciens ambulanciers [33]

[1] L'activité du technicien ambulancier consiste à :

a. collaborer avec l'ambulancier, dans son champ de compétences, à la prise en charge des patients en situation urgente ou non urgente ;

b. assurer de façon autonome avec un équipier chauffeur la prise en charge des patients pour des transferts interhospitaliers stables.

[2] Le technicien ambulancier pratique à titre dépendant.

[3] Le technicien ambulancier est titulaire d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal.

[4] Le Conseil d'Etat règle les modalités d'intervention et de transport des patients.

Art. 130 ... [8]

Art. 130a ... [10, 13]

Art. 130b ... [10, 13]

Art. 130c Diététiciens [10]

[1] L'activité du diététicien consiste à:

a. organiser, surveiller et expliquer la préparation des régimes alimentaires dans les établissements sanitaires;

b. prodiguer, sur prescription médicale, des conseils nutritionnels à des patients non hébergés dans un établissement sanitaire;

c. fournir, de sa propre initiative, des conseils nutritionnels à des personnes présumées en bonne santé.

[2] Le diététicien pratique à titre dépendant ou indépendant.

Art. 131 Techniciens en radiologie médicale [4]

[1] L'activité que le technicien en radiologie déploie sous le contrôle du médecin consiste à:

a. collaborer aux examens de radiodiagnostic et de techniques similaires;

b. dispenser des traitements de radiothérapie.

[2] Pour les examens radiologiques courants, il manipule de manière autonome les installations techniques de radiologie.

---

33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
8 Modifié par la loi du 24.09.1996 entrée en vigueur le 03.12.1996
10 Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
4 Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991

[3] Il assiste en outre le médecin pour les examens et les traitements de médecine nucléaire.

[4] Le technicien en radiologie est habilité à prendre des clichés pour le radiodiagnostic sous le contrôle du chiropraticien dans les limites des compétences de ce dernier.

[5] Le technicien en radiologie pratique exclusivement à titre dépendant.

Art. 132 Techniciens en salle d'opération [4]

[1] L'activité que le technicien en salle d'opération déploie sous le contrôle du médecin ou de l'infirmière consiste à:

a. effectuer les travaux de préparation et d'asepsie des locaux, des instruments et du matériel;

b. effectuer le travail d'instrumentation durant l'opération.

[2] Le technicien en salle d'opération pratique exclusivement à titre dépendant.

Art. 133 Technicienne en analyses biomédicales diplômée [26]

[1] La technicienne en analyses biomédicales diplômée est titulaire du diplôme fédéral de la profession ou d'un titre jugé équivalent par l'autorité fédérale compétente.

[2] La technicienne en analyses biomédicales diplômée pratique des analyses et des examens de laboratoire sur du matériel humain en vue de fournir les données nécessaires au médecin pour l'établissement du diagnostic et la surveillance du traitement.

[3] La technicienne en analyses biomédicales pratique exclusivement à titre dépendant.

Art. 134 Opticiens [13, 26, 33]

a) Rôle et compétences

[1] Il existe deux catégories d'opticiens :

a. l'opticien titulaire du diplôme fédéral de formation supérieure (opticien diplômé) ou l'optométriste, seuls autorisés à pratiquer les travaux à risques tels que les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact ;

b. l'opticien titulaire du certificat fédéral de capacité (opticien) et dont l'activité consiste dans la fabrication des lunettes.

[2] Les deux catégories d'opticiens peuvent pratiquer à titre dépendant ou indépendant. Ils sont détenteurs d'un titre admis en Suisse conformément à un accord international, au droit fédéral ou à un accord intercantonal. L'étendue de l'activité autorisée dépend du type de titre.

[3] ...

[3bis] La prescription de lunettes et lentilles de contact à des enfants de moins de 16 ans est du ressort exclusif de l'ophtalmologue.

---

[4] Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[4] Seuls l'opticien, l'opticien diplômé et l'optométriste sont habilités à préparer les verres et les lentilles de contact destinés à une correction optique prédéterminée par un opticien diplômé, un optométriste ou un ophtalmologue.

Art. 135 b) Commerces d'optique [13]

[1] Le commerce d'optique doit être placé sous la responsabilité d'un opticien diplômé ou d'un opticien. Le responsable doit être présent durant 80 % des heures d'ouverture. Il ne peut diriger qu'un seul commerce.

[2] Il existe deux catégories de magasins :

a. les magasins de type A (avec équipement pour l'exécution des examens de la vue ou l'adaptation des lentilles de contact) doivent être placés sous la responsabilité d'un opticien diplômé;

b. les magasins de type B (sans équipement pour l'exécution des examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact) peuvent être placés sous la responsabilité d'un opticien.

[3] Le Conseil d'Etat peut réserver certaines activités particulières, notamment l'adaptation des verres de contact, aux opticiens diplômés ayant acquis une formation spécialisée dans ce domaine.

Art. 136 c) Obligations professionnelles [13, 26]

[1] L'opticien diplômé est tenu d'adresser son client à un médecin lorsque l'examen de la vue permet de déceler un élément pathologique ou en fait craindre l'existence.

[2] ...

Art. 137 d) Conditions d'exploitation

[1] L'installation et l'exploitation d'un commerce d'optique sont subordonnées à l'autorisation du département.

[2] L'autorisation d'exploiter est délivrée à l'opticien responsable. Elle est personnelle et intransmissible.

[3] Lorsque l'opticien responsable n'est pas propriétaire, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de toute l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité du commerce.

[4] L'article 197 est réservé.

Art. 138 e) Remplacement [13]

[1] Un opticien peut remplacer un opticien diplômé à la tête d'un commerce d'optique de type A.

[2] Dans ce cas le remplaçant n'est pas habilité à effectuer les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact.

[3] Le remplacement ne durera pas plus de quatre semaines. Une éventuelle prolongation pourra être accordée par le département sur la base d'une demande motivée.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 138a Orthoptiste [26]

[1] L'orthoptiste définit et applique les mesures thérapeutiques destinées à corriger les déviations strabiques, les troubles oculomoteurs et les troubles sensoriels visuels.

[2] Il pratique à titre dépendant sous la direction du médecin ophtalmologue.

Art. 139 ... [4]

Art. 140 Droguistes [26]

a) Définition et compétences

[1] Il existe deux catégories de droguistes :

a. les titulaires du certificat fédéral de capacité, qui pratiquent exclusivement sous la supervision d'un droguiste titulaire du diplôme fédéral;

b. les titulaires du diplôme fédéral qui peuvent être autorisés à pratiquer à titre dépendant ou indépendant.

[2] Le département se prononce sur l'équivalence d'autres titres.

[3] En dehors de son activité concernant les produits techniques ou relevant notamment de la législation sur les produits chimiques, le droguiste est autorisé à vendre des médicaments conformément aux dispositions de la législation fédérale sur les produits thérapeutiques.

Art. 141 [26]

[1] Seul le droguiste titulaire du diplôme fédéral peut être autorisé à diriger une droguerie.

Art. 142 [33]

b) Conditions d'exploitation

[1] La droguerie est exploitée sous la direction d'un droguiste diplômé, dit droguiste responsable, qui exerce personnellement et effectivement une surveillance sur l'activité qui y est déployée.

[2] L'installation et l'exploitation des drogueries sont subordonnées à l'autorisation du département.

[3] Le droguiste diplômé ne peut diriger qu'une seule droguerie. Avec l'accord du département, il peut toutefois remplacer provisoirement un autre droguiste.

[4] L'autorisation d'exploiter est délivrée au droguiste responsable. Elle est personnelle et intransmissible.

[5] Lorsque le droguiste responsable n'est pas propriétaire de la droguerie, il doit bénéficier vis-à-vis du propriétaire de l'indépendance nécessaire pour assumer la direction et la responsabilité de la droguerie.

[6] ...

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[4] Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 143 ... [26]

Chapitre VIIbis Organisations de soins

Section I Dispositions générales

Art. 143a Définition [10]

[1] Les organisations de soins sont des organisations qui emploient des personnes exerçant des professions soignantes au sens de l'article 74 et qui dispensent des soins à des patients non hébergés dans un établissement sanitaire.

Art. 143b Autorisation d'exploiter [10, 33]

[1] L'exploitation d'une organisation de soins, quelle que soit son importance, est soumise à l'autorisation préalable du département.

[2] Le contrôle et la surveillance des organisations de soins sont régis par la présente loi et ses règlements d'application, la législation sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public, ainsi que les dispositions légales liées à la part du coût des soins financée par l'Etat.

Art. 143c Conditions d'exploitation [10, 33]

[1] Les organisations de soins respectent les conditions d'exploitation posées par la présente loi.

[2] Le Conseil d'Etat peut fixer des conditions d'exploitation supplémentaires.

[3] La publicité des organisations de soins est régie par les articles 82 et 150 de la présente loi par analogie.

Art. 143d Sanctions [10]

[1] Lorsque les conditions fixées ne sont pas observées, le département peut, en tout temps, restreindre le champ d'activité de l'organisation de soins ou en ordonner la fermeture temporaire ou définitive.

Art. 143e Dossier du patient [10]

[1] Les organisations de soins doivent tenir un dossier pour chaque patient. L'article 87 est applicable par analogie.

---

26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
10 Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Section II Organisations de soins à domicile

Art. 143f Définition [10,28]

[1] L'organisation de soins à domicile fournit ambulatoirement ou au domicile du patient les soins et les prestations destinées à:

a. permettre aux personnes qui le souhaitent de rester dans leur environnement familier et social;

b. éviter, différer ou raccourcir le séjour dans un établissement sanitaire.

[2] Ces soins et ces prestations comprennent notamment les soins de base, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, ainsi que des activités de conseil et de prévention.

[3] Une organisation de soins à domicile peut également fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie si elle dispose d'un mandat du département et si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

a. les problèmes de santé aigus du patient sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires ;

b. le patient a besoin provisoirement d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant ;

c. un séjour dans un centre de traitement et de réadaptation ou dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué ;

d. l'objectif de la prise en charge est que le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes disponibles avant le séjour hospitalier ;

e. un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la lettre d. est établi.

Art. 143g Conditions d'exploitation [10,28]

[1] L'organisation de soins à domicile doit disposer:

a. d'un directeur répondant aux exigences des articles 147 à 149;

b. d'un médecin-conseil;

c. du personnel spécialisé ayant reçu la formation nécessaire à l'accomplissement de sa mission;

d. des équipements et des locaux nécessaires à la fourniture des soins mentionnés à l'article 143f;

e. d'une structure permettant de répondre aux demandes de soins;

f. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires;

g. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département;

---

[10] Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
[28] Modifié par la loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011

ou dépendre par contrat de prestations d'une structure sanitaire qui en dispose.

[2] Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et bénéficier du versement par l'Etat de subventions destinées à couvrir la part résiduelle du coût des soins en application de la législation fédérale, une organisation de soins à domicile doit respecter par analogie les conditions posées par l'article 4, alinéa 1, lettres a, b, e et h, ainsi que par les articles 32a et suivants de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires . Elle doit en outre bénéficier d'un mandat accordé par le département, sur la base des conditions suivantes :

a. capacité de répondre à la couverture des besoins, notamment du point de vue des soins, du champ géographique d'intervention et du type de patientèle ;

b. présence d'un dispositif d'admission, d'évaluation et de suivi des cas ;

c. mise en place d'une permanence en fonction des besoins ;

d. élaboration de modalités de collaboration avec les Centres médico-sociaux rattachés à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile ainsi qu'avec les réseaux de soins ;

e. engagement à fournir des informations permettant à l'Etat de vérifier le respect de la législation, notamment concernant l'affectation conforme des ressources allouées et l'édiction de règles comptables et financières ;

f. engagement à autoriser l'Etat à s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes ;

g. capacité à fournir des "soins aigus et de transition" au sens de l'article143f.

Section III Organisations d'ergothérapie

Art. 143h Conditions d'exploitation [10,26]

[1] L'organisation d'ergothérapie doit être dirigée par un ergothérapeute au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.

[2] Elle doit disposer:

a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 123;

b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires;

c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.

---

[10] Modifié par la loi du 17.12.1997 entrée en vigueur le 01.01.1998
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Section IV Organisations de physiothérapie [33]

Art. 143i Conditions d'exploitation [33]

[1] L'organisation de physiothérapie est dirigée par un physiothérapeute au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.

[2] Elle dispose:

a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 127 ;

b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires ;

c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.

Section V Organisations de diététique [33]

Art. 143j Conditions d'exploitation [33]

[1] L'organisation de diététique est dirigée par un diététicien au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant ou indépendant.

[2] Elle dispose:

a. du personnel et des équipements nécessaires à la fourniture des traitements mentionnés à l'article 130c ;

b. d'un système d'information permettant de fournir au département les renseignements statistiques nécessaires ;

c. d'un système d'évaluation et d'amélioration de la qualité agréé par le département.

Chapitre VIII Etablissements sanitaires

Art. 144 Définition [2, 5, 26]

[1] Sont considérées comme établissements sanitaires les installations servant à l'hébergement des personnes en vue de la conservation, de l'amélioration ou du rétablissement de leur santé, ainsi que les institutions dans lesquelles des soins sont dispensés à des personnes non hospitalisées, dans la mesure où le caractère thérapeutique des prestations fournies l'emporte sur tout autre aspect.

[2] ...

[3] Le Conseil d'Etat désigne les différents types d'établissements qui relèvent de cette définition.

---

[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[2] Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
[5] Modifié par la loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Section I Etablissements sanitaires de droit privé

Art. 145 Autorisation de construire et de transformer

[1] La construction, la reconstruction, la transformation ou l'agrandissement d'un établissement sanitaire doit faire l'objet d'une autorisation préalable du département; un règlement du Conseil d'Etat fixe les conditions . Demeure réservée la législation sur les constructions et l'aménagement du territoire .

Art. 146 Autorisation d'exploiter [26]

[1] L'exploitation d'un établissement sanitaire est soumise à l'autorisation préalable du département.

[2] Cette autorisation délivrée au requérant n'est pas transmissible.

[3] Lorsque le requérant n'entend pas diriger lui-même l'établissement, il désigne un responsable de l'exploitation. Il en va de même lorsque le requérant est une personne morale.

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 147 Conditions [13, 26, 31, 33]

[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter, le requérant doit démontrer que :

a. l'établissement est dirigé par un responsable d'exploitation répondant aux conditions énumérées à l'article 148 de la présente loi ;

b. l'établissement dispose d'un responsable médical (art. 149a) voire d'un responsable infirmier (art. 149b), ainsi que du personnel qualifié en nombre suffisant ;

b[bi] [s] dans la mesure où il est autorisé à exploiter des services d'urgence ou de soins intensifs, l'établissement dispose d'un service de garde médicale adapté aux soins qu'il dispense et conforme aux exigences prévues par le règlement, en particulier d'un service apte à assurer une garde médicale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sous le responsabilité d'un médecin-chef ;

c. son organisation est adéquate et respecte les droits des patients au sens de la présente loi ;

d. la localisation de l'établissement, ses accès sont adéquats et son environnement ne présente pas d'inconvénient au sens de la présente loi ;

e. l'établissement dispose des locaux et de l'équipement nécessaire répondant aux exigences d'hygiène et de sécurité des patients ;

f. l'établissement répond aux exigences de prévention et de lutte contre l'incendie et les éléments naturels ;

g. une assurance responsabilité civile couvre ses activités.

h. l'établissement contribue, dans la mesure de ses capacités, à la relève dans les professions de la santé. Il s'assure en outre que ses employés satisfont à l'exigence de formation continue prévue par la législation sanitaire. Le département fixe les modalités.

[2] Le requérant qui répond aux conditions susmentionnées reçoit une autorisation d'exploiter un établissement sanitaire de la part du département.

[3] Le Conseil d'Etat règle les conditions d'octroi et d'exercice de l'autorisation.

Art. 148 Responsable de l'exploitation [13, 26]

[1] Le responsable de l'exploitation doit :

a. justifier de connaissances professionnelles suffisantes, fixées par le département ;

b. avoir l'exercice des droits civils ;

c. ne pas avoir été condamné pour un crime ou un délit incompatible avec la profession ;

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

d. bénéficier d'un état de santé physique ou psychique qui lui permet d'assumer les charges liées à la direction de l'établissement ;

e. n'être débiteur d'aucun acte de défaut de biens, provisoire ou définitif ;

f. suivre la formation continue fixée par le département.

2 Le département prend l'avis des associations concernées pour fixer les exigences mentionnées sous lettres a) et f).

3 ...

4 Le responsable d'exploitation qui répond aux conditions précitées reçoit une autorisation de diriger un établissement sanitaire.

5 Le Conseil d'Etat règle les conditions d'octroi et d'exercice de l'autorisation.

6 L'autorisation peut être refusée si le requérant a été frappé d'interdiction de pratiquer pour manquements à ses devoirs professionnels.

Art. 149 [26]

1 Le responsable de l'exploitation dirige, personnellement et en fait, l'établissement sanitaire. Il met en place des conditions cadres permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Il veille au respect des exigences légales.

2 En collaboration avec le médecin responsable, il est tenu d'annoncer au médecin cantonal tout décès ou événement grave intervenu dans le cadre de l'établissement et susceptible d'engager sa responsabilité ou celle d'une personne exerçant ou ayant exercé une profession de la présente loi.

3 Le Conseil d'Etat précise les conditions d'application de cette disposition.

Art. 149a Responsabilité médicale [13]

1 La responsabilité médicale de l'établissement sanitaire est assumée par un médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Vaud et choisi parmi les médecins ayant une activité régulière dans l'établissement.

2 Le médecin a pour tâche d'organiser le service médical, de veiller à ce que l'activité médicale soit conforme à la législation en la matière, de veiller à ce que les patients aient accès aux soins que nécessitent leurs besoins, de veiller à l'administration correcte des thérapies et des médicaments prescrits, de veiller à l'hygiène hospitalière. Dans ces domaines, il collabore directement avec la direction administrative de l'établissement et avec l'infirmier responsable des soins.

3 Sa désignation est soumise à l'approbation du département.

4 Son remplacement doit être assuré.

5 Le renvoi du médecin responsable de l'établissement fait l'objet d'un rapport circonstancié au département.

---

26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002

[6] La responsabilité médicale d'un établissement peut être confiée à une personne pratiquant une autre profession relevant du présent chapitre lorsque les soins qui y sont donnés relèvent de sa compétence et qu'elle a une activité régulière dans l'établissement.

[7] Le règlement précise les exigences en matière de formation et les conditions d'exercice de la fonction.

Art. 149b Responsabilité infirmière [13, 26]

[1] Les soins infirmiers délivrés dans les établissements sanitaires sont placés sous la responsabilité d'une infirmière responsable qui organise le service infirmier et veille à ce que l'activité infirmière soit conforme à la législation et aux bonnes pratiques. Elle garantit la qualité, la coordination et le développement des soins dispensés dans l'établissement.

[2] Les hôpitaux et les cliniques comportant plusieurs départements ou sites disposent, en plus, d'une personne assumant la direction des soins. Celle-ci veille notamment au développement d'une philosophie et d'une pratique commune des soins entre les sites.

[3] Ces responsables collaborent avec les directions médicale et administrative, ainsi qu'avec le responsable de la surveillance pharmaceutique de l'établissement.

[4] Le règlement précise les exigences en matière de formation et les conditions d'exercice de la fonction.

Art. 150 Publicité [4, 26]

[1] Le Conseil d'Etat réglemente la publicité directe ou indirecte des établissements sanitaires dans le sens prévu à l'article 82, alinéas 1 et 2.

Art. 151 Surveillance et inspection [13, 26]

[1] Le département est habilité à procéder, avec ou sans préavis, à l'inspection des établissements, notamment pour contrôler la qualité et la sécurité des prestations fournies aux patients et aux résidents.

[2] Les inspectrices disposent d'un libre accès aux locaux, aux documents liés à l'organisation de l'établissement et aux renseignements sur la dotation et les qualifications du personnel.

[3] Elles peuvent entendre le personnel ainsi que les patients ou résidents. Elles ont accès aux dossiers de ces derniers sous réserve de leur consentement lorsqu'ils ont leur capacité de discernement.

Art. 151a Retrait de l'autorisation [13, 26]

[1] L'autorisation d'exploiter ou de diriger peut être retirée, en partie ou en totalité, pour une durée déterminée ou indéterminée, ou encore assortie de conditions, si une ou plusieurs conditions requises pour son octroi ne sont pas ou plus remplies.

[2] Le département décide après avoir pris l'avis du service en charge de la santé publique. L'intéressé doit pouvoir se déterminer.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[4] Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991

[3] Les articles 184 et suivants sont réservés.

Art. 151b ... [13, 26]

Art. 151c [13]

[1] Le Conseil d'Etat réglemente la procédure des mesures prévues aux articles 151, 151a et 151b.

Section II Etablissements apparentés de droit privé

Art. 152 Définition [2, 26, 33]

[1] Sont considérées comme apparentées aux établissements sanitaires les institutions dans lesquelles des prestations à caractère médical sans effet thérapeutique direct ou des prescriptions d'hygiène préventive sont dispensées ou sont effectuées notamment les laboratoires d'analyses médicales humaines et vétérinaires ainsi que les instituts de radiologie.

[2] ...

[2bis] Les articles 145 à 151c s'appliquent par analogie aux établissements apparentés de droit privé.

[3] Le Conseil d'Etat établit la liste des établissements apparentés.

Art. 153 [2]

[1] La création, l'exploitation, l'agrandissement et la transformation d'un établissement apparenté sont soumis à l'autorisation du département. Le règlement fixe les conditions qui régissent la création et l'exploitation de l'établissement apparenté.

Art. 153a [13]

[1] Sont considérés comme laboratoires indépendants d'analyses pour la médecine humaine les laboratoires mandatés par d'autres fournisseurs de prestations et qui font d'autres analyses que celles effectuées dans le cadre des soins de base au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie.

[2] Le directeur du laboratoire indépendant est au bénéfice du titre de spécialiste en analyses de laboratoire médical FAMH (Association suisse des chefs de laboratoire d'analyses médicales) ou d'une formation reconnue par le département, dans les domaines d'activité du laboratoire.

[3] Des analyses dans une discipline où le directeur ne possède pas les qualifications nécessaires peuvent être admises si un collaborateur est au bénéfice du titre de spécialiste en analyses de laboratoire médical FAMH ou d'une formation reconnue par le département dans cette discipline.

[4] Le directeur peut diriger plus d'un laboratoire, mais au maximum trois. Dans ce cas, il désigne un remplaçant dans chaque laboratoire.

---

13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

Art. 154 Sanctions [13]

[1] Les articles 151, 151a et 151b sont applicables par analogie.

Section III Etablissements et instituts sanitaires cantonaux et établissements sanitaires autonomes de droit public [33]

Art. 155 Etablissements et instituts sanitaires cantonaux [6, 33]

[1] Les établissements et instituts sanitaires cantonaux sont des établissements sanitaires, au sens des articles 144 et 152, ainsi que des instituts scientifiques créés et exploités par l'Etat. Ils sont placés sous l'autorité du département.

[2] ...

Art. 155a Etablissements sanitaires autonomes de droit public [33]

[1] Les dispositions relatives aux établissements sanitaires de droit privé s'appliquent par analogie aux établissements sanitaires autonomes de droit public. Les lois spéciales qui régissent le statut de ces derniers sont réservées.

Art. 156 Enseignement

[1] Certains établissements et instituts sanitaires cantonaux peuvent être chargés d'un enseignement universitaire, après consultation de la Faculté de médecine.

Art. 157 Conventions

[1] Le Conseil d'Etat peut conclure avec des institutions publiques ou privées des conventions portant sur l'enseignement, la recherche, les soins ou d'autres prestations.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
[6] Modifié par la loi du 16.11.1993 entrée en vigueur le 01.01.1995

Art. 158 ... [2, 4, 6]

Art. 159 ... [6]

Chapitre IX ... [26]

Art. 160 ... [26]

Art. 161 ... [26]

Art. 162 ... [26]

Art. 163 ... [26]

Art. 164 ... [24, 26]

Art. 165 ... [26]

Chapitre X Produits thérapeutiques [26]

Art. 166 ... [26]

Art. 166a Produits thérapeutiques [26]

[1] La législation fédérale sur les produits thérapeutiques est applicable.

Art. 167 ... [26]

Art. 168 ... [26]

Art. 169 Autorisation de fabrication [26]

[1] La fabrication de médicaments dans une pharmacie pour sa propre clientèle dans les limites fixées par la législation fédérale est soumise à autorisation du département.

[2] ...

[3] L'alinéa 1 est applicable à la fabrication de médicaments dans les drogueries, dans les limites fixées par la réglementation cantonale.

[4] Les remplissages et mélanges simples sans mise en forme galénique ne sont pas soumis à autorisation.

---

2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
4 Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
6 Modifié par la loi du 16.11.1993 entrée en vigueur le 01.01.1995
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
24 Modifié par la loi du 06.05.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009

[5] Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation.

Art. 169a Sang et produits sanguins [26]

[1] Le stockage de sang et des produits sanguins est soumis à autorisation du département.

[2] Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation.

Art. 169b Surveillance et inspections [26]

[1] Le service en charge de la santé publique est chargé de la surveillance et des inspections.

Art. 169c Commerce de moyens et appareils thérapeutiques [26]

[1] Le commerce de moyens et appareils thérapeutiques et diagnostic peut être soumis à autorisation du département.

[2] Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation.

Art. 170 ... [26]

Art. 171 Autorisation de mise sur le marché [4, 26]

[1] Les médicaments fabriqués dans une pharmacie ou une droguerie pour leur propre clientèle dans les limites fixées par la législation fédérale et cantonale conformément à l'article 169, alinéa 1 doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché du département.

[2] ...

[3] ...

[4] Le Conseil d'Etat fixe les conditions d'octroi et la procédure d'autorisation de mise sur le marché.

Art. 172 ... [26]

Art. 173 ... [13]

Art. 174 ... [26]

Art. 175 Mise dans le commerce [9, 24, 26]

[1] ...

[2] Lorsqu'un motif de santé publique le justifie, le département peut limiter ou interdire la mise dans le commerce de médicaments ou d'associations de médicaments, ainsi que leur prescription.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[4] Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[9] Modifié par la loi du 20.05.1997 entrée en vigueur le 22.07.1997
[24] Modifié par la loi du 06.05.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009

Art. 176 [26]

[1] Le Conseil d'Etat réglemente la remise des médicaments vétérinaires par les médecins-vétérinaires.

Art. 177 [26]

[1] Lorsque les circonstances locales rendent l'approvisionnement en médicaments particulièrement difficile, le département peut accorder, à titre temporaire, à un médecin l'autorisation de dispenser des médicaments.

[2] Au surplus, la dispensation de médicaments par les médecins et les médecins-dentistes n'est autorisée qu'en cas d'urgence.

[3] Les conseillères en planning familial sont autorisées à remettre la contraception d'urgence aux conditions fixées par la législation fédérale.

[4] La législation fédérale en matière de remise de médicaments est réservée.

Art. 178 Acquisition directe par l'Etat

[1] Lorsque cette mesure s'impose dans l'intérêt général de la santé publique, notamment en cas d'épidémie ou d'épizootie, ou de danger d'épidémie ou d'épizootie, le département peut, sur décision du Conseil d'Etat et après avoir requis le préavis du Conseil de santé, se procurer directement auprès des fabricants, des grossistes ou des pharmaciens, et distribuer en vue de leur application les vaccins, sérums et médicaments. Le département, sur préavis du Conseil de santé, décide dans chaque cas particulier des modalités d'exécution.

Art. 179 Revente [26]

[1] Il est interdit aux fabricants ou grossistes, aux pharmaciens et aux droguistes de fournir à un revendeur les médicaments ou appareils thérapeutiques que ce dernier n'a pas le droit de revendre aux termes de la présente loi ou de la législation fédérale sur les produits thérapeutiques .

Chapitre XI Mesures préparatoires et mesures sanitaires d'urgence

Art. 180 Principes généraux [16, 26]

[1] Le Conseil d'Etat prend les mesures préparatoires nécessaires pour faire face à des événements exceptionnels exigeant notamment l'engagement de moyens extraordinaires sur le plan sanitaire.

[2] L'organisation, les préparatifs ainsi que la structure des organes de conduite et leurs compétences sont fixés par voie réglementaire.

[3] Tout organisateur de manifestation importante comportant des risques sanitaires doit mettre en place, à ses frais, une infrastructure adéquate et prendre les mesures nécessaires à la sécurité sanitaire de l'événement. Ces mesures doivent être validées par le service en charge de la santé publique qui en fixe les conditions.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[16] Modifié par la loi du 23.11.2004 entrée en vigueur le 01.02.2005

Art. 181 ... [16]

Art. 182 Application [16, 26]

[1] Pour l'application du service sanitaire arrêté dans le cadre du concept protection de la population, le Conseil d'Etat peut notamment :

a. astreindre les personnes exerçant une des professions de la présente loi, libérées ou exemptées du service militaire ou de la protection civile, à une formation minimale et à participer aux secours en cas de catastrophe ;

b. suspendre le libre choix du médecin et de l'établissement sanitaire ;

c. contraindre les établissements sanitaires de droit public et de droit privé à mettre en place un dispositif propre à accueillir et à traiter les patients qui leur sont confiés par des organes de conduite.

Art. 183 Urgences préhospitalières [13, 33]

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

Art. 183a ... [13, 31]

Chapitre XII Dispositions pénales et mesures d'exécution

Art. 184 Infractions [2, 4, 13, 26]

[1] Quiconque enfreint la présente loi ou une de ses dispositions d'exécution est passible d'une amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.-.

Art. 185 Usage indu d'un titre [13, 26]

[1] Est passible d'une amende de Fr. 500.- à Fr. 100'000.- quiconque se donne indûment pour titulaire de l'une des professions relevant de la présente loi ou porte à cet égard un titre de nature à induire le public en erreur.

---

16 Modifié par la loi du 23.11.2004 entrée en vigueur le 01.02.2005
26 Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
13 Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
33 Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018
31 Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
2 Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
4 Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991

Art. 186 Exercice illégal d'une profession de la santé [13, 20]

[1] Est passible d'une amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- quiconque, sans droit, fait acte de médecin, de médecin-vétérinaire, de médecin-dentiste, de pharmacien ou exerce l'une des autres professions relevant de la présente loi.

[2] Lorsque le prévenu aura agi en cédant à un mobile honorable et que son acte n'aura produit aucun résultat dommageable, il pourra être exempté de toute peine.

Art. 187 Complicité, tentative et instigation [26]

[1] La complicité, la tentative et l'instigation d'une infraction à la présente loi ou à l'une de ses dispositions d'exécution sont punissables.

Art. 188 Mesures spéciales [26]

[1] Indépendamment des peines prévues aux articles qui précèdent, l'autorité saisie d'une infraction peut ordonner toute mesure propre à faire cesser l'état de fait contraire au droit ; elle peut notamment ordonner le séquestre, la confiscation ou même la destruction des choses qui font l'objet de l'infraction ou qui ont servi à la commettre. Elle peut ordonner la publication du prononcé ou du jugement aux frais de la personne condamnée.

[2] Elle peut aussi mettre à la charge de la personne condamnée tout ou partie des frais des contrôles (inspections, analyses, expertises, etc.) qui ont permis de déceler l'infraction. Le département peut prendre une décision similaire à l'endroit d'une personne non condamnée si, par sa faute, elle a provoqué de tels contrôles. Il peut agir de même à l'égard de l'auteur d'une dénonciation faite à la légère.

Art. 189

[1] Lorsque les mesures ordonnées en application de l'article 35 ne sont pas exécutées, l'autorité compétente peut y pourvoir d'office, aux frais du ou des responsables.

Art. 190 Procédure

[1] La poursuite et la répression des contraventions à la présente loi, ainsi qu'aux arrêtés et règlements d'application, ont lieu conformément à la loi sur les contraventions .

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[20] Modifié par la loi du 04.07.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 191 Sanctions administratives [13, 26, 31, 33]

[1] Lorsqu'une personne n'observe pas la présente loi ou ses dispositions d'application, lorsqu'elle a fait l'objet d'une condamnation pour un crime ou un délit, lorsqu'elle est convaincue d'immoralité ou de procédés frauduleux ou lorsqu'elle fait preuve dans l'exercice de sa profession de négligence, de résistance aux ordres de l'autorité ou d'incapacité, le département peut lui infliger les sanctions administratives suivantes :

a. l'avertissement ;

b. le blâme ;

c. l'amende de Fr. 500.- à Fr. 20'000.- ;

d. la mise en place de conditions, la limitation, la suspension, le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation de pratiquer, d'exploiter ou de diriger ou encore le retrait de la qualité de responsable.

e. la fermeture des locaux ;

f. l'interdiction de pratiquer.

[1bis] En cas de violation du devoir de formation continue au sens de l'article 78a de la présente loi, seules peuvent être prononcées les sanctions visées à l'alinéa 1 lettres a à c.

[2] Ces sanctions peuvent être cumulées.

[3] Sauf dans les cas où un avertissement est prononcé, le département peut publier la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire ou la communiquer aux autorités sanitaires d'autres cantons, à des organismes chargés d'appliquer la législation sur l'assurance-maladie obligatoire ou à d'autres tiers concernés lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige.

[3bis] Un tel intérêt est présumé lorsque la communication est destinée à une commission ad hoc de l'association professionnelle dont la personne sanctionnée est membre.

[4] Les compétences de la Commission d'examen des plaintes, figurant à l'article 15d, alinéa 4, lettre c de la présente loi sont réservées.

[5] Le département en charge des affaires vétérinaires est compétent lorsque les mesures ont trait à l'exercice de la médecine vétérinaire conformément à l'article 5a de la présente loi.

Art. 191a Mesures provisionnelles [26, 33]

[1] En cas d'urgence, le département peut en tout temps prendre les mesures propres à prévenir ou faire cesser un état de fait contraire à la présente loi ou menaçant la sécurité des patients ou le respect de leurs droits fondamentaux. Il peut notamment suspendre ou retirer provisoirement à son titulaire une autorisation de pratiquer, de diriger ou d'exploiter ou la qualité de responsable.

---

[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

[2] Lorsqu'une telle mesure est prise à l'encontre d'un établissement sanitaire, l'organe compétent de ce dernier dispose d'un délai d'un mois pour remplacer le titulaire de l'autorisation d'exploiter, de diriger ou le responsable. A défaut le département désigne un responsable.

[3] En cas de besoin, le département peut requérir l'intervention de la force publique.

[4] Lorsque la situation l'exige, le département publie la décision prononcée dès qu'elle est exécutoire, ou la communique aux autorités sanitaires d'autres cantons, à des organismes chargés d'appliquer la législation sur l'assurance-maladie obligatoire ou à d'autres tiers concernés lorsqu'un intérêt public ou privé prépondérant l'exige.

[5] Un tel intérêt est présumé lorsque la communication est destinée à une commission ad hoc de l'association professionnelle dont la personne sanctionnée est membre.

[6] Le département en charge des affaires vétérinaires est compétent lorsque les mesures ont trait à l'exercice de la médecine vétérinaire conformément à l'article 5a de la présente loi.

Art. 191b [26]

[1] Le Conseil d'Etat réglemente la procédure des mesures prévues aux articles 191 et 191a.

Art. 192 Procédure [26]

[1] La poursuite conduisant au prononcé d'une sanction administrative se prescrit par 2 ans à compter de la date à laquelle le département a eu connaissance des faits incriminés.

[2] Tout acte d'instruction ou de procédure que le département, une autorité de poursuite pénale ou un tribunal opère en rapport avec les faits incriminés, entraîne une interruption du délai de prescription.

[3] La poursuite se prescrit dans tous les cas par dix ans à compter de la commission des faits incriminés.

[4] Si le fait incriminé constitue un acte réprimé par le droit pénal le délai de prescription plus long prévu par le droit pénal s'applique.

Art. 192a Expropriation [4]

[1] Les droits nécessaires à la construction et à l'exploitation rationnelle d'un établissement sanitaire d'intérêt public peuvent être acquis par voie d'expropriation.

---

[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009
[4] Modifié par la loi du 21.05.1991 entrée en vigueur le 26.07.1991

Art. 193 ... [2,3,13]

Chapitre XIII Dispositions transitoires et finales

Art. 194

[1] Les personnes autorisées avant l'entrée en vigueur de la présente loi à pratiquer leur profession ou à exercer une activité soumise actuellement à ladite loi demeurent au bénéfice de cette autorisation.

[2] Elles n'en sont pas moins tenues de se conformer aux autres exigences de la présente loi ainsi qu'à ses dispositions d'application. Exceptionnellement, le département peut accorder un délai à qui en établit la nécessité.

Art. 194a Emoluments [34]

[1] Le service, de même que le département, peuvent percevoir des émoluments, de CHF 100.- à CHF 10'000.- pour toute opération ou décision prise en application de la présente loi.

[2] L'émolument est calculé en fonction de l'importance du travail accompli.

[3] Le Conseil d'Etat fixe le tarif des émoluments cantonaux.

[4] Le montant des frais extraordinaires, tels que notamment frais de recherche, d'expertise, d'enquête ou de publication, est perçu en sus.

[5] En règle générale, les émoluments et les frais sont supportés par le requérant.

[6] Le service peut les mettre à la charge d'un tiers si les circonstances le justifient, notamment lorsque celui-ci a rendu nécessaire l'intervention de l'autorité ou a adopté un comportement téméraire ou abusif.

Art. 195 ... [26]

Art. 196 ... [26]

Art. 197 [13]

[1] Les opticiens exerçant leur profession conformément au droit applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi peuvent assumer ou continuer d'assumer la responsabilité d'un commerce d'optique sans être au bénéfice de la formation prévue par l'article 135.

[2] Les restrictions concernant les examens de la vue sont maintenues.

[3] Le Conseil d'Etat peut soumettre les opticiens à de nouvelles restrictions en vertu de l'article 135, alinéa 2, de la présente loi.

---

[2] Modifié par la loi du 25.11.1987 entrée en vigueur le 01.01.1988
[3] Modifié par la loi du 27.02.1991 entrée en vigueur le 01.07.1991
[13] Modifié par la loi du 19.03.2002 entrée en vigueur le 01.09.2002
[34] Modifié par la loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019
[26] Modifié par la loi du 17.03.2009 entrée en vigueur le 01.06.2009

Art. 198

[1] Dès son entrée en vigueur, la présente loi abroge :

a. la loi du 22 mars 1926 concernant l'application dans le Canton de Vaud de la loi et des ordonnances fédérales sur les stupéfiants et réglementant leur usage ;

b. la loi du 27 novembre 1930 pour l'application dans le Canton de Vaud de la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose du 13 juin 1928 ;

c. la loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes ;

d. la loi du 12 décembre 1949 sur le traitement des alcooliques ;

e. la loi du 1er septembre 1952 sur la Chambre des médecins ;

f. la loi du 9 décembre 1952 sur l'organisation sanitaire ;

g. le décret du 8 septembre 1965 autorisant le subventionnement des centres officiels régionaux d'ambulances et de premiers secours.

Art. 199

[1] Pour autant qu'ils n'entrent pas en conflit avec la présente loi, les arrêtés ou règlements édictés par le Conseil d'Etat en application des lois du 4 septembre 1928 et du 9 décembre 1952 sur l'organisation sanitaire demeureront en vigueur jusqu'à leur remplacement par de nouvelles dispositions.

Art. 199a Dispositions transitoires de la loi du 3 juin 2014 [31]

[1] Dans un délai de trois mois dès l'entrée en vigueur de la loi du 3 juin 2014, le département informe les institutions de soins ambulatoires et les institutions de soins dentaires ambulatoires qui sont assimilées à des établissements sanitaires en application des articles 97, alinéa 4 et 105, alinéa 4. Ces institutions ont un délai d'un an dès la communication du département pour satisfaire aux conditions d'obtention de l'autorisation d'exploiter.

Art. 199b Disposition transitoire de la loi du 14 novembre 2017 [33]

[1] Les pharmaciens assistants agréés par le département selon l'article 93 alinéa 3 dans sa version au 1er janvier 2015, restent au bénéfice de cet agrément et peuvent exercer sous la supervision d'un pharmacien autorisé à pratiquer.

Art. 200

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 27, chiffre 2, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

[2] Il est chargé de prendre toutes mesures pour assurer la transition entre la nouvelle loi et les dispositions qu'elle abroge.

---

[31] Modifié par la loi du 03.06.2014 entrée en vigueur le 01.01.2015
[33] Modifié par la loi du 14.11.2017 entrée en vigueur le 01.02.2018

LOI sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS)

810.04

du 24 avril 2012

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) [A]

vu la loi fédérale du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins [B]

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

décrète

Art. 1 But

[1] La présente loi a pour but de régler la prise en charge du financement résiduel des soins de résidents domiciliés dans le Canton de Vaud, qu'ils soient hébergés dans un établissement médico-social situé dans ou hors du Canton de Vaud.

[2] Sont réservées les législations sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et sur les mesures d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, ainsi que les conventions intercantonales conclues par le Conseil d'Etat.

Art. 2 Terminologie

[1] Les désignations de personnes contenues dans la présente loi s'appliquent indifféremment aux femmes et aux hommes.

Art. 3 Définitions

[1] Au sens de la présente loi on entend par :

a. financement résiduel : la part du coût des soins à charge de l'Etat et des régimes sociaux déterminée conformément à la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (ci-après : LPFES) ;
b. établissement médico-social (ci-après : EMS ou établissement) : tout établissement médico-social pouvant prétendre au financement résiduel, conformément à la LPFES ;
c. domicile : le lieu où la personne résidait avant l'entrée en EMS.

Art. 4 Champ d'application

[1] Peuvent bénéficier du financement résiduel des soins les établissements médico-sociaux au sens de l'article 3, alinéa 1, lettre b, de la présente loi.

Art. 5 Tarifs

[1] Les tarifs sont fixés conformément à l'arrêté du Conseil d'Etat [A]fixant les montants journaliers versés aux établissements médico-sociaux destinés à couvrir la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie. Les conventions particulières sont réservées.

[2] Pour les résidents domiciliés dans le Canton de Vaud et hébergés dans un établissement situé hors du Canton de Vaud, la part cantonale se calcule conformément à l'alinéa 1.

[3] L'Etat ne prend pas en charge le financement résiduel pour des personnes non domiciliées dans le Canton de Vaud.

Art. 6 Procédure

[1] La demande de versement de la part cantonale est adressée par l'établissement à l'autorité cantonale compétente.

Art. 7 Autorité compétente et surveillance

[1] Le département en charge de l'action sociale (ci-après : le département) [A], par le service compétent, est l'autorité chargée de l'exécution et de la surveillance de l'application de la présente loi.

[2] Le département peut édicter des directives d'application de la présente loi.

Art. 8 Répartition des dépenses et revenus

[1] La répartition entre l'Etat et les communes des dépenses et revenus engagés en vertu de la présente loi s'effectue selon les principes établis dans la loi du 24 novembre 2003 sur l'organisation et le financement de la politique sociale [A].

Art. 9 Sanctions

[1] Celui qui, pour se procurer ou procurer à un tiers un avantage illicite, aura sciemment contrevenu aux dispositions de la présente loi, sera puni d'une amende d'un montant de dix mille francs au plus. La poursuite a lieu conformément à la loi du 19 mai 2009 sur les contraventions [A].

Art. 10 Réclamation et recours

[1] Les décisions du service peuvent faire l'objet d'une réclamation.

[2] Les décisions rendues sur réclamation peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

[3] La loi sur la procédure administrative [A]est applicable.

Art. 11 Entrée en vigueur et exécution

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

Entrée en vigueur : 01.05.2012

LOI sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)

810.01

du 5 décembre 1978

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Objet et but de la loi [6]

[1] La présente loi a pour objet la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

[2] Son but est d'assurer la couverture des besoins et l'accès à des soins de qualité à un coût acceptable pour la collectivité, ainsi que de fournir une information appropriée à la population.

Art. 2 Etablissement sanitaire [2,4]

[1] La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique [A] définit la notion de l'établissement sanitaire ainsi que les conditions d'autorisation pour construire, transformer et exploiter un tel établissement.

[2] ...

[A] *Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (BLV 800.01)*

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[2] Modifié par la Loi du 11.09.1989 entrée en vigueur le 01.12.1989
[4] Modifié par la Loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992

Art. 2a ... [6, 13]

Art. 3 Catégories d'établissements sanitaires [6, 14]

[1] Les établissements sanitaires se divisent en quatre catégories:

1. les établissements sanitaires cantonaux exploités directement par l'Etat;
2. les établissements sanitaires constitués en institutions de droit public;
3. les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public;
4. les établissements sanitaires privés qui ne bénéficient pas de la reconnaissance d'intérêt public.

[2] Les trois catégories mentionnées sous chiffres 1, 2 et 3 constituent le réseau des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public (ci-après: «les établissements sanitaires d'intérêt public»).

[3] Les établissements sanitaires nommés sous chiffre 4 ne bénéficient pas de subventions de l'Etat et ne sont pas soumis à la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 2a, 22, chiffres 8 et 9, 23a, 25, alinéa 1, 26g et 32b.

Art. 3a Types d'établissements [4, 6, 14, 18]

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

- Hôpitaux

- Les hôpitaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits des types A, B et C, avec ou sans caractère universitaire. Les règlements relevant de la planification cantonale des établissements sanitaires (ci-après : la planification cantonale, art.18ss) précisent leurs missions.
- Les établissements médico-sociaux sont des établissements sanitaires qui exploitent des lits de type C. Ils sont également des lieux de vie où les résidents peuvent maintenir ou développer une vie sociale satisfaisante.
- Les établissements psycho-sociaux médicalisés (EPSM) sont une catégorie particulière d'EMS accueillant une population adulte souffrant de manière prépondérante de troubles psychiques.
- Les EMS peuvent fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie et de la loi sur la santé publique dans les limites prévues par la planification cantonale et le mandat de prestations établi conformément aux articles 18 et suivants.

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[4] Modifié par la Loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[18] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

- Ils peuvent également fournir leurs prestations à des personnes non hébergées.
- Dans la mesure où ils exploitent des divisions de lits de type C (divisions C), les hôpitaux sont, pour ces divisions, assimilés à des EMS au sens de la présente loi.

- Etablissements médico -sociaux (EMS)

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

Art. 3b Types de lits [4]

[1] Les types de lits sont les suivants :

- Type A
  - Lits destinés à des personnes atteintes d'affections aiguës nécessitant la mise en oeuvre de mesures médicales continues et intensives. Les moyens d'investigation, d'intervention et de traitement qui en découlent sont importants en termes d'équipement et de personnel.
  - Le séjour est en règle générale de courte durée.
- Type B
  - Lits destinés à des personnes atteintes d'affections aiguës ou non stabilisées, nécessitant la mise en oeuvre de traitements médicaux, de mesures de réadaptation ou de soins palliatifs. Les moyens d'investigation et de traitement qui en découlent sont moins importants en termes d'équipement et de personnel que pour les lits A.
  - Le séjour est en règle générale de moyenne durée.
- Type C
  - Lits destinés à des personnes atteintes d'affections chroniques nécessitant des soins ainsi que des prestations destinées à pallier la perte de leur autonomie et, dans la mesure du possible, à la maintenir, voire à la récupérer.
  - Le séjour peut être de courte ou de longue durée.
  - Les établissements médico-sociaux doivent assurer la qualité de la vie quotidienne aux pensionnaires hébergés pour une longue durée.

[4] Modifié par la Loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992

Art. 4 Reconnaissance d'intérêt public [4, 6, 9, 13, 14, 15, 18]

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

a. être reconnu indispensable à la couverture des besoins de santé pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [B] ;

b. accepter, pour l'hébergement ou pour l'hospitalisation, tout malade que son équipement et sa mission lui permettent de soigner ;

c. se soumettre à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement, notamment à leurs exigences en matière de restructuration de l'offre hospitalière et d'hébergement, et de qualité ;

d. recourir à un prestataire de services informatiques agréé par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département) pour la gestion de son système d'information;

e. appliquer les dispositions d'une convention collective de travail de force obligatoire existante ou à défaut les exigences posées par le Conseil d'Etat en matière de conditions d'engagement et de travail selon l'article 4b ;

f. ...

g. se soumettre aux limites fixées par le Conseil d'Etat pour la distribution du bénéfice selon l'article 4d ;

h. adhérer au réseau de soins régional conformément à la législation y relative.

[1bis] S'il s'agit d'un EMS, il doit en outre remplir les conditions suivantes :

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

b. appliquer un contrat d'hébergement établi conformément à l'article 4e ;

c. respecter les dispositions édictées par le Conseil d'Etat {B}, après consultation des associations faîtières, sur les catégories et les prix maximaux de prestations supplémentaires à usage personnel non comprises dans le standard des prestations socio-hôtelières ;

---

[4] Modifié par la Loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[9] Modifié par la Loi du 16.12.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[18] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

d. créer une structure juridique indépendante pour la fourniture de prestations non couvertes par la présente loi conformément à l'article 4f ;

e. se soumettre aux dispositions prévues par l'article 4g en matière de sous-traitance d'activité ;

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

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

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

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

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

5 ...

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

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

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

Art. 4a ... [6]

Art. 4b Conditions d'engagement et de travail

1 En l'absence de conventions collectives de travail de force obligatoire, le Conseil d'Etat peut poser des exigences en matière de conditions d'engagement et de travail pour l'ensemble du personnel travaillant dans les établissements sanitaires d'intérêt public.

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998

[2] Dans tous les cas, après consultation des associations faîtières, il fixe un barème de rémunération pour les fonctions directoriales et administratives de ces établissements, qui tient compte de leurs spécificités, en particulier de leur taille, de leurs missions et des responsabilités dévolues à ces fonctions.

Art. 4c Achat de biens et de services

[1] Les établissements sanitaires d'intérêt public doivent tout mettre en oeuvre pour obtenir la meilleure économicité possible dans leurs achats de biens et services.

[2] Ils peuvent participer à l'organisation de centrales d'achats et de sociétés de services.

[3] En l'absence de résultat probant, le Conseil d'Etat peut, après consultation des associations faîtières, fixer des règles en la matière. Dans ce cadre, il peut notamment contraindre les établissements à organiser leurs achats en commun ou a adhérer à une centrale d'achats.

[4] La législation sur les marchés publics [C] est réservée.

[C] Voir la section BLV 726

Art. 4d Distribution du bénéfice

[1] Le Conseil d'Etat peut poser des limites à la distribution du bénéfice réalisé par les établissements sanitaires d'intérêt public. Ces limites garantissent un rendement suffisant des fonds propres investis et tiennent compte, notamment, des montants perçus, cas échéant, au titre de la rémunération d'une fonction au sein de l'établissement concerné.

Art. 4e Contrat d'hébergement

[1] Les EMS reconnus d'intérêt public doivent appliquer un contrat d'hébergement, qui énonce les droits et obligations des établissements comme ceux des résidents et de leurs proches ou de leurs représentants.

[2] Un contrat-type minimal[D] est proposé par les associations faîtières représentant les EMS au plus tard six mois après l'entrée en vigueur du présent article. Il est soumis au département pour approbation.

[3] En l'absence de propositions des associations faîtières, le Conseil d'Etat peut fixer le contenu du contrat-type minimal.

[D] Voir contrat-type d'hébergement (FAO 27.03.2018)

Art. 4f Fourniture de prestations non couvertes par la présente loi

[1] Si un EMS reconnu d'intérêt public entend développer une activité commerciale visant à fournir des prestations non couvertes par la présente loi à des bénéficiaires autres que ses résidents et que celle-ci lui fait encourir des risques économiques, ou génère des profits ne lui revenant pas intégralement, il doit créer à cet effet une structure juridique indépendante.

[2] Les relations entre l'EMS et cette structure juridique font l'objet d'une convention qui est soumise au département pour approbation.

[3] Le département peut accorder des dérogations à l'obligation prévue à l'alinéa 1, sur la base d'une demande motivée de l'EMS.

Art. 4g Sous-traitance [14]

[1] Le recours par un EMS reconnu d'intérêt public à une société tierce pour fournir des prestations relevant de sa mission (ci-après : sous-traitance) ne peut excéder en moyenne annuelle 25% du total des charges d'exploitation de l'établissement concerné.

[2] Le département peut accorder des dérogations à la règle posée par l'alinéa premier sur la base d'une demande d'un EMS qui fait valoir que la sous-traitance permet à plusieurs EMS d'organiser en commun leurs achats de biens ou de services ou qu'elle constitue d'une manière générale une solution novatrice permettant d'obtenir la meilleure économicité possible ou encore qu'elle est indispensable pour des raisons indépendantes des choix de gestion de l'EMS.

[3] Dans tous les cas, la société de sous-traitance doit appliquer les mêmes conditions de travail que celles applicables aux EMS ou les conditions de travail de la branche concernée.

[4] La sous-traitance doit être conforme au principe d'économicité prévu à l'article 4c de la présente loi. La surveillance financière du département prévue à l'article 32a porte également sur le respect de ce principe. A cette fin, la sous-traitance fait l'objet d'un contrat écrit garantissant l'application de la présente loi et détaillant la nature et le volume des prestations fournies, ainsi que les prix facturés.

[5] La sous-traitance et l'octroi de mandats commerciaux sont interdits lorsqu'ils placent la direction ou l'organe suprême dans un conflit d'intérêts préjudiciable à la bonne gestion de l'EMS. Le Conseil d'Etat règle les modalités d'application en tenant compte notamment de l'avis et des recommandations des associations faîtières.

Art. 4h Contrôle des investissements [15]

[1] Les hôpitaux d'intérêt public sont responsables de la gestion de leurs investissements dans les limites fixées par le mandat de prestations.

---

[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

[2] Pour contribuer à assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses, les décisions d'investissement structurel ou en grands appareils qui ont un effet sur la localisation, la dimension et la nature de l'offre hospitalière, sont soumises au contrôle du Conseil d'Etat. Celui-ci fixe les critères qui déterminent les investissements concernés. Ces critères tiennent notamment compte du volume d'activité des hôpitaux et sont différenciés selon que l'investissement porte sur l'achat d'équipements ou sur l'infrastructure immobilière.

[3] Sous réserve d'un accord partenarial conclu entre le département et les hôpitaux, le contrôle du Conseil d'Etat sur ces investissements s'exerce selon les modalités suivantes :

a. Chaque hôpital soumet tous les cinq ans au Conseil d'Etat pour approbation un programme pluriannuel des investissements prévus. Ces programmes font l'objet d'un rapport consolidé soumis au Grand Conseil.

b. Le département contrôle régulièrement la bonne exécution du programme pluriannuel, en particulier dans le cadre de l'évaluation et du suivi du contrat de prestations passé avec l'hôpital concerné.

[4] Le département contrôle en outre que les hôpitaux respectent les règles fixées par le Conseil d'Etat en matière de comptabilisation des ressources d'investissement, d'amortissement et d'entretien. Chaque hôpital doit à cet égard constituer un fonds de rénovation et provisionner les montants non utilisés, selon les modalités définies par le Conseil d'Etat.

[5] Les hôpitaux doivent fournir au département les informations nécessaires à la mise en œuvre du présent article, conformément aux dispositions arrêtées par le Conseil d'Etat.

[6] Les modalités spécifiques de contrôle des investissements prévues par la loi sur les Hospices cantonaux sont réservées.

Art. 5 Les partenaires de l'Etat [6]

[1] On entend par partenaires de l'Etat au sens de la présente loi (ci-après: «les partenaires»):

- la Société vaudoise de médecine (SVM);
- la Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM);
- le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV);
- l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS);
- l'Organisme médico-social vaudois (OMSV);
- l'Association vaudoise des cliniques privées (AVCP);
- l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Section Vaud (ASI-VD);

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998

- une ou plusieurs association(s) de consommateurs ou de patients désignée(s) par le département.

[2] Le Conseil d'Etat peut compléter la liste ci-dessus.

Art. 6 Répartition des compétences : [6, 12, 13, 15]
a) Etat

[1] Pour atteindre le but défini à l'article premier, l'Etat exerce les compétences suivantes :

1. il participe au financement des charges d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi, à ses dispositions d'application et aux dispositions fédérales applicables. Cette participation s'étend au financement des prestations d'intérêt général des hopitaux ;
2. ...
3. ...
4. il définit les modalités de sa participation financière aux établissements sanitaires d'intérêt public ;
5. il passe des contrats de prestations avec les établissements sanitaires d'intérêt public, qui définissent les objectifs à atteindre par ceux-ci et qui servent de base au calcul de sa participation financière ;
6. il garantit la fourniture d'une information suffisante à la population ;
7. il établit la planification cantonale sous la forme de règlements d'application de la présente loi et promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément à l'article 39 LAMal.

[2] ...

[3] Il veille à ce que les structures de financement, en particulier la répartition entre sa participation et celle des assureurs, incitent à une prise en charge économique de la population.

Art. 6a b) Etablissements sanitaires d'intérêt public [6, 13]

[1] Les établissements sanitaires d'intérêt public sont responsables de leur gestion.

[2] Ils doivent se conformer à la présente loi et aux règlements relevant de la planification cantonale et du financement.

[3] La loi sur les Hospices cantonaux [E] est réservée.

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[12] Modifié par la Loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

Art. 6b Informations statistiques [6, 13]

[1] Tous les établissements sanitaires définis à l'article 3 doivent fournir au département les informations statistiques nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton, à l'information de la population et à la négociation et au contrôle des contrats de prestations.

Chapitre II Autorités et commissions: compétences

Art. 7 Le Grand Conseil [5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 20]

[1] Le Grand Conseil se prononce sur la planification et le financement du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public :

1. en accordant, par voie de décret, les crédits d'ouvrage ou la garantie de l'Etat pour les investissements des établissements sanitaires cantonaux et des établissements sanitaires constitués en institution de droit public, dans les limites prévues par les dispositions légales régissant ces établissements ;
2. en déterminant chaque année, par voie de décret, le montant maximum des garanties que le Conseil d'Etat peut octroyer au nom de l'Etat pour les emprunts contractés par des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public afin de financer leurs investissements, le total des engagements de l'Etat sous cette forme ne pouvant dépasser 1 milliard et 60 millions de francs pour les EMS, et 540 millions de francs pour les hôpitaux.

2bis. ...

3. en accordant, par la voie du budget ordinaire, les moyens destinés à financer la participation de l'Etat aux dépenses d'exploitation et d'investissement des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi et aux dispositions fédérales applicables, cette participation s'étendant au financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux ;
4. ...
5. ...

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[5] Modifié par la Loi du 23.09.1997 entrée en vigueur le 21.11.1997
[7] Modifié par la Loi du 17.12.2002 entrée en vigueur le 01.01.2003
[9] Modifié par la Loi du 16.12.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[12] Modifié par la Loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[17] Modifié par la Loi du 08.12.2015 entrée en vigueur le 01.01.2016
[20] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019

6. ...

7. en accordant les moyens destinés au financement de programmes particuliers.

[2] Les contrats de prestations passés avec les établissements sanitaires d'intérêt public ainsi que les plans stratégiques de développement sont présentés au Grand Conseil à l'appui des demandes de subventions.

Art. 8 Le Conseil d'Etat [5, 6, 12, 13, 14, 15, 16]

[1] Le Conseil d'Etat, sur préavis du département :

1. édicte les règlements d'application de la présente loi, après consultation des partenaires, de la Faculté de médecine et des communes intéressées ;

2. élabore et tient à jour le programme des investissements des EMS reconnus d'intérêt public, après consultation des partenaires concernés ;

2bis. décide, dans les limites fixées par le Grand Conseil conformément à l'article 7, alinéa 1, chiffre 2 de la présente loi, de l'octroi de la garantie de l'Etat pour les emprunts contractés par des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public pour financer leurs investissements, une telle garantie ne pouvant être accordée que si elle porte sur un emprunt d'un montant égal ou supérieur aux seuils de compétence du Grand Conseil prévus par les articles 31, 34 et 35 de la loi sur les finances [F] pour les crédits d'investissement, respectivement les crédits d'études et les crédits additionnels ;

2ter. décide, dans la limite des moyens alloués par le Grand Conseil, de la participation de l'Etat au financement des investissements des EMS privés reconnus d'intérêt public ;

3. ...

4. promulgue les listes des hôpitaux et des EMS, conformément à l'article 39 LAMal [B] ;

5. fixe le budget global, au sens de l'article 27a.

6. fixe la part du coût des soins des EMS à la charge des résidents et des pouvoirs publics conformément à l'article 26g.

---

[5] Modifié par la Loi du 23.09.1997 entrée en vigueur le 21.11.1997
[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[12] Modifié par la Loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[16] Modifié par la Loi du 11.12.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013

[2] Les décisions relevant de l'alinéa 1, chiffres 2bis et 2ter sont prises par le Conseil d'Etat sur préavis de la Commission thématique du Grand Conseil en charge de la santé publique. La Commission des finances est régulièrement informée par le département des projets soumis à la Commission thématique du Grand Conseil en charge de la santé publique.

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
[F] Loi du 20.09.2005 sur les finances (BLV 610.11)

Art. 9 Le département [6, 13]

[1] Le département ou le département chargé de l'action sociale lorsqu'il s'agit d'établissements sanitaires relevant de sa compétence, si ces départements sont distincts :

1. assure l'exécution de la présente loi et des règlements d'application qui en découlent et veille au respect de ces derniers, en particulier de ceux relevant de la planification cantonale et du financement ; il peut, à cet effet, ordonner des expertises financières des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public ;
2. exploite les établissements sanitaires cantonaux ;
3. répartit le budget global entre les hôpitaux d'intérêt public ;
4. passe les contrats de prestations avec les établissements sanitaires d'intérêt public ;
5. prend les dispositions nécessaires pour assurer l'information de la population.

Art. 10 Commission cantonale de politique sanitaire [6]

[1] La Commission cantonale de politique sanitaire (ci-après: «la Commission de politique sanitaire») est une commission permanente au sens de l'article 54 de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat [G] .

[G] Loi du 11.02.1970 sur l'organisation du Conseil d'Etat (BLV 172.115)

Art. 11 Procédure de nomination [6, 11]

[1] Les membres de la Commission de politique sanitaire sont nommés pour cinq ans par le Conseil d'Etat sur proposition du département qui consulte les partenaires de l'Etat pour la désignation de leurs représentants.

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[11] Modifié par la Loi du 21.03.2006 entrée en vigueur le 01.07.2006

Art. 12 Composition [6, 13, 18]

[1] La Commission de politique sanitaire comprend :

- le chef du département, président ;
- le secrétaire général du département, vice-président ;
- le médecin cantonal ;
- le chef du Service de la santé publique ;
- le chef du Service des assurances sociales et de l'hospitalisation ;
- un représentant supplémentaire de l'Etat, issu du département chargé de l'action sociale si celui-ci est distinct du département de la santé ;
- un représentant du Service des hospices cantonaux ;
- un représentant et un suppléant de la SVM ;
- un représentant et un suppléant de la FVAM ;

un représentant et un suppléant de la GHRV ;

- un représentant et un suppléant de l'AVDEMS ;
- un représentant et un suppléant de l'OMSV ;
- un représentant et un suppléant de l'AVCP ;
- un représentant et un suppléant de l'ASI-VD ;
- un représentant de la Commission cantonale de mesures sanitaires d'urgence (CMSU) ;
- un représentant et un suppléant des associations de travailleurs ;
- un ou plusieurs représentants d'associations de consommateurs ou de patients désignés par le département au titre de l'article 5 ;
- un ou deux membres choisis en dehors des milieux de la santé publique ;
- un représentant et un suppléant de l'instance de coordination des réseaux de soins.

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

[2] ...

[3] ...

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[18] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

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

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

Art. 13 Rôle de la commission de politique sanitaire [6]

[1] La Commission de politique sanitaire:

1. collabore à l'élaboration de la politique de l'Etat en ce qui concerne les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins et, à la demande du département, à l'organisation sanitaire cantonale, sous réserve des attributions du Conseil de santé;
2. préavise sur les projets de lois et règlements qui concernent la planification et le financement des investissements des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins;
3. propose au département et, le cas échéant, au département dont relève l'action sociale, des directives concernant la construction et l'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins.

[2] ...

[3] La Commission de politique sanitaire, ou les partenaires qui y sont représentés, peuvent être chargés de tâches particulières liées à l'application de la présente loi, notamment en ce qui concerne la répartition des ressources consacrées à l'exploitation et à l'investissement des hôpitaux d'intérêt public et des réseaux de soins, ainsi que la préparation et la diffusion de l'information à la population.

Art. 14 ... [1]

Art. 15 ... [1]

Art. 16 ... [1]

Art. 17 ... [1]

Chapitre III Planification

Art. 18 But [6]

[1] La planification cantonale a pour but d'organiser l'offre hospitalière et d'hébergement nécessaire à la couverture des besoins en soins de la population.

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[1] Modifié par la Loi du 17.11.1986 entrée en vigueur le 20.01.1987

[2] Elle tient compte de tous les établissements sanitaires, quel que soit leur statut juridique, des réseaux de soins et des possibilités de collaborations, notamment intercantonales et entre réseaux de soins.

[3] Elle est élaborée sous la forme de règlements d'application de la présente loi, conformément à l'article 22.

Art. 19 ... [6]

Art. 20 ... [6]

Art. 21 ... [2, 6]

Art. 22 **Portée** [6]

[1] Les règlements constituant la planification cantonale portent notamment sur :

1. la carte des zones et des secteurs sanitaires et l'implantation des établissements sanitaires d'intérêt public ;
2. les différentes missions des établissements sanitaires d'intérêt public, compte tenu notamment de leur appartenance à un réseau de soins ;
3. ...
4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la définition de la politique sanitaire du canton et à l'information de la population ;
5. la procédure de construction ;
6. les programmes d'économie et de restructuration du réseau des établissements sanitaires d'intérêt public ;
7. les modalités types des plans stratégiques de développement ;
8. les dispositions d'application relatives à l'admission sur les listes au sens de l'article 39 LAMal [B] ;
9. les exigences en matière de promotion et de contrôle de la qualité ;
10. les modalités d'encadrement de l'offre et des dépenses du secteur d'intérêt public.

[B] *Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)*

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[2] Modifié par la Loi du 11.09.1989 entrée en vigueur le 01.12.1989

Art. 23 Missions des hôpitaux d'intérêt public [6]

[1] Les différentes missions des hôpitaux d'intérêt public sont définies en application du principe de la décentralisation des actes médicaux courants et de la centralisation des actes médicaux spécialisés. L'application de ce principe tient compte:

- de la qualité requise des soins;
- de la sécurité des patients;
- du coût des prestations fournies;
- de la proximité des autres établissements sanitaires;
- des possibilités de collaboration dans le cadre d'un réseau de soins;
- des besoins régionaux et de la situation géographique;
- de la situation existante à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 23a Mandat des EMS d'intérêt public [14]

[1] Le mandat qui peut être attribué à un EMS est le suivant :

- gériatrie
- psychiatrie de l'âge avancé
- psychiatrie
- toute pathologie nécessitant un hébergement et la mise en place d'un suivi médical et infirmier.

[2] Le mandat porte également sur la possibilité pour l'EMS de fournir des "soins aigus et de transition" au sens de la législation fédérale sur l'assurance-maladie [B] et de la loi sur la santé publique [A] .

[A] Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (BLV 800.01)
[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011

Art. 24 ... [6]

Chapitre IV Financement

Section I Dispositions générales

Art. 25 Principes [6, 12, 13, 15]

[1] L'Etat participe au financement des charges d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires d'intérêt public conformément à la présente loi et à ses dispositions d'application ainsi qu'aux dispositions fédérales applicables. Cette participation s'étend au financement des prestations d'intérêt général des hôpitaux.

[1bis] ...

[1ter] Sa participation s'étend au financement des prestations dont un établissement sanitaire d'intérêt public délègue la fourniture, avec l'accord du département, à un établissement sanitaire privé qui ne bénéficie pas de la reconnaissance d'intérêt public ; cette participation s'inscrit dans le cadre de l'exécution du contrat de prestations passé avec l'Etat.

[2] L'Etat subordonne sa participation financière à l'application des dispositions de la présente loi et des règlements relevant de la planification cantonale et du financement.

[3] Il peut tenir compte de la situation particulière des établissements sanitaires d'intérêt public, notamment de l'état du bâtiment et des conditions d'exploitation.

[4] La participation financière versée par l'Etat est en principe acquise aux établissements sanitaires d'intérêt public. L'article 32f est réservé.

[5] Pour les établissements sanitaires d'intérêt public exploités en la forme commerciale, l'Etat peut conditionner sa participation financière à la fourniture, par l'établissement concerné, de garanties, notamment sous forme hypothécaire. Ces dernières ne peuvent porter que sur l'équivalent de la valeur des montants provisionnés en vue d'investissements futurs.

Art. 25a Modalités [6, 13]

[1] Les modalités de la participation financière de l'Etat sont définies par des règlements d'application de la présente loi. Elles sont précisées par un contrat de prestations.

[2] Les règlements mentionnés à l'alinéa 1 portent sur :

1. les règles de financement ;

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[12] Modifié par la Loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

2. les règles de comptabilité, y compris celles relatives à la production des pièces comptables nécessaires à la compréhension de la gestion et à la justification de l'utilisation des subventions et des aides individuelles de l'Etat, ainsi que les règles relatives au contrôle de l'utilisation de ces subventions, en particulier les modalités des expertises financières ordonnées par l'Etat ;

3. les modalités types des contrats de prestations ;

4. les instructions relatives à l'information statistique nécessaire à la négociation et au contrôle des contrats de prestations.

Art. 25b ... [6, 8, 13]

Art. 25c ... [6, 13]

Art. 25d ... [6, 13]

Art. 25e ... [6, 13]

Section II Dépenses d'investissement

Art. 26 Investissement des EMS [4, 5, 6, 7, 12, 15, 18]

[1] L'Etat participe, sous forme de subventions, à la couverture des coûts nécessaires à la rénovation et à la construction des EMS privés reconnus d'intérêt public, à l'exception de leurs dépenses d'équipement intégrées dans les charges d'exploitation conformément à l'article 26f.

[2] Les règlements mentionnés à l'article 25a et, le cas échéant, le contrat de prestations précisent les critères pour la prise en charge d'un investissement, ainsi que les modalités de calcul et de versement des subventions, notamment les modalités relatives à l'indexation. Ces subventions sont versées sous forme de subventions du service de la dette, de versements directs ou de forfaits, en fonction du mode d'exploitation des établissements.

[3] Sous réserve de convention contraire, il est tenu compte des emprunts contractés avant la reconnaissance d'intérêt public.

[4] ...

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[8] Modifié par la Loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008
[4] Modifié par la Loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992
[5] Modifié par la Loi du 23.09.1997 entrée en vigueur le 21.11.1997
[7] Modifié par la Loi du 17.12.2002 entrée en vigueur le 01.01.2003
[12] Modifié par la Loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[18] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

[5] ...

[6] ...

Art. 26a ... [2, 6, 8]

Art. 26b ... [2, 6, 8]

Art. 26c ... [2, 6, 8]

Art. 26d ... [2, 6, 8]

Art. 26e ... [7, 9, 15]

Art. 26f Charges d'entretien et mobilières des EMS [12]

[1] Au sens de la présente loi, les charges d'entretien et mobilières des EMS d'intérêt public ne sont pas considérées comme des charges d'investissements. Elles sont intégrées dans les charges d'exploitation et financées conformément aux conventions tarifaires applicables aux prestations socio-hôtelières ou, à défaut, aux tarifs arrêtés par le Conseil d'Etat.

[2] Le Conseil d'Etat définit les modalités d'intégration des charges d'entretien et mobilières dans les conventions ou les tarifs, ainsi que les modalités d'utilisation et d'affectation des revenus y relatifs.

Art. 26g Coûts des soins [14, 20]

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

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

a. la part du coût des soins à la charge du résident, cette part ne pouvant pas dépasser le 20% de la contribution maximale de l'assurance-maladie;

---

[2] Modifié par la Loi du 11.09.1989 entrée en vigueur le 01.12.1989
[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[8] Modifié par la Loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[7] Modifié par la Loi du 17.12.2002 entrée en vigueur le 01.01.2003
[9] Modifié par la Loi du 16.12.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004
[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[12] Modifié par la Loi du 14.11.2006 entrée en vigueur le 01.01.2007
[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[20] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019

b. le financement résiduel à la charge de l'Etat et des régimes sociaux, compte tenu du nombre de journées effectuées, de l'évaluation des soins requis et des normes en matière de dotation.

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

a. répondent à la couverture des besoins et figurent sur la liste LAMal ;

b. ...

c. ...

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

[H] Voir RS section 832

Art. 26h Structures de soins de jour ou de nuit [14, 18]

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

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

a. les centres d'accueil temporaire (CAT) au sens de la LAPRAMS[I] .

b. les lieux qui permettent aux patients:

- de résider durablement et en communauté
- de disposer de soins en tout temps, immédiatement et sur appel et
- de bénéficier de soins assimilables, par leur fréquence et leur intensité, à ceux qui seraient fournis en EMS.

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

[B] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
[I] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)

---

[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[18] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Art. 26i Coûts socio-hôteliers et socio-éducatifs [14, 18]

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

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

Art. 26j Charges exceptionnelles d'exploitation [14]

[1] Le département peut allouer aux EMS reconnus d'intérêt public une subvention à l'exploitation destinée à couvrir des charges exceptionnelles d'exploitation non comprises dans les tarifs.

[2] Cette subvention est versée sur la base d'une demande motivée de l'EMS.

Art. 27 Dépenses d'exploitation [4]

[1] L'Etat participe au financement des dépenses d'exploitation résultant de l'hospitalisation en division commune des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public qui ont adhéré à une convention où l'Etat et ses partenaires sont parties.

[2] ...

Art. 28 Participation de l'Etat à une Convention

[1] La participation de l'Etat à une convention avec des établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public est subordonnée aux conditions suivantes:

1. les caisses-maladie doivent participer financièrement aux dépenses d'exploitation conjointement avec l'Etat; la participation respective des deux partenaires est réglée entre eux;
2. le budget résultant de la convention est fixé, d'une part, sur la base des possibilités financières de l'Etat, des caisses-maladie, de la participation financière éventuelle des patients et, d'autre part, sur l'évaluation des besoins des établissements sanitaires d'intérêt public.

---

[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[18] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[4] Modifié par la Loi du 11.12.1991 entrée en vigueur le 01.01.1992

Art. 29 Règles budgétaires

[1] Le budget résultant de la Convention est réparti entre les établissements sanitaires d'intérêt public sous forme d'enveloppes budgétaires soumises à l'approbation des établissements respectifs: elles comprennent les frais fixes d'une part et les frais variables d'autre part.

[2] Le calcul de l'enveloppe budgétaire des frais fixes tient compte notamment des moyens nécessaires à l'accomplissement de la mission définie par le Plan, du mode de rémunération des médecins fixé par la Convention, des conditions locales pouvant affecter l'exploitation, de l'appréciation des résultats des exercices antérieurs.

[3] Le calcul du budget des frais variables tient compte notamment du volume et du type d'activité prévisibles. Le montant alloué à ce titre peut donner lieu à une correction en fin d'exercice en fonction de l'activité réelle. A cet effet, les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public doivent fournir à la Commission de planification toutes les pièces nécessaires à la compréhension de la gestion, qui doit être organisée selon un plan comptable approuvé par le département.

Art. 29b ... [14]

Art. 30 Responsabilité [6, 13]

[1] Les hôpitaux d'intérêt public sont responsables de leur gestion et doivent s'en tenir aux ressources attribuées pour l'hospitalisation en division commune et les tâches particulières. Un bénéfice d'exploitation est acquis à l'établissement ; un déficit engage sa seule responsabilité.

[2] ...

[3] L'article 25b et la loi sur les Hospices cantonaux [E] sont réservés.

[E] Loi du 16.11.1993 sur les Hospices cantonaux (BLV 810.11)

Art. 31 Dons, legs, autres recettes [6, 13]

[1] Les dons, legs et autres recettes (ventes, collectes, tombolas, loteries, etc.) sont acquis aux établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public. La direction de l'établissement en dispose librement.

[2] L'utilisation des bénéfices et des recettes mentionnés ci-dessus ne doit cependant pas modifier les missions de l'établissement ni provoquer une augmentation des coûts d'exploitation et d'investissement.

[3] ...

---

[14] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[13] Modifié par la Loi du 30.01.2007 entrée en vigueur le 01.01.2008

Art. 32 ... [6]

Chapitre IVbis Surveillance et sanctions

Section I Surveillance

Art. 32a Surveillance financière

[1] Le département contrôle que les établissements sanitaires d'intérêt public et les réseaux de soins utilisent les ressources allouées conformément à l'affectation prévue.

[2] Le Conseil d'Etat, après évaluations faites lors des contrôles antérieurs, détermine la portée et les modalités de ce contrôle, y compris en ce qui concerne les sous-traitants qui délivrent régulièrement des prestations couvertes par la présente loi. Le règlement [J] définit les modalités, en particulier les principes comptables à respecter et les règles relatives à la mission, à la qualification et à l'indépendance des organes de révision.

[J] Règlement du 07.10.1998 sur le Fonds d'innovation et d'appui à la constitution des réseaux de soins (BLV 810.01.5). Abrogé le 01.01.2008

Art. 32b Informations requises et qualité

[1] Les établissements sanitaires et les réseaux de soins fournissent au département toutes les informations statistiques ainsi que, s'ils sont reconnus d'intérêt public, comptables et financières, nécessaires à la définition de la politique sanitaire du canton, à la mise en oeuvre de la présente loi et de ses dispositions d'application, ainsi qu'au contrôle de leur respect.

[2] Le Conseil d'Etat définit, après consultation des associations faîtières, la forme, le contenu et la périodicité des informations à fournir.

[3] Le département s'assure de la qualité de la prise en charge dans les établissements sanitaires reconnus d'intérêt public.

Section II Sanctions

Art. 32c Retrait de la reconnaissance d'intérêt public

[1] En cas de violation de la présente loi ou de ses dispositions d'application ou encore d'autres dispositions légales auxquelles l'établissement sanitaire ou le réseau de soins est soumis, le département peut retirer la reconnaissance d'intérêt public.

[2] Dans les cas de peu de gravité, le département peut prononcer un avertissement.

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998

Art. 32d Mise sous administration provisoire

[1] Le département peut désigner une administration provisoire chargée de gérer l'établissement sanitaire d'intérêt public ou le réseau de soins en lieu et place des organes dirigeants statutaires lorsque les manquements à la présente loi ou à ses dispositions d'application ou encore à d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis :

- mettent en péril la sécurité et la santé des patients, des résidents ou du personnel,
- menacent la qualité des prestations fournies,
- mettent en danger la situation financière de l'établissement ou du réseau de soins,
- conduisent à ce que tout ou partie des montants encaissés, cas échéant auprès des résidents, soient détournés de leur affectation conforme.

[2] Le Conseil d'Etat fixe la procédure applicable.

Art. 32e Sanction pénale

[1] Le département peut infliger une amende de Fr. 500.- à Fr. 200'000.- aux organes de l'établissement sanitaire d'intérêt public ou du réseau de soins qui auront violé les devoirs que leur imposent la présente loi et ses dispositions d'application, notamment en matière de conditions d'engagement et de travail, d'achats de biens et services et de contrat d'hébergement.

[2] L'amende est cumulable avec les autres sanctions.

Art. 32f Obligation de restitution et révocation [15, 19, 20]

[1] Le département peut exiger la restitution de tout ou partie de la participation financière accordée à un établissement sanitaire d'intérêt public ou à un réseau de soins dans les cas suivants :

1. inobservation de la présente loi ou de ses dispositions d'application ou encore d'autres dispositions légales auxquelles il est soumis ;
2. retrait de la reconnaissance d'intérêt public ou renonciation à celle-ci ;
3. désaffectation ou aliénation d'un bien immobilier subventionné par l'Etat sous la forme d'une garantie d'emprunt ou d'une prise en charge du service de la dette.

---

[15] Modifié par la Loi du 29.11.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012
[19] Modifié par la Loi du 13.12.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[20] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.01.2019

[1bis] Dans les cas mentionnés à l'alinéa 1, chiffres 1 et 3, ou en cas de retrait de la reconnaissance d'intérêt public, le département peut également exiger la restitution de tout ou partie des montants provisionnés par un établissement pour le renouvellement de ses infrastructures et de ses équipements.

[2] Dans les cas particulièrement graves de violation de la loi, de ses dispositions d'application ou d'autres dispositions légales auxquelles l'établissement sanitaire d'intérêt public ou le réseau de soins est soumis, le département peut suspendre tout ou partie du versement de sa participation financière.

[3] Le montant et les modalités de la suspension ou de la restitution font l'objet d'une décision prise par le département. La décision de restitution est définitive et exécutoire et vaut titre de mainlevée au sens de la législation sur la poursuite pour dettes et la faillite [K].

[4] La loi sur les Hospices cantonaux [E] est réservée.

[5] La créance découlant de l'alinéa 1, chiffre 3, est garantie par une hypothèque légale privilégiée sur les immeubles concernés. Celle-ci s'éteint dix ans après que la décision fixant le montant de la créance est devenue définitive. Elle subsiste cependant au-delà de ce terme si la poursuite en réalisation de gage est restée annotée au registre foncier ou si la faillite du propriétaire est prononcée avant l'expiration du délai.

[E] Loi du 16.11.1993 sur les Hospices cantonaux (BLV 810.11)
[K] Loi fédérale du 11.04.1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (RS 281.1)

Chapitre V Dispositions finales

Art. 33 ... [6]

Art. 34 ... [3]

Art. 35 Rétribution [1, 6]

[1] La rétribution des membres de la Commission de politique sanitaire, en dérogation aux dispositions de l'article 57 de la loi sur l'organisation du Conseil d'Etat [G], est à la charge des organismes ou institutions qu'ils représentent.

[G] Loi du 11.02.1970 sur l'organisation du Conseil d'Etat (BLV 172.115)

---

[6] Modifié par la Loi du 10.11.1997 entrée en vigueur le 01.04.1998
[3] Modifié par la Loi du 27.02.1991 entrée en vigueur le 01.07.1991
[1] Modifié par la Loi du 17.11.1986 entrée en vigueur le 20.01.1987

Chapitre VI Dispositions transitoires et finales

Art. 35a Contribution des communes [8]

[1] Les contributions des communes dues en vertu des articles 26a et 26b de la présente loi ne sont pas remises en cause par l'abrogation de ces dispositions. En particulier, les droits de superficie octroyés à titre gratuit demeurent et les contributions financières non encore payées doivent l'être en totalité.

[2] Les obligations de restitution ou d'indemnisation pour des contributions obtenues avant l'abrogation de l'article 26d de la présente loi demeurent.

Art. 36 Exécution et entrée en vigueur

[1] Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution de la présente loi. Il en publiera le texte conformément à l'article 27, chiffre 2, de la Constitution cantonale et en fixera, par voie d'arrêté, la date d'entrée en vigueur.

Chapitre VII Dispositions transitoires de la loi modifiante du 7 novembre 2017

Art. 37

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

[8] Modifié par la Loi du 11.02.2003 entrée en vigueur le 01.01.2004

LOI 850.11
d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)

du 24 janvier 2006

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

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

décrète

Titre I Généralités

Art. 1 But [3, 7, 8, 11]

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

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

[A] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissement sanitaires d'intérêt public (BLV 810.01)
[B] Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (BLV 800.01)
[C] Loi du 06.10.2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (BLV 801.11)
[D] Loi du 10.02.2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (BLV 417.51)
[E] Loi du 24.04.2012 sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (BLV 810.04)
[F] Loi du 29.05.2012 d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (BLV 211.251)

[3] Modifié par la Loi du 06.10.2009 entrée en vigueur le 01.01.2010
[7] Modifié par la Loi du 24.04.2012 entrée en vigueur le 01.05.2012
[8] Modifié par la Loi du 29.05.2012 entrée en vigueur le 01.01.2013
[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Art. 2 Objet [3, 11]

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

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

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

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

Art. 3 Champ d'application personnel [6, 11]

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

a. à domicile, et pour autant qu'elle soit domiciliée dans le canton ;

b. dans un EMS, un EPSM, une PPS ou un HNM au sens de la présente loi, et qui peut justifier d'un domicile dans le canton immédiatement avant son admission.

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

Art. 4 Autorité compétente

[1] Le département en charge de l'action médico-sociale (ci-après : le département) est l'autorité compétente pour exécuter la loi.

[2] Il délègue aux services compétents la mission de veiller à l'application de la loi, en particulier en ce qui concerne la coordination entre les régimes sociaux chargés de financer les aides et les fournisseurs de prestations à domicile ou lors d'hébergement, définis aux titres II et III.

[3] Le règlement [G] précise les modalités.

[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

---

[3] Modifié par la Loi du 06.10.2009 entrée en vigueur le 01.01.2010
[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[6] Modifié par la Loi du 13.12.2011 entrée en vigueur le 01.01.2012

Art. 4a Délégation à l'AVASAD [3,4]

[1] Dans le cadre de la subvention prévue à l'article 2, alinéa 2, le département délègue à l'AVASAD la compétence de réduire le coût de ses prestations d'aide à domicile mises à la charge des bénéficiaires, en fonction de leurs ressources. Le département édicte des normes qui comprennent, entre autres, la liste et le barème des prix des prestations et qui portent notamment sur l'aide à la famille, les repas à domicile, l'aide au ménage et les veilles et présences.

[2] Les prestations sont fournies sur la base d'une évaluation de la situation du requérant et de son entourage. La loi sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises [H] est applicable en ce qui concerne le calcul du revenu déterminant et la composition de l'unité économique de référence. Les articles 9, alinéa 3, 11, alinéas 2 et 4 et 12, alinéas 1 à 3 de la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [I] sont également applicables par analogie.

[H] Loi du 09.11.2010 sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (BLV 850.03)
[I] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

Art. 5 Conventions tarifaires [11]

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

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

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

Art. 6 Subsidiarité

[1] L'aide financière individuelle de l'Etat est subsidiaire aux prestations des assurances sociales et des régimes sociaux, en particulier aux PC AVS/AI ainsi qu'aux autres ressources du requérant

[3] Modifié par la Loi du 06.10.2009 entrée en vigueur le 01.01.2010
[4] Modifié par la Loi du 09.11.2010 entrée en vigueur le 01.01.2013
[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

[2] Les subventions accordées aux organismes favorisant le maintien à domicile au sens de la loi sont subsidiaires aux subventions fédérales en vigueur.

Art. 6a Avance d'aide [12]

[1] L'aide financière individuelle peut être accordée à titre d'avance :

a. au bénéficiaire en attente des prestations d'assurances sociales ou de la contribution d'assistance au sens de la législation fédérale qu'il aura préalablement demandées ;

b. au bénéficiaire qui s'est engagé à rembourser l'aide individuelle notamment sur la base d'une reconnaissance de dette ou d'un titre hypothécaire.

[2] Lorsqu'une prestation d'assurance sociale est octroyée rétroactivement ou que des montants sont perçus ensuite de la réalisation de titres ou de la vente d'un bien immobilier, le bénéficiaire doit rembourser les aides accordées à titre d'avance à concurrence des montants perçus.

[3] Une obligation de remboursement incombe également aux héritiers, pour autant qu'ils tirent profit de la succession.

[4] L'autorité compétente réclame, par voie de décision, le remboursement des avances octroyées.

[5] La décision entrée en force est assimilée à un jugement exécutoire au sens de l'article 80 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite.

Art. 6b Avances à des propriétaires [12]

[1] L'aide individuelle peut exceptionnellement être octroyée à des personnes propriétaires de biens immobiliers ou d'autres valeurs dont on ne peut exiger la réalisation.

[2] Le remboursement de telles avances est en règle générale garanti par la mise en gage d'un bien immobilier, au profit de l'Etat. Peuvent être grevés de ce gage, les immeubles inscrits au registre foncier au nom du bénéficiaire ou de celui de son conjoint au sens de l'article 30, alinéa 1. L'inscription, de même que la radiation du gage ont lieu sur réquisition du service.

[3] S'il s'agit de valeurs non réalisables, celles-ci doivent être données en garantie, par exemple par cession de créance ou nantissement.

[4] Le remboursement peut être exigé dès que les avoirs sont réalisables.

[5] Les conditions de l'article 6a s'appliquent pour le surplus.

---

[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019

Art. 6c Dessaisissement [12]

[1] La personne qui se dessaisit de sa fortune, et qui doit de ce fait faire appel aux prestations des régimes sociaux, ne peut en principe pas bénéficier d'une aide financière individuelle.

[2] L'aide individuelle peut cependant être accordée exceptionnellement dans les situations suivantes :

a. lorsque le remboursement de l'aide individuelle fait l'objet d'une reconnaissance de dette du tiers ayant bénéficié du dessaisissement ;

b. lorsque le remboursement de l'aide individuelle est garanti par titre hypothécaire ;

c. dans des cas de rigueur, lorsque les circonstances le justifient au regard des buts de la présente loi.

[3] Le règlement fixe les modalités.

Art. 6d Subrogation [12]

[1] Le bénéficiaire informe sans délai le département de toute demande de prestations d'assurances sociales déposée.

[2] L'Etat qui a accordé une aide financière individuelle ou une avance d'aide est subrogé dans les droits du bénéficiaire envers les assurances sociales à concurrence des montants versés.

Art. 7 Contrôle et surveillance [5, 11]

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

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

[3] Pour les EMS, les EPSM, les PPS et les HNM, le département, par la Coordination interservices des visites en EMS au sens de la réglementation sur les établissements sanitaires, s'assure de la qualité de prise en charge sociale des personnes accueillies et peut visiter les établissements en tout temps.

---

[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019
[5] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

[4] ...

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

[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Art. 8 Répartition des dépenses et revenus

[1] La répartition entre l'Etat et les communes des dépenses et des revenus, engagés en vertu de la loi et relatifs à l'aide financière et aux subventions, s'effectue selon les principes établis dans la loi sur l'organisation et le financement de la politique sociale [J] .

[J] Loi du 24.11.2003 sur l'organisation et le financement de la politique sociale (BLV 850.01)

Art. 9 Obligation de renseigner

[1] Les autorités administratives cantonales et communales, ainsi que les offices à caractère public concernés, fournissent gratuitement au département les informations dont il a besoin pour atteindre le but qui lui incombe en vertu de la loi (octroi de l'aide financière individuelle).

Titre II Maintien à domicile

Chapitre I Définitions et prestations

Section I Maintien à domicile

Art. 10 Prestations d'aide au maintien à domicile [11]

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

[2] Il s'agit notamment :

a. des prestations fournies par les organisations de soins à domicile définies par la LSP [B] (ci-après : OSAD);

b. des prestations délivrées par les organismes favorisant le maintien à domicile et qui comprennent notamment :

---

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

- l'aide, le soutien, l'accompagnement et l'encadrement socio-éducatif ainsi que l'encadrement sécuritaire à domicile;
- des mesures de soutien à l'entourage, dont notamment les services de relève;
- les mesures favorisant l'accessibilité aux transports adaptés des personnes à mobilité réduite;
- l'information et le conseil social;
- les mesures favorisant l'intégration sociale et l'entraide;
- le conseil spécialisé fourni par un organisme reconnu permettant l'engagement d'auxiliaires de vie par des personnes handicapées .

c. des prestations délivrées dans les structures intermédiaires au sens des articles 13 à 19.

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

3 Le règlement [G] définit le détail de ces prestations.

[B] Loi du 29.05.1985 sur la santé publique (BLV 800.01)
[D] Loi du 10.02.2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (BLV 417.51)
[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Art. 11 Aide individuelle

1 Dans les cas de rigueur, le département peut octroyer une aide financière aux personnes en difficulté bénéficiant des prestations favorisant le maintien à domicile ou d'un projet de maintien à domicile.

2 L'aide n'est octroyée que si les prestations sont dispensées par un fournisseur reconnu et signataire d'une convention tarifaire.

3 Le règlement [G] définit le détail de ces prestations.

[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Art. 12 Aide à l'entourage

1 Une aide financière individuelle peut être octroyée au membre de l'entourage qui se trouve dans l'obligation de renoncer partiellement ou totalement à une activité lucrative en raison de son engagement auprès de la personne âgée, malade ou handicapée.

[2] Une aide financière individuelle peut être octroyée sous certaines conditions aux personnes qui ne remplissent pas les conditions d'accès aux PC AVS/AI, mais dont les revenus leurs sont inférieurs.

[3] La demande d'aide s'effectue sur la base d'une évaluation réalisée par un organisme délégataire reconnu par le département.

[4] Le règlement [G] fixe les modalités.

[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Section II Centre d'accueil temporaire

Art. 13 Définition [5, 11]

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

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

[K] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissement sanitaires d'intérêt public (BLV 810.01)

Art. 13a Autorisation d'exploiter [12]

[1] Pour obtenir une autorisation d'exploiter délivrée par le département, le CAT doit notamment répondre aux conditions cumulatives suivantes :

a. disposer de locaux adaptés et du personnel nécessaire ;

b. être exploité par un EMS ou un EPSM reconnus d'intérêt public, une OSAD reconnue ou un organisme favorisant le maintien à domicile ;

c. soumettre un projet de Centre d'accueil ainsi qu'un règlement portant sur les éléments principaux de l'organisation ;

d. appliquer un contrat entre l'usager et le CAT, dont le département fixe le contenu minimal.

[2] Le règlement fixe en particulier les exigences de dotation et le niveau de formation du personnel dévolu à l'accompagnement socio-culturel et aux soins, et les modalités des contrôles y relatifs.

---

[5] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011
[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019

Art. 14 Prestations [11]

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

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

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

[L] Règlement du 10.07.1992 d'application de la loi du 11.12.1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social (BLV 850.11.1)

Art. 15 Aide individuelle [5, 11]

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

[2] Les modalités de financement, notamment par subvention cantonale ainsi que par les personnes accueillies, sont fixées à l'article 20a de la loi et dans le règlement [L] .

[L] Règlement du 10.07.1992 d'application de la loi du 11.12.1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social (BLV 850.11.1)

Section III Logement protégé

Art. 16 Définition [11]

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

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

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

[3] Le règlement [G] fixe les modalités.

---

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[5] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011

[G] *Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)*

Art. 17 Aide individuelle [11]

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

a. être constituée en association ou fondation ;

b. appliquer les tarifs convenus et s'engager avec le bénéficiaire par le biais d'un contrat de prise en charge ;

c. assurer une qualité de prise en charge satisfaisante dans l'application des prestations minimums définies à l'article 16 et disposer du personnel qualifié ;

d. collaborer avec les dispositifs d'information et d'orientation des résidents mis en place par le réseau de soins.

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

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

[4] Le règlement [M] précise les modalités.

[M] *Règlement du 10.07.1992 d'application de la loi du 11 décembre 1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social (BLV 850.11.1)*

Section IV Court séjour

Art. 18 Définition [11]

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

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

[2bis] Le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire vaudois.

[3] Le règlement [G] précise les modalités.

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

[G] *Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)*

Art. 19 Aide individuelle

1 Par exception au principe de l'article 2, alinéa 1, l'aide au court séjour est octroyée à toute personne qui réalise les conditions de l'article 18, dans les limites des modalités fixées par le règlement [G] .

[G] *Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)*

Chapitre II Subventions aux organismes favorisant le maintien à domicile

Art. 20 Subventions aux organismes favorisant le maintien à domicile [5]

1 Le département peut accorder une subvention aux organismes favorisant le maintien à domicile qui mettent en oeuvre des programmes permettant de réaliser les prestations prévues à l'article 10, alinéa 2, lettre b.

2 Pour être subventionnés, ces organismes doivent, en principe, remplir les conditions cumulatives suivantes :

a. être constitués en association, fondation ou institution de droit public;

b. répondre à des besoins identifiés dans le cadre d'une activité cantonale;

c. garantir des prestations de qualité et disposer du personnel qualifié;

d. prévoir une évaluation des résultats;

e. passer une convention avec le département.

3 Le règlement [L] précise les modalités.

[L] *Règlement du 10.07.1992 d'application de la loi du 11.12.1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social (BLV 850.11.1)*

Art. 20a Subventions aux établissements médico-sociaux pour les prestations de maintien à domicile [5]

1 Le département peut accorder une subvention :

[5] Modifié par la Loi du 17.05.2011 entrée en vigueur le 01.10.2011

a. aux établissements médico-sociaux et aux Associations/Fondation régionales d'aide et de soins à domicile au sens de la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile [C] , pour les prestations d'accueil temporaire au sens de l'article 13 ;

b. aux établissements médico-sociaux pour les prestations de court séjour au sens de l'article 18 de la loi.

[2] La contribution de l'Etat est inscrite au budget du département et fait l'objet d'une convention entre le département et les EMS, respectivement les Associations/Fondation régionales, qui porte notamment sur :

a. les montants permettant de compenser les coûts administratifs induits par la prise en charge des résidents en court séjour ;

b. les montants permettant de contribuer au financement des charges fixes et du personnel d'encadrement pour les prestations en unité d'accueil temporaire ;

c. les montants permettant de compenser la part non prise en charge par les assureurs- maladie, au sens de l'article 26g, lettre b LPFES [A] , pour les prestations en unité d'accueil temporaire ;

d. la garantie des prestations de qualité et de mise à disposition de personnel qualifié ;

e. l'évaluation, le suivi et le contrôle.

[3] Le règlement [G] précise les modalités.

[A] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissement sanitaires d'intérêt public (BLV 810.01)
[C] Loi du 06.10.2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (BLV 801.11)
[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Titre III Hébergement

Chapitre I Dispositions générales

Art. 21 Etablissement médico-social et établissement psycho-social médicalisé [11]

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

---

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

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

[K] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissement sanitaires d'intérêt public (BLV 810.01)

Art. 21a Pension psycho-sociale [11]

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

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

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

[K] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissement sanitaires d'intérêt public (BLV 810.01)

Art. 22 Home non médicalisé [11]

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

Art. 23 Autorisation d'exploiter un HNM ou une PPS [10, 11, 12]

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

a. remplir les conditions prévues par le règlement[G] relatives à la qualité de la prise en charge ;

b. conclure un contrat type d'hébergement avec le bénéficiaire, dont les modalités sont fixées par le règlement ;

c. être dirigé par une ou des personnes justifiant de connaissances professionnelles reconnues suffisantes par le département ;

d. disposer du personnel qualifié pour assumer l'encadrement et l'animation ;

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018
[10] Modifié par la Loi du 08.12.2015 entrée en vigueur le 01.01.2016
[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019

e. passer une convention tarifaire avec le département ;

f. appliquer les dispositions edictées par le Conseil d'Etat en matière de conditions de travail minimales.

g. présenter des garanties financières et en matière d'organisation, propres à assurer la pérennité du HNM ou de la PPS ;

h. appliquer les prix fixés par le département pour les prestations ordinaires supplémentaires et les prestations supplémentaires à choix ;

i. être géré par une structure constituée en association ou fondation.

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

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

[4] Les dispositions de la LPFES concernant le barème et le calcul de la rémunération des directeurs d'EMS et celles relatives à la sous-traitance et à l'obligation de restitution de la participation financière s'appliquent par analogie.

[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Art. 24 Soutien administratif aux résidents [11]

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

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

Chapitre II Prestations

Art. 25 Long séjour [11]

[1] Le long séjour est un hébergement de durée indéterminée en EMS, en EPSM, en PPS ou en HNM.

Art. 26 Prestations socio-hôtelières

[1] Dans le cadre du long séjour, le résident bénéficie de prestations dans les domaines hôtelier et social, fixées dans un standard dont les modalités sont précisées dans le règlement [G] .

---

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

[G] *Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)*

Art. 26a Prestations socio-éducatives [11]

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

Art. 27 Appui social

[1] Le département fournit l'appui social au résident, sous forme d'encadrement, de soutien, d'écoute, d'information, de conseil et d'intervention en sa faveur auprès d'autres organismes.

Chapitre III Aides individuelles

Art. 28 Aide individuelle en cas de long séjour [11]

[1] L'Etat accorde une aide financière aux personnes dont les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais dus à leur hébergement. Il verse le montant de l'aide à l'établissement dans lequel séjourne le bénéficiaire.

[2] L'aide individuelle journalière correspond à la différence entre le coût des prestations fournies conformément aux articles 26 et 26a et le revenu déterminant au sens de l'article 29.

Art. 28a Conditions d'octroi des aides individuelles pour les résidents en EPSM et en PPS [11]

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

Art. 29 Revenu déterminant

[1] Le revenu déterminant correspond à la différence entre les ressources et les charges du bénéficiaire. Il tient compte de la fortune de ce dernier dans la mesure fixée par le règlement [G] .

[2] Lorsque les circonstances le justifient, les ressources prises en compte peuvent s'écarter du revenu déterminant.

[G] *Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)*

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Art. 29a Compléments pour cas de rigueur [12]

[1] Le Conseil d'Etat peut prévoir des dérogations aux conditions d'octroi d'une aide financière individuelle aux personnes hébergées au sens de l'article 25, afin de tenir compte de situations particulièrement pénibles et dignes d'intérêt.

Art. 30 Aide au couple

[1] En cas de requête de personnes vivant durablement en ménage commun, dans une communauté économique dont l'un des membres demeure à domicile, l'aide accordée doit garantir à ce dernier le maintien d'un pouvoir d'achat raisonnable.

[2] Le règlement [G] fixe les modalités.

[G] Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)

Art. 31 ... [9, 12]

[1] ...

[2] ...

a. ...

b. ...

c. ...

[3] ...

Art. 32 ... [12]

[1] ...

[2] ...

Art. 33 ... [12]

[1] ...

[2] ...

[3] ...

---

[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019
[9] Modifié par la Loi du 10.12.2013 entrée en vigueur le 01.01.2014

Titre IV Voies de droit

Art. 34 Réclamation et recours [2,3]

[1] Les décisions du département peuvent faire l'objet d'une réclamation. Les décisions de l'AVASAD fondées sur l'article 4 bis peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Service en charge des assurances sociales et de l'hébergement.

[2] La loi sur la procédure administrative [N] est applicable.

[N] Loi du 28.10.2008 sur la procédure administrative (BLV 173.36)

Art. 35 Recours [1,3]

[1] Les décisions rendues sur réclamation et sur recours peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal.

[2] ...

Art. 36 Restitution de l'indu

[1] L'aide individuelle ou la subvention obtenues indûment doivent être restituées à l'Etat.

[2] Les héritiers sont tenus à restitution de l'aide individuelle touchée indûment par le bénéficiaire défunt pour autant qu'ils tirent profit de la succession.

Art. 36a Contrôle et modalités particulières de restitution des tarifs socio-hôteliers [12]

[1] S'il apparaît que l'élaboration d'un tarif socio-hôtelier s'est fondée sur des données erronées et que cela a mené à la fixation d'un tarif trop élevé, le département peut ordonner à l'EMS, l'EPSM, le HNM ou la PPS concerné de rembourser aux résidents la différence entre les montants payés et ceux qui auraient dû être payés si le tarif avait été fixé en fonction de données exactes.

[2] Lorsque des frais socio-hôteliers à rembourser ont été payés à l'EMS, l'EPSM, le HNM ou la PPS par l'Etat, à titre d'aide individuelle au sens de la présente loi ou d'autres législations cantonales, leur remboursement se fait en mains de l'Etat. Le département peut aussi déduire les montants à rembourser des versements opérés en faveur de l'EMS, l'EPSM, le HNM ou la PPS pour le paiement des frais socio-hôteliers courants des résidents au bénéfice d'une aide individuelle.

---

[2] Modifié par la Loi du 28.10.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009
[3] Modifié par la Loi du 06.10.2009 entrée en vigueur le 01.01.2010
[1] Modifié par la Loi du 06.05.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009
[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019

[3] Le droit d'ordonner un remboursement en application du présent article se prescrit par cinq ans ; si ce droit naît d'un acte punissable, pour lequel la loi pénale prévoit un délai de prescription plus long, ce délai est déterminant.

Art. 37 Remise de l'obligation de restituer

[1] Lorsqu'une personne tenue à restituer ou son représentant légal a cru de bonne foi avoir le droit de toucher l'aide individuelle, il peut lui être fait remise de l'obligation de restituer tout ou partie du montant indûment touché, si cette restitution est de nature à la mettre dans une situation financière difficile.

[2] La demande de remise doit être motivée et adressée par écrit au département dans les 30 jours dès la notification de la décision de restitution. La décision de remise est prise par le chef du département et notifiée à la personne ayant présenté la demande.

Art. 37a Compensation [12]

[1] L'Etat peut notamment compenser les avances octroyées, ainsi que les montants indûment perçus, avec des aides individuelles ou des subventions octroyées en vertu de la loi.

Art. 38 Prescription

[1] Le droit d'exiger la restitution d'une subvention ou d'une aide individuelle se prescrit par une année à compter du jour où l'Etat a eu connaissance du fait qu'elles ont été perçues indûment, mais au plus tard par cinq ans à compter du jour où la dernière subvention ou aide individuelle a été versée.

[2] Si le droit d'exiger la restitution naît d'un acte punissable, pour lequel la loi pénale prévoit un délai de prescription plus long, ce délai est déterminant.

Art. 38a Emoluments [12]

[1] Le service, de même que le département peuvent percevoir des émoluments, de frs 100.- à frs 10'000.-, pour toute opération ou décision prise en application de la présente loi.

[2] L'émolument est calculé en fonction de l'importance du travail accompli.

[3] Le Conseil d'Etat fixe le tarif des émoluments cantonaux.

[4] Le montant des frais extraordinaires, tels que frais de recherche, d'expertise, d'enquête ou de publication, est perçu en sus.

[5] En règle générale, les émoluments et les frais sont supportés par le requérant.

---

[12] Modifié par la Loi du 11.12.2018 entrée en vigueur le 01.03.2019

[6] Le service peut les mettre à la charge d'un tiers si les circonstances le justifient, notamment lorsque celui-ci a rendu nécessaire l'intervention de l'autorité ou a adopté un comportement téméraire ou abusif.

Titre V Sanctions administratives et dispositions pénales

Art. 39 Sanction administrative [11]

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

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

a. l'avertissement

b. l'amende de CHF 500.- à CHF 20'000.- ;

c. la limitation de l'autorisation d'exploiter ;

d. le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation d'exploiter ;

e. le retrait de la qualité de responsable d'un HNM ou d'une PPS.

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

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

Art. 40 Fausses déclarations, contraventions

[1] Celui qui, pour se procurer ou procurer à un tiers une aide financière individuelle ou une subvention au sens de la loi aura sciemment trompé l'autorité par des déclarations inexactes, aura omis de lui fournir les informations indispensables, n'aura pas requis l'autorisation nécessaire ou aura gravement failli à ses obligations, est passible d'une amende de Fr. 500.- à Fr. 50'000.-.

[2] La procédure est régie par la loi sur les contraventions [0] .

[0] Loi du 19.05.2009 sur les contraventions (BLV 312.11)

[11] Modifié par la Loi du 07.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

Titre VI Dispositions transitoires et finales

Art. 41 Abrogation

[1] La loi d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social du 11 décembre 1991 (LAPRHEMS) est abrogée.

Art. 42 Entrée en vigueur

[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 de son entrée en vigueur.

Titre VII Dispositions transitoires de la loi modifiante du 7 novembre 2017

Art. 43

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

RÈGLEMENT 850.11.1
d'application de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (RLAPRAMS) du 28 juin 2006

LE CONSEIL D'ÉTAT DU CANTON DE VAUD

vu la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale

vu le préavis du Département de la santé et de l'action sociale

arrête

Titre I Généralités

Art. 1 Autorités compétentes (Art. 4 loi)

[1] La loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (ci-après : la loi) est appliquée par le Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département), par son Service des assurances sociales et de l'hébergement (ci-après : le SASH), conformément aux dispositions qui suivent.

[2] Elle est également appliquée par le Service de prévoyance et d'aide sociales (ci-après : le SPAS) pour les prestations d'accueil temporaire et les logements protégés en faveur des personnes handicapées.

[3] En collaboration étroite avec le SPAS et le Service de la santé publique (ci-après : le SSP), le SASH veille notamment :

a. à la cohérence des objectifs et la complémentarité des prestations;

b. à la promotion de l'égalité de traitement entre les usagers handicapés ou âgés dans le domaine de l'aide au maintien à domicile;

c. à l'adaptation des prestations à l'évolution des besoins.

Art. 2 Conventions tarifaires (Art. 5 loi)

[1] Les conventions tarifaires définissent notamment :

a. les fournisseurs de prestations;

b. les bénéficiaires;

c. les prestations et leurs tarifs;

d. les sources de financement (participation financière des régimes sociaux, subventions);

e. les éléments constitutifs du contrôle et de la surveillance;

f. les modalités de facturation et de remboursement.

Art. 3 Objet et exercice du contrôle (Art. 7 loi) [2, 6]

[1] Le SASH contrôle que les aides individuelles octroyées aux bénéficiaires des régimes sociaux, notamment les prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : PC AVS/AI) et les aides individuelles versées au titre de la loi , soient bien affectées à leurs destinations, soit en cas de maintien à domicile, en Centre d'accueil temporaire (ci-après : CAT), en logements protégés ou supervisés, lors de courts séjours ou d'hébergement.

[2] Il contrôle également l'affectation conforme des subventions octroyées aux organismes de maintien à domicile et aux établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) pour les prestations de maintien à domicile.

[3] S'agissant de l'hébergement, le SASH veille à la bonne application des standards des prestations socio-hôtelières et socio-éducatives, au sens des articles 26 et 26a de la loi et des articles 29 et 29a du présent règlement. Il s'assure du respect de la réglementation fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux. Dans les délais fixés par le SASH, les homes non médicalisés (ci-après : HNM) ainsi que les pensions psycho-sociales (ci-après : PPS) fournissent, sur des formules adéquates, toutes les informations utiles à l'élaboration de leur budget et à la justification des prix par journée. Ils fournissent notamment les comptes d'exploitation selon un plan comptable unique fixé par le SASH, de pertes et profits et de bilan ainsi que les données de gestion ou statistiques relatives à l'exploitation.

[4] Il peut contrôler la gestion des biens propres et des montants pour dépenses personnelles des résidents, lorsqu'elle est effectuée par les établissements. Il peut procéder à des contrôles ponctuels et plus approfondis auprès des établissements, ou mandater des organismes compétents.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011
[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 4 Objet et exercice de la surveillance (Art. 7 loi) [2, 6]

[1] La surveillance des EMS, des HNM, des PPS et des CAT est exercée par la Coordination interservices des visites en EMS (ci-après : CIVEMS), en collaboration avec le SSP.

[2] La CIVEMS a en particulier pour tâche d'apprécier la sécurité et la qualité de la prise en charge sociale des résidents, notamment ce qui concerne le respect de la personnalité et de l'épanouissement individuel de chaque résident ainsi que l'existence de relations significatives à l'intérieur et à l'extérieur des établissements.

[3] Pour exercer sa surveillance, la CIVEMS effectue la visite des EMS, des HNM, des PPS et des CAT chaque fois que les circonstances l'exigent, mais en principe au moins une fois tous les deux ans.

[4] Lors de constat de carence, le fournisseur de prestations concerné au sens de l'alinéa précédent, est tenu de prendre les mesures adéquates. En cas d'inobservation de ces mesures, le SASH peut prendre les dispositions nécessaires pour assurer le bien-être des résidents, le cas échéant en collaboration avec le SSP.

Titre II Maintien À domicile

Chapitre I Définitions et prestations

Section I Prestations d'aide au maintien à domicile

Art. 5 Généralités (Art. 10 loi)

[1] Constituent des prestations d'aide au maintien à domicile :

a. les prestations fournies par les organisations de soins à domiciles autorisées au sens de la législation fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile (ci-après : OSAD);

b. les prestations au sens de l'article 10, alinéa 2, lettres b) à d) et 20, alinéa 1 de la loi , définies ci-dessous. Elles peuvent être précisées par des directives édictées par le SASH.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011
[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 5a Modalités de calcul [3]

[1] Le calcul du revenu déterminant pour l'octroi de la prestation s'effectue selon les principes établis par la loi sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises et par le règlement d'application y relatif (ci-après : RLHPS) .

[2] En présence d'une situation financière réelle s'écartant de 20 % de la dernière décision de taxation définitive disponible ou des déclarations précédentes du requérant et/ou en présence d'éléments personnels ou financiers (séparation, divorce notamment) qui sont intervenus depuis la même décision de taxation ou les mêmes déclarations, l'AVASAD se fonde sur cette situation et calcule le revenu déterminant sur la base des pièces justificatives, conformément à l'article 6 du RLHPS.

[3] Pour calculer le droit à la prestation, l'AVASAD peut soustraire du revenu déterminant les charges propres au régime du maintien à domicile et qui ne figurent pas comme éléments déductibles dans la décision de taxation fiscale. Une directive du département énumère ces charges.

Art. 6 L'aide et le soutien

[1] Les prestations d'aide et de soutien à domicile concernent en particulier l'aide au ménage.

[2] Elles peuvent, aux conditions de la législation sur les PC AVS/AI , être offertes par du personnel privé.

Art. 7 L'accompagnement [6]

[1] L'accompagnement est destiné aux personnes souffrant d'une déficience intellectuelle, qui s'installent dans un appartement, ainsi qu'aux personnes souffrant d'une lésion cérébrale de retour à domicile. Il consiste en un soutien et une stimulation adéquate pour la gestion des activités de la vie quotidienne et sociale, pour permettre aux personnes de vivre à domicile ou dans une communauté d'habitation sans encadrement.

[2] L'accompagnement est également destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques qui s'installent dans un appartement. Il consiste en un soutien permettant le maintien et le développement des habilités sociales et individuelles dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

---

[3] Modifié par le Règlement du 30.05.2012 entré en vigueur le 01.01.2013
[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 8 Mesures de soutien à l'entourage

[1] Font notamment partie des mesures de soutien à l'entourage, les prestations fournies par les services de relève à domicile qui visent à soulager momentanément le ou les membres de l'entourage actifs dans le maintien à domicile d'un proche dépendant.

Art. 9 L'accessibilité aux transports adaptés des personnes à mobilité réduite

[1] Les mesures favorisant l'accessibilité aux transports adaptés des personnes à mobilité réduite peuvent concerner :

a. les prestations fournies par les bureaux régionaux de coordination, dont la gestion des procédures d'évaluation des clients et l'attribution des fournisseurs de transports de la région;

b. les prestations des fournisseurs, au bénéfice d'une convention ou d'un accord de collaboration avec le SASH.

Art. 10 L'information et le conseil social [6]

[1] Les prestations d'information et de conseil social en faveur des personnes âgées, handicapées ou souffrant de troubles psychiques sont offertes par les services sociaux privés reconnus. Sont réservées les prestations offertes par les centres médico-sociaux (ci-après : CMS) à leurs propres clients.

Art. 11 Les mesures favorisant l'intégration sociale et l'entraide [6]

[1] Ces mesures peuvent comprendre :

a. les prestations d'animation en faveur des personnes âgées ou handicapées ou souffrant de troubles psychiques et celles visant la promotion de la vie associative ;

b. l'organisation et les procédures mises en place pour promouvoir le recrutement, ainsi que l'encadrement et la formation des bénévoles.

Art. 12 Le conseil spécialisé [6]

[1] Le conseil spécialisé est fourni aux personnes handicapées ou souffrant de troubles psychiques qui emploient directement du personnel privé leur permettant de vivre à domicile. Il veille à promouvoir le respect des obligations légales en matière de droit du travail et à orienter le bénéficiaire en matière financière.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 13 Prestations d'auxiliaires de vie

[1] Les prestations d'auxiliaire de vie au sens de l'article 10, alinéa 2, lettre d) de la loi , seront déterminées à l'échéance du projet pilote "budget d'assistance" défini dans l'ordonnance fédérale du 10 juin 2005 en matière d'assurance-invalidité , et après décision des instances fédérales compétentes sur la base des résultats.

Art. 14 Aide individuelle pour cas de rigueur (Art. 11 loi) [1]

[1] L'aide individuelle est subsidiaire aux assurances sociales et aux aides fédérales et cantonales en vigueur.

[2] Elle peut être octroyée, à la personne domiciliée dans le Canton de Vaud, dont les moyens financiers sont insuffisants pour financer des prestations d'aide au maintien à domicile.

[3] L'opportunité de l'octroi de l'aide et le montant alloué sont examinés au cas par cas, sur la base d'une attestation d'un centre-médico-social ou d'un organisme reconnu. Cette attestation fixe les prestations avec le volume d'heures nécessaires ainsi que les frais effectifs du projet de maintien à domicile à la charge du bénéficiaire, sur la base d'une évaluation de ses besoins et de ses ressources.

[4] La demande d'aide, munie des pièces nécessaires, est remise au SASH par les organismes reconnus.

Art. 15 Aide à l'entourage (Art. 12 loi)

[1] L'aide à l'entourage est subsidiaire aux assurances sociales et aux aides fédérales et cantonales en vigueur.

[2] Elle peut être octroyée au parent ou au proche d'une personne dépendante, qui est dans l'obligation de réduire ou de cesser son activité lucrative pour lui apporter le soutien nécessaire.

[3] Pour bénéficier de l'aide, les conditions cumulatives suivantes doivent être remplies :

a. en principe, vivre en ménage commun;

b. le bénéficiaire du soutien doit disposer d'une allocation pour impotent de l'AVS/AI;

c. les ressources du ménage doivent être égales ou inférieures aux limites de revenu et de fortune fixées par la législation sur les PC AVS/AI;

d. fournir une attestation d'un centre médico-social ou d'un organisme reconnu. Cette attestation évalue la situation financière et détermine les prestations et le volume d'heures fournies par le parent ou le proche ainsi que par les services officiels d'aide au maintien à domicile.

---

[1] Modifié par le Règlement du 16.12.2009 entré en vigueur le 01.01.2010

[4] L'aide s'élève à un montant mensuel maximum de Fr. 550.- en cas d'allocation pour impotent de l'AVS/AI grave.

[5] La demande d'aide, munie des pièces nécessaires, est remise au SASH par les organismes reconnus.

Section II Centre d'accueil temporaire

Art. 16 Prestations des CAT (Art. 14 loi) [6]

[1] Les prestations dispensées en CAT sont de nature ambulatoire et ne s'apparentent pas à un hébergement.

[2] Les prestations comprennent, selon les besoins, un repas, un lit, des soins ou un temps d'animation et ceci pendant la journée, pour une nuit ou au cours d'un week-end mais au maximum durant 48 heures consécutives.

[2bis] Les CAT Psy offrent en outre, selon les besoins, des activités de réhabilitation, de groupes ou individuelles.

[3] La liste des CAT fait l'objet d'une directive édictée par le SASH, d'entente avec le SSP.

Art. 17 Modalités de financement (Art. 15 loi) [2,6]

[1] Les prestations dispensées en CAT sont financées par un subventionnement cantonal ainsi que par les personnes accueillies, sous réserve de l'alinéa 3.

[2] Les modalités de financement de la subvention font l'objet d'une directive édictée par le SASH, d'entente avec le SSP.

[2bis] L'Etat peut participer à la prise en charge du loyer d'un CAT situé en dehors du périmètre d'un EMS (CAT extra muros). Il peut également participer, de manière ponctuelle, à la couverture des frais de pré-exploitation d'un CAT extra muros lors de son ouverture. Les conditions d'octroi et les modalités de la participation de l'Etat sont définies dans la directive citée à l'alinéa 2.

[2ter] Le montant de la participation financière de l'Etat pour les prestations socio-hôtelières est défini dans la Convention relative aux tarifs mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public (ci-après : convention socio-hôtelière), ou, à défaut, par le Conseil d'Etat.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018
[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011

[3] La participation financière des personnes bénéficiaires des PC AVS/AI, du revenu d'insertion au sens de la législation sur l'action sociale vaudoise, ainsi que la participation financière de ces régimes sociaux et les modalités de la participation financière par le SASH, font l'objet d'une convention entre l'Etat - le département- et les établissements ou les organisations qui les représentent. A défaut, le Conseil d'Etat fixe ces participations par voie d'arrêté.

Section III Logement protégé et supervisé

Art. 18 Bénéficiaires de logements protégés (Art. 16 loi) [2,6]

[1] Le logement protégé est en principe réservé aux personnes dépendantes, qui le nécessitent, sur la base d'une évaluation de leur situation par une commission d'attribution et de suivi des locataires composée des partenaires concernés de la région, parmi lesquels le Bureau régional d'information et d'orientation (ci-après : BRIO) ou le CMS.

Art. 19 Prestations spécifiques au logement protégé (Art. 16 loi) [6]

[1] Les prestations spécifiques au logement protégé sont la mise à disposition d'un encadrement sécuritaire ou socio-éducatif de proximité, de locaux communautaires, l'accompagnement social et l'animation, ainsi que les prestations courantes à domicile (aide au ménage, repas).

[2] L'aide et les soins fournis aux locataires sont dispensés par une OSAD.

[3] Un contrat entre l'OSAD, le locataire et, le cas échéant, le bailleur, précise les modalités de fourniture des prestations ainsi que les droits et les devoirs des parties.

Art. 19a Bénéficiaires et responsables de logements supervisés [6]

[1] Le logement supervisé est en principe réservé aux personnes souffrant de troubles psychiques qui le nécessitent.

[2] Il est placé sous la responsabilité d'un établissement psycho-social médicalisé (ci-après : EPSM), signataire de la convention pour le remboursement par les régimes sociaux des prestations socio-éducatives (ci-après : Convention PSE), qui assume l'encadrement socio-éducatif approprié du bénéficiaire.

[3] Le bail d'un logement supervisé est conclu par le bénéficiaire et l'EPSM.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011
[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 19b Prestations spécifiques au logement supervisé [6]

[1] Les prestations spécifiques au logement supervisé sont notamment la mise à disposition d'un accompagnement et d'un soutien socio-éducatif ainsi que les prestations courantes à domicile (aide au ménage, repas).

[2] En plus des EPSM signataires de la convention PSE, une OSAD peut dispenser une partie de l'aide et des soins fournis aux bénéficiaires.

Art. 20 L'encadrement socio-éducatif [6]

[1] Les prestations socio-éducatives ont pour but d'assurer l'accompagnement de personnes souffrant d'un handicap mental ou de troubles psychiques pour effectuer les actes nécessaires à leur réhabilitation sociale à domicile par du personnel formé à ce mode de prise en charge.

Art. 21 L'encadrement sécuritaire

[1] Les prestations d'encadrement sécuritaire consistent principalement en un équipement adéquat et une surveillance régulière assurée par une personne de référence, responsable de mobiliser le service compétent en cas de besoin.

Art. 22 Aide individuelle (Art. 17 loi)

[1] L'octroi de l'aide individuelle par les PC AVS/AI ou au titre de la loi , s'effectue sur la base d'une convention dans laquelle sont précisées les tarifs des prestations reconnues au sens des articles 19 et suivants.

Section IV Court séjour

Art. 23 Champ d'application (Art. 18 loi) [6]

[1] Le court séjour doit être prescrit par un certificat médical. Il est effectué uniquement dans les EMS reconnus d'intérêt public et dans les divisions pour malades chroniques des hôpitaux (divisions C).

[2] Il a pour but de favoriser et de prolonger le maintien dans leur milieu de vie de personnes dépendantes, momentanément affaiblies (âgées, malades, handicapées ou souffrant de troubles psychiques). Il vise également à soulager l'entourage qui soutient la personne âgée ou handicapée. Il permet par ailleurs la transition entre la sortie de l'hôpital et le retour à domicile.

[3] Il ne s'apparente pas à un séjour de vacances, de convalescence, à un séjour à l'essai ou à un séjour en attente de placement dans un établissement.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

[4] Dans la mesure où un tiers est responsable des frais d'hébergement, au titre notamment de la responsabilité civile, le séjour n'est pas considéré comme court séjour.

Art. 24 Bénéficiaires

[1] Le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire vaudois.

[2] Les personnes ne répondant pas aux conditions de l'article 23 et qui effectuent un séjour dans un établissement se voient facturer le tarif long séjour.

Art. 25 Modalités d'application (Art. 18 loi) [6]

[1] La durée du court séjour, qu'il soit effectué en une ou plusieurs fois, est en principe limitée à 30 jours par an ou, dans les EPSM, à 60 jours par an. Le SASH est compétent pour statuer sur les demandes de prolongation.

[2] Le court séjour doit aboutir au retour à domicile de la personne. Lorsqu'un retour à domicile n'est pas réalisé et qu'un hébergement de longue durée est décidé, le séjour de la personne est considéré comme long séjour, rétroactivement au premier jour du séjour.

Art. 26 Financement du court séjour (Art. 19 loi) [2, 6]

[1] Pour favoriser le maintien à domicile des personnes et encourager les établissements à mettre à disposition des lits de court séjour, l'Etat contribue à son financement.

[2] Les tarifs journaliers du court séjour incluent :

a. la participation aux charges mobilières et immobilières ;

b. les coûts des prestations socio-hôtelières ;

c. les coûts des prestations socio-éducatives, pour les EPSM.

[2bis] L'établissement facture à la personne une participation forfaitaire de CHF 60.- par jour et l'Etat assume le solde des coûts. En cas de dépassement des limites de durée fixées à l'article 25, alinéa 1 et lorsque la personne dispose d'une fortune - notamment titres, placements, avoirs bancaires, numéraires ou tout autre élément de fortune - supérieure à CHF 100'000.- au sens de sa dernière décision de taxation fiscale, le SASH ne participe pas à la prise en charge du solde des coûts et informe l'établissement qu'il doit alors facturer l'entier du prix de journée.

[3] L'Etat peut verser aux établissements un montant incitatif pour chaque journée de court séjour réalisée, afin de compenser les coûts administratifs induits par le mouvement des résidents et la baisse consécutive du taux d'occupation. Le montant du subside incitatif est défini dans la convention socio-hôtelière, ou, à défaut, par le Conseil d'Etat.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018
[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011

[4] L'Etat peut verser un montant supplémentaire aux établissements qui mettent à disposition un nombre significatif de lits strictement dédiés au court séjour et gérés par un BRIO ou un organisme d'orientation reconnu par l'Etat. Une convention tripartite en fixe les modalités.

[5] Le BRIO ou l'organisme d'orientation reconnu par l'Etat et l'établissement informent clairement la personne en court séjour, ou son répondant, des modalités de facturation du court séjour, en particulier sur la disposition de l'article 25, alinéa 2.

Chapitre II Subvention aux organismes favorisant l'aide et le maintien à domicile et aux établissements médico-sociaux pour les prestations de maintien à domicile

Art. 27 Conditions (Art. 20 loi) [2]

[1] Tout organisme fournissant des prestations reconnues au sens de l'article 10 de la loi et au bénéfice d'une subvention cantonale, doit passer une convention avec l'Etat qui définit clairement :

a. les objectifs de la convention ;

b. les bénéficiaires visés ;

c. les prestations offertes, reconnues par les articles 10, alinéa 2, lettres b) et d), 13 ou 18 de la loi ;

d. les tarifs des prestations adoptés par l'Etat ;

e. les sources de financement ;

f. les principes et les modalités de calcul et les montants des subventions ;

g. les attentes en matière d'information, de statistique et d'évaluation des résultats ;

h. les exigences en matière de suivi et de contrôle des subventions ;

i. la validité et les modalités de dénonciation ou de renouvellement de la convention ;

j. les charges induites par l'activité dans le cadre de l'octroi des prestations d'aide et de maintien à domicile, notamment celles liées au personnel, aux frais de formation, au loyer ou aux autres frais de fonctionnement requis par le SASH.

[2] Les sanctions en cas de non-respect des obligations incombant aux bénéficiaires de la subvention, figurent aux articles 36, 39 et 40 de la loi.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011

Titre III Hébergement en établissement médico-social, en home non médicalisé et en pension psycho-sociale

Chapitre I Dispositions générales

Art. 28 Autorisation d'exploiter un home non médicalisé et une pension psycho-sociale (Art.23 loi) [6]

[1] Conformément à l'article 23 de la loi , l'autorisation d'exploiter délivrée par le département, par le SASH, tient compte du genre de résidents, du nombre maximum de lits exploitables, des mesures de sécurité à respecter ainsi que de l'équipement.

[2] Le titulaire de l'autorisation d'exploiter, ou le responsable lorsque le titulaire n'entend pas diriger personnellement le HNM ou la PPS, doit notamment être porteur d'un certificat fédéral de capacité en rapport avec l'activité, justifier de connaissances professionnelles reconnues suffisantes par le département et ne pas avoir été condamné pénalement.

[3] Le SASH édicte une directive qui précise notamment les conditions relatives aux normes de sécurité, à la dotation en personnel et aux exigences de formation professionnelle, ainsi qu'aux modalités de financement et à la viabilité économique.

[4] Le HNM ou la PPS s'engage avec le résident par le biais d'un contrat type édicté par le SASH, qui précise les droits et devoirs réciproques de l'établissement et des résidents, de leurs proches et de leurs répondants. Le contrat type contient, notamment, les dispositions relatives aux prestations socio-hôtelières et socio-éducatives définies conformément aux articles 29 et 29a ainsi que le tarif journalier à charge du résident, les modalités de paiement, les règles minimales relatives au logement et à son usage ainsi que des dispositions relatives au devoir d'information, en particulier sur l'accès aux prestations des régimes sociaux.

[5] L'octroi de l'autorisation d'exploiter est soumise à des émoluments fixés conformément au règlement fixant les émoluments en matière administrative.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 28a Conditions minimales de travail (art. 23 loi) [5,6]

[1] Le HNM et la PPS appliquent à leur personnel les dispositions de la convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois (ci-après : CCT-San) ou de la convention collective de travail dans le secteur social parapublic vaudois (ci-après : CCT-Sociale), liées à la rémunération (chiffre 3 CCT-San et CCT-Sociale), ainsi qu'à la formation continue et au développement des compétences (chiffre 5 CCT-San et CCT-Sociale).

[2] Le HNM et la PPS peuvent déroger aux dispositions citées à l'alinéa premier en faveur du personnel.

[3] Le SASH peut déléguer à un organe de révision le contrôle des conditions minimales de travail ; dans ce cas, les coûts du contrôle sont mis à la charge du HNM ou de la PPS.

Chapitre II Prestations

Art. 29 Prestations socio-hôtelières (Art. 26 loi) [6]

[1] Les prestations socio-hôtelières fournies par les EMS, les HNM et les PPS doivent répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux du résident. Elles sont comprises dans un standard socio-hôtelier qui concerne les secteurs d'activité des établissements relatifs à l'administration et aux frais généraux, à la buanderie, à la cuisine, au service et à l'intendance, aux services techniques ainsi qu'à l'animation.

[2] Le standard socio-hôtelier des EMS est distinct de celui des HNM et des PPS ; il constitue la base du tarif journalier. A cet effet, le SASH édicte une directive qui distingue les prestations comprises dans le standard socio-hôtelier et celles qui en sont exclues.

Art. 29a Prestations socio-éducatives (Art. 26a loi) [6]

[1] Les prestations socio-éducatives fournies par les EPSM de même que celles fournies par les PPS doivent répondre aux besoins psychiques et sociaux du résident. Il s'agit de mesures d'accompagnement en vue de maintenir ou de retrouver une autonomie, une vie sociale ou professionnelle, et formalisées dans un standard édicté par le département.

[2] Le standard socio-éducatif établit un catalogue des prestations socio-éducatives offertes et comprend notamment des mesures d'accompagnement dans les domaines suivants :

- actes de la vie quotidienne ;
- relations sociales,

---

[5] Modifié par le Règlement du 08.06.2016 entré en vigueur le 01.05.2016
[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

- tâches administratives,
- formation, travail ou occupation.

[3] Le standard socio-éducatif peut prévoir des différences selon la mission de l'EPSM.

[4] Le standard socio-éducatif des EPSM est distinct de celui des PPS.

Art. 30 Appui social (Art. 27 loi) [2,6]

[1] Au sens de l'article 27 de la loi , le SASH est en particulier compétent pour :

a. fournir toute information utile en matière d'hébergement et d'accueil médico-social à l'intention du grand public et des professionnels concernés, au moyen des médias appropriés ;

b. fournir aux résidents tout renseignement utile à l'obtention des prestations sociales relatives à leur hébergement dans un EMS, un HNM ou une PPS ;

c. coordonner ou effectuer les démarches nécessaires lorsque les résidents ou leurs répondants ne sont manifestement pas à même de le faire ;

d. apporter conseil et aide, le cas échéant intervenir, dans les situations de conflit opposant les résidents à leurs répondants ou à leur établissement, et qui nuisent à la qualité de l'hébergement ;

e. procurer, dans les situations complexes, un appui individualisé au résident ou à son entourage, par un suivi spécifique tenant compte de la globalité des besoins.

Chapitre III Tarifs journaliers et aide financière

Section I Tarifs journaliers

Art. 31 Tarifs journaliers en EMS (Art. 5 loi) [2,6]

[1] Les tarifs journaliers des prestations socio-hôtelières fournies par les EMS sont fixés dans le cadre de la convention socio-hôtelière, passée entre le département et les associations représentant les établissements .

[2] Dans les EMS non partie à la convention socio-hôtelière, les tarifs journaliers sont fixés par convention entre ceux-ci et le département, par l'intermédiaire du SASH, selon des règles identiques à celles appliquées dans le cadre de la convention socio-hôtelière.

[3] Les tarifs journaliers des prestations socio-éducatives fournies par les EPSM sont fixés dans le cadre d'une convention passée entre le département et les associations représentant les établissements.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011
[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

Art. 32 Tarifs journaliers en HNM et en PPS [6]

[1] Les tarifs journaliers des prestations socio-hôtelières fournies par les HNM et les PPS ainsi que les tarifs journaliers des prestations socio-éducatives fournies par les PPS sont fixés par convention entre ceux-ci, ou leur association faîtière, et le département, par l'intermédiaire du SASH. Ces tarifs comprennent les coûts d'investissement et d'exploitation et sont calculés selon des règles analogues à celles appliquées dans le cadre de la convention socio-hôtelière.

Art. 33 Absence de conventions

[1] Lorsque les conventions au sens des articles 31 et 32 ne peuvent être conclues, les tarifs journaliers sont fixés par le Conseil d'Etat par voie d'arrêté .

Section II Aide financière individuelle

Art. 34 Montants des aides individuelles (Art. 28 loi)

[1] Les montants des aides individuelles sont calculés sur la base des prix journaliers des établissements mentionnés aux articles 31 à 33. Le SASH publie la liste des tarifs journaliers des établissements.

Art. 35 Montant affecté aux dépenses personnelles [6]

[1] Conformément à l'article 5 de la loi , un montant mensuel de CHF 275.- par personne est pris en compte dans le calcul du revenu déterminant des bénéficiaires séjournant dans un EMS (hors EPSM) ou un HNM, afin de leur permettre de faire face à leurs dépenses personnelles.

[2] Pour les bénéficiaires séjournant dans un EPSM ou une PPS, le montant affecté aux dépenses personnelles est de CHF 400.- par mois.

Art. 36 Revenu déterminant (Art. 29 loi)

[1] Le revenu déterminant le droit à une aide individuelle est égal à la différence entre les charges et les ressources.

[2] En règle générale, les ressources sont déterminées par analogie aux critères retenus par la législation sur les PC AVS ou AI . En particulier, lors de situation de couple hébergé ou dont un membre demeure à domicile, il est tenu compte de l'ensemble des ressources du couple; l'article 40 est réservé.

[3] En principe, les charges sont déterminées selon leur montant réel.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018

[4] Dans les cas dignes d'intérêt ou pour des motifs d'équité, le calcul du revenu déterminant tient compte d'éléments financiers et personnels réels qui peuvent s'écarter des critères des alinéas 2 et 3.

Art. 37 Aide individuelle couvrant les frais d'hébergement [2]

[1] L'aide individuelle est versée dans le but de couvrir les frais d'hébergement, subsidiairement à toutes autres prestations des assurances sociales ou des régimes sociaux, au sens de l'article 6 de la loi .

[2] Le montant de l'aide individuelle est égal au revenu déterminant lorsque les charges sont supérieures aux ressources.

[3] N'ont pas droit à l'aide individuelle les requérants dont la fortune nette mobilière et immobilière, pour cette dernière selon son estimation vénale, est supérieure à :

a. CHF 37'500.- pour les personnes seules ;

b. CHF 60'000.- pour un couple ;

c. CHF 15'000.- pour les orphelins et pour les enfants donnant droit à des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI.

Art. 38 Affectation conforme

[1] Les résidents ou leur représentant doivent affecter les prestations des assurances sociales et, en particulier des PC AVS/AI, au paiement de leurs frais d'hébergement.

Art. 39 Aide individuelle sous forme de garantie particulière

[1] Peuvent bénéficier d'une aide particulière, non comprise dans les frais journaliers de séjour, les personnes qui ne sont pas à même d'assumer les frais nécessaires à leur entretien personnel, à condition que leur montant pour dépenses personnelles au sens de l'article 35 soit insuffisant et que leur fortune nette soit inférieure à :

- Fr. 4 000.- pour les personnes seules
- Fr. 8 000.- pour les couples.

[2] Dans le cadre de l'examen d'une demande de garantie particulière, le SASH peut contrôler l'affectation du montant pour dépenses personnelles, qu'il soit géré par l'établissement, le résident ou son représentant.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011

Art. 39a Aide individuelle sous forme de garantie particulière pour les personnes séjournant en EPSM et en PPS [6]

[1] Pour les bénéficiaires séjournant en EPSM ou en PPS, la garantie particulière accordée conformément à l'article 39, est en outre conditionnée au fait que la prime d'assurance-maladie du requérant doit être égale ou inférieure à la prime de référence cantonale, fixée annuellement par le Conseil d'Etat.

[2] La garantie particulière doit servir à couvrir des besoins spécifiques des bénéficiaires séjournant en EPSM ou en PPS, en vue de leur intégration sociale ou professionnelle, de leur éventuelle activité lucrative et compte tenu de leur situation familiale.

[3] Elle est octroyée sur la base d'une évaluation de la situation du requérant et, le cas échéant, de sa famille.

[4] Le département édicte une liste des prestations annexes à l'hébergement qui peuvent faire l'objet d'une garantie particulière, ainsi que le montant maximum qui peut leur être affecté.

Art. 40 Aide au couple (Art. 30 loi)

[1] En cas de requête par un couple au sens de l'article 30 de la loi , dont l'un des membres demeure à domicile, le calcul du revenu déterminant tient compte dans une mesure raisonnable et par des références comparatives, du niveau de vie antérieur ainsi que du lieu de domicile de ce dernier. L'article 37 est applicable.

Art. 41 Dessaisissement (Art. 31 loi) [4]

[1] Le calcul du revenu déterminant prend en compte le montant de la fortune dessaisie conformément aux modalités de la législation sur les PC AVS/AI.

[2] L'aide individuelle peut être accordée à titre d'avance, pour autant que le remboursement soit garanti par reconnaissance de dette ou titre hypothécaire. Les documents doivent notamment indiquer le montant dû et le débiteur ; leur réalisation ne doit, en principe, pas excéder une année.

[3] Dans les cas de rigueur, en tenant compte des principes de proportionnalité et d'égalité de traitement, une aide individuelle peut être accordée nonobstant l'absence de garantie au sens de l'alinéa 2. Cette aide est considérée comme avance et est remboursable par les héritiers du bénéficiaire pour autant qu'ils tirent profit de la succession.

Art. 42 Avance en attente de prestations (Art. 32 loi)

[1] L'avance accordée au titre de l'article 32 de la loi ne peut excéder le montant mensuel de la prestation d'assurance sociale attendue.

---

[6] Modifié par le Règlement du 27.06.2018 entré en vigueur le 01.01.2018
[4] Modifié par le Règlement du 07.05.2014 entré en vigueur le 01.01.2014

Art. 43 Avance à des propriétaires d'avoirs non réalisables (Art. 33 loi)

[1] Conformément à l'article 33 de la loi , l'aide individuelle à des personnes propriétaires de biens immobiliers n'est octroyée que lorsqu'une personne, membre d'un couple au sens de l'article 30 de la loi, demeure dans l'immeuble ou, pour les personnes seules, lorsqu'il y a réelle possibilité de retour dans l'immeuble.

[2] Cette aide, considérée comme une avance ne portant pas à intérêt, est remboursable dès la vente du bien mais au plus tard au décès du requérant ou au décès de la personne survivante demeurant dans l'immeuble.

[3] Le SASH procède à l'estimation vénale des immeubles au moment de la demande et requiert, si nécessaire, le préavis d'une institution compétente. En présence d'immeubles agricoles, l'estimation des biens-fonds s'opère sur la base de la valeur vénale ou de la valeur de rendement, dans la mesure où celle-ci est applicable en vertu des dispositions du droit foncier rural et du droit successoral paysan; dans les deux situations, le SASH requiert le préavis d'une institution compétente.

Chapitre IV Organisation administrative et procédure

Art. 44 Présentation de la demande

[1] La demande d'aide individuelle est effectuée conjointement à la demande de PC AVS/AI, sur une formule unique remise à l'organe d'exécution en matière de prestations complémentaires (ci-après : « l'organe d'exécution PC », représenté par la Caisse cantonale de compensation et l'Agence communale AVS de Lausanne).

[2] La demande de garantie particulière au sens de l'article 39 est remise au SASH.

Art. 45 Dépôt de la demande

[1] La formule de demande est remplie par le requérant; le cas échéant par son représentant légal, la personne avec qui elle vit durablement au sens de l'article 30 de la loi , ses proches parents en ligne ascendante ou descendante, ses frères et soeurs, ainsi que par l'établissement qui l'héberge et les autorités pouvant demander le paiement de l'aide individuelle.

[2] L'établissement informe ses résidents sur le droit à l'aide individuelle et veille au dépôt des demandes conformément à l'article 24 de la loi.

Art. 46 Traitement de la demande

[1] L'organe d'exécution PC examine les pièces justificatives et vérifie l'exactitude des renseignements avant de les transmettre au SASH.

[2] Les bénéficiaires de l'aide individuelle doivent annoncer tout changement de nature à modifier le droit à l'aide (notamment état de famille, domicile, montant des ressources, fortune). En collaboration avec les établissements, l'organe d'exécution PC s'assure que cette annonce soit effectuée.

[3] Le SASH complète l'examen des demandes dans tous les cas particuliers.

Art. 47 Fixation de l'aide individuelle

[1] Le SASH prend pour chaque requérant une décision fixant l'aide individuelle, payable par mensualités aux établissements.

Art. 48 Notification de la décision [2]

[1] La décision est communiquée au requérant ou à son représentant légal en l'informant que faute de réclamation écrite adressée dans les 30 jours au SASH, sa décision sera définitive. La décision est également communiquée à l'établissement dans lequel séjourne le requérant.

[2] Si le requérant a déposé sa réclamation en temps utile, le SASH lui notifie une décision motivée avec indication du droit, du délai et de l'autorité de recours ; il en informe l'établissement.

Art. 49 Comptes des bénéficiaires

[1] Afin de permettre au service de contrôler l'affectation conforme des montants versés, les établissements tiennent deux comptes distincts pour chaque bénéficiaire. L'un pour les montants affectés à ses frais journaliers et l'autre pour les montants consacrés à ses biens propres, y compris les dépenses personnelles.

Titre IV Recours et dispositions finales

Art. 50 ... [2]

Art. 51 Abrogation

[1] Le règlement du 10 juillet 1992 d'application de la loi du 11 décembre 1991 d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social est abrogé.

Art. 52 Entrée en vigueur

[1] Le Département de la santé et de l'action sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui entre en vigueur le 1er mai 2006.

---

[2] Modifié par le Règlement du 12.10.2011 entré en vigueur le 01.11.2011

RÉSIDENCE
La Faverge

Route de Bulle 10 | 1610 Oron-la-Ville

LISTE DES MEMENTOS D'INFORMATION DU SASH

https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/hebergement/jentre-en-ems-etablissement-medico-social/mementos/

1. L'EMS... quand on ne peut plus rester chez soi...

MEMENTO N° 1 Version 01.2020

2. J'entre en EMS, comment payer ?

MEMENTO N° 2 Version 06.2021

ENCART MEMENTO N° 2 Version 09.2018

3. J'entre en EMS, comment pourra vivre mon conjoint à domicile ?

MEMENTO N° 3 Version 06.2021

4. J'entre en EMS, est-ce qu'on va me prendre toute ma fortune ?

MEMENTO N° 4 Version 06.2021

5. J'entre en EMS, quelles sont les conséquences d'une donation à mes enfants ?

MEMENTO N° 5 Version 06.2021

6. J'entre en EMS, 10 questions, 10 réponses

MEMENTO N° 6 Version 06.2021

7. La facture de l'EMS

MEMENTO N° 7 Version 06.2021

12. Je suis répondant d'une personne hébergée en EMS ou en home non-médicalisé

MEMENTO N° 12 Version 06.2021

****

Tél. +41 (0)21 908 09 08 | secretariat@residencefaverge.ch | residencefaverge.ch

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N° 1

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 01/2020

Sommaire

L'essentiel en bref
- L'EMS

Comprendre
- La prise en compte des besoins individuels

Bon à savoir
- Les séjours à la carte
- Les Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO) du canton de Vaud

Eclairages
- Droits et obligations du résident

Que faire ?
- La décision de quitter son « chez soi »

L'EMS...
quand on ne peut plus rester chez soi...

L'essentiel en bref

L'EMS

L'EMS (établissement médico-social) ou la division pour malades chroniques d'un hôpital (division C) est un lieu de vie **médicalisé** offrant des prestations médico-sociales, c'est-à-dire **des prestations sociales, hôtelières, de soins et d'animation**. Le canton de Vaud dispose d'un réseau de 156 EMS répartis entre villes, campagne et montagne. Leur capacité peut varier entre 11 et 132 lits. Leurs missions sont aussi très différentes :

- la gériatrie somatique pour des personnes atteintes de troubles physiques liés à l'âge ;
- la psychatrie de l'âge avancé pour des personnes souffrant d'affections psychiques liées à l'âge (ex. : la maladie d'Alzheimer) ;
- la psychiatrie adulte pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Parmi ces EMS, il y a deux catégories :

- les EMS reconnus d'intérêt public, considérés par l'Etat comme nécessaires à l'équipement du réseau de soins et bénéficiant de subventions à l'investissement ;
- les EMS non reconnus d'intérêt public, qui peuvent ou non avoir signé des accords tarifaires avec les services de l'Etat.

Vous trouvez tous les renseignements sur ces établissements sur les sites suivants :

> **www.heviva.ch** : les établissements membres de l'HévivA : Association vaudoise des institutions médico-psycho-sociales (HévivA), Rue du Caudray 6, 1020 Renens. Tél. 021 721 01 60.

> **www.federems.ch** : les établissements de la FEDEREMS (Fédération patronale des EMS vaudois), Route du Lac 2, 1094 Paudex. Tél. 058 796 33 36.

> **www.vd.ch** > Santé, soins et handicap > Hébergement : la liste de tous les établissements médicalisés et non médicalisés du canton de Vaud.

Cette liste, contenant les prix de pension journaliers, peut être également obtenue en contactant la DGCS. Tél. 021 316 52 21.

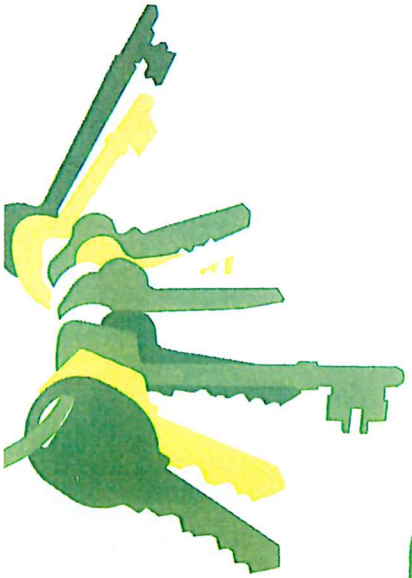
Comprendre

La prise en compte des besoins individuels

L'EMS est l'un des partenaires des **réseaux de soins**, que le Canton de Vaud développe depuis de nombreuses années. Ces réseaux regroupent au niveau régional des médecins, des centres médico-sociaux (CMS), des EMS et des hôpitaux ainsi que d'autres prestataires de soins. Ils offrent ainsi une gamme complète de prestations. Ils ont pour mission l'amélioration de la coordination des soins, l'orientation des usagers et l'utilisation efficace des ressources. Chaque personne a une trajectoire de santé différente et donc des besoins individuels différents. Ainsi :

- les services **d'aide à domicile** (CMS) interviennent pour permettre, tant que faire se peut, le maintien à domicile de la personne dépendante.

Des structures d'accompagnement médico-social concourrent de plus au maintien à domicile (SAMS) :



- les **courts séjours** temporaires en EMS, lors d'un épisode de difficultés de santé ou d'épuisement de l'entourage ;
- les **centres d'accueil temporaire (CAT)**, en EMS ou « hors-les-murs », qui permettent d'accueillir, une ou plusieurs fois par semaine ou pour des nuits, des personnes âgées vivant à domicile, fragilisées par la vieillesse, un handicap ou l'isolement ;
- les **logements protégés**, qui garantissent aux personnes fragilisées un cadre sécurisant et favorisent les liens sociaux ;
- le **home non médicalisé** est un lieu d'accueil de 6 lits ou plus, destiné à des personnes qui ne peuvent se suffire à elles-mêmes, mais ne nécessitent pas de prestations continues de soins relevant de la LAMal (loi sur l'assurance maladie). Les soins ponctuels sont apportés par le CMS ou une OSAD (Organisation de soins à domicile).

Enfin, le **long séjour** en EMS devient nécessaire lorsque le maintien à domicile devient trop risqué, médicalement parlant.

Les listes des centres d'accueil temporaires et logements protégés sont accessibles sur **www.vd.ch** > Santé, soins et handicap > Vivre à domicile. En format papier sur demande à la DGCS au **021 316 52 21**.

Bon à savoir

↘ Les séjours à la carte

L'EMS, partenaire des Réseaux de soins, peut offrir 3 types de prestations :

1/ Le Centre d'accueil temporaire (CAT) en EMS : M^me^ Blanc est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle a de la peine à se repérer dans le temps et dans l'espace. Son mari fait tout ce qu'il peut, s'occupe des repas, des commissions, sort en promenade avec elle, mais il est âgé et se fatigue rapidement. L'EMS accueille M^me^ Blanc quelques demi-journées par semaine dans son CAT. Il organise le transport du domicile à l'EMS et retour, le repas de midi et des ateliers ou des animations durant l'après-midi. Le coût pour M^me^ Blanc peut être pris en charge, le cas échéant, par les prestations complémentaires (PC AVS/AI).

2/ Le court séjour en EMS

Un mois par an en EMS : M. Durand est très âgé et handicapé. Il ne quitte plus beaucoup son lit, mais est heureux de pouvoir être chez lui, avec son épouse. Leur fille habite également la maison et apporte une aide et une présence quotidiennes déterminantes à ses parents. Lorsqu'elle part en vacances avec sa famille, ses parents ne peuvent rester sans elle à domicile. M. et M^me^ Durand sont accueillis par un EMS de leur choix pour un court séjour. Ils peuvent en effet bénéficier jusqu'à 30 jours par an de court séjour, durant lesquels ils reçoivent repas, soins, accompagnement et animation par le personnel de l'EMS. Leur fille est soulagée de les savoir en sécurité. Il leur en coûte CHF 60.– par jour et par personne, (CHF 30.– par personne s'ils sont au bénéfice des PC AVS/AI), le solde du prix étant assumé par l'Etat.

3/ Le long séjour en EMS

Un nouveau lieu de vie : M^me^ Dutoit, jouissant jusqu'alors d'une bonne autonomie à son domicile, a été victime d'une hémorragie cérébrale et a fait une chute dans les escaliers. Après plusieurs semaines de soins à l'hôpital et un séjour en établissement de réadaptation, le médecin traitant, le CMS, la famille et M^me^ Dutoit aboutissent à la conclusion que son retour durable à son domicile est devenu impossible. Elle est accueillie par un EMS pour un long séjour. C'est une nouvelle étape pour elle: avec l'aide de l'EMS, elle va devoir se créer un nouveau « chez elle ». Le choix d'une solution ou de l'autre se fait avec l'aide des Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIO) qui sont à disposition dans chaque réseau de soins pour évaluer les situations de chacun et proposer une solution individualisée.

Les Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO) du canton de Vaud

Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)
Rue du Bugnon 4
1005 Lausanne
Tél. 021 341 72 50
Email : brio@rsrl.ch

Réseau Santé La Côte (RSLC)
Chemin du Glapin 4
1162 St-Prex
Tél. 021 822 43 20
Email : brio@rslc.ch

Réseau Santé Nord Broye (RSNB)
En Chamard 55 A
Case postale 221
1442 Montagny-près-Yverdon
Tél. 024 424 11 00
Email : brio@rsnb.ch

Réseau Santé Haut-Léman (RSHL)
Espace Santé Rennaz
Route des Tilles 6a
1847 Rennaz
Tél. 021 967 22 67
Email : brio@rshl.ch

Eclairages

Droits et obligations du résident

Les établissements étant des lieux de vie, le résident doit pouvoir :

- disposer d'un espace personnel qu'il puisse aménager avec les objets, petits meubles et photos qui l'ont accompagné durant sa vie ;
- connaître les horaires de l'établissement et au besoin discuter des possibilités d'aménagements pour les heures de repas, lever et coucher par exemple ;
- recevoir des visites dans un endroit réservé et accueillant ;
- négocier avec l'établissement la présence d'un animal de compagnie ;
- bénéficier, sur demande, d'un accompagnement spirituel ;
- participer à des animations à l'intérieur ou à l'extérieur, même si sa mobilité est réduite ;
- bénéficier d'une nourriture équilibrée et pouvoir faire état de ses préférences et aversions alimentaires ;
- recevoir des soins de la part d'un personnel qualifié et d'un médecin, le cas échéant de son médecin traitant ;
- formuler des directives anticipées et désigner son représentant thérapeutique.

Les obligations du résident sont essentiellement liées à la vie communautaire, comme le respect de la sphère privée d'autrui et certaines règles de maison.

La majorité des établissements ont bénéficié de démarches d'organisation et de formation en vue de garantir **la qualité de leurs prestations**. L'HévivA (www.heviva.ch) a défini une charte éthique par laquelle ses membres s'engagent notamment à respecter les droits, libertés et personnalité des résidents. L'Etat de Vaud a pour mission de surveiller les EMS, notamment en matière de respect de la dignité, de l'intimité, de la sécurité et de la communication avec le résident, ainsi que la dotation en personnel. Il le fait par des visites impromptues sur place. Si les règles ne sont pas respectées et que, malgré plusieurs contrôles, aucune amélioration n'est constatée, l'Etat applique les sanctions prévues par Loi sur la Santé publique. L'Etat assume le contrôle de la gestion des EMS et définit le standard de financement.

A votre service :

Tarifs, législation, facturation, questions générales
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 52 21 - info.dgcs@vd.ch

Autorisations d'exploiter, de diriger, de pratiquer
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch > Santé, soins et handicap >
Pour les professionnels > Autorisations

Qualité des prestations et plaintes
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 42 10 - info.santepublique@vd.ch

Ethique
CONSEIL D'ÉTHIQUE DE L'HÉVIVA
Ne peut être contacté que par courriel :
conseil.ethique@heviva.ch

Médiation
BUREAU CANTONAL DE MÉDIATION des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs
Rue Pré-du-Marché 23 - 1004 Lausanne
Tél. 021 316 09 87 (santé) - Tél. 021 316 09 86 (handicap)
Permanence assurée du lundi au jeudi de 9 h à 12 h
mediation.sante@vd.ch - www.vd.ch/mediation-sante

Bientraitance, maltraitance
ALTER EGO VAUD (association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées)
Avenue du Simplon 23 - Case postale 844 - 1800 Vevey
Tél. 0848 00 13 13 - www.alter-ego.ch

Dépôt d'une plainte en matière de droits des patients
COMMISSION D'EXAMEN DES PLAINTES des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 09 85 - cop@vd.ch
Lundi : 8 h 30 - 11 h 30 / 14 h - 16 h 30
Mardi et mercredi : 8 h 30 - 11 h 30
Jeudi : 9 h 00 - 12 h 00

Que faire ?

↘ La décision de quitter « son chez soi »

Quand on ne peut plus rester chez soi, la décision d'entrer dans un EMS ne se prend pas seul.
Lorsque l'état de santé d'une personne ne lui permet plus, malgré toutes les aides apportées à domicile, d'y jouir d'une qualité de vie ou que la famille et le réseau médico-social ne peuvent plus assumer son maintien à domicile, il faut alors envisager l'entrée en EMS : il s'agit d'une décision prise entre la personne concernée, sa famille, le médecin et la personne qui est intervenue jusqu'ici pour le maintien à domicile, avec l'aide du Bureau régional d'information et d'orientation. Selon le droit suisse, « nul ne peut être placé contre sa volonté sans qu'une décision n'ait été prononcée par l'autorité tutélaire ».

Une étape à préparer
Statistiquement, 13 personnes sur 100 âgées de plus de 80 ans sont, pour des raisons de santé, hébergées dans un établissement médico social. Entrer en EMS peut être une étape difficile: on perd son «chez soi», son indépendance et son environnement social pour aller dans un lieu de vie communautaire.

Avant l'entrée en EMS, et lorsque les conditions de sa santé le lui permettent, il est important que la personne concernée prépare cette étape en parlant avec son entourage, visitant quelques EMS susceptibles de l'accueillir, posant toutes les questions et en demandant tous les documents utiles lors de ces visites. Il faut relever que la pénurie de lits ne peut garantir d'être hébergé dans l'EMS de son choix. Compte tenu de l'urgence, peut-être faudra-t-il accepter d'entrer dans un autre premier établissement afin d'attendre l'éventuelle place libre dans celui de son choix.

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. 021 316 52 21 • Email : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

canton de vaud

Le mémento N° 2

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

L'essentiel en bref
- Que coûte l'EMS ?

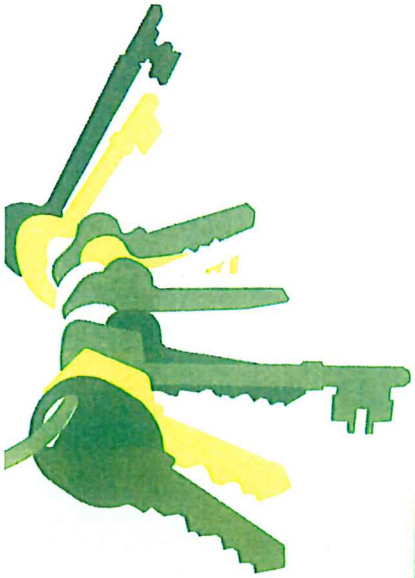
Comprendre
- Qui paie l'EMS?

Réponse à tout
- La tour du problème
- 9 questions-réponses

Eclairages
- Comment demander une Prestation complémentaire à l'AVS et à l'AI (ci-après PC AVS/AI)?

Bon à savoir
- Qui est concerné par la Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (ci après LAPRAMS) ?

Que faire ?
- Evaluez votre droit !



J'entre en EMS, comment payer ?

L'essentiel en bref

Que coûte l'EMS ?

Le coût de revient moyen d'une journée en établissement médico-social est de **CHF 330.–** (chiffre 2018). Il se compose de quatre parts :

- **la part des soins financés** (personnel infirmier, petit matériel)
- **la part socio-hôtelière** (entretien du logement, repas, blanchissage du linge, accompagnement, animation, etc.) à laquelle s'ajoutent des prestations supplémentaires à choix et des coûts liés à l'impotence.
- **le coût des investissements immobiliers** (service de la dette, loyer)
- **le coût des charges mobilières et de l'entretien immobilier**

Comprendre

Qui paie l'EMS ?

En cas d'hébergement en long séjour dans un établissement médico-social (EMS) ou en division C pour malades chroniques d'un hôpital, les coûts sont répartis entre assureur-maladie, résident et Etat, de la manière suivante :

l'assureur-maladie de base (LAMal) rembourse une partie des coûts des soins, au titre du régime fédéral de financement des soins en EMS qui prévoit pour toute la Suisse 12 forfaits journaliers correspondant à la lourdeur des soins requis. L'assureur-maladie rembourse en sus les médicaments, les honoraires du médecin et des autres professionnels de la santé mandatés par le médecin ;

le résident se voit facturer par l'établissement :

- **un forfait socio-hôtelier** propre à chaque établissement, établi sur la base des coûts d'un catalogue de prestations (alimentation, logement, blanchisserie, animation etc.) appelé « SOHO »
- **des contributions aux charges d'entretien mobilières et immobilières :** entretien courant du bâtiment et de son mobilier
- **une participation aux coûts des soins :** le régime fédéral prévoit que les cantons peuvent reporter sur le résident au maximum les 20 % du tarif maximal à charge de l'assurance maladie, soit CHF 21.60/jour. Le Canton de Vaud a toutefois choisi de limiter cette participation à **CHF 10.80** par jour.

Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales

La part totale à charge du résident représente donc en moyenne **CHF 192.80** par jour (chiffre 2018). Pour près de 75 % des résidents, cette charge mensuelle moyenne de près de CHF 5'900.– excède leurs possibilités financières. C'est pourquoi ils demandent à recevoir une Prestation complémentaire PC AVS/AI et/ou une aide de la LAPRAMS (Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) (voir « Réponse à tout »).

En plus des montants précités, l'EMS est en droit de facturer à son résident :

- **des prestations ordinaires supplémentaires (POS)**, nécessaires au bien-être (nettoyage chimique de certains vêtements, transports privés, coiffure etc.) ;
- **des prestations supplémentaires à choix (PSAC)** que le résident ou sa famille ont librement choisies et négociées pour augmenter le confort (chambre à 1 lit, boissons alcoolisées, location d'une ligne téléphonique ou d'une TV etc.)
- **un supplément égal à l'allocation pour impotence** de l' AVS, de l' AI ou de la LAA si le résident en est bénéficiaire, et ce pour les soins supplémentaires nécessités par le besoin d'accompagnement supplémentaire.

Toutes ces facturations sont clairement détaillées dans le **contrat-type d'hébergement** que l'établissement conclut avec son résident.

Enfin, **l'Etat de Vaud** verse à l'établissement :

- une subvention dite « **financement résiduel du coût des soins** », correspondant à la part des soins non reconnue à charge de l'assureur-maladie et non prise en charge par le résident ;
- la couverture des **charges d'investissement** de l'EMS.

Réponse à tout

↘ Le tour du problème en 9 questions-réponses

1/ Je dois utiliser toutes mes rentes pour payer mon séjour en EMS ? VRAI
Pour payer le prix journalier à sa charge, le résident utilise effectivement l'ensemble de ses ressources. Par exemple, sa rente AVS ou AI, ses autres rentes (retraite, LPP, viagère, etc.), ou le rendement de sa fortune (intérêts de comptes épargne, etc.). Au besoin, il doit entamer une partie de sa fortune si celle-ci dépasse CHF 37'500.– pour une personne seule, ou CHF 60'000.– pour un couple.

2/ Si j'entre en EMS, mes enfants ne sont pas tenus de participer financièrement ? VRAI, à moins que...
Au cas où les revenus du parent ne suffisent pas, les enfants ne sont pas sollicités pour le paiement de ses frais d'EMS, **à moins d'avoir reçu de sa part une donation** ou de devoir lui verser un usufruit.

3/ Si mes ressources sont insuffisantes, l'Etat peut m'aider ? VRAI
En cas de ressources insuffisantes, vous avez droit, pour vous-même et votre conjoint, à une prestation complémentaire (PC AVS/AI), pour autant que vous receviez une rente de l'AVS, une rente ou des indemnités de l'AI. En complément aux autres ressources, la PC AVS/AI sert à financer les frais de pension de l'EMS concerné (selon le tarif admis par l'Etat). Elle contribue également à assurer un montant pour dépenses personnelles de CHF 275.– par mois en EMS gériatrique ou CHF 400.– par mois en EPSM psychiatrique. Ce montant permet notamment de payer les prestations ordinaires ou supplémentaires facturées en sus par l'EMS.
La PC AVS/AI ne doit pas être confondue avec une aide de l'assistance publique ou privée: elle est un droit et n'est pas remboursable.

4/ Si j'entre en EMS, mon conjoint pourra obtenir une aide financière ? VRAI
Un couple demande une PC AVS/AI au moyen d'un seul formulaire. Par contre, le calcul du droit et le versement de l'éventuelle PC AVS/AI seront faits pour chaque conjoint distinctement. Pour le conjoint à domicile, le paiement de son loyer (maximum CHF 1'100. – par mois) et la couverture des ses besoins vitaux (CHF 1'607.50 par mois, chiffres 2018) sont garantis.

Si ce montant ne suffit pas et que la fortune nette du couple ne dépasse pas CHF 60'000.–, le conjoint à domicile peut demander l'aide complémentaire de la LAPRAMS (Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) au moyen d'un formulaire de budget mensuel réel qu'il recevra automatiquement de la part de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). (voir MÉMENTO N° 4)

5/ Je n'ai pas droit à une prestation complémentaire PC AVS/AI si j'ai une petite fortune ? FAUX
Le droit à une PC AVS/AI est le résultat d'un calcul individualisé qui prend en compte vos charges et vos ressources, y compris une partie de la fortune qui dépasse les CHF 37'500.– pour une personne seule et CHF 60'000.– pour un couple. Nous vous conseillons de déposer une demande de PC AVS/AI dans tous les cas.

6/ La PC AVS/AI peut être versée à une personne étrangère ? VRAI et FAUX
Le droit à la PC est ouvert, entre autre, à toute personne qui a son domicile en Suisse, qui perçoit une rente AVS/AI ou similaire, qui y séjourne effectivement, qui est de nationalité suisse ou d'un Etat de l'Union Européenne signataire des Accords bilatéraux ou de l'AELE. Pour les ressortissants d'un autre Etat, il faut avoir été domicilié en Suisse de manière ininterrompue depuis 10 ans (ou 5 ans pour les ressortissants des pays avec lesquels la Suisse a une convention qui le prévoit). **Attention :** certains permis de séjour peuvent être menacés, si recours aux PC AVS/AI, alors considérées comme de l'assistance.

7/ Le bénéficiaire de PC AVS/AI peut obtenir de l'aide pour son assurance maladie ? VRAI
En plus de sa prestation complémentaire mensuelle, le bénéficiaire de PC AVS/AI voit sa prime d'assurance maladie prise en charge par le subside cantonal, pour autant qu'elle ne dépasse pas la limite prévue. De plus, il peut obtenir, par un montant annuel **maximum de CHF 6'000.–** appelé **« quotité disponible RFM »** (Remboursement des frais de maladie), le remboursement de frais particuliers tels que : les quote-part et franchise de sa caisse-maladie (maximum CHF 1'000.– par année, soit la franchise de base de CHF 300.– + les quote-part de 10% au maximum CHF 700.– par an), ses frais de traitement dentaire et de transports, etc. Les primes des compléments à l'assurance-maladie (LCA) ne sont en principe pas prises en charge par les régimes sociaux. Lors d'une entrée en EMS, il y a lieu de bien vérifier leur utilité et le cas échéant de les résilier.

8/ En cas d'entrée en EMS, votre loyer peut être pris en charge ? VRAI
Les PC AVS/AI et la LAPRAMS peuvent prendre en charge votre loyer (au maximum CHF 1'100.– par mois), le temps que le bail soit résilié dans les meilleurs délais si un retour à domicile n'est plus envisageable, mais au maximum durant une année.

9/ Si je réside en EMS, je peux obtenir une réduction d'impôt ? VRAI
Dès l'entrée en EMS, il importe de demander une réduction des acomptes d'impôt au moyen du formulaire **« demande de modification des acomptes »** (www.aci.vd.ch) disponible – et à renvoyer – à l'Office d'impôt, accompagné d'une facture de l'établissement. Lors de la déclaration d'impôt, les frais d'hébergement seront à porter en déduction du revenu imposable sous la rubrique « Frais liés à l'handicap ».

Eclairages

↘ Comment demander une PC AVS/AI ?

La demande de PC AVS/AI s'effectue par un formulaire de 4 pages, recueillant tous les renseignements utiles au calcul. Les EMS disposent de ces formulaires, ils doivent apporter leur aide aux résidents pour les remplir et les transmettre aux organes PC. La demande de PC peut être téléchargée sur le site www.caisseavsvaud.ch
Les demandes de prestations sont acheminées à l'organe chargé de prendre des décisions.

Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS
Service des PC AVS/AI
Rue des Moulins 3, 1800 Vevey, tél. 021 964 12 11

La décision d'octroi ou de refus d'une PC AVS/AI est envoyée au résident ou à son représentant et une copie de la page « Décision » à l'établissement médico-social concerné. La PC AVS/AI est en principe versée au bénéficiaire. La DGCS encourage les bénéficiaires AVS/AI/PC en EMS et les directions d'établissement à utiliser la procédure fédérale permettant le versement direct des rentes sur le compte de l'établissement. Ce dernier doit alors tenir une comptabilité distincte des frais de pension et des montants pour dépenses personnelles (voir MÉMENTO N° 12).

Bon à savoir

↘ A qui et à quoi sert l'aide LAPRAMS (Loi d'Aide aux Personnes Recourant à l'Action Médico-Sociale) ?

L'aide LAPRAMS est une aide cantonale, réservée aux personnes résidant sur le sol vaudois **avant** leur hébergement et hébergées dans un établissement reconnu d'intérêt public. Elle peut intervenir :

- **lorsque le montant pour dépenses personnelles de CHF 275.–/400.– ne suffit pas,** pour autant que la fortune du résident soit inférieure à CHF 4'000.– (CHF 8'000.– pour un couple) et que les dépenses personnelles ne soient pas constituées par des primes d'assurances complémentaires « maladie », ou des prestations supplémentaires à choix facturées par l'EMS : si les conditions sont réunies la DGCS est prête à examiner l'octroi **d'un complément** de montant pour dépenses personnelles ou à accorder **une garantie particulière LAPRAMS** pour des frais ponctuels hors-pension (podologue, verres et montures de lunettes, frais de fin de domicile, etc.). Toute demande doit être adressée à la DGCS, accompagnée d'une copie de la police d'assurance-maladie et de la dernière facture de l'EMS ;

- **lorsque le conjoint à domicile** d'un résident voit chuter son pouvoir d'achat ou que le couple est propriétaire de son logement (voir MÉMENTO N° 3) ;

- sous certaines conditions, lorsque la fortune du résident ou du couple entraîne la réduction ou la suppression du droit à une PC AVS/AI et que cette **fortune est non réalisable :** par exemple en cas de donation aux enfants qui se trouvent dans l'impossibilité d'aider leur parent (voir MÉMENTO N° 5).

En principe, l'aide LAPRAMS est un droit au même titre que les PC AVS/AI et n'est pas remboursable.

Que faire ?

↘ Évaluez votre droit !

Si vous souhaitez en savoir plus et ne craignez pas les chiffres, vous trouverez ci-joint un tableau vous permettant d'évaluer votre droit à une Prestation complémentaire PC (AVS/AI).

Chaque situation étant différente, il vaut la peine de toujours demander la PC AVS/AI, pour écarter tout doute sur un éventuel droit.

↘ Pour toute autre question :

Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistantes sociales de la DGCS sont à votre disposition :

tél. 021 316 52 21

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. : 021 316 52 21 • E-mail : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

Ai-je droit à une aide des régimes sociaux?

Exemple: je vis seul(e), j'ai une petite fortune de CHF 30'000.– et mon EMS me coûte CHF 176.25 par jour

Question: ai-je droit à une prestation complémentaire PC AVS/AI ?

Le calcul ci-dessous est sommaire et correspond à la majorité des situations concernées. La colonne de droite vous permet d'évaluer votre situation.

Etape n° 1 Calcul de la fortune

*Pour une fortune **inférieure à CHF 37'500.–,** seuls les intérêts sont pris en compte dans le calcul des revenus.*
(En cas de fortune supérieure à CHF 37'500.–, consultez le Mémento n°4)

		Exemple Revenus	(chiffres par an)	**Ma situation** Revenus	
Etape n° 2 *j'ajoute*	**Calcul de mes revenus annuels** • la rente AVS ou AI • les autres rentes • (retraite, viagère etc.) • le rendement de la fortune mobilière • (intérêts bruts) • d'autres éventuels revenus • (usufruit etc.)	27'840.– 150.–			
Etape n° 3 *j'ajoute*	**Calcul des déductions annuelles (dépenses)** • l'éventuel loyer + charges (max. CHF 13'200.– par an et un an au plus dès l'entrée en EMS) • mes frais de séjour de l'EMS (à charge du résident) • le montant de mes dépenses personnelles (CHF 275.–/mois)	 *CHF 176.25 x 365 jours* *CHF 275.– x 12 mois*	Déductions 10'800.– 64'331.– 3'300.–		Déductions 3'300.–
Etape n° 4 *égale*	**Total des revenus et des déductions**	27'990.–	78'431.–		
Etape n° 5	**Calcul de ma prestation complémentaire PC AVS/AI**				
	Revenus	27'990.–			
moins	Déductions	78'431.–			
égale	Insuffisance	-50'441.–			
	soit une PC AVS/AI par an soit une PC par mois	50'441.– **4'203.–**			

Parce que j'ai droit à une PC AVS/AI:
– ma prime d'assurance-maladie de base est prise en charge par le subside cantonal, au maximum jusqu'à concurrence de la prime moyenne cantonale.
– une quotité disponible RFM (Remboursement des frais de maladie) me permet de me faire rembourser la franchise et les quote-part et d'autres frais de soins.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N° 3

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

L'essentiel en bref
- Une étape à gérer sereinement

Comprendre
- Qui paie l'EMS?

Réponse à tout
- Le tour du problème en 7 questions

Eclairages
- Etre bénéficiaire des PC AVS/AI, c'est aussi...?

Bon à savoir
- Comment demander une PC AVS/AI

Que faire ?
- Contactez-nous

J'entre en EMS, comment pourra vivre mon conjoint à domicile ?

L'essentiel en bref

Une étape à gérer sereinement

L'entrée en établissement médico-social (EMS) de l'un des deux conjoints est souvent vécue avec difficulté par l'autre, ainsi que par la famille. A cela s'ajoutent des inquiétudes quant à l'avenir financier du couple. Ce mémento aborde précisément la question des coûts et de l'aide que peut obtenir le couple pour faire face plus sereinement à cette nouvelle situation. Des conseils pratiques pour les démarches à entreprendre et un aide-mémoire apportent le complément nécessaire au MÉMENTO N°2.

Comprendre

Qui paie l'EMS ?

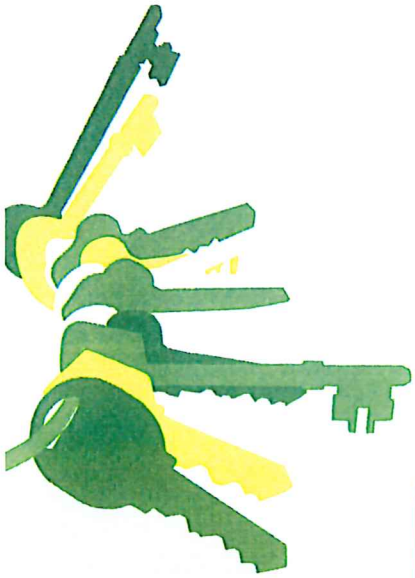
En cas d'hébergement en long séjour dans un établissement médico-social (EMS) ou en division C pour malades chroniques d'un hôpital, les coûts sont répartis entre assureur-maladie, résident et Etat, de la manière suivante :

l'assureur-maladie de base (LAMal) rembourse une partie des coûts des soins, au titre du régime fédéral de financement des soins en EMS qui prévoit pour toute la Suisse 12 forfaits journaliers correspondant à la lourdeur des soins requis. La moyenne cantonale vaudoise de cette participation est de CHF 80.75 (chiffre 2018). L'assureur-maladie rembourse en sus les médicaments, les honoraires du médecin et des autres professionnels de la santé mandatés par le médecin ;

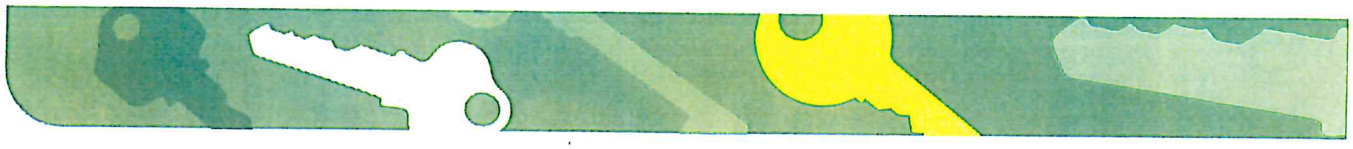
le résident se voit facturer par l'établissement :

- **un forfait socio-hôtelier** propre à chaque établissement, établi sur la base des coûts d'un catalogue de prestations (alimentation, logement, blanchisserie, animation etc.) appelé « SOHO » (montant moyen 2018 : CHF 157.87) ;
- **des contributions aux charges d'entretien mobilières et immobilières** (entretien courant du bâtiment et de son mobilier) : montant moyen 2018 : CHF 10.25 ;
- **une participation aux coûts des soins :** le régime fédéral prévoit que les cantons peuvent reporter sur le résident au maximum de l'assurance-maladie. Le canton de Vaud facture le montant de CHF 23.–/jour.

La part totale à charge du résident représente donc en moyenne **CHF 191.10** par jour (chiffre 2018). Pour près de 8 résidents sur 10, cette charge mensuelle moyenne de près de CHF 5'800.– excède leurs possibilités financières. C'est pourquoi ils demandent à recevoir une Prestation complémentaire PC AVS/AI et/ou une aide de la LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) (voir « Réponse à tout »).



Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales



En plus des montants précités, l'EMS est en droit de facturer à son résident :

- **des prestations ordinaires supplémentaires (POS)**, nécessaires au bien-être (nettoyage chimique de certains vêtements, transports privés, coiffure, etc.) ;
- **des prestations supplémentaires à choix (PSAC)** que le résident ou sa famille ont librement choisies et négociées pour augmenter le confort (chambre à 1 lit, boissons alcoolisées, location d'une ligne téléphonique ou d'une TV, etc.)
- **un supplément égal à l'allocation pour impotence** de l' AVS, de l' AI ou de la LAA si le résident en est bénéficiaire, et ce pour les soins supplémentaires nécessités par les handicaps.

Toutes ces facturations sont clairement détaillées dans le **contrat-type d'hébergement** que l'établissement conclut avec son résident.

Enfin, **l'Etat de Vaud** verse à l'établissement :

- une subvention dite « **financement résiduel du coût des soins** », correspondant à la part des soins non reconnue à charge de l'assureur-maladie et non prise en charge par le résident (chiffre 2018 : CHF 47.25) ;
- la couverture des **charges d'investissement** de l'EMS (en moyenne chiffre 2018 : CHF 12.25).

Réponse à tout

↘ Le tour du problème en 7 questions-réponses

1/ Quelle aide peut obtenir le couple ?

Le plus souvent, les ressources d'un couple sont : leurs rentes AVS, une rente du 2e pilier (caisse de pension ou de retraite), ainsi que le rendement d'une éventuelle épargne. Si ces ressources permettent d'assumer une vie commune à domicile, les charges d'hébergement vont probablement déséquilibrer le budget. Il faut alors que le couple demande une **prestation complémentaire** (PC) à l'AVS ou à l'AI. **Celle-ci est un droit et n'est pas remboursable.**

ATTENTION ! Même si le couple possède une fortune mobilière (argent liquide) ou immobilière, il se peut qu'il ait droit à une PC AVS/AI. Nous vous conseillons de déposer une demande de PC AVS/AI dans tous les cas.

2/ Quel est le montant de l'aide PC AVS/AI ?

Le calcul du droit PC des couples « séparés » par l'hébergement en EMS se fait individuellement et distinctement (splitting) pour chacun des conjoints de la manière suivante :

I. La part de fortune du couple qui excède la franchise légale de CHF 60'000.– est ajoutée aux autres ressources, à raison d'un dixième par année.

II. Les ressources du couple, y compris la part précitée, sont attribuées pour moitié à chacun des conjoints.

III. Les charges (ou déductions) sont établies pour chacun des conjoints :

- pour le **conjoint hébergé :** les frais de pension de l'EMS concerné et un montant pour dépenses personnelles de CHF 275.– par mois en EMS gériatrique ou CHF 400.– par mois en EMS psychiatrique.
- pour le **conjoint à domicile :** le loyer et les charges (au maximum CHF 13'200.– par an (CHF 1'100.– par mois) et un montant pour les besoins vitaux de CHF 19'450.– par an, soit CHF 1'620.85 par mois (chiffre 2020)).

IV. Le calcul du droit est effectué pour chaque conjoint distinctement : si les charges sont plus élevées que les ressources, une PC (AVS/AI) est versée. Si tous deux en sont bénéficiaires, les PC seront versées séparément.

3/ Que faire si l'aide PC AVS/AI ne suffit pas au conjoint à domicile?

La PC ne peut excéder les limites légales de CHF 13'200.– par an (CHF 1'100.– par mois) pour le loyer et CHF 19'450.– (CHF 1'620.85 par mois) pour la couverture des besoins vitaux (minimum vital). Si les ressources du conjoint à domicile sont insuffisantes, il peut demander l'aide complémentaire de la LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) au moyen d'un formulaire **d'évaluation des charges du conjoint à domicile** (un budget mensuel réel) qu'il recevra automatiquement de la part de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

4/ Qui a droit à l'aide cantonale de la LAPRAMS?
L'aide de la LAPRAMS obéit aux conditions suivantes:

- les deux conjoints doivent être domiciliés dans le canton de Vaud;
- le conjoint hébergé doit l'être dans un établissement vaudois reconnu d'intérêt public (RIP);
- le couple ne doit pas être propriétaire d'une fortune (au sens des PC AVS/AI) excédant la limite légale de CHF 60'000.– pour un couple (chiffre 2016).

L'aide éventuelle de la LAPRAMS tiendra compte, dans une mesure raisonnable et par des références comparatives, du niveau de vie antérieur ainsi que du lieu de domicile du conjoint. Elle sera garantie et payée à l'EMS, qui la déduira de sa facture mensuelle de pension, laissant le disponible nécessaire au conjoint à domicile. **L'aide LAPRAMS est un droit au même titre que les PC (AVS/AI). Elle n'est en principe pas remboursable. Les enfants ne sont pas tenus de contribuer à l'entretien de leurs parents**, à moins qu'ils n'y soient obligés par un usufruit ou par le bénéfice d'une donation.

5/ Peut-on déduire les frais de l'EMS du revenu soumis à l'impôt?
Oui, dès l'entrée en EMS, il importe de demander une réduction des acomptes d'impôt au moyen du formulaire **« demande de modification des acomptes »** (www.aci.vd.ch) disponible – et à renvoyer – à l'Office d'impôt, accompagné d'une facture de l'établissement. Lors de la déclaration d'impôt, les frais d'hébergement seront à porter en déduction sous la rubrique « Frais médicaux ».

6/ Le couple ou le conjoint propriétaire de sa maison peut-il tout de même obtenir une aide?
Oui. Dans un premier temps, il faut déposer une demande de PC AVS/AI. Le calcul du droit à la PC AVS/AI tiendra compte de la maison à plusieurs titres:

- en tant que fortune à sa valeur fiscale sous déduction légale de CHF 300'000.– pour autant qu'un des conjoints y habite;
- en tant que ressource par la valeur locative fiscale;
- en tant que charges (déductions) par les intérêts hypothécaires et le cinquième de la valeur locative pour les frais d'entretien; les charges ne peuvent excéder la valeur locative.

Dans la mesure où, en raison d'un refus ou d'une réduction de la PC AVS/AI, le couple a des difficultés financières, et qu'il ne dispose plus de fortune réalisable, il peut faire appel à la DGCS pour obtenir des **avances d'aide LAPRAMS**. Ces aides sont garanties par une cédule hypothécaire, calculée sur la valeur vénale de l'objet. Elles sont remboursables sans intérêt au moment de la vente de la maison, ou au décès du dernier conjoint.

7/ Un conjoint est-il forcé de payer pour l'autre?
Oui, car si le couple fait appel aux régimes sociaux, ceux-ci considèrent que le mariage est une unité économique: les conjoints se doivent une mutuelle assistance, conformément aux articles 159 et suivant du Code civil suisse et ceci **quel que soit le régime matrimonial.**

Eclairages

↘ Etre bénéficiaire des PC AVS/AI, c'est aussi...?

Si l'un des deux conjoints est au bénéfice d'une PC AVS/AI, tous deux bénéficient de la **gratuité de leurs primes d'assurance-maladie de base,** jusqu'à concurrence de la prime moyenne cantonale. De plus, le bénéficiaire PC dispose d'une **« quotité disponible »** ou PCG (prestations complémentaires des frais de guérison). Elle est de CHF 6'000.– par an pour la personne hébergée et de CHF 25'000.– par an pour la personne à domicile. **Cette quotité permet d'obtenir le remboursement des frais de maladie RFM** (franchises et quotes-parts facturées par les assureurs maladie et qui relèvent de l'assurance obligatoire des soins, traitements dentaires sur présentation d'un devis au préalable, frais liés au maintien à domicile, s'ils ne sont pas à charge de l'assurance-maladie, moyens auxiliaires, etc.). Tous les justificatifs doivent être adressés aux organes PC mentionnés au bas de cette page.

Bon à savoir

↘ Comment demander une PC AVS/AI ?

La demande de PC AVS/AI s'effectue par un formulaire de 4 pages, recueillant tous les renseignements utiles au calcul. Les EMS disposant de ces formulaires, doivent apporter leur aide aux résidents pour les remplir et les transmettre aux organes PC. La demande de PC AVS/AI est à adresser à l'Agence d'assurance sociale de la commune de domicile de la personne concernée.

Pour trouver la liste de toutes les agences d'assurance sociale : www.vd.ch/aas

La décision d'octroi ou de refus d'une PC AVS/AI est envoyée au résident, au conjoint à domicile ou à leur représentant et une copie de la page « Décision » à l'établissement médico-social concerné. La PC AVS/AI est en principe versée au bénéficiaire. La Direction générale de la cohésion sociale encourage les bénéficiaires AVS/AI/PC en EMS et les directions d'établissement à utiliser la procédure fédérale permettant le versement direct des rentes sur le compte de l'établissement. Ce dernier doit alors tenir une comptabilitédistincte des frais de pension et des montants pour dépenses personnelles (voir MÉMENTO N° 12).

Que faire ? Quelle aide ?

↘ En cas de question :

Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistantes sociales de la Direction générale de la cohésion sociale sont à votre disposition : tél. 021 316 52 21

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. 021 316 52 21 • Email : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N°4

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

L'essentiel en bref
- L'entrée en EMS, un droit équitable ?

Comprendre
- Comment va évoluer votre fortune en cas d'hébergement médico-social ?

Réponse à tout
- Vos préoccupations en 6 questions-réponses

Eclairages
- Vous êtes propriétaire ou couple propriétaire

Bon à savoir
- Le calcul de la Prestation complémentaire à l'AVS et à l'AI (ci-après PC AVS/AI)

Que faire ?
- Contactez-nous

J'entre en EMS, est-ce qu'on va me prendre toute ma fortune ?

L'essentiel en bref

L'entrée en EMS, un droit équitable ?

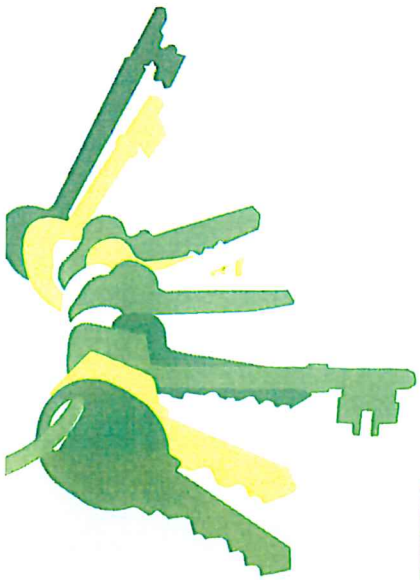
L'entrée en EMS (établissement médico-social) entraîne de nouvelles charges financières importantes. S'interroger alors sur l'utilisation de sa fortune est parfaitement légitime. En cas d'hébergement médico-social, ni l'Etat, **ni l'EMS ne va vous «prendre» votre fortune.** Vous allez par contre devoir l'utiliser pour participer aux coûts de vos frais de pension. De quelle fortune pouvez-vous toujours disposer ? Dans quelle situation pouvez-vous prétendre à une aide des régimes sociaux ? Avez-vous eu raison d'être une fourmi plutôt qu'une cigale ? Le MÉMENTO N°4 répond à toutes ces questions et à bien d'autres encore.

Comprendre

Comment va évoluer votre fortune en cas d'hébergement médico-social ?

Pour faire face à leurs frais de pension, 8 résidents sur 10 sollicitent les Prestations complémentaires PC AVS/AI. Les services des PC AVS/AI appliquent une **« franchise »** de fortune de **CHF 37'500.–** pour une personne seule, ou de **CHF 60'000.–** pour un couple. Cela signifie que ces montants sont laissés entièrement à disposition des bénéficiaires. **Même si vous disposez d'une fortune supérieure à ces limites, peut-être auriez-vous droit à une PC AVS/AI.**

En effet, la législation sur les PC AVS/AI fixe que la fortune **d'une personne seule** en âge AVS hébergée en EMS, après déduction de CHF 37'500.–, est ajoutée à ses revenus à raison **d'un cinquième par année** (taux applicable aux personnes en EMS) ; pour les rentiers AI le taux est d'un quinzième par année. **Pour un couple** en âge AVS, dont l'un des conjoints vit à son domicile et l'autre en EMS, après déduction de CHF 60'000.–, la fortune est ajoutée à leurs revenus à raison **d'un dixième par année** (taux applicable aux personnes à domicile) ; si l'un des conjoints est rentier AI, le taux est d'un quinzième par année. Lorsque votre fortune aura diminué au point d'atteindre la franchise précitée et si vos charges le nécessitent, vous aurez en principe droit à une PC AVS/AI **complète** qui vous permettra de faire face à l'entier de vos dépenses sans avoir besoin de puiser dans cette franchise de fortune.



Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales

Réponse à tout

↘ Vos préoccupations en 6 questions-réponses

1/ Que faut-il entendre par fortune ?

La fortune au sens des PC AVS/AI, regroupe aussi bien les biens mobiliers, c'est-à-dire les avoirs en argent liquide, en banque, compte Poste, titres, valeurs de rachat des assurances-vie, succession non partagée etc., que la fortune immobilière telle qu'immeuble, terrain, part en copropriété, etc.

2/ J'ai économisé cette fortune, j'ai une maison franche d'hypothèque, c'était pour mes vieux jours…

Peut-être que les vieux jours sont maintenant là. Cette petite fortune équivaut à votre caisse de retraite, alors que les générations d'aujourd'hui financent la leur par des prélèvements obligatoires sur leurs salaires.

Votre épargne va vous permettre de faire face aux frais que nécessite cette nouvelle tranche de vie en établissement médico-social.

3/ Je voulais laisser quelque chose à mes enfants…

C'est absolument légitime. Mais vous conviendrez aussi qu'il ne serait pas juste que la collectivité assume vos frais en EMS pour permettre à vos descendants de bénéficier de l'entier de votre patrimoine. Les régimes sociaux prévoient qu'une fortune de CHF 37'500.– pour une personne seule, ou CHF 60'000.– pour un couple (franchise), est laissée à votre disposition.

4/ Et si je donne ma fortune à mes enfants avant d'entrer en EMS ?

Les régimes sociaux tiennent compte de la fortune dont une personne s'est dessaisie sans contrepartie équivalente, comme si elle en était toujours propriétaire, **et cela quel que soit le moment où cette donation a eu lieu. Un abattement** (amortissement) **annuel de CHF 10'000.– est par contre appliqué dès le 01.01.1990.**

En cas d'insuffisance de ressources à la suite d'un refus ou d'une réduction de PC AVS/AI, il appartient aux bénéficiaires de la donation, en quelque sorte de restituer ce qu'ils ont reçu, en participant aux frais de pension du donateur. Conclusion : ce n'est pas un bon calcul (voir également le MÉMENTO N°5).

5/ J'aurais mieux fait comme certains, de tout dépenser plutôt qu'économiser… Eux au moins, on les aide !

C'est un peu comme l'histoire de la cigale et de la fourmi. Néanmoins, ce n'est probablement pas en pensant à l'EMS qu'on choisit d'être cigale ou fourmi.

Aujourd'hui, la grande majorité des gens cotisent pour constituer une caisse de retraite.

6/ On m'a dit que si j'avais une fortune ou une maison, je n'avais pas droit à une PC AVS/AI ?

On ne peut pas le dire comme ça. La PC AVS/AI est le résultat d'un calcul **individuel** entre le total de vos revenus, auquel on ajoute une partie de votre fortune à utiliser, que l'on compare au total de vos charges.

Si le total de vos charges est plus élevé que celui de votre « revenu déterminant » (revenu + part de fortune), vous avez droit à une PC AVS/AI d'un montant correspondant à la différence (voir l'annexe ci-jointe). Dans le doute, il vaut donc toujours la peine de déposer une demande de PC AVS/AI, quitte à recevoir un refus.

Eclairages

Vous êtes propriétaire ou couple propriétaire

Le propriétaire d'une maison **qu'il n'habite plus** (parce qu'il entre en EMS) verra celle-ci prise en compte par les PC AVS/AI à sa **valeur vénale** (prix du marché) dans le calcul de sa fortune. Si ses ressources sont insuffisantes, il devra mettre en location, hypothéquer, voire vendre sa maison. En effet, l'Etat n'a pas de base légale pour avancer des aides dans ces situations.

Le couple propriétaire d'une maison **habitée par l'un des conjoints** verra celle-ci prise en compte par les PC AVS/AI à sa **valeur fiscale**, sous déduction d'un montant de CHF 300'000.–. Les dettes hypothécaires seront de plus portées en déduction de la fortune globale.

Dans la mesure où il a des difficultés à assumer les frais de pension du conjoint en EMS et qu'il ne dispose plus de fortune réalisable, il peut faire appel à la Direction générale de la cohésion sociale pour obtenir **des avances d'aide LAPRAMS** (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale). Ces aides sont garanties par une cédule hypothécaire, fondée sur la valeur vénale de l'objet. Elles sont remboursables **sans intérêt** au moment de la vente de la maison, ou au décès du dernier conjoint. Pour toute question complémentaire, n'hésitez pas à contacter la Direction générale de la cohésion sociale au 021 316 51 65.

Bon à savoir

Le calcul de la PC AVS/AI ?

Le bénéficiaire d'une PC AVS/AI peut adresser chaque année au service des PC concerné un relevé de sa fortune (situation bancaire au 31.12, etc.), afin que soit révisé le calcul de sa prestation pour l'année suivante. Ainsi, la part de fortune imputée et ajoutée aux revenus sera révisée à la baisse, alors que la PC AVS/AI sera corrigée à la hausse.

Le calcul de la PC AVS/AI intègre comme revenus, **les intérêts** de la totalité de la fortune, y compris sur la part de la franchise légale.

N'oubliez pas que, si vous êtes bénéficiaire d'une PC AVS/AI, vous disposez d'une **« quotité disponible »** annuelle **RFM** (Remboursement des frais maladie) de CHF 6'000.– vous permettant de vous faire rembourser des frais tels que : les quote-part et franchise de votre assureur maladie (maximum CHF 1000.– par année, soit la franchise de base de CHF 300.– + les quote-part de 10% au maximum CHF 700.– par an), vos frais de traitement dentaire et de transports.

La demande de prestation PC peut être téléchargée sur le site www.caisseavsvaud.ch

La demande de PC AVS/AI est à adresser à l'Agence d'assurance sociale de la commune de domicile de la personne concernée.

Pour trouver la liste de toutes les agences d'assurance sociale : www.vd.ch/aas

Que faire ?

➘ En cas de question :

Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistantes sociales de la Direction générale de la cohésion sociale sont à votre disposition : tél. 021 316 52 21

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. 021 316 52 21 • Email : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N° 5

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

L'essentiel en bref
- La donation : des implications à 3 niveaux

Comprendre
- Quelles sont les conséquences de la donation au niveau des des régimes sociaux ?

Éclairages
- Comment la donation est-elle prise en compte dans le calcul de l'aide PC AVS/AI?

Bon à savoir
- La LAPRAMS : une aide financière individuelle de dernier recours

Que faire ?
- Donner, vendre ou conserver ?

J'entre en EMS, quelles sont les conséquences d'une donation (ma maison ou ma fortune) à mes enfants ?

L'essentiel en bref

La donation : des implications à 3 niveaux

« L'entretien de ma maison me donne du souci. Je veux la donner à mes enfants. »
« Si j'entre en home plus tard, je devrais vendre ma maison et je n'aurais plus rien à donner à mes enfants. Je préfère la donner maintenant. »
« Je veux régler de mon vivant ma succession, afin qu'il n'y ait pas de conflits à mon décès. Je donne donc maintenant ma maison à mes enfants. »

Statistiquement, 13 % des personnes âgées (chiffre au 31.12.2014) de plus de 80 ans sont, pour des raisons de santé, hébergées dans un établissement médico-social. Il est donc important que, tant le **donateur** (celui qui donne) que le **donataire** (celui qui reçoit), soient au courant des conséquences d'une donation dans le cas où l'entrée en établissement médico-social du premier était nécessaire.

Une donation a des implications juridiques à 3 niveaux :

- **le niveau civil** : la donation est un acte juridique régi par le droit civil ; il est un contrat par lequel une personne cède tout ou partie des ses biens à une autre, sans contre-prestation correspondante ;
- **le niveau fiscal** : la donation est soumise à l'impôt, au sens des lois sur les impôts cantonaux et communaux ;
- **le niveau des régimes sociaux :** la donation est prise en compte dans le calcul du droit à une aide individuelle par les prestations complémentaires PC AVS/AI et la LAPRAMS (Loi d'aide aux personnes recouvrant à l'action médico-sociale). C'est sur ce troisième niveau que porte ce mémento et l'annexe qui l'accompagne.

Comprendre

Quelles sont les conséquences de la donation au niveau des régimes sociaux ?

L'hébergement dans un EMS coûte cher (en moyenne CHF 192.80 par jour en 2018) et très souvent les ressources du résident ne lui permettent pas d'assumer près de 5'900 francs par mois de pension. Il fait donc appel aux régimes sociaux, en premier lieu aux Prestations Complémentaires (PC AVS/AI). La législation fédérale en matière de PC AVS/AI (article 11, alinéa 1, lettre g) prévoit que les ressources et

Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales

part de fortune dont un ayant droit s'est dessaisi font partie du revenu déterminant. Autrement dit, **le calcul du droit à une PC AVS/AI va faire comme si le résident qui a donné sa maison ou une partie de son capital, en était encore propriétaire.**

De plus, la jurisprudence des tribunaux a plusieurs fois confirmé qu'**une donation peut être prise en compte quelle que soit l'époque à laquelle elle a été faite.**

En cas d'insuffisance de ressources à la suite d'un refus ou d'une réduction de PC AVS/AI, il appartient aux **bénéficiaires de la donation**, en quelque sorte de restituer ce qu'ils ont reçu, en participant aux frais de pension du donateur.

Eclairages

↘ Comment la donation est-elle prise en compte dans le calcul de l'aide PC AVS/AI ?

Au préalable, il faut rappeler que la PC AVS/AI est le résultat du calcul suivant :

(+) Total des revenus
(rentes, rendement de fortune, etc.)
(+) Une partie de la fortune à utiliser
(=) Revenu déterminant
(–) Total des charges, soit les déductions
(loyer, forfait socio-hôtelier de l'EMS, etc.)

Si le total des charges est plus élevé que le revenu déterminant, il y a droit à une PC AVS/AI équivalente à la différence.
Voyons comment les éléments financiers d'une donation entrent à plusieurs titres dans le calcul du revenu déterminant le droit à une PC AVS/AI :

- en tant que **fortune**
- en tant que **revenu**
- en tant que **déduction.**

CALCUL DE LA VALEUR NETTE LORSQUE LA DONATION EST PRISE EN COMPTE EN TANT QUE FORTUNE

a) Valeur brute de la donation (+)

> **Titres, valeurs bancaires ou argent liquide**, c'est leur valeur brute au moment de la donation qui est prise en compte.

> **Maison**, celle-ci sera prise en compte à sa valeur vénale (prix du marché) au moment de la donation.

> **Immeuble ou exploitation agricole**,
– si exploité par le réquérant ou un tiers membre de la proche famille : valeur de rendement.
– si non exploité ou exploité par un tiers non membre de la famille : valeur vénale.

b) Contre-prestation appelée aussi contrepartie ou charge (–)

Il en existe plusieurs types :

> **L'usufruit**, c'est-à-dire le droit (à vie) pour le donateur de jouir du produit de l'immeuble, en y habitant, ou en encaissant des loyers. Il doit par contre assumer les intérêts hypothécaires, charges d'entretien et impôts de l'immeuble.
Les PC AVS/AI déduisent l'usufruit capitalisé de la valeur de la maison : il s'agit le plus souvent de la valeur locative fiscale de l'objet de l'usufruit au moment de la donation, capitalisée selon un tableau de conversion de l'Administration fédérale des contributions. **L'usufruit est également pris en compte dans le calcul des revenus** (voir ci-dessous) **quand bien même le donateur y aurait renoncé devant notaire.**

> **Le droit d'habitation**, c'est-à-dire le droit pour le donateur d'habiter l'immeuble. Ce droit s'éteint dès lors que le donateur ne peut plus en jouir. Les PC AVS/AI déduisent de la valeur de la maison le droit d'habitation : il s'agit le plus souvent de la valeur locative fiscale de l'objet du droit d'habitation au moment de la donation, capitalisée selon un tableau de conversion de l'Administration fédérale des contributions. Les PC AVS/AI ne tiennent pas compte du droit d'habitation dans les revenus lorsque le bénéficiaire ne peut plus en jouir parce qu'hébergé en EMS.

> Dans le cas de donation de domaines agricoles, peuvent être également déduits comme contrepartie, des **prestations en travail**, appelées « salaires différés », effectuées sur le domaine par le donataire.

> Dans le cas de donation contre versement d'une **rente viagère**, celle-ci est également capitalisée selon un tableau de conversion de l'Administration fédérale des contributions.

c) Les éventuelles dettes (–)

Dettes hypothécaires reprises par le donataire à leur valeur au moment de la donation.

d) Un amortissement (–)

Dès le 1er janvier 1990, la fortune dont un requérant de PC AVS/AI s'est dessaisi est « amortie » d'un montant annuel unique (et non pas par enfant) de **CHF 10'000.–**.

Exemple

> Un résident en EMS demande une PC AVS/ AI en 2016.

> Il a donné sa maison en 2008.

> Calcul : la valeur vénale de cette maison est reportée telle quelle au 01.01.2009 ; dès le 01.01.2010, puis au 1er janvier de chaque année jusqu'au 01.01.2016, un amortissement de CHF 10'000.– est appliqué, soit au total 7 fois CHF 10'000.– = CHF 70'000.–.

e) Valeur nette de la donation (=)

Celle-ci est ajoutée aux éventuels autres éléments de fortune du requérant sous le libellé « biens dessaisis ». L'ensemble de cette fortune, après déduction de la franchise légale, est intégrée au calcul de la PC AVS/AI.

LA DONATION EST PRISE EN COMPTE EN TANT QUE RESSOURCE (+)

f) Une partie de la fortune nette comprenant la donation est imputée comme **ressource** à raison de :

> 1/15e pour les rentiers AI

> 1/5e pour les rentiers AVS lors d'une entrée en EMS, sauf si le conjoint reste à domicile (1/10e)

g) Intérêt annuel sur les biens dessaisis ; le taux moyen appliqué est défini par l'Office fédéral des assurances sociales. Il est de 0,1% en 2018.

h) L'éventuel usufruit

> S'il s'agit d'un **usufruit sur des avoirs en banque**, le produit de leurs intérêts au 31 décembre de l'année écoulée, est intégré comme revenu.

> S'il s'agit d'un **usufruit sur un immeuble**, sont pris en compte les loyers réels encaissés ou, à défaut, la valeur locative fiscale.

L'usufruit est toujours pris en compte par les PC AVS/AI, même si l'usufruitier y a renoncé.

LA DONATION EST PRISE EN COMPTE EN TANT QUE DÉDUCTION (–)

i) Les éventuels intérêts hypothécaires dus par l'usufruitier.

j) Les frais d'entretien d'immeuble, par 1/5e de la valeur locative ou des loyers encaissés.

> Le total des déductions **i)** et **j)** ne peut excéder la valeur locative ou le produit brut de l'immeuble.

> Ces montants sont ajoutés aux autres déductions : prix de pension de l'EMS, éventuel loyer, montant pour dépenses personnelles, etc.

L'annexe ci-jointe se réfère aux lettres **a)** à **j)** afin d'illustrer de façon détaillée le calcul d'une PC AVS/AI, pour une personne ayant fait donation de sa villa à son fils. Elle vous permet également d'évaluer votre propre situation.

ABANDON DE SA PRÉTENTION AUX ACQUÊTS = DESSAISISSEMENT

De très nombreux couples sont mariés sous le régime matrimonial dit de **« la participation aux acquêts »**. Lors du décès d'un des conjoints, il est procédé à la liquidation du régime matrimonial : il y a notamment lieu de rechercher quels sont les éléments de fortune que le couple a acquis ensemble durant sa vie commune. La moitié de ces acquêts revient de droit au conjoint survivant. Il n'est pas rare que, volontairement ou involontairement, ce conjoint abandonne ses prétentions sur cette part, notamment en cas de présence d'un immeuble acquis durant la vie du couple. **Les PC AVS/AI considèrent le renoncement à sa part légitime d'acquêts comme des biens dont le requérant de prestations s'est dessaisi.** Il appartiendra au bénéficiaire de ce dessaisissement de faire face à l'éventuelle insuffisance de ressources du donateur.

Bon à savoir

La LAPRAMS : une aide financière individuelle de dernier recours

La prise en compte d'une donation par les PC AVS/AI peut donc priver le résident de tout ou partie des PC AVS/AI. Si ses autres ressources ne suffisent pas à assumer le prix de pension, le résident va naturellement se tourner vers le donataire (bénéficiaire de la donation), surtout s'il s'agit de son ou de ses enfants : **le propriétaire de la maison par donation va ainsi devoir assumer le découvert de pension dû à la prise en compte de cette donation** par les régimes sociaux.

La personne qui se dessaisit de sa fortune et qui doit de ce fait faire appel aux prestations des régimes sociaux, ne peut pas bénéficier d'une aide financière LAPRAMS. Celle-ci peut toutefois exceptionnellement être accordée dans les situations suivantes :

a) lorsque le remboursement de l'aide individuelle est garanti par reconnaissance de dette ;

b) lorsque le remboursement de l'aide individuelle est garanti par, titre hypothécaire ;

c) pour cas de rigueur, lorsque les circonstances le justifient au sens de la présente loi, dans ce dernier cas, le donataire devra apporter toutes les informations utiles sur les circonstances de la nature de la donation, ainsi que sur sa propre situation financière actuelle en apportant la preuve qu'il ne peut supporter tout ou partie de l'entretien de son parent donateur.

- Si le bénéficiaire de la donation **ne veut pas ou ne répond pas** aux sollicitations de contribution aux frais d'hébergement du donateur, une action alimentaire au sens de l'article 328 du Code civil suisse devra être intentée contre le donataire, par le curateur du résident.

Enfin, dans de rares cas où les bénéficiaires de la donation sortent du cadre de la parenté soumise à l'obligation d'assistance, l'EMS, en tant que créancier lésé par la donation, peut en faire valoir la **révocation** au sens des articles 285 et suivants de la Loi fédérale sur les poursuites pour dettes et la faillite.

Que faire ?

Donner, vendre ou conserver ?

Il est difficile de recommander une solution plutôt qu'une autre : chacune d'elle comporte des avantages et des inconvénients, aux niveaux financier, fiscal et juridique.

En matière de régimes sociaux, on peut cependant relever trois points :

1/ Lorsque cela est possible, la **vente** – par exemple d'un objet immobilier des parents à leur enfant - établit une situation claire des patrimoines respectifs: les parents reçoivent un capital qui, au besoin, pourra leur permettre d'assumer leurs frais d'hébergement.
Les enfants n'auront pas d'obligation en la matière, puisqu'ils auront acquis l'objet comme n'importe quel autre acheteur.

2/ Plus la donation se fait tôt avant l'hébergement en EMS, moins elle entre en compte dans le calcul des régimes sociaux, par le jeu de l'amortissement de CHF 10'000.– par an. En conséquence, plus petit est le risque que les donataires (enfants) soient sollicités.

3/ L'octroi d'une **contrepartie** (appelée « charge ») à la donation (usufruit, rente viagère, droit d'habitation) réduit d'autant la prise en compte de cette donation par les régimes sociaux, pour autant que cette contrepartie soit suivie d'effets.
De toute évidence, il importe de consulter un notaire (www.notaires.ch) avant toute décision, afin que les avantages et inconvénients des différentes formules puissent être examinés préalablement.

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. : 021 316 52 21 • E-mail : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N°6

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

10 réponses à vos questions

Les autres mémentos de la Direction générale de la cohésion sociale vous en disent plus

Aide-mémoire

- En cas d'entrée en EMS, n'oubliez pas les points suivants.

Et si j'entre en EMS ?

10 réponses à vos questions

1. « Si j'entre en EMS, mes enfants devront payer pour moi »

FAUX

Si vos ressources sont insuffisantes pour faire face à vos frais de pension, vous avez droit à demander les Prestations complémentaires PC AVS/AI. Les enfants ne sont pas sollicités pour le paiement des frais d'EMS de leurs parents, à moins qu'ils n'aient reçu de leur part une donation ou qu'ils ne doivent leur verser un usufruit.

- Consultez le MÉMENTO N° 5

---

2. « J'ai une petite fortune supérieure à CHF 37'500.–, donc je n'ai pas droit aux Prestations complémentaires (PC AVS/AI) »

FAUX

Le droit à une PC AVS/AI est le résultat d'un calcul individualisé qui prend en compte vos charges et vos ressources, y compris une partie de la fortune qui dépasse CHF 37'500.– pour une personne seule et CHF 60'000.– pour un couple.

- Nous vous conseillons de déposer une demande de PC AVS/AI **dans tous les cas.**

---

3. « Si je suis aidé financièrement, je ne peux pas choisir un EMS trop cher »

FAUX

Le forfait socio-hôtelier à charge d'un résident en EMS est en moyenne de CHF191.10 par jour (chiffre 2018). Quel que soit le prix de pension de l'EMS reconnu d'intérêt public dans lequel vous serez hébergé, la PC AVS/AI sera calculée pour vous permettre de le payer et ce quel que soit son prix.

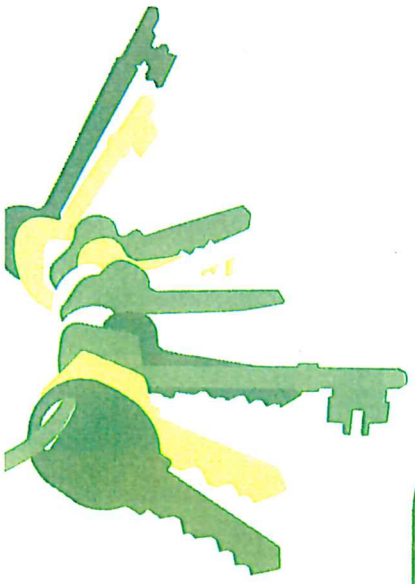
- Consultez la liste des EMS et homes non médicalisés et leurs tarifs sur www.vd.ch > Santé, soins et handicap > Hébergement. Vous pouvez aussi la demander au 021 316 52 21.

---

4. « Si je reçois les PC AVS/AI, je suis automatiquement aidé financièrement pour la prise en charge de mes primes d'assurance-maladie »

VRAI

La prime d'assurance-maladie de base d'un bénéficiaire de PC AVS/AI est prise en charge par le subside cantonal, pour autant qu'elle ne dépasse pas la limite légale fixée selon votre zone de domicile.



Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales

Les quote-part (les 10%, mais au maximum CHF 700.– par an) et la franchise (CHF 300.– max.), ainsi que certains frais non remboursés par la LAMal (par ex. dentiste) sont remboursés par les remboursements des frais de maladie (RFM).

▸ Consultez le MÉMENTO N° 12

↘ 5. « Je ne paie pas la même chose en court séjour ou en long séjour »

VRAI

Le court-séjour est une prestation contribuant au maintien à domicile, fortement subventionnée par l'Etat: le résident paie CHF 60.– par jour (ou CHF 30.– par jour s'il est au bénéfice des PC AVS/AI) et l'Etat prend en charge le solde du prix de pension. Si le court séjour se transforme en long séjour, le résident devra s'acquitter de l'entier du tarif socio-hôtelier, y compris rétroactivement depuis son entrée dans l'EMS.

▸ Consultez le MÉMENTO N° 11

↘ 6. « On peut m'aider pour payer mon loyer jusqu'à ce que j'aie résilié le bail »

VRAI

Le paiement du loyer de votre domicile durant votre hébergement en EMS est garanti si vous obtenez les PC AVS/AI, le temps que le bail soit résilié dans les meilleurs délais si un retour à domicile n'est plus envisageable, mais au maximum durant une année. Le montant maximum pris en compte est de CHF 1'100.– par mois, charges comprises.

↘ 7. « Si j'ai des difficultés financières, on peut m'aider financièrement pour payer les frais de remise ou de nettoyage de mon appartement »

VRAI

En principe les régimes sociaux ne prennent pas en charge ces frais. Toutefois, sous certaines conditions et en l'absence d'épargne permettant leur paiement, des factures de remise de l'appartement (déménagement, nettoyage, etc.) peuvent être prises en charge par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de même que certains des derniers frais à domicile sur présentation indispensable de devis et justificatifs.

▸ Consultez le MÉMENTO N° 12

↘ 8. « Si ma fille/mon fils signe le contrat d'hébergement, elle/il devra payer elle-même/lui-même mes frais de pension »

FAUX

Si l'un de vos proches signe le contrat d'hébergement avec l'EMS, il s'engage à payer les factures de pension dans les délais, au moyen de VOS ressources, mais pas sur SES biens propres.

▸ Consultez le MÉMENTO N° 12

↘ 9. « L'EMS peut me facturer un supplément si j'occupe une chambre à 1 lit »

VRAI

Dans la mesure où vous en manifestez le souhait et que l'EMS, disposant de chambres à 1 et 2 lits, vous offre le **choix** d'une chambre à 1 lit plutôt qu'à 2 lits et qu'il n'y a pas de prescription médicale pour une chambre individuelle, l'EMS peut vous facturer un supplément qui n'est pas pris en charge par les aides financières.

▸ Consultez le MÉMENTO N° 7

↘ 10. « Si j'entre en EMS, il va me falloir un curateur »

FAUX

Si vous n'avez plus la possibilité de gérer vous-même vos affaires, vous pouvez choisir de donner procuration à l'un de vos proches pour qu'il le fasse, ou donner mandat pour cause d'inaptitude à un tiers et ce sans besoin de faire intervenir la Justice de paix. En l'absence de toute famille ou représentant ou dans des situations financières ou familiales délicates, vous pouvez demander la nomination d'un curateur à la justice de paix ; l'EMS y recourt également en cas d'incapacité de discernement du résident.

POUR TOUTE AUTRE QUESTION

Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistantes sociales de la Direction générale de la cohésion sociale sont à votre disposition :

tél. 021 316 52 21

Les mémentos de la Direction générale de la cohésion sociale vous en disent plus

N° 1	**L'EMS, quand on ne peut plus rester chez soi...**
N° 2	**J'entre en EMS, comment payer ?**
N° 3	**J'entre en EMS, comment pourra vivre mon conjoint à domicile ?**
N° 4	**J'entre en EMS, est-ce qu'on va me prendre toute ma fortune ?**
N° 5	**J'entre en EMS, quelles sont les conséquences d'une donation à mes enfants ?**
N° 6	**J'entre en EMS, 10 questions, 10 réponses**
N° 7	**La facture de l'EMS**
N° 12	**Je suis représentant d'une personne hébergée en EMS ou en home non médicalisé**

Les MÉMENTOS sont gratuits et sont disponibles notamment dans les EMS, les centres médico-sociaux, les services sociaux, les agences d'assurance sociale et les Justices de paix.

Ils peuvent être téléchargés sur : **www.vd.ch/dgcs** > Publications. Ils peuvent aussi être commandés par téléphone : **tél. 021 316 52 21** ou par courriel : **memento.dgcs@vd.ch**

Aide-mémoire

En cas d'entrée en EMS, n'oubliez pas les points suivants.

- Réservez la rente AVS/AI et la PC AVS/AI que vous recevez en début de mois pour le paiement de la facture de l'EMS de ce mois-là.

  Exemple : la rente AVS et la PC AVS/AI versées le 3 mars doivent servir à payer la facture de pension de l'EMS du mois de mars et non pas celle de février.

- Si vous n'êtes pas encore au bénéfice d'une PC, déposez une demande de Prestation complémentaire PC AVS/AI. En cas de besoin, les services administratifs de l'EMS vous fourniront le formulaire à remplir et toute l'aide nécessaire.

- Si vous ne disposez d'aucune épargne, dans l'attente de la décision des PC AVS/AI, nous vous conseillons :
  - de payer votre loyer et de résilier votre bail dans les meilleurs délais ;
  - d'utiliser, selon vos besoins, le montant pour dépenses personnelles de CHF 275.– par mois en EMS gériatrique ou de CHF 400.– par mois en EMS pyschiatrique ;
  - de régler vos primes d'assurance maladie ;
  - de verser le reste de vos revenus à l'EMS en acompte sur ses factures.

  Le moment venu, l'EMS fera un décompte que vous pourrez payer au moyen des montants rétroactifs de PC AVS/AI.

- Si vous n'êtes pas encore au bénéfice des Prestations complémentaires PC AVS/AI mais qu'une demande a été déposée, conservez les décomptes originaux de votre assurance-maladie de base : ils pourront être pris en charge par les RFM (Remboursement des frais de maladie).

  Conservez également les factures de dentiste et moyens auxiliaires pour demander leur remboursement en tout ou partie dès qu'une décision favorable aura été prise.

- Veillez à faire suivre ou faire relever votre courrier.

- Faites interrompre l'abonnement de téléphone et de téléréseau pour éviter des frais inutiles.

- Renseignez-vous auprès de l'EMS s'agissant de votre animal de compagnie si vous souhaitez qu'il vous y accompagne.

- Remplissez une « demande de modification des acomptes », afin de réduire immédiatement vos acomptes d'impôts. (www.aci.vd.ch)

- .....

- .....

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. 021 316 52 21 • Email : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N° 7

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

L'essentiel en bref

- Que coûte et qui paie l'hébergement «long-séjour» en établissement médico-social (EMS) ?

Comprendre

- L'EMS n'est pas comparable [illegible]n hôtel

Réponse à tout

- Que facture l'établissement médico-social à son résident ?

Bon à savoir

Que faire ?

La facture de l'EMS

L'essentiel en bref

Que coûte et qui paie l'hébergement « long-séjour » en établissement médico-social (EMS) ?

Le coût de revient moyen d'une journée en établissement médico-social est de CHF 330.– (2018). Il se compose de plusieurs parts, à savoir :

a) **le coût des charges mobilières et de l'entretien immobilier** est à la charge du résident, au sens de l'article 26 f de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires publics (LPFES). Ce montant autrefois assumé par l'Etat lui permet de l'affecter à la rénovation et la construction indispensable de nouveaux lits d'EMS.

b) **la part socio-hôtelière** (les repas, le service, l'animation, l'administration, la buanderie, etc.) : est facturée au résident par les établissements au titre de **frais socio-hôteliers**.

c) CHF 10.80 par jour sont facturés par les établissements à tous les résidents, au titre de la participation aux coûts des soins. **Les frais de pension à charge du résident** sont l'addition des parts a) à c).

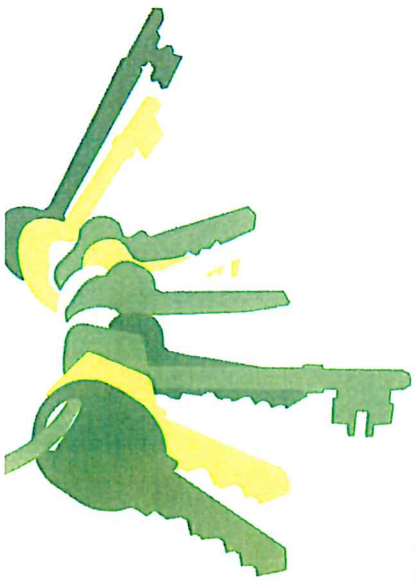
d) l'allocation pour impotence est facturée en sus au résident par l'établissement.

e) des prestations ordinaires ou supplémentaires à choix sont facturées en sus de la part socio-hôtelière par l'établissement.

f) **la part des soins** financés, pour les salaires du personnel soignant de l'établissement. Le régime fédéral de financement des soins en EMS fixe pour toute la Suisse la part du coût des soins en EMS à charge des assureurs maladie, par le biais de 12 forfaits journaliers correspondants à la lourdeur des soins requis. Le régime fédéral de financement des soins en EMS prévoit que le solde du coût des soins, après participation des assureurs, soit assumé par les cantons et par les résidents, mais limite la participation du résident à 20 % du tarif maximum à la charge de l'assurance-maladie, soit CHF 21.60 par jour. Le Canton de Vaud a toutefois choisi de limiter la **participation du résident aux frais de soins** à CHF 10.80. L'Etat prend en charge le financement résiduel des soins.

g) **le coût des investissements de l'EMS** (service de la dette, loyer) est pris en charge par l'Etat (CHF 10.60).

Ce MÉMENTO traite des montants facturés au résident, soit les points a) à e)



Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales

Comprendre

➘ L'EMS n'est pas comparable à un hôtel

L'EMS est un lieu de vie et de soins, ouvert 365 jours par an et offrant diverses prestations 24 heures sur 24. Il nécessite un personnel important, compétent et formé (soignant, cuisinier, technicien, employé de commerce,...). Dans le canton de Vaud, on compte en moyenne un peu moins **d'un poste de travail** pour **un résident**, toutes fonctions confondues. On ne peut donc pas comparer un EMS et un hôtel, ni par leur mission, ni par leur coût et leur tarif. Les EMS sont de formes juridiques diverses, avec ou sans but lucratif: fondations ou associations ou sociétés anonymes ou raisons individuelles par exemple. En principe, ils couvrent leurs charges d'exploitation (salaires, frais fixes et frais variables) **par les montants journaliers mentionnés ci-avant**.

Réponse à tout

➘ Que facture l'établissement médico-social à son résident?

1/ Le tarif socio-hôtelier journalier, appelé aussi « frais de pension » (voir page 1, point b)
Ce tarif comprend toutes les prestations de l'EMS – à l'exclusion des soins, des POS et des PSAC (voir page 3) pour répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux d'un résident et lui offrir une qualité de vie. Les principales catégories de prestations sont:

- la restauration (repas principaux et collations);
- l'intendance (nettoyage des chambres et des locaux communs);
- la buanderie (mise à disposition et entretien du linge de l'établissement, entretien des vêtements lavables en machine);
- l'animation (sorties, ateliers, activités en commun, etc.);
- la direction-administration (réception, comptabilité, facturation, gestion du personnel, etc.);
- la technique-maintenance (entretien et réparation de l'équipement, etc.).

Pour chaque établissement, le tarif socio-hôtelier journalier est déterminé par un standard d'évaluation, appelé SOHO (Socio-Hôtelier) géré par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et négocié avec les associations professionnelles des établissements. L'Etat participe de manière importante au financement de ces tarifs par le biais des régimes sociaux, puisque plus des 45% du financement de la part socio-hôtelière des coûts des EMS résulte des aides individuelles des régimes sociaux fédéraux (PC AVS/AI) et cantonaux (LAPRAMS), qui interviennent pour les trois quarts des résidents (voir **MÉMENTO N° 2**).
La liste des tarifs de tous les établissements est une annexe de la « Convention relative aux tarifs (...) mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux (...) », abrégée Convention SOHO. Cette liste est disponible sur www.vd.ch.

2/ Le coût des charges mobilières et de l'entretien immobilier (voir page 1, point a). Il correspond à l'entretien courant du bâtiment de l'EMS ainsi qu'au renouvellement du mobilier.

3/ Le montant correspondant à l'allocation pour impotence
L'API est versée au bénéficiaire par la caisse compétente et finance l'aide et la surveillance particulières dont il a besoin pour effectuer les actes courants de la vie quotidienne.
L'API AVS (impotence grave CHF 940.–, moyenne CHF 588.–, chiffres 2018) ne doit donc pas être utilisée pour le paiement du tarif socio-hôtelier. Elle est facturée **en plus** de celui-ci par l'EMS, pour éviter de reporter sur les autres résidents les coûts nécessités par les personnes concernées par une impotence. C'est l'EMS qui veille au dépôt de la demande d'API ou sollicite son adaptation.

4/ Des prestations supplémentaires (voir annexe)
Un certain nombre de prestations non comprises dans le « standard socio-hôtelier » peuvent être facturées par l'EMS en sus du tarif. Elles font l'objet d'une annexe au Règlement d'application de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires publics (LPFES), selon son article 13. Ces prestations sont de deux types :

- **les Prestations Ordinaires Supplémentaires (POS)** sont constituées de l'ensemble des presta-tions ou articles usuels, personnellement nécessaires, qui peuvent être facturés en sus des frais journaliers. Ces frais peuvent être pris en charge de cas en cas, tout ou partiellement, par l'assureur-maladie, ou les régimes sociaux : remboursement des frais de maladie (PC/RFM), et la LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) dans le cadre des « garanties particulières ».
- **les Prestations Supplémentaires à Choix (PSAC)** sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires. Elles sont explicitement choisies par la personne, ou son représentant*, afin d'augmenter son confort et lui sont facturées en sus des frais journaliers. Ces frais ne sont jamais pris en compte dans le calcul de décision des régimes sociaux. Ils sont donc entièrement à la charge du résident ou de son représentant*.

** par représentant : il faut entendre ici une tierce personne qui est au bénéfice d'une procuration signée par le résident ou qui a été désigné légalement (curateur) par la Justice de paix.*

Les listes des tarifs des PSAC et des POS font partie intégrante, en tant qu'annexe, **du contrat d'hébergement**. La DGCS contrôle l'existence de cette liste et son contenu. Dès le moment où un résident renonce aux prestations choisies (POS ou PSAC), non facturées à l'acte, celles-ci ne sont facturées que jusqu'à la fin du mois en cours.

Bon à savoir

Lorsqu'un résident est absent, l'EMS a-t-il le droit de facturer quelque chose ?
Oui, dans la mesure où l'établissement réserve le lit (qui reste vide sans déplacement des effets personnels du résident) et que toutes les charges fixes de l'EMS subsistent durant l'absence de son résident, l'EMS est fondé à facturer **une réservation.**

Lorsque le résident est absent pour **une hospitalisation** :

- le lit est réservé pendant 60 jours au maximum selon les dispositions de la Convention SOHO et du contrat d'hébergement; au-delà, l'EMS prend contact avec l'hôpital et le représentant du résident pour convenir d'une éventuelle prolongation après consultation de la DGCS. Dans le cas contraire le contrat d'hébergement sera résilié. Le BRIO (Bureau régional d'information et d'orientation médico-sociale), cherchera un nouveau lieu d'hébergement pour la sortie de l'hôpital.

- l'EMS facture l'entier de la pension, mais prend en charge, le cas échéant, la contribution LAMal aux frais de séjours hospitaliers (CHF 15.– par jour). L'EMS peut demander une copie du décompte de l'assurance-maladie.

- en cas d'hospitalisation de plus d'un mois civil entier, soit du 1er au dernier jour du mois (par ex. du 28.03 au 2.05), le versement de l'allocation pour impotence est suspendu par la caisse AVS concernée, ainsi que la facturation de cette même allocation par l'EMS.

- les PSAC et les POS ne sont plus facturées, à l'exception des prestations durables et régulières (supplément pour chambre individuelle, location d'un téléphone etc.)

Lorsque le résident est **absent de manière provisoire pour des raisons privées** pour une durée de plus de 24 heures, l'établissement est tenu de réserver le lit en maintenant inchangée sa facturation, à l'exclusion de l'allocation pour impotence au prorata et d'une déduction de CHF 20.– par période de 24 heures pour les besoins personnels du résident durant son absence.

Dans quel délai l'établissement peut-il exiger le paiement de sa facture ?
L'établissement peut établir et transmettre sa facture au début ou à la fin du mois en cours. Elle est payable en principe dans les 10 jours. Rappelons que le résident au bénéfice des aides des régimes sociaux reçoit ses rentes

mensuelles AVS/AI et PC au début du mois pour le mois en cours, et doit en conséquence les affecter au règlement de la facture du même mois.

L'établissement peut-il exiger un dépôt d'un résident ?

L'établissement n'est pas autorisé à requérir un dépôt de liquidités d'un résident au bénéfice d'une aide financière de l'Etat, pour le paiement de ses frais de pension, sauf pour les PSAC qu'il a choisies. Ce principe s'applique dès le dépôt d'une demande d'aide et donc également durant le temps d'attente de la réponse.

L'établissement peut-il facturer un supplément pour « chambre à 1 lit » ?

Cette Prestation Supplémentaire à Choix (PSAC) ne peut être qu'explicitement choisie par la personne ou son répondant. Aucun supplément ne peut être facturé :

- par un EMS qui ne dispose que de chambres à 1 lit (nouvelles normes de construction DAEMS) ;
- si une indication médicale atteste de la nécessité d'une chambre individuelle.

Pour toute précision, adressez-vous à la DGCS, tél. 021 316 52 21 ou info.dgcs@vd.ch.

L'établissement peut-il demander à ce que les rentes lui soient versées directement ?

Suite à de trop nombreuses situations de découverts de pension où des rentes ont été utilisées à d'autres fins que pour le paiement des factures de l'EMS, il est recommandé que les rentes (AVS/AI, PC AVS/AI, et l'API) soient versées directement à l'EMS au nom du bénéficiaire, avec l'accord du résident ou de son représentant légal. Cet accord est révocable en tout temps.

Pour ce faire, l'établissement fait signer au bénéficiaire ou à son représentant légal le formulaire fédéral 318182. Il a alors l'obligation de tenir à jour deux comptes distincts : le compte « pension » et le compte « montant pour dépenses personnelles ». Un extrait de ces comptes doit être remis régulièrement au résident ou à son représentant. La DGCS a notamment pour mission de contrôler cette gestion par les EMS.

Qui facture et paie les prestations qui ne sont pas délivrées par le personnel de l'EMS (médicaments, honoraires du médecin etc.) ?

Le médecin, le pharmacien et les éventuels autres fournisseurs de prestations de soins reconnus LAMal établissent leurs factures afin que l'assureur-maladie du résident les prenne en charge. Celui-ci établit un décompte de prestations, en laissant à charge de l'assuré la franchise (franchise de base = CHF 300.–/an) et la quote-part de 10 % (max. CHF 700.–/an). Le bénéficiaire de PC peut se faire rembourser ces participations par les RFM (Remboursement des frais de maladie), jusqu'à un montant de CHF 1'000.– par an. Si la personne est hébergée au 1er janvier, les RFM sont versés forfaitairement les trois premiers mois de l'année (CHF 600.– + 200.– + 200.–)
Dans les cas où l'établissement encaisse directement les rentes AVS/AI et PC AVS/AI, il reçoit aussi les remboursements des RFM.
Charge à lui de remettre ces montants au résident ou à son représentant, par le biais d'une réduction dans la facture ou par transfert, afin de permettre le règlement des factures.

*Lire aussi les **MÉMENTOS N° 2** « J'entre en EMS, comment payer » et **N° 12** « Je suis répondant d'une personne hébergée en EMS ».*

Que faire ?

... en cas de question, doute ou contestation de la facture de l'EMS ?

Dans un premier temps, n'hésitez pas à en parler à la direction ou l'administration de l'établissement. La DGCS est également à disposition pour apporter toutes les informations utiles sur les tarifs, normes et règles en vigueur. Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistantes sociales de la DGCS sont à votre disposition : **tél. 021 316 52 51**

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. : 021 316 52 21 • E-mail : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Le mémento N° 12

Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social 06/2021

Sommaire

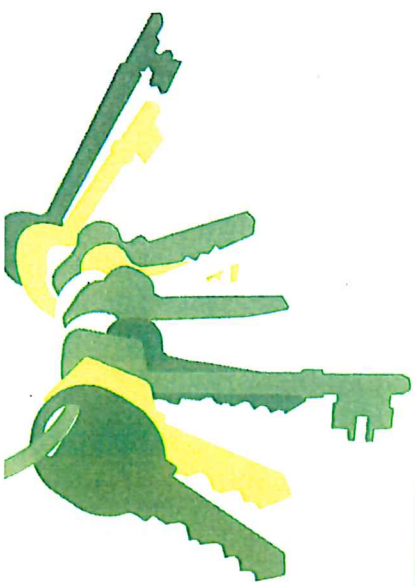
L'essentiel en bref
- Le représentant d'un résident en EMS

Réponse à tout
- Le tour du problème en 12 questions-clés

Eclairages
- Comment gérer le versement des rentes AVS/AI, allocation pour impotence (API) et PC AVS/AI ?

Bon à savoir
- Comment procéder en cas de plainte ?

Que faire ? Quelle aide ?



Je suis représentant d'une personne hébergée en EMS ou en home non médicalisé

L'essentiel en bref

Le représentant d'un résident en EMS

Pour vous qui vous occupez des affaires – ou assumez la curatelle – d'une personne hébergée dans un EMS, le monde de l'hébergement médico-social est peut-être totalement ou partiellement inconnu. Par ce Mémento, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) souhaite mettre à votre disposition des informations et des conseils utiles à votre mission sur les plans administratif et financier.

Votre mission peut se résumer en 3 points :
- demander et obtenir toutes **les assurances et les régimes sociaux** auxquels le résident peut prétendre ;
- réceptionner, contrôler et payer **les factures** de pension et d'autres frais ;
- demander et obtenir **les remboursements** auprès des assurances et régimes sociaux.

Réponse à tout

Le tour du problème en 12 questions-clés

1/ Quels montants sont facturés au résident en EMS ?
Les MÉMENTOS N° 2 et N° 7 détaillent les coûts et leur répartition. En résumé, ce qui est à la charge du résident, ce sont :

a) **un forfait socio-hôtelier journalier,** négocié entre l'Etat et les établissements (en moyenne CHF 157.85 par jour en 2018) ;
b) **des contributions, aux charges mobilières** d'une part, et à **l'entretien immobilier** d'autre part (en moyenne CHF 10.25 par jour en 2018) ;
c) **une participation aux frais de soins,** au titre du régime fédéral de financement des soins en en EMS CHF 23.– par jour soit au total un montant journalier moyen de CHF 191.10 (chiffre 2018) ;
+ d) l'équivalent de **l'allocation pour impotence** dont est bénéficiaire le résident ;
+ e) les éventuelles **prestations supplémentaires,** non comprises dans le forfait socio-hôtelier.

2/ Comment faire si les ressources du résident sont insuffisantes pour couvrir ses frais de pension et ses autres frais ?
Si le résident n'en est pas encore bénéficiaire, il faut déposer, dès l'entrée en EMS (mais au plus tard six mois après), une demande de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (PC AVS/AI). L'EMS doit veiller à vous informer sur cette démarche et vous fournir le formulaire. Le représentant indiquera ses coordonnées à la page 1, afin que tout courrier lui soit adressé. Une fois rempli, au besoin avec l'aide de l'EMS, il faut l'envoyer directement au Service des PC concerné.
Si le résident est déjà au bénéfice d'une PC AVS/AI à son domicile, seul l'établissement intervient pour communiquer au Service des PC la date d'entrée du bénéficiaire. L'organe PC rend une **décision** de PC AVS/AI, adressée au représentant avec copie à l'établissement. Le plan du calcul aboutissant au droit figure au verso de l'original seulement.

3/ Qui peut prétendre à une PC AVS/AI ?
Sous réserve des personnes étrangères concernées par certains permis de séjour, la PC AVS/AI est un droit et non une assistance. Il est ouvert à toute personne domiciliée en Suisse qui reçoit des prestations de l'AVS ou de l'AI.

Suite à la réforme des prestations complémentaires, veuillez trouver les modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2021 ici : https://www.caisseavsvaud.ch > Particuliers > Prestations complémentaires AVS/AI > Réformes des prestations complémentaires > Circulaire destinée aux agences d'assurances sociales

4/ Pour quelles raisons la PC AVS/AI peut-elle être refusée?

- Si le revenu déterminant est plus élevé que les charges – en particulier par la prise en compte d'une partie de la fortune – il y a refus de PC. Dans ce cas, il faut utiliser la fortune excédentaire pour payer les factures de l'établissement, avant de pouvoir présenter ultérieurement une nouvelle demande de PC AVS/AI.
- En cas d'absence de rente AVS ou AI, l'organe PC rendra une décision de refus, vous informant que **le dossier est automatiquement adressé à la Direction générale de la cohésion sociale.**

5/ A quoi donne droit la PC AVS/AI?

Le droit à la PC AVS/AI est l'objet d'un calcul, comparant des revenus et des charges.

- Si les revenus sont **moins** élevés que les charges, il y a droit à **une aide individuelle PC AVS/AI correspondant à l'insuffisance de ressources.** La PC est versée au début du mois pour le mois courant, en principe au bénéficiaire sur son compte bancaire ou postal. Le droit débute le jour de l'entrée dans l'EMS. Ajoutée aux autres ressources du résident, la PC est calculée pour lui permettre de payer ses frais journaliers de pen-sion, de disposer **d'un montant pour dépenses personnelles MDP** de CHF 275.– par mois dans un EMS gériatrique ou CHF 400.– par mois dans un EMS psychiatrique et, le cas échéant, de payer **le loyer** d'un appartement jusqu'à résiliation au plus vite du bail, mais au maximum durant un an. De plus, **la prime d'assurance-maladie de base LAMal** est prise en charge à 100% par le subside cantonal, pour autant qu'elle ne dépassepas la prime moyenne cantonale. **Une quotité disponible** RFM (Remboursement des frais de maladie) de **CHF 6'000.–** par an peut être sollicitée pour le remboursement de certains frais.
- Si les revenus sont **plus** élevés que les charges, mais que cette différence n'excède pas la prime moyenne cantonale à l'assurance-maladie, le requérant a droit au subside cantonal pour la prime d'assurance-maladie et à la quotité disponible.

Afin d'être fixé sur son droit individuel, il est conseillé **de déposer dans tous les cas une demande de PC AVS/AI**, même si le résident possède une fortune.

6/ Que faire, en l'absence d'une PC AVS/AI ou si celle-ci ne suffit pas?

De manière subsidiaire aux PC AVS/AI, la Direction générale de la cohésion sociale applique l'aide LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale), notamment dans les situations suivantes:

- Lorsque le résident **n'a pas droit à une PC AVS/AI,** car dans l'attente d'une décision de rente AI: la Direction générale de la cohésion sociale est « subrogée » aux futurs droits du résident et avance en principe les montants nécessaires à la couverture des frais de pension et frais annexes. Le moment venu, il demandera la cession des montants accordés rétroactivement pour les périodes correspondant à ses avances.
- Le résident a **un conjoint resté à domicile**:

> dans ce cas et si la fortune nette du couple ne dépasse pas CHF 60'000.–, la Direction générale de la cohésion sociale enverra à ce conjoint une information LAPRAMS (loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale) accompagnée d'un formulaire de **budget mensuel** à remplir; une aide LAPRAMS peut, le cas échéant, être versée à l'EMS afin de permettre au conjoint à domicile de disposer d'un complément de ressources;

> l'aide LAPRAMS peut également être avancée à des couples dont la seule fortune est leur **maison** familiale qu'habite le conjoint à domicile (voir **MÉMENTO N° 4**).

- Le résident est concerné par la prise en compte dans sa décision PC **de biens dont il s'est dessaisi** (voir **MÉMENTO N° 5**). Dans ce cas, nous considérons que les bénéficiaires de cette donation doivent l'aider à financer ses frais d'hébergement. Dans certaines situations de « cas de rigueur », l'aide LAPRAMS peut intervenir exceptionnellement.

L'aide LAPRAMS est payée par la Direction générale de la cohésion sociale **directement à l'établissement** qui la déduira de sa facture au résident.

7/ Que faire en attendant les PC AVS/AI?

Dès que le résident est hébergé, il importe **de mettre de côté ses ressources propres** (rente AVS ou AI, allocation pour impotent, allocations perte de gain, rente de retraite, usufruit, intérêts etc.) et de les affecter **exclusivement au paiement de ses frais de pension** et le cas échéant au paiement de son loyer.
Versez le montant disponible à l'établissement, en acompte aux factures dues. L'EMS ne peut pas exiger le paiement total des factures tant que la décision de PC AVS/AI n'a pas été rendue. Le moment venu, il effectuera un décompte intégrant les aides reçues. Aucun intérêt, ni frais de rappel ne peuvent être facturés au résident à ce titre.

8/ Payer l'EMS ou payer les dettes?

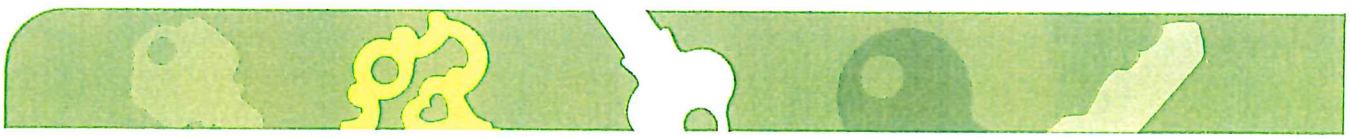
N'utilisez pas les revenus et rentes devant servir au paiement de la pension, pour payer autre chose. Sous certaines conditions, certains frais liés au dernier domicile peuvent être pris en charge par la Direction générale de la cohésion sociale: consultez l'index ci-joint.

9/ Le représentant du résident est-il responsable du paiement des factures?

En tant que curateur du résident, vous êtes son représentant, et par là-même co-contractant avec l'établissement. Vous répondez du paiement de ses factures sur **les biens du résident.** Au moment de l'admission du résident, l'EMS vous présentera **le contrat-type d'hébergement**, rassemblant tous les droits, devoirs et obligations respectifs, la liste et les tarifs des montants facturés, y compris les éventuelles prestations supplémentaires.
Si vous vous occupez des affaires du résident sans mandat de représentation, demandez-lui de vous signer **une procuration**, afin de pouvoir traiter avec l'établissement.

10/ Comment contrôler les factures de l'EMS?

La facture de l'établissement doit comporter le détail de toutes les rubriques figurant au point 1.
Voir également **MÉMENTO n° 7** (La facture de l'EMS).



11/Le résident est-il encore soumis à des impôts ?
Dès l'entrée en EMS, demandez à l'Office d'impôt et remplissez le formulaire « Demande de modification des acomptes » afin que soient réduits ou supprimés les acomptes annuels en cours.
A moins qu'il ne dispose d'une fortune ou de revenus importants, le résident utilise tous ses revenus au paiement de ses frais d'hébergement. En cas d'arriérés d'impôts, tentez une demande de remise.
Dans tous les cas, **n'utilisez pas les revenus et rentes devant servir au paiement de la pension, pour payer des bordereaux d'impôts**.
Pour tous renseignements, consultez la « directive sur la déductibilité des frais médicaux et des frais liés à un handicap » sur le site **http://www.aci.vd.ch/** ou adressez-vous à votre office d'impôt.

12/Et si le Montant pour Dépenses Personnelles (MDP) de CHF 275.–/CHF 400.– ne suffit pas ?
Pour autant que :
- la fortune du résident soit inférieure à CHF 4'000.– (CHF 8'000.– pour un couple) ;
- les dépenses personnelles ne soient pas constituées par des primes d'assurances complémentaires « maladie », ou des PSAC, dont celle pour chambre individuelle avec confort particulier, la Direction générale de la cohésion sociale est prêt à examiner l'octroi d'un **complément de MDP** ou à accorder **une garantie particulière LAPRAMS** pour des frais ponctuels hors-pension (assurance RC, podologue, moyens auxiliaires, lunettes, etc.).

Toute demande doit être adressée à la Direction générale de la cohésion sociale, accompagnée d'une copie de la police d'assurance-maladie et de la dernière facture de l'EMS.

Eclairages

↘ Comment gérer le versement des rentes AVS/AI, allocation pour impotence (API) et PC AVS/AI ?

Le principe de base de toutes les assurances sociales est que leurs prestations sont incessibles et qu'elles doivent être versées à l'ayant droit ou à son représentant légal. Ainsi, les rentes AVS/AI,API et la PC AVS/AI seront versées sur le compte bancaire ou postal du résident ou sur le compte ouvert à cet effet par son représentant légal.

- **Si le représentant gère :**

> il utilise ou ouvre un compte bancaire ou postal au nom du résident, avec procuration en faveur du représentant ;
> les rentes sont versées sur ce compte ;
> le compte est débité de la facture de l'établissement (frais de pension et contributions mob-(immob-)ilières + participation aux coûts des soins + prestations supplémentaires) ;
> le solde du compte permet la gestion du Montant pour dépenses personnelles (MDP), ainsi que les différents paiements et encaissements notamment avec l'assureur-maladie et les RFM ;
> s'il est mandaté par la Justice de paix, le représentant lui rend des comptes au moins une fois l'an.

Le contrat-type d'hébergement encourage le versement des rentes directement sur le compte de l'EMS. Dans ce cas :

- **Si l'EMS gère :**

> le versement des rentes en mains de l'établissement est demandé au moyen **du formulaire OFAS 318'182** ;
> il est signé par le résident bénéficiaire des rentes ou son représentant légal, ainsi que par l'établissement. Par sa signature, l'EMS s'engage à communiquer à l'organe de PC AVS/AI les changements qu'il y a lieu d'annoncer et à restituer les prestations touchées à tort ;
> de plus, conformément à l'article 48 du Règlement LAPRAMS, l'établissement doit alors ouvrir deux comptes distincts, l'un pour la pension (les rentes y sont portées et les factures de pension en sont déduites), l'autre pour la gestion du MDP. Il doit fournir régulièrement au représentant un décompte permettant de vérifier le bon usage du MDP ;
> si le résident est incapable de discernement, n'a pas de représentant et qu'il y a risque que la rente soit utilisée à d'autres fins que le paiement de ses frais de pension, l'EMS peut néanmoins revendiquer le paiement entre ses mains par le formulaire 318'182, qui doit dans ce cas impérativement être contresigné par la Direction générale de la cohésion sociale en tant qu'autorité qualifiée (selon l'art. 20 LPGA) à défaut de quoi, l'organe de PC AVS/AI ne donnera pas suite à la demande.

Le curateur peut autoriser le versement des rentes de son pupille directement à l'EMS. Il répond toutefois devant la Justice de Paix de l'ensemble de l'utilisation des ressources de son pupille.
Lorsque les rentes et PC AVS/AI sont versées sur le compte de l'EMS, les RFM le sont aussi. Il importe que le représentant soumette aux RFM tous les frais qui peuvent être remboursés et s'entende avec l'EMS pour la récupération des montants que les RFM auront remboursés sur le compte de l'établissement.

Bon à savoir

↘ Comment procéder en cas de plainte ?

Si la prise en charge du résident par l'établissement est à votre sens inadéquate ou insuffisante, commencez par en parler à la Direction de l'établissement. Les organismes suivants peuvent en outre être sollicités :

Tarifs, législation, facturation, questions générales
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 52 21 - info.dgcs@vd.ch

Autorisations d'exploiter, de diriger, de pratiquer
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch > Santé, soins et handicap >
Pour les professionnels > Autorisations

Qualité des prestations et plaintes
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 42 10 - info.santepublique@vd.ch

Ethique
CONSEIL D'ÉTHIQUE DE L' HÉVIVA
Ne peut être contacté que par courriel :
conseil.ethique@heviva.ch

Médiation
BUREAU CANTONAL DE MÉDIATION des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs
Rue Pré-du-Marché 23 - 1004 Lausanne
Tél. 021 316 09 87 (santé) - Tél. 021 316 09 86 (handicap)
Permanence assurée du lundi au jeudi de 9 h à 12 h
mediation.sante@vd.ch - www.vd.ch/mediation-sante

Bientraitance, maltraitance
ALTER EGO VAUD (association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées)
Avenue du Simplon 23 - Case postale 844 - 1800 Vevey
Tél. 0848 00 13 13 - www.alter-ego.ch

Dépôt d'une plainte en matière de droits des patients
COMMISSION D'EXAMEN DES PLAINTES des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2 - 1014 Lausanne
Tél. 021 316 09 85 - cop@vd.ch
Lundi : 8 h 30 - 11 h 30 / 14 h - 16 h 30
Mardi et mercredi : 8 h 30 - 11 h 30
Jeudi : 9 h 00 - 12 h 00

Que faire ? Quelle aide ?

- **Si vous êtes curateur:**
  contactez du lundi au vendredi de 8 h 30 à 11 h 30
  et de 14 h 00 à 16 h 30
  le **Bureau d'aide et conseil aux curateurs et tuteurs privés**
  Chemin de Mornex 32 - 1014 Lausanne
  Tél. 021 316 67 33
  ou consulter les pages Internet :
  www.vd.ch > Justice > Curatelles et tutelles

- **Si vous êtes représentant avec procuration:**
  Les gestionnaires de dossiers spécialisés et les assistants sociaux de la Direction générale de la cohésion sociale sont à votre disposition :
  Tél. 021 316 52 21

À votre service pour toute question ou commande supplémentaire :
Tél. 021 316 52 21 • Email : memento.dgcs@vd.ch • Internet : www.vd.ch/dgcs • Edité par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • Département de la santé et de l'action sociale • Bâtiment administratif de la Pontaise - 1014 Lausanne

Ce mémento est gratuit. Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

Entrée en vigueur dès le 01.01.2020 (Actuelle)

Document généré le : 04.01.2021

ARRÊTÉ 810.00.251120.1

fixant pour 2020 les tarifs socio-hôteliers mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux, les homes non médicalisés et les pensions psycho-sociales

du 25 novembre 2020

LE CONSEIL D'ÉTAT DU CANTON DE VAUD

vu la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES)

vu la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC)

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

vu le préavis du Département de la santé et de l'action sociale (ci-après : le département)

arrête

Art. 1 Objet

[1] Le présent arrêté a pour but de fixer les tarifs socio-hôteliers pour 2020 mis à la charge des résidents et des régimes sociaux :

a. lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux au sens de l'article 3a LPFES (ci- après: les établissements) ;

b. lors d'hébergement de personnes nécessitant l'aide de l'Etat dans les homes non médicalisés (ci-après : les homes) ou les pensions psycho-sociales (ci-après : les PPS) ;

c. lors de l'hébergement dans les établissements médico-sociaux non reconnus d'intérêt public pour lesquels l'Etat fixe un tarif pour les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (PC AVS/AI).

Art. 2 Conditions de travail du personnel des établissements

[1] Conformément aux articles 4, alinéa 1, letttre e, et 4b LPFES, les termes de la convention collective de travail en vigueur dans le secteur sanitaire parapublic vaudois, respectivement ceux de la convention collective de travail en vigueur dans le secteur social parapublic vaudois, sont applicables à l'ensemble des établissements reconnus d'intérêt public.

[2] Pour les établissements, les homes et les PPS visés au sens de l'article 1, alinéa 1, lettres a et b du présent arrêté, les tarifs socio-hôteliers sont notamment établis selon les normes fixées dans l'une des conventions collectives de travail précitées.

Art. 3 Tarifs pour les établissements parties à la convention socio-hôtelière

[1] La convention relative aux tarifs pour 2020 mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public (ci-après: la convention socio-hôtelière), est annexée au présent arrêté dont elle fait partie intégrante. Cette convention fixe les tarifs des prestations socio-hôtelières, ainsi que les conditions financières et administratives applicables aux résidents et aux régimes sociaux lors d'hébergement dans les établissements qui y ont adhéré.

Art. 4 Autres établissements

[1] Les tarifs journaliers pour 2020 applicables aux résidents et aux régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements non parties à la convention socio-hôtelière, sont fixés comme suit:

N.	Désignation des établissements reconnus d'intérêt public n'ayant pas signé un accord tarifaire	Tarifs résident lits C en 2020
	EMS RIP mandats Gériatrie et Psychiatrie de l'âge avancé	
1	DRIADES EMS	187.15
2	LUSIADES EMS	192.05
3	FONDATION CHATEAU des NOVALLES	188.65
4	RESIDENCES les NOVALLES SA	190.65
	EPSM RIP mandat Psychiatrie adulte	
5	MAIEUTIQUE EPSM	188.00
6	PAROLE EPSM	294.00

N.	Désignation des établissements non reconnus d'intérêt public pouvant héberger des résidents au bénéfice de régimes sociaux	Tarifs 2020 pour les résidents au bénéfice de régimes sociaux
1	GOTTAZ	207.10
2	GRACIEUSE	207.10
3	PETIT BOIS	207.10
4	PACIFIC	207.10
5	NOVA VITA	207.10

[2] Pour les établissements reconnus d'intérêt public, les tarifs journaliers ainsi que les tarifs des prestations qui vont au-delà du standard de base socio-hôtelier, sont appliqués de manière uniforme à l'ensemble des résidents, qu'ils soient ou non bénéficiaires d'une aide financière de l'Etat.

[3] Les conditions financières et administratives prévues aux chapitres II à XII de la convention socio-hôtelière sont applicables par analogie.

Art. 5 Homes non médicalisés et pensions psycho-sociales

[1] Les tarifs journaliers pour 2020 applicables aux résidents nécessitant une aide financière de l'Etat et aux régimes sociaux lors d'hébergement dans les homes et les PPS qui ont signé un accord tarifaire avec le département sont fixés comme suit :

N°	Désignation des homes non médicalisés et pensions psycho-sociales ayant signé un accord tarifaire	Tarifs 2020
1	AGAPE HNM	200.05
2	BUCHS PPS	183.90
3	CLOS TZAMS HNM	222.65
4	CONSTANTINE HNM	153.85
6	LEMAN HNM	222.30
7	MANCINI PPS	128.10
8	MORIJA HNM	180.90
9	NOUVELLE ROSERAIE	135.00
10	PENATES HNM	199.20
11	SAGITTAIRE HNM	189.50

Art. 6 Matériel de mobilité standard

[1] Une directive de la Direction générale de la cohésion sociale (ci-après : la DGCS) explicite les conditions auxquelles les établissements mettent à disposition des résidents des fauteuils roulants ou des moyens auxiliaires de mobilité, ainsi que les conditions de l'octroi d'une aide financière pour l'achat ou le prêt de fauteuils roulants ou de moyens auxiliaires de mobilité.

Art. 7 Complément pour cas de rigueur

[1] Subsidiairement aux prestations des assurances sociales fédérales et cantonales, dans les cas dignes d'intérêt et pour des motifs d'équité, l'Etat et les régimes sociaux peuvent exceptionnellement accorder un complément de financement pour des situations médico-sociales particulièrement complexes nécessitant des moyens et des ressources supérieurs au standard médico-social. Ces compléments pour cas de rigueur, limités dans le temps, sont octroyés aux conditions énoncées par voie de directive de la DGCS ; il n'existe cependant pas de droit à un tel complément.

Art. 8 Exécution et entrée en vigueur

[1] Le Département de la santé et de l'action sociale, par la DGCS, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui entre en vigueur avec effet au 1er janvier 2020.

Annexes

1. Convention SOHO

Convention SOHO

Convention relative aux tarifs mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public (ci-après : Convention socio-hôtelière)

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

Vu la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) du 5 décembre 1978 ;

Vu la loi sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LVPC) du 13 novembre 2007 ;

Vu la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006 ;

Vu la volonté des parties contractantes

Chapitre premier — Dispositions générales

But

Article premier

[1] La présente convention fixe la participation financière journalière des personnes hébergées atteintes d'affections chroniques, ainsi que les frais pris en compte au titre des législations sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI et sur l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, lors de séjour dans les établissements médico-sociaux (dont font partie les établissements psycho-sociaux médicalisés) ainsi que dans les lits pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public.

[2] La convention régit également les relations administratives et financières entre les parties contractantes.

Parties contractantes

Article 2

- Etat de Vaud (Département de la santé et de l'action sociale, DSAS) ;
- Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HévivA) ;
- Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS) ;
- Association vaudoise des organisations privées pour personnes en difficulté (AVOP) ;
- Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) ;
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Chapitre II — Champ d'application

Etat

Article 3

L'Etat de Vaud, par l'intermédiaire du Département de la santé et de l'action sociale (par la Direction générale de la cohésion sociale [ci-après : DGCS]), participe au financement et à l'application de la convention.

Etablissements

Article 4

La convention s'applique aux établissements médico-sociaux (ci-après : EMS), dont font partie les établissements psycho-sociaux médicalisés (ci-après : EPSM), et aux lits pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation membres des parties contractantes qui sont reconnus d'intérêt public et qui ont formellement adhéré à la présente convention (ci-après: les établissements). La liste des établissements signataires figure à l'annexe 1 de la convention.

Personnes bénéficiant de la convention

Article 5

[1] Les personnes hébergées dans les établissements conventionnés bénéficient de la convention.

[2] Les dispositions particulières définissant le champ d'application des législations sociales sont expressément réservées.

Chapitre III — Conditions d'hébergement

Types de séjour

Article 6

Les personnes définies à l'article 5 peuvent être hébergées pour des séjours de longue ou de courte durée. L'article 8 est réservé.

Principe

Article 6bis

Conformément à l'article 4, alinéa 1, LPFES, l'établissement est tenu d'accepter toute personne que son équipement et sa mission lui permettent de soigner.

Contrat d'hébergement

Article 7

[1] Conformément à l'article 4e LPFES, les conditions d'hébergement font l'objet d'un contrat d'hébergement écrit conclu entre l'établissement et le résident, qui énonce les droits et obligations des établissements comme ceux des résidents et de leurs proches parents ou de leurs représentants.

[2] Le contrat d'hébergement, accompagné de ses annexes, doit être remis pour signature dans les meilleurs délais au résident ou à son représentant légal, au plus tard au moment de son entrée dans l'établissement.

Court séjour

Article 8

[1] Au sens de l'article 18, al. 1, LAPRAMS, le court séjour est un hébergement temporaire nécessitant une prise en charge et des soins médicaux ou un accompagnement psycho-éducatif. Il se déroule en établissement médico-social, dans le but de favoriser le maintien et le retour à domicile.

[2] Le court séjour est réservé aux personnes domiciliées sur territoire vaudois (art. 24 du règlement d'application de la LAPRAMS [ci-après : RLAPRAMS]).

[3] Les conditions particulières que doivent remplir les personnes pour en bénéficier, ainsi que les modalités et le financement du court séjour, sont réglés conformément aux articles 23 à 26 RLAPRAMS.

[4] Conformément à l'article 26, alinéa 3, RLAPRAMS, dans la mesure où le Centre médico-social (ci-après : CMS), respectivement le Bureau régional d'information et d'orientation (ci-après : BRIO), ont assuré l'indication et l'orientation du court-séjour, l'Etat verse aux établissements un subside incitatif fixé dans l'annexe 1bis pour chaque journée de court-séjour réalisée, afin de compenser les coûts administratifs induits par le mouvement des résidents et la baisse consécutive du taux d'occupation.

[5] Conformément à l'article 26, alinéa 4, RLAPRAMS, l'Etat verse un montant supplémentaire fixé dans l'annexe 1 bis par jour aux établissements qui mettent à disposition un nombre significatif de lits strictement dédiés au court séjour et gérés par un BRIO. Une convention tripartite en fixe les modalités.

[6] Pour les EPSM et dans la mesure où la Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatrique (ci-après : CCICp) a assuré l'indication et l'orientation du court-séjour, l'Etat verse aux établissements un subside incitatif fixé dans l'annexe 1bis pour chaque journée de court-séjour réalisée, afin de compenser les coûts administratif induits par le mouvement des usagers et la baisse consécutive du taux d'occupation.

Conditions de séjour en établissement

Article 9

La convention est applicable lors d'un hébergement si la personne :

a) a passé au moins une nuit dans l'établissement ;

b) décède le jour même de l'admission dans l'établissement ;

c) est transférée dans un autre établissement le jour même de l'admission ;

d) est envoyée en consultation en dehors de l'établissement.

Journées d'hébergement

Article 10

Les journées d'entrée et de sortie sont considérées comme des journées entières d'hébergement, sous réserve de l'article 27 (transfert entre établissements).

Responsabilité d'un tiers

Article 11

[1] La convention n'est pas applicable dans la mesure où un tiers assureur (assurance militaire, LAA, RC) est responsable des frais d'hébergement médico-social.

[2] Dans de tels cas, l'établissement procède rapidement aux démarches utiles auprès du tiers assureur, afin de déterminer l'étendue et la durée de la prise en charge. Le résident doit être informé.

[3] L'établissement informe la DGCS des cas survenus, notamment concernant la facturation. Le cas échéant, et après examen du dossier, la DGCS peut adapter le montant du financement résiduel de telle sorte que le financement des soins corresponde à ce que l'établissement recevrait si l'assureur compétent était l'assurance obligatoire des soins (LAMal).

Chapitre IV — Financement

Frais journaliers des établissements

Article 12

Les frais journaliers des établissements sont déterminés à l'aide d'une méthode fondée sur un standard de base socio-hôtelier au sens des articles 26 LAPRAMS et 4, alinéa 1[bis], lettre a, LPFES. Ils comprennent également une participation aux charges d'entretien immobilier et aux charges mobilières au sens de l'article 26f LPFES ainsi que la participation des établissements à divers Fonds spéciaux, définis à l'article 29, et qui font l'objet de la rétrocession prévue à l'article 13.

Rétrocession par les établissements

Article 13

[1] Conformément à l'article 12, les établissements sont tenus de rétrocéder le montant/la participation sur les frais journaliers perçus relatifs aux Fonds conventionnels cités à l'article 29 de la présente convention.

[2] Ces montants/participations sont fixés dans l'annexe 1bis.

Contributions aux cotisations aux réseaux (art. 4, let. h, LPFES et loi sur les réseaux de soins)

Article 13bis

[1] Les tarifs d'hébergement comprennent un montant en francs par jour (contribution) au titre des cotisations aux réseaux de soins.

[2] Les montants des contributions aux cotisations aux réseaux sont fixés dans l'annexe 1bis.

Contribution spécifique aux coûts de la CCICP

Article 13ter

[1] Pour les EPSM uniquement, les tarifs d'hébergement comprennent un montant en francs par jour (contribution) au titre de participation aux frais de fonctionnement de la CCICp.

[2] La contribution en francs par jour est fixée dans l'annexe 1bis.
[3] Un accord spécifique, conclu entre les signataires de la présente convention et la Fondation de Nant, fixe les règles administratives et le financement régissant le fonctionnement du Fonds CCICp.

Prix journaliers facturés aux résidents

Article 14

[1] Les prix journaliers facturés aux résidents correspondent à l'ensemble des frais mentionnés à l'article 12, dont le montant par établissement figure à l'annexe 2.

[2] En sus, l'établissement facture au résident sa participation aux coûts des soins, qui est fixée par l'arrêté annuel du Conseil d'Etat fixant les montants journaliers versés aux EMS et aux fournisseurs de soins dans les structures de soins de jour ou de nuit destinés à couvrir la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie ainsi que la part du coût des soins à la charge du résident.

Bénéficiaires de l'allocation pour impotent

Article 15

[1] Les personnes en séjour de longue ou de courte durée au bénéfice d'une allocation pour impotent (ci-après : API) totale ou partielle de l'AVS, de l'AI ou de la LAA, versent à l'établissement qui les héberge un supplément égal au montant de l'allocation mensuelle, en raison de l'aide et de la surveillance personnelle particulière dont elles ont besoin, et qui sont dispensées par l'établissement.

[2] Les personnes qui entrent dans l'établissement ou le quittent en cours de mois, versent un montant égal au prorata du nombre de jours d'hébergement au cours dudit mois.

[3] Les montants des allocations mensuelles pour **impotent de l'AVS** sont mentionnés dans l'annexe 1 bis.

[3bis] Les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS qui quittent l'établissement en cours de mois paient par journée un montant fixé dans l'annexe 1bis selon le degré d'impotence (pour l'API faible de l'AVS, la facturation à la personne n'est possible qu'en cas de court séjour).

[4] Les montants des allocations mensuelles **pour impotent de l'AI** sont mentionnés dans l'annexe 1 bis.

[4bis] Les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent AI dans un home qui quittent l'établissement en cours de mois paient par journée un montant fixé dans l'annexe 1 bis selon le degré d'impotence.

[4ter] Pour les courts séjours uniquement, les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent AI à domicile qui quittent l'établissement en cours de mois paient par journée un montant fixé dans l'annexe 1bis selon le degré d'impotence.

[5] Les montants mensuels d'allocation pour **impotent de la LAA** sont mentionnés dans l'annexe 1 bis.

[5bis] Les personnes au bénéfice d'une allocation pour impotent de la LAA qui quittent l'établissement en cours de mois paient par journée un montant fixé dans l'annexe 1bis selon le degré d'impotence.

Subvention aux CAT

Article 16

[1] La subvention de l'Etat pour les prestations d'encadrement délivrées dans les centres d'accueil temporaires (CAT), ainsi que la participation des usagers à la prise en charge sont fixées dans la directive de la DGCS relative aux CAT.

[2] La subvention de l'Etat pour la prise en charge dans les CAT à mission psychiatrique est fixée dans l'annexe 1 bis.

Contribution à la formation

Article 17

[1] Le Fonds de gestion verse une contribution au Centre de formation de HévivA afin de contribuer au financement du programme de cours notamment en matière d'animation dans les EMS vaudois.

[2] La contribution est fixée à dans l'annexe 1 bis.

Chapitre V — Prestations supplémentaires

Prestations non comprises dans les frais journaliers

Article 18

[1] Conformément à l'article 13 du règlement du 8 octobre 2008 précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la LPFES (ci-après : RCLPFES), les établissements peuvent fournir des prestations ordinaires supplémentaires (ci-après : POS) et des prestations supplémentaires à choix (ci-après : PSAC) servant à l'usage personnel des résidents et qui ne sont pas comprises dans le standard officiel des prestations socio-hôtelières.

[2] Les établissements tiennent la liste et les prix des POS et des PSAC qu'ils entendent facturer à leurs résidents. Cette liste doit être remise à la DGCS pour information. La liste et les prix maximaux des POS et des PSAC de nature non immobilière figurent à l'annexe IV du RCLPFES.

[3] L'établissement veille à informer suffisamment les résidents et/ou leurs représentants légaux que les prestations susmentionnées sont facturées en sus du tarif socio-hôtelier.

Prestations ordinaires supplémentaires

Article 19

Les POS sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles usuels, personnellement nécessaires, qui peuvent être facturés en sus des frais journaliers. Ces prestations peuvent, dans certains cas, être partiellement ou totalement prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire (AOS) ou les régimes sociaux.

Prestations supplémentaires à choix

Article 20

[1] Les PSAC, de nature immobilière ou non immobilière, sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires. Elles sont explicitement choisies par la personne, ou son répondant, afin d'augmenter son confort et lui sont facturées en sus des frais journaliers. Ces prestations ne sont pas prises en charge par les régimes sociaux. L'établissement attire l'attention du résident et/ou de son représentant légal sur ce point.

[2] La connaissance de la situation de fortune de la personne hébergée ne doit pas permettre la surenchère des prix.

[3] Une personne hébergée ne peut être renvoyée de l'établissement en raison de la détérioration de sa situation financière.

[4] Aucune prestation nécessitée par l'état de santé de la personne atteinte d'affection chronique ne peut lui être facturée comme prestation supplémentaire. En particulier, l'hébergement en chambre individuelle suite à une indication médicale ne peut être facturé comme prestation supplémentaire.

Dépôt

Article 21

A l'exception des PSAC, l'établissement ne peut pas percevoir de dépôt de la part d'une personne au bénéfice d'une aide financière de l'Etat.

Chapitre VI — Transfert entre établissements et absence provisoire

Transfert en division A ou B d'un établissement hospitalier

Article 22

[1] En cas de transfert à un séjour de longue durée en division A ou B d'un établissement, la personne maintient sa participation, sous déduction, le cas échéant, d'un montant mentionné dans l'annexe 1 bis correspondant à la contribution aux frais de séjours hospitaliers facturée par l'assureur en conformité à l'article 64 alinéa 5 LAMal, ainsi que de sa participation aux coûts des soins (art. 14). Sa participation, y compris l'API, lui est facturée par l'établissement d'hébergement au titre de la réservation de son lit, sous réserve, pour l'API, de l'application de l'article 67 alinéa 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (suspension du droit à l'API pour chaque mois civil entier passé dans l'établissement hospitalier).

[2] Le calcul de la facturation de l'allocation pour impotent par l'établissement se calque sur celui effectué par l'office AI ou la caisse AVS.

[3] L'établissement qui transfère réserve le lit durant 60 jours au maximum. Toutefois, il peut convenir avec l'établissement d'hospitalisation d'une prolongation du délai maximum de réservation, après consultation préalable de la DGCS. Dans les situations où aucune réservation n'a été effectuée, l'établissement est tenu de reprendre la personne en priorité.

[4] En cas de refus de facturation d'une participation au sens de l'alinéa premier, l'établissement motive ce fait auprès de l'autorité compétente en matière de prestation complémentaire AVS ou AI, par le biais de la formule de communication usuelle. Un tel refus a pour conséquence de modifier l'octroi de la prestation complémentaire avec effet immédiat.

Absence provisoire

Article 23

[1] L'absence provisoire est réalisée lorsque la personne hébergée quitte l'établissement pour une durée d'au moins 24 heures.

[2] Durant cette absence, l'établissement est tenu de réserver le lit et maintient inchangée sa facturation au résident, sous réserve des déductions suivantes :

- un montant pour ses besoins personnels par durée de 24 heures. Ce montant est fixé dans l'annexe 1 bis. En cas de nécessité, notamment en cas d'exclusion, et uniquement pour les EPSM, ce montant peut être augmenté au maximum du montant fixé dans l'annexe 1 bis;
- le cas échéant, la part d'API correspondant aux jours d'absence ;
- la participation du résident aux coûts des soins (art. 14, al. 2) correspondant aux jours d'absence.

[3] S'il gère les ressources de la personne hébergée, l'établissement est tenu de déduire les montants énoncés ci-dessus de la facturation du prix journalier ou de le porter au crédit du compte "montant pour dépenses personnelles" fixé par les législations en matière de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI et d'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social.

Chapitre VII — Facturation

Facturation aux personnes hébergées

Article 24

[1] L'établissement facture directement aux personnes qu'il héberge :

a) leur participation aux frais journaliers de leur long séjour ou de leur court séjour, ainsi que la participation du résident aux coûts des soins (art. 14) ;

b) le cas échéant, un montant correspondant au montant de l'allocation d'impotence reçue durant leur hébergement (art. 15);

c) l'éventuel montant dû au titre des POS ou/et des PSAC. Cas échéant, ces dernières sont imputées au compte "montant pour dépenses personnelles" du résident.

[2] Afin de garantir l'affectation conforme des rentes AVS/AI, PC AVS/AI ou API, l'établissement concourt à ce qu'elles soient versées directement sur son compte, sur la base de la circulaire du 5 décembre 2007 du SASH (aujourd'hui DGCS) et de la Caisse cantonale de compensation AVS ainsi que des formules ad hoc. La circulaire et les formules figurent à l'annexe 3 de la convention.

Facturation à la DGCS

Article 25

Pour les personnes au bénéfice d'une aide individuelle subsidiaire cantonale (LAPRAMS), l'établissement établit :

a) un bordereau sur formule ad hoc comprenant la participation garantie par l'Etat au titre de la LAPRAMS ;

Ou

un bordereau sur formule ad hoc comprenant la participation garantie par l'Etat au titre de l'aide sociale (personnes ne remplissant pas les conditions de la LAPRAMS) ;

b) les éventuelles POS pour lesquelles la DGCS a octroyé sa garantie;

c) un fichier de facturation électronique ainsi qu'un bordereau avec les factures concernant la participation aux courts séjours.

Paiement

Article 26

Après réception des bordereaux mensuels, la DGCS paie le montant dû aux établissements dans les 30 jours.

Transfert entre établissements

Article 27

La journée de transfert entre deux établissements ainsi qu'en direction ou en provenance d'un établissement partie à la convention vaudoise d'hospitalisation est facturée uniquement par l'établissement qui reçoit la personne.

Chapitre VIII — Organisation administrative et procédure

Commission d'hébergement médico-social

Article 28

La gestion de l'ensemble des questions financières et administratives découlant de l'application de la présente convention relève de la Commission d'hébergement médico-social (ci-après : CHMS) instituée par Accord du 24 août 1999 et ses modifications ultérieures. Cet Accord figure à titre informatif à l'annexe 4 de la convention.

Litiges

Article 28 bis

En cas de différend entre les parties contractantes, celles-ci s'engagent à privilégier la discussion entre elles, ainsi que la conciliation au sein de la CHMS avant la saisine des autorités judiciaires. La CHMS est saisie par écrit du litige.

Chapitre IX — Fonds spéciaux

Fonds conventionnels

Article 29

[1] La gestion des relations financières et administratives découlant de la présente convention est réalisée à l'aide des Fonds suivants :

- Fonds de gestion relatif à l'hébergement médico-social (Fonds de gestion);
- Fonds servant à financer l'application d'une méthode d'évaluation des soins dans le canton de Vaud (Fonds Soins) ;
- Fonds servant à financer l'analyse des prestations socio-hôtelières des établissements médico-sociaux du canton de Vaud (Fonds SOHO);
- Fonds de formation (Fonds " Allocations de stage et Fonds Contribution HES ");
- Fonds de réinsertion ;
- Fonds « pertes sur débiteurs » ;
- Fonds servant à financer l'encadrement de la formation duale des apprentis et les indemnités de stages des ASE en école dans les EMS et les divisions C d'hôpitaux dans le canton de Vaud (Fonds apprentis) ;
- Fonds de la Centrale cantonale d'information et de coordination psychiatriques (Fonds CCICp).

[2] Les règles administratives et financières qui régissent le fonctionnement des Fonds sont fixées par des accords, qui figurent à l'annexe 5 de la convention.

Chapitre X — Centrale d'encaissement

Association de la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois

Article 30

Les parties contractantes adhèrent à l'Association de la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (ci-après : la Centrale), qui est dotée de la personnalité juridique.

Tâches de la Centrale

Article 31

[1] La Centrale est chargée de la gestion des Fonds spéciaux, conformément aux Accords y relatifs.

[2] Le Département présente périodiquement un bilan à la DGCS ainsi qu'aux autres parties contractantes.

Chapitre XI — Statistiques

Information

Article 32

[1] Les établissements s'engagent à fournir à l'Etat les statistiques prévues par les réglementations fédérales et cantonales.

[2] Conformément au règlement du 7 mai 2008 fixant les normes relatives à la comptabilité, au contrôle des comptes et à l'analyse des établissements médico-sociaux, des lits de type C des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public, ainsi que des homes non médicalisés (RCCMS), les établissements fournissent leurs comptes annuels contrôlés en application des directives émises par les services de l'Etat. La mise à jour des directives existantes est soumise à consultation des parties contractantes.

[3] En cas de non-respect de dispositions prévues dans le RCCMS, le département peut exiger la restitution de tout ou partie de la participation financière accordée à un établissement sanitaire d'intérêt public, conformément à l'article 32f de la LPFES.

Chapitre XII — Dispositions finales

Annexes

Article 33

[1] La convention est complétée par ses annexes qui en font partie intégrante.

[2] L'annexe 1 bis est établie annuellement d'entente entre les parties.

Modification

Article 34

La convention ou les annexes peuvent être modifiées par voie d'avenant.

Entrée en vigueur et validité

Article 35

La présente convention entre en vigueur avec effet au [1er janvier 2020]. Elle est renouvelable tacitement d'année en année, sauf préavis écrit de l'une des parties transmis à l'ensemble des signataires pour le 1 juillet de l'année précédente.

Liste des annexes *:*

1. *Liste des établissements signataires ;*

1bis Liste des montants et des participations pour l'année 2020 ;

2. *Liste des tarifs journaliers par établissements pour l'année 2020 ;*
3. *Circulaire du 5 décembre 2007 du SASH et de la CCVD et formules adhoc ;*
4. *Accord du 24 août 1999 ;*
5. *Accords relatifs aux Fonds mentionnés à l'art. 29 de la présente convention.*

ETAT DE VAUD

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

La cheffe du département

R. Ruiz

ASSOCIATION VAUDOISE D'INSTITUTIONS MÉDICO-PSYCHO-SOCIALES

Le président — Le secrétaire général

P. -Y. Remy — F. Sénéchaud

FÉDÉRATION PATRONALE DES EMS VAUDOIS

Le président — Le secrétaire général

A. Pasquali — O. Mottier

ASSOCIATION VAUDOISE DES ORGANISATIONS PRIVÉES POUR PERSONNES EN DIFFICUTÉ

Le président — La secrétaire générale

T. Gratier — C. Staub

FÉDÉRATION DES HÔPITAUX VAUDOIS

La présidente — La secrétaire générale

C. Labouchère — P. Albisetti

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS

Le directeur général — Le directeur général adjoint

Ph. Eckert — O. Peters

Lausanne, le 2 octobre 2020

Annexe 1 bis : Montants et participations 2020

dans le cadre de la Convention SOHO

La présente annexe est valable du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020.

En cas de modification des montants et des participations, la présente annexe fera l'objet d'une mise à jour.

Art. 8 Court séjour :

Al. 4 : le subside incitatif versé aux établissements par l'Etat est de CHF 20.- pour chaque journée de court séjour réalisée ;

Al. 5 : Le montant supplémentaire versé aux établissements par l'Etat est de CHF 43.- par jour ;

Al. 6 : le subside incitatif versé aux établissements par l'Etat est de CHF 70.- pour chaque journée de court séjour réalisée.

Art. 13 Rétrocessions par les établissements aux Fonds mentionnés à l'art. 29 :

Les établissements sont tenus de rétrocéder sur les frais journaliers perçus :

a) Fr. 0.70 par jour destiné à alimenter le Fonds de gestion ;
b) Fr. 0.22 par jour destinée à alimenter le Fonds soins[1] ;
c) Fr. 0.05 par jour destiné à alimenter le Fonds SOHO ;
d) Fr. 0.80 par journée aux Fonds de formation ;
e) Fr. 0.40 par jour destiné à alimenter le Fonds de réinsertion ;
f) Fr. 0.10 par jour destiné à alimenter le Fonds pertes sur débiteurs ;
g) Fr. 3.20 par jour destiné à alimenter le Fonds apprentis et stagiaires ASE.

Art. 13bis Contributions aux cotisations aux réseaux :

Al. 2 : Pour 2020, les montants des contributions aux cotisations aux réseaux sont les suivants :

Réseaux	Montant en francs par journées ; Gériatrie et	Montant en francs par journées ; Psychiatrie

[1] Fonds servant à financer l'application d'une méthode d'évaluation des soins dans le canton de Vaud.

	psychiatrie de l'âge avancée	adulte
Réseau Santé La Côte (RSLC)	1.03	0.05
Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)	1.05	0.17
Réseau Santé Haut Léman (RSHL)	0.87	0.20
Réseau Santé Nord Broye (RSNB)	0.86	0.00

Art. 13ter Contribution spécifique aux coûts de la CCICP :

Al. 2 : En 2020, la contribution en francs par jour est de CHF 0.45.

Art. 15 Bénéficiaires de l'allocation pour impotence :

Al. 3 : les montants des allocations mensuelles pour impotent de l'AVS sont les suivants :

- pour une impotence grave (dans un home ou à domicile)	Fr. 948.-
- pour une impotence moyenne (dans un home ou à domicile)	Fr. 593.-
- pour une impotence faible (uniquement à domicile)	Fr. 237.-

Al. 3 bis : - Fr. 31.60 en cas d'impotence grave ;
- Fr. 19.80 en cas d'impotence moyenne ;
- Fr. 7.90 en cas d'impotence faible.

Al. 4 : Les montants des allocations mensuelles pour impotent de l'AI sont les suivants:

	Dans un home	A domicile
- pour une impotence grave	Fr. 474.-	Fr. 1'896.-
- pour une impotence moyenne	Fr. 296.-	Fr. 1'185.-
- pour une impotence faible	Fr. 119.-	Fr. 474.-

Al. 4 bis : - Fr. 15.80 en cas d'impotence grave ;
- Fr. 9.90 en cas d'impotence moyenne ;
- Fr. 4.00.- en cas d'impotence faible.

Al. 4 ter : - Fr. 63.20 en cas d'impotence grave ;
- Fr. 39.50 en cas d'impotence moyenne ;
- Fr. 15.80 en cas d'impotence faible.

Al. 5 : Les montants mensuels d'allocation pour impotent de la LAA sont les suivants :

- pour une impotence grave	Fr. 2'436.-
- pour une impotence moyenne	Fr. 1'624.-
- pour une impotence faible	Fr. 812.-

Al. 5 bis : - Fr. 81.20 en cas d'impotence grave :
- Fr. 54.15 en cas d'impotence moyenne ;
- Fr. 27.10 en cas d'impotence faible.

Art. 16 Subvention aux CAT :

Al. 2 : La subvention de l'Etat est fixée à CHF 46.25 par journée équivalente.

Art. 17 Contribution à la formation :

Al. 2 : La contribution est fixée à CHF 200'000.-.

Art. 22 Transfert en division A ou B d'un établissement hospitalier :

Al. 1 : Le montant est de CHF 15.- (art. 104 al. 1er OAMal).

Art. 23 Absence provisoire :

Al. 2, 1er tiret : Le montant est de CHF 20.- . En cas de nécessité, notamment en cas d'exclusion, et uniquement pour les EPSM, ce montant peut être porté à CHF 25.-.

AVS AI

Allocations pour impotent de l'AI

Etat au 1er janvier 2021

En bref

L'allocation pour impotent a pour but de permettre aux personnes handicapées de vivre de manière indépendante. Cette prestation sert à couvrir les frais de l'assuré qui, en raison d'une atteinte à la santé, doit recourir à l'aide régulière de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne, pour faire face aux nécessités de la vie ou pour entretenir des contacts sociaux. Le montant de l'allocation varie en fonction du degré d'impotence et diffère selon que l'assuré réside dans un home ou vit à domicile.

Ce mémento informe les assurés sur leur droit à l'allocation pour impotent et sur le montant de celle-ci.

Droit aux allocations pour impotent

Quand une personne est-elle considérée comme impotente ?

Une personne est considérée comme impotente lorsque, en raison d'une atteinte à sa santé, elle a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, manger, etc.) ou nécessite une surveillance personnelle.

Sont également considérés comme impotents les assurés majeurs qui vivent chez eux et ont besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cela signifie qu'en raison d'une atteinte à la santé, l'assuré

- ne peut vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'un tiers,
- ne peut faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'un tiers, ou
- risque sérieusement de s'isoler durablement du monde extérieur.

Pour percevoir ce type d'allocation, les personnes atteintes uniquement dans leur santé psychique doivent bénéficier au moins d'un quart de rente AI.

Les assurés qui présentent une grave atteinte aux organes sensoriels peuvent aussi avoir droit à une allocation pour impotent.

Dans quelles circonstances ai-je droit à une allocation pour impotent ?

Vous devez remplir les conditions suivantes pour avoir droit à une allocation pour impotent :

- Vous êtes assuré/e et domicilié/e en Suisse.
- Vous souffrez d'une impotence grave, moyenne ou faible.
- Vous n'avez pas droit à une allocation pour impotent de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire.

Quand mon droit prend-il naissance et quand s'éteint-il ?

Le droit à l'allocation pour impotent naît au plus tôt au terme du délai de carence d'une année.

Il s'éteint lorsque vous ne remplissez plus les conditions du droit. Si vous percevez une rente AVS anticipée ou si vous avez atteint l'âge ordinaire de la retraite, le droit à l'allocation pour impotent de l'AI s'éteint. Vous avez alors droit à une allocation pour impotent de l'AVS, pour autant que l'impotence persiste. Le droit à l'allocation s'éteint également avec le décès de l'ayant droit.

Vous trouverez de plus amples informations sur l'allocation pour impotent de l'AVS dans le mémento *3.01 – Rentes de vieillesse et allocations pour impotent de l'AVS*.

Quand le versement débute-t-il ?

Si vous présentez votre demande plus d'une année après la naissance du droit, l'allocation pour impotent vous est versée au maximum pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

Quel est le montant de l'allocation pour impotent ?

Le montant de l'allocation pour impotent diffère si vous résidez dans un home (plus de 15 jours par mois) ou si vous vivez chez vous :

Impotence	Assuré vivant dans un home CHF par mois	chez lui CHF par mois
faible	120	478
moyenne	299	1 195
grave	478	1 912

L'allocation pour impotent ne dépend ni de votre revenu ni de votre fortune.

Lorsque vous serez au bénéfice d'une rente AVS, vous toucherez une allocation d'impotent de l'AVS au moins égale à celle de l'AI (garantie des droits acquis).

Quand l'allocation pour impotent est-elle suspendue ?

L'allocation pour impotent est suspendue pour chaque mois civil entier que vous passez dans un établissement hospitalier ou si vous séjournez plus de 24 jours dans une institution pour une mesure de réadaptation.

Assurés mineurs

Dans quelles circonstances ai-je droit à une allocation pour impotent ?

Les assurés mineurs peuvent également bénéficier d'une allocation pour impotent. La première année après la naissance, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance dès qu'il est vraisemblable que l'impotence durera plus de douze mois. Une allocation pour impotent est versée pour les jours où votre enfant :

- passe la nuit à domicile ou
- séjourne dans un home, pour autant que vous supportiez vous-même les coûts du séjour. Dans ce cas, l'allocation pour impotent correspond à un quart du montant.

Le droit à l'allocation pour impotent de l'AI est supprimé pour chaque mois civil entier que votre enfant passe dans un établissement hospitalier, sauf si ce dernier atteste que votre présence est nécessaire. Le séjour dans une institution pour l'exécution de mesures de réadaptation ne donne pas droit à une allocation pour impotent.

Le montant de l'allocation pour impotent est calculé par jour :

Impotence	CHF par jour	CHF par mois
faible	15.95	478.00
moyenne	39.85	1 195.00
grave	63.75	1 912.00

Dans quelles circonstances ai-je droit à un supplément pour soins intenses ?

Si, en tant que mineur, vous avez besoin d'un surcroît d'aide d'au moins quatre heures en moyenne durant la journée, vous avez droit, à certaines conditions, à un supplément pour soins intenses.

Celui-ci est déterminé en fonction du surcroît de temps nécessaire aux soins par rapport à un mineur du même âge en bonne santé.

Temps nécessaire aux soins	Supplément pour soins intenses	
	CHF par jour	CHF par mois
au moins 4 heures	31.85	956.00
au moins 6 heures	55.75	1 673.00
au moins 8 heures	79.65	2 390.00

Le supplément pour soins intenses n'est versé que pour les jours où votre enfant a droit à une allocation pour impotent.

Contribution d'assistance

Dans quels cas puis-je demander une contribution d'assistance ?

Si vous êtes bénéficiaire d'une allocation pour impotent et que vous vivez ou souhaitez vivre chez vous, vous pouvez demander une contribution d'assistance.

Vous trouverez de plus amples informations dans le mémento *4.14 – Contribution d'assistance de l'AI*.

Renseignements et autres informations

Ce mémento ne fournit qu'un aperçu général. Pour le règlement des cas individuels, seules les dispositions légales font foi. Les offices AI, les caisses de compensation et leurs agences fournissent volontiers les renseignements souhaités. Vous trouverez la liste complète de vos interlocuteurs sur le site *www.avs-ai.ch*.

Publié par le Centre d'information AVS/AI en collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales.

Edition décembre 2020. Toute reproduction, même partielle, n'est autorisée qu'avec l'accord écrit du Centre d'information AVS/AI.

Ce mémento peut être obtenu auprès des caisses de compensation et de leurs agences ainsi qu'auprès des offices AI. Numéro de commande 4.13/f. Il est également disponible sous *www.avs-ai.ch*.

4.13-21/01-F

AVS AI

Prestations de l'assurance-invalidité (AI)

Etat au 1er janvier 2022

En bref

Toutes les personnes qui résident en Suisse ou qui y exercent une activité lucrative sont obligatoirement assurées à l'AI. A certaines conditions, les citoyens suisses et les ressortissants d'Etats de l'UE et de l'AELE ayant précédemment résidé en Suisse et résidant hors de l'UE ou de l'AELE peuvent s'affilier à l'assurance facultative.

Les prestations de l'AI visent :

- à prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à la détection et à l'intervention précoces et par des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates ;
- à compenser les conséquences économiques durables de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée ;
- à aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable ;
- à inciter les employeurs à occuper des personnes handicapées.

Le présent mémento informe les assurés, mais aussi leurs employeurs, sur les différentes prestations de l'assurance-invalidité.

Vous trouverez de plus amples informations concernant les prestations destinées aux enfants et aux jeunes dans le mémento *4.16 – Prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour les enfants et les jeunes*.

Droit aux prestations de l'AI

Qui a droit aux prestations de l'AI ?

Ont droit aux prestations de l'AI les assurés qui, en raison d'une atteinte à leur santé, sont limités partiellement ou totalement dans leur capacité de gain ou dans l'accomplissement de leurs travaux habituels. Cette atteinte doit être présumée à tout le moins durable. Les assurés de moins de 20 ans peuvent également bénéficier de prestations de l'AI lorsque, selon toute vraisemblance, l'atteinte à leur santé compromettra leur capacité de gain.

Peu importe que l'atteinte à la santé soit de nature physique, psychique ou mentale, ou qu'elle résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, mais il n'y a incapacité de gain que si ladite incapacité est objectivement insurmontable.

Quelles prestations l'AI octroie-t-elle ?

L'AI octroie surtout des mesures de réadaptation. L'assuré doit collaborer activement à toute mesure, adaptée à son état de santé, prise en vue de son intégration dans la vie professionnelle. Lorsqu'une demande de rente ou de réadaptation a été déposée, la question du droit à une rente n'est examinée que si la capacité de gain ne peut être ni restaurée, ni maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles.

Détection précoce

Qu'est-ce que la détection précoce ?

La détection précoce des personnes en incapacité de travail ou menacées de l'être vise à empêcher qu'elles ne deviennent invalides. Elle donne à l'AI la possibilité d'agir dans une perspective de prévention.

La détection précoce permet de communiquer, par l'envoi d'un *formulaire* ad hoc à l'office AI compétent, les coordonnées de l'assuré, ainsi qu'une description de sa situation.

Qui peut faire l'objet d'une communication à la détection précoce ?

Les adolescents et les jeunes adultes entre 13 et 25 ans peuvent s'annoncer ou faire l'objet d'une communication à la détection précoce lorsqu'ils :

- sont menacés d'invalidité,
- n'ont pas encore exercé d'activité lucrative, et
- suivent une offre transitoire cantonale ou sont soutenus dans leur réadaptation professionnelle par une instance cantonale de coordination pour les jeunes.

Les jeunes ayant déjà exercé une activité lucrative et les adultes en incapacité de travail ou menacés de l'être peuvent également s'annoncer ou faire l'objet d'une communication en vue d'une détection précoce.

Qui peut adresser une communication à l'AI ?

Les personnes et institutions suivantes sont habilitées à adresser une communication à l'AI :

- l'assuré ou son représentant légal
- les membres de la famille faisant ménage commun avec l'assuré
- l'employeur de l'assuré
- le médecin traitant et le chiropraticien

- les autres assurances sociales (assurance-chômage, maladie, accidents, militaire, et institutions de prévoyance professionnelle)
- les entreprises d'assurance privées qui proposent des indemnités journalières en cas de maladie ou des rentes
- les autorités de l'aide sociale
- les instances et les organes d'exécution cantonaux chargés du soutien et de la promotion de la réadaptation professionnelle des jeunes

Elles obtiendront *le formulaire de demande* officiel auprès des offices AI ainsi que des caisses de compensation et de leurs agences, et peuvent aussi le télécharger sur le site *www.avs-ai.ch*.

Les personnes ou institutions qui veulent faire une communication doivent en informer préalablement l'assuré concerné.

Quel est le rôle de l'AI ?

L'office AI tire au clair la situation personnelle et professionnelle de l'assuré, en particulier les causes et les effets de l'incapacité de travail. Il peut inviter l'assuré, et au besoin son employeur, à un entretien de conseil.

L'office AI examine s'il est effectivement compétent, puis décide si l'assuré doit déposer une demande de prestations AI. Un dépôt trop tardif peut avoir pour effet la réduction de certaines prestations.

Dépôt de la demande

Où la demande doit-elle être présentée ?

Les assurés qui sollicitent des prestations de l'AI doivent déposer une demande auprès de l'office AI de leur canton de domicile. Ils obtiendront le *formulaire de demande* officiel auprès des offices AI ainsi que des caisses de compensation et de leurs agences, et peuvent aussi le télécharger sur le site *www.avs-ai.ch*.

Qui peut déposer la demande ?

L'assuré, son représentant légal, ou encore les autorités ou les tiers qui assistent régulièrement l'assuré ou prennent soin de lui de manière permanente, peuvent faire valoir le droit à des prestations de l'AI. L'assuré doit signer lui-même la demande de prestations, sauf s'il est empêché.

Quand faut-il déposer la demande ?

Il est important de déposer la demande très peu de temps après la survenance de l'atteinte à la santé, car un dépôt tardif peut déboucher sur la perte du droit aux prestations ou sur une réduction de celles-ci.

Intervention précoce

En quoi consistent les mesures d'intervention précoce ?

L'opportunité de mesures d'intervention précoce est examinée après réception de la demande. Le but de ces mesures est de maintenir l'assuré à son poste de travail ou de lui en trouver un nouveau, dans la même entreprise ou dans une autre.

Pour les adolescents et jeunes adultes entre 13 et 25 ans, les mesures d'intervention précoce servent également à faciliter l'accès à une formation professionnelle initiale.

La rapidité d'intervention peut, selon les circonstances, prévenir une altération de l'état de santé et empêcher que l'assuré ne soit complètement ou partiellement exclu du monde du travail.

Les mesures ordonnées sont limitées dans le temps et leur montant est plafonné. Entrent surtout en ligne de compte :

pendant la scolarité obligatoire, à partir de l'âge de 13 ans :

- l'orientation professionnelle,
- le placement (aide à la recherche d'une place de formation).

pour les jeunes après la scolarité obligatoire et les adultes :

- l'adaptation du poste de travail,
- les cours de formation,
- le placement,
- l'orientation professionnelle,
- la réadaptation socioprofessionnelle,
- les mesures d'occupation,
- les conseils et suivi.

Qu'est-ce qu'un état des lieux ?

Avant de décider de telles mesures, l'AI dresse un état des lieux, en y associant éventuellement l'employeur et/ou d'autres partenaires (école, assurance-chômage, assureur accidents, assureur perte de gain, aide sociale, etc.). Un plan de réadaptation, fondé sur le résultat de ce bilan, est établi. Il engage les parties concernées. Une décision de principe sera prise dans les douze mois suivant la réception de la demande.

Qu'est-ce qu'une décision de principe ?

La décision de principe établit si l'assuré a droit à des mesures de réadaptation, si le droit à la rente est examiné ou s'il n'a pas droit à des prestations de l'AI.

L'assuré a-t-il droit à des indemnités journalières de l'AI ?

Non. La période consacrée à la détection et à l'intervention précoces ne donne pas lieu à des indemnités journalières de l'AI.

Peut-on revendiquer le droit à des mesures d'intervention précoce ?

Non. Les mesures d'intervention précoce ne constituent pas un droit dont on peut se prévaloir.

Vous trouverez de plus amples informations dans le mémento *4.12 – Conseils axés sur la réadaptation, détection et intervention précoces.*

Conseils et suivi

Que représentent les conseils et suivi ?

Les conseils et suivi permettent à l'office AI d'entretenir un contact régulier avec l'assuré avant, pendant et entre les mesures, pendant l'examen du droit à la rente et pendant une période de trois ans après la dernière mesure de réadaptation. Le but est, d'optimiser le processus de réadaptation. L'employeur de l'assuré peut également bénéficier des conseils et suivi.

Mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle

En quoi consistent les mesures de réinsertion ?

Les mesures de réinsertion servent de passerelle entre l'intégration sociale et la réinsertion professionnelle. Elles servent à préparer aux mesures d'ordre professionnel ou à une prise d'emploi sur le marché primaire du travail. Elles concernent particulièrement les assurés dont la capacité de travail est limitée pour des raisons d'ordre psychique. Pendant la durée des mesures de réinsertion, l'assuré est conseillé et suivi par l'office AI, qui en vérifie l'efficacité.

Il existe trois types de mesures de réinsertion :

- les mesures socioprofessionnelles
- les mesures d'occupation
- les mesures de réinsertion destinées aux jeunes

En quoi consistent les mesures socioprofessionnelles ?

Les mesures socioprofessionnelles comprennent les activités suivantes :

- l'entraînement progressif
- l'entraînement au travail

Par entraînement, on entend l'accoutumance au processus de travail, la stimulation de la motivation, la stabilisation de la personnalité, la socialisation de base et le développement de la capacité de travail.

En quoi consistent les mesures d'occupation ?

Les mesures d'occupation servent à préserver la structuration de la journée et à maintenir la capacité de travail résiduelle de l'assuré jusqu'au moment où il pourra suivre des mesures d'ordre professionnel ou intégrer un nouveau poste sur le marché primaire du travail. Elles font en principe suite à une mesure socioprofessionnelle.

Que représentent les mesures de réinsertion destinées aux jeunes ?

Les mesures de réinsertion destinées aux jeunes préparent les personnes de moins de 25 ans, après la scolarité obligatoire, en particulier à une formation professionnelle initiale.

Qui a droit à des mesures de réinsertion ?

Les mesures de réinsertion sont destinées :

- aux personnes en incapacité de travail d'au moins 50 % depuis six mois au moins,
- aux jeunes de moins de 25 ans qui n'ont jamais exercé d'activité lucrative et sont menacés d'invalidité.

Quand l'assuré a-t-il droit à des mesures de réinsertion ?

Le droit à des mesures de réinsertion prend naissance au plus tôt à la date de dépôt de la demande.

Les jeunes n'ont droit à des mesures de réinsertion que lorsqu'ils ont achevé leur scolarité obligatoire.

Mesures d'ordre professionel

Que sont les mesures d'ordre professionel ?

Les mesures d'ordre professionel ont pour objectif de rétablir, d'améliorer ou de maintenir la capacité de gain des assurés. Elles comprennent :

- l'orientation professionnelle
- la formation professionnelle initiale
- le reclassement
- le placement
- l'aide en capital

Qui a droit à l'orientation professionnelle ?

Les assurés qui, en raison de leur invalidité, éprouvent des difficultés à choisir une profession ou à exercer leur activité antérieure ont droit à l'orientation professionnelle.

Quels frais l'AI prend-elle en charge lors d'une formation professionnelle initiale ?

L'assuré a doit à une formation professionnelle initiale s'il a arrêté son choix professionnel et n'a pas encore exercé d'activité lucrative.

Dans ce cas, l'AI prend en charge les frais supplémentaires occasionnés par son invalidité. Les formations professionnelles initiales comprennent par exemple les apprentissages avec certificat fédéral de capacité (CFC), les attestations fédérales de formation professionnelle (AFP) ou les écoles

de culture générale, les gymnases et les hautes écoles. Les formations professionnelles continues et les préparations à un travail auxiliaire ou à une activité dans un atelier protégé sont, assimilées à une formation professionnelle initiale.

Quels frais l'AI prend-elle en charge pour un reclassement ?

L'AI prend en charge les frais de reclassement si, en raison de son invalidité, l'assuré ne peut plus exercer son activité antérieure ou ne peut plus le faire que très difficilement. L'AI assume aussi les frais de réentraînement dans la même profession.

L'assuré a-t-il droit au placement ?

Oui. L'assuré a droit au placement lorsqu'il a besoin de soutien pour conserver son emploi ou lorsque son atteinte à la santé limite considérablement sa recherche d'emploi.

Quand l'AI accorde-t-elle une aide en capital ?

À certaines conditions, l'AI octroie aussi un soutien financier sous forme d'aide en capital à l'assuré qui, en raison de son invalidité, doit développer une activité indépendante, ou pour financer les aménagements rendus nécessaires par l'invalidité dans son activité indépendante.

Quand le droit à des mesures d'ordre professionnel prend-il naissance ?

Le droit à des mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré a déposé sa demande et dès que les conditions d'octroi sont remplies.

Employeurs

Quelles incitations existent pour l'employeur ?

La réadaptation de personnes handicapées et leur insertion dans le marché du travail est aussi encouragée par des incitations qui s'adressent aux employeurs.

Dans ce but, l'AI a à sa disposition les mesures spécifiques suivantes :

- les conseils et suivi
- la contribution à l'employeur dans le cadre de mesures de réinsertion
- le placement à l'essai

- la location de services
- l'allocation d'initiation au travail
- l'indemnité en cas d'augmentation des cotisations

L'employeur d'un assuré en formation (formation professionnelle initiale ou reclassement) peut en outre bénéficier, sous certaines conditions, d'une indemnité visant à compenser la charge supplémentaire liée à l'encadrement de l'assuré. Lors d'une formation professionnelle initiale, l'AI finance la charge salariale sous la forme d'indemnités journalières.

Quand l'employeur peut-il bénéficier de contributions dans le cadre de mesures de réinsertion ?

Lors de l'exécution d'une mesure de réinsertion dans son entreprise, l'employeur peut toucher une contribution maximale de 100 francs par jour de présence de l'assuré, lorsque l'encadrement de ce dernier lui occasionne une charge de travail supplémentaire.

Qu'est-ce qu'un placement à l'essai ?

Le placement à l'essai permet d'employer des personnes dans des entreprises, afin qu'elles puissent démontrer leurs compétences sur le marché primaire du travail. L'employeur pourra ainsi tester leurs capacités pendant 180 jours au plus ; il n'est pas lié par un contrat de travail. L'assuré touche des indemnités journalières ou continue de percevoir sa rente AI. Le placement à l'essai fait l'objet d'une convention réglant les obligations entre les parties.

Comment fonctionne la location de services ?

L'assuré est engagé par un bailleur de services et travaille au sein d'une entreprise locataire de services du marché primaire du travail. La location de services donne simultanément à l'assuré la possibilité d'exercer une activité rémunérée sur le marché primaire du travail en acquérant de l'expérience professionnelle et à l'employeur la possibilité de tester les capacités de l'assuré en vue de lui proposer un éventuel poste de travail. Dans l'idéal, la location de services débouche sur un engagement définitif de l'assuré par l'employeur. Ce dernier bénéficie de la prise en charge par l'AI des frais administratifs de la location de services.

Quand une allocation d'initiation au travail est-elle octroyée ?

Une allocation d'initiation au travail est versée à l'employeur si l'assuré, au début des rapports de travail, ne présente pas encore la productivité at-

tendue au terme de la période de mise au courant. Cette allocation s'élève au plus au salaire mensuel brut versé à l'assuré, mais elle ne peut dépasser le montant maximal de l'indemnité journalière. Les charges sociales patronales y sont incluses. L'allocation d'initiation au travail est versée pendant 180 jours au maximum. Elle peut être versée dans le cadre de rapports de travail de durée indéterminée ou d'une durée déterminée d'une année au moins.

Quand une indemnité en cas d'augmentation des cotisations est-elle versée ?

Une indemnité en cas d'augmentation des cotisations à la prévoyance professionnelle obligatoire ou à l'assurance d'indemnités journalières maladie peut être octroyée à l'employeur, si l'assuré est à nouveau en incapacité de travail dans les trois ans suivant le placement pour des raisons de santé et si les rapports de travail, au moment de la nouvelle incapacité de travail, ont duré plus de trois mois. Les absences doivent totaliser au moins 15 jours par année civile. L'indemnité est versée à partir du 16e jour.

Mesures de nouvelle réadaptation

En quoi consistent les mesures de nouvelle réadaptation ?

Des mesures dites de nouvelle réadaptation peuvent à tout moment être mises en œuvre afin d'améliorer la capacité de gain des bénéficiaires d'une rente AI. Ces mesures comprennent les mesures de réinsertion, les mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires. Les personnes assurées et, le cas échéant, leurs employeurs, ont droit à des conseils et suivi. Ceux-ci peuvent être octroyés à l'assuré et à son employeur lors d'une révision de rente ou pendant la participation à des mesures et jusqu'à trois ans au plus après une décision de réduction ou de suppression de rente.

Quelles prestations sont versées ?

Pendant la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation, la rente continue à être versée en lieu et place des indemnités journalières. Dans des cas particuliers, une indemnité journalière supplémentaire de l'AI peut être versée à l'assuré. Après réduction ou suppression de la rente, une prestation en espèce équivalente à l'ancienne rente (prestation transitoire) peut être versée à certaines conditions si l'assuré présente une nouvelle diminution de la capacité de travail pour raison de santé dans un délai de trois ans.

Pour plus d'informations sur les conseils et suivi, les mesures de réinsertion, les mesures d'ordre professionnel, les mesures de soutien aux employeurs et les mesures de nouvelle réadaptation, veuillez consulter le mémento *4.09 – Mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'AI*.

Mesures médicales

Quelles mesures l'AI prend-elle en charge pour les assurés de moins de 20 ans présentant une infirmité congénitale ?

Pour les assurés de moins de 20 ans présentant une infirmité congénitale, l'AI prend en charge toutes les mesures médicales nécessaires au traitement de celle-ci, sans tenir compte de la capacité de gain future. Les maladies réputées infirmités congénitales et donnant droit à des prestations de l'AI sont énumérées dans une ordonnance accessible à l'adresse suivante : *https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19850317/index.htm*.

L'AI n'octroie pas de mesures médicales aux assurés de plus de 20 ans pour le traitement d'infirmités congénitales. Les frais de traitement sont à la charge de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents.

Quand l'AI prend-elle en charge les coûts de mesures médicales à des fins de réadaptation ?

L'AI prend en charge les coûts de mesures médicales pour les assurés de moins de 20 ans qui sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels. Lorsqu'un assuré participe à une mesure d'ordre professionnel, il a droit à des mesures médicales jusqu'à la fin de la mesure d'ordre professionnel mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.

Dans ce contexte, l'AI peut assumer les frais des mesures suivantes :

- les traitements médicaux ambulatoires ou hospitaliers en division commune
- les traitements dispensés par du personnel paramédical (physiothérapie, etc.)
- les médicaments reconnus
- les appareils de traitement

Quand le droit aux mesures médicales prend-il naissance ?

Le droit à des mesures médicales prend naissance dès qu'elles sont nécessaires compte tenu de l'âge et de l'état de santé de l'assuré.

Moyens auxiliaires

Quels moyens auxiliaires sont pris en charge par l'AI dans le domaine professionnel ?

L'AI prend en charge les frais des moyens auxiliaires dont l'assuré a besoin en raison de son invalidité pour

- exercer une activité lucrative,
- accomplir ses travaux habituels,
- fréquenter une école,
- suivre une formation,
- à des fins d'accoutumance fonctionnelle.

Ces moyens auxiliaires sont, par exemple :

- des véhicules à moteur
- des dispositifs servant à l'aménagement du poste de travail
- des modifications architecturales effectuées sur le lieu de travail

Les frais de prothèses dentaires, de lunettes ou de supports plantaires ne sont pris en charge par l'AI que dans le contexte de mesures médicales de réadaptation.

Vous trouverez de plus amples informations dans les mémentos *4.03 – Moyens auxiliaires de l'AI* et *4.07 – Véhicules à moteur de l'AI*.

Quels moyens auxiliaires sont pris en charge par l'AI sans égard à la capacité de gain ?

Les assurés ont également droit aux moyens auxiliaires qui leur sont nécessaires pour gérer leur quotidien avec un maximum d'indépendance et d'autonomie. En font notamment partie les moyens auxiliaires qui permettent à l'assuré de se déplacer ou d'établir des contacts avec son entourage.

Vous trouverez de plus amples informations dans les mémentos *4.03 – Moyens auxiliaires de l'AI*, *4.07 – Véhicules à moteur de l'AI* et *4.08 – Appareils auditifs de l'AI*.

Frais de voyage

Quand l'AI prend-elle en charge les frais de voyage ?

L'AI ne rembourse, en règle générale, que les frais des transports publics pour les voyages en Suisse nécessités par l'examen du bien-fondé de la demande ou l'exécution de mesures de réadaptation et, sous certaines conditions, les frais de nourriture et de logement.

Vous trouverez de plus amples informations dans le mémento *4.05 – Remboursement des frais de voyage dans l'AI.*

Indemnités journalières

Quand l'AI verse-t-elle des indemnités journalières ?

En règle générale, l'AI verse des indemnités journalières aux assurés qui exerçaient une activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à leur santé et qui suivent des mesures de réadaptation ou pendant l'exécution des mesures d'instruction. Ces indemnités sont destinées à garantir leur entretien et celui des membres de leur famille durant la réadaptation.

Dans certains cas, par exemple lorsque l'invalidité n'entraîne pas de perte de gain ou que l'assuré touche une rente, il se peut que l'AI n'accorde pas d'indemnité journalière.

L'AI verse des indemnités journalières aux jeunes assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative et qui suivent avec son soutien une formation professionnelle initiale, pour autant qu'ils remplissent les conditions requises.

Quand le droit aux indemnités journalières prend-il naissance et quand s'éteint-il ?

Le droit aux indemnités journalières prend naissance le premier jour du mois qui suit celui où l'assuré atteint l'âge de 18 ans. Il s'éteint au plus tard à la fin du mois qui précède la naissance du droit à une rente de vieillesse.

Les jeunes assurés suivant une formation professionnelle initiale ont droit à des indemnités journalières dès le début de leur formation, même s'ils n'ont pas atteint l'âge de 18 ans. Le droit s'éteint avec la fin de la formation.

Allocation pour frais de garde et d'assistance

Qui peut avoir droit à des allocations pour frais de garde et d'assistance, et quand ?

Les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative n'ont pas droit à des indemnités journalières. En revanche, ils touchent une allocation si l'assurance leur a octroyé des mesures de réadaptation qui durent plus de deux jours de suite et qu'il en résulte des frais supplémentaires attestés pour la garde des enfants ou l'assistance des membres de la famille qui vivent dans le même ménage :

- enfants de moins de 16 ans,
- enfants recueillis de moins de 16 ans,
- parents en ligne ascendante et descendante et
- frères et sœurs ayant droit à une allocation de l'AVS ou de l'AI pour impotence moyenne ou grave.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le mémento *4.02 – Indemnités journalières de l'AI.*

Rente d'invalidité

Quand le droit à une rente d'invalidité prend-il naissance ?

Une rente d'invalidité n'est allouée qu'après examen des possibilités de réadaptation.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 %, en moyenne, sans interruption notable pendant toute une année et qu'au terme de cette année, une incapacité de gain de 40 % au moins perdure.

La rente est versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à partir du dépôt de la demande, mais pas avant le mois qui suit celui où l'assuré atteint l'âge de 18 ans.

Comment l'AI évalue-t-elle le taux d'invalidité ?

L'office AI évalue le taux d'invalidité des personnes actives en procédant à une comparaison des revenus.

Il calcule d'abord le revenu que l'assuré pourrait obtenir de son activité lucrative s'il n'était pas atteint dans sa santé. Il déduit ensuite de ce mon-

tant le revenu que l'assuré pourrait vraisemblablement réaliser, malgré son atteinte à la santé, après avoir bénéficié de mesures de réadaptation. Le résultat de cette opération est le manque à gagner, en d'autres termes la perte de gain due à l'invalidité.

Cette dernière, exprimée en pourcentage, indique le taux d'invalidité. L'invalidité des personnes non actives (par ex. les personnes qui s'occupent du ménage) est évaluée en fonction des difficultés qu'elles rencontrent pour accomplir leurs travaux habituels.

Quel est le montant de la rente d'invalidité ?

Le taux d'invalidité détermine quelle rente un assuré a droit :

Taux d'invalidité	Droit à la rente (en pourcentage d'une rente entière)
40 %	25 %
41 %	27.5 %
42 %	30 %
43 %	32.5 %
44 %	35 %
45 %	37.5 %
46 %	40 %
47 %	42.5 %
48 %	45 %
49 %	47.5 %
50-69 %	Le pourcentage de la rente correspond au taux d'invalidité[1].
70-100 %	100 % (rente entière)

[1] Exemple : un taux d'invalidité de 54 % entraîne un droit à une rente correspondant à 54 % d'une rente entière.

Un taux d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le mémento *4.04 – Rentes d'invalidité de l'AI.*

Allocation pour impotent

Qui a droit à une allocation pour impotent ?

Les assurés qui ont besoin de l'aide régulière d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller, faire sa toilette, manger, etc.) ou de soins constants, voire d'une surveillance personnelle, sont impotents au sens de l'AI. Ils ont droit à une allocation pour impotent

- s'ils sont domiciliés en Suisse,
- si l'impotence s'est manifestée sans interruption pendant au moins une année,
- s'ils ne bénéficient pas déjà d'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire.

Le versement rétroactif de l'allocation pour impotent ne peut être accordé que pour les douze mois qui précèdent la date à laquelle l'allocataire a fait valoir son droit.

Dans quelles circonstances un mineur a-t-il droit à une allocation pour impotent ?

Les mineurs peuvent toucher une allocation pour impotent dès leur naissance. Les enfants de moins d'un an ont droit à l'allocation dès qu'il est vraisemblable que l'impotence durera plus de douze mois.

Quand un supplément pour soins intenses est-il octroyé ?

Les mineurs qui nécessitent des soins intenses d'une durée supérieure à un seuil défini touchent, à certaines conditions, un supplément pour soins intenses. En règle générale, ce supplément n'est pas accordé en cas de séjour en home.

Quel est le montant de l'allocation pour impotent ?

Le montant de l'allocation pour impotent dépend du degré d'impotence (faible, moyenne ou grave). Il peut varier en fonction du lieu de résidence de l'assuré (en home, à domicile ou dans un établissement hospitalier).

Qui d'autre est encore réputé impotent ?

Sont également réputés impotents les assurés majeurs qui vivent chez eux et ont besoin durablement d'un accompagnement régulier pour faire face aux nécessités de la vie (prestations d'assistance permettant une vie autonome chez soi, accompagnement pour les activités hors du domicile ou pour parer au risque de perte de contact avec le monde extérieur).

Les assurés qui souffrent d'un handicap psychique uniquement n'ont droit à une allocation pour impotent que s'ils touchent une rente AI.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le mémento *4.13 – Allocations pour impotent de l'AI.*

Contribution d'assistance

Qui a droit à une contribution d'assistance ?

Un assuré majeur a droit à une contribution d'assistance qui couvre les prestations d'aide dont il a besoin

- s'il est au bénéfice d'une allocation pour impotents de l'AI,
- s'il vit à domicile.

Cette contribution finance un encadrement médico-social à domicile et vise à couvrir les coûts salariaux dus à l'engagement d'une personne qui fournit les prestations d'aide nécessaires à l'assuré. L'assuré est ainsi l'employeur de la personne (assistant) qui lui fournit une prestation.

Des conditions particulières s'appliquent pour les mineurs et pour les personnes majeures dont la capacité d'exercice des droits civils est restreinte.

Quelles sont les particularités de cette prestation ?

L'aide apportée doit être fournie régulièrement par une personne qui remplit les conditions suivantes :

- Elle est engagée sur la base d'un contrat de travail par l'assuré ou par son représentant légal.
- Elle n'est pas mariée avec l'assuré, ne vit pas sous le régime du partenariat enregistré ni ne mène une vie de couple avec lui.
- Elle n'est pas parent en ligne directe de l'assuré.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le mémento *4.14 – Contribution d'assistance de l'AI.*

Fin des prestations

Quand le droit aux prestations s'éteint-il ?

Le droit aux prestations s'éteint à la fin du mois au cours duquel

- l'invalidité n'est plus reconnue,
- l'assuré a droit à une rente de vieillesse, à une rente de survivant d'un montant supérieur à celui de la rente AI ou anticipe la perception de sa rente de vieillesse,
- l'ayant droit décède.

Prestations complémentaires

Qui peut demander des prestations complémentaires ?

Les personnes qui ont droit à une rente, à une allocation pour impotent ou à des indemnités journalières de l'AI pendant six mois au moins peuvent solliciter des prestations complémentaires si leur revenu n'atteint pas le seuil minimal légal. Les prestations complémentaires constituent un droit garanti par la loi ; elles ne représentent en aucun cas des prestations d'aide sociale.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans les mémentos *5.01 – Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI* et *5.02 – Votre droit aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI*.

Ressortissants étrangers

Quelles dispositions supplémentaires s'appliquent ?

Des dispositions supplémentaires applicables aux ressortissants étrangers figurent dans les conventions de sécurité sociale conclues entre la Suisse et des pays tiers. Sont concernés les ressortissants des Etats suivants :

Etats membres de l'UE ou de l'AELE, Australie, Bosnie et Herzégovine, Brésil, Canada/Québec, Chili, Chine (ne concerne que l'assujettissement), Corée du Sud (ne concerne que l'assujettissement), Etats-Unis d'Amérique, Inde (ne concerne que l'assujettissement), Israël, Japon, Kosovo, Macédoine du Nord, Monténégro, Philippines, Royaume-Uni, Saint-Marin, Serbie, Turquie et Uruguay.

Sont membres de l'UE* les Etats ci-après :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et Suède.

Sont membres de l'AELE : l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

Ces dispositions supplémentaires sont aussi applicables aux personnes ayant le statut de réfugié ou d'apatride.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans les mémentos du domaine International (*www.avs-ai.ch*).

* L'expression «Etats membres de l'Union européenne» désigne les Etats auxquels s'applique l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse et l'Union européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes).

Renseignements et autres informations

Ce mémento ne fournit qu'un aperçu général. Pour le règlement des cas individuels, seules les dispositions légales font foi. Les offices AI, les caisses de compensation et leurs agences fournissent volontiers les renseignements souhaités. Vous trouverez la liste complète de vos interlocuteurs sur le site *www.avs-ai.ch*.

Publié par le Centre d'information AVS/AI en collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales.

Edition décembre 2021. Toute reproduction, même partielle, n'est autorisée qu'avec l'accord écrit du Centre d'information AVS/AI.

Ce mémento peut être obtenu auprès des caisses de compensation et de leurs agences ainsi qu'auprès des offices AI. Numéro de commande 4.01/f. Il est également disponible sous *www.avs-ai.ch*.

4.01-22/01-F

AVS AI

Rentes d'invalidité de l'AI

Etat au 1er janvier 2022

En bref

Ont droit à des prestations de l'assurance-invalidité (AI) les personnes assurées qui, en raison d'une atteinte à leur santé, sont limitées partiellement ou totalement dans leur capacité de gain ou dans l'accomplissement de leurs travaux habituels. Cette atteinte à la santé doit présenter un caractère durable. Elle peut être de nature physique, psychique ou mentale, ou résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Les personnes assurées de moins de 20 ans peuvent également bénéficier de prestations de l'AI si, selon toute vraisemblance, l'atteinte à leur santé compromettra leur capacité de gain.

Le présent mémento vous informe sur le dépôt de la demande, le droit, le calcul et la révision de la rente d'invalidité de l'AI.

Demande de prestations AI

Comment dois-je procéder pour bénéficier de prestations AI ?

Si vous sollicitez des prestations de l'AI, vous devez présenter au plus vite une demande auprès de l'office AI de votre canton de domicile. Le formulaire *001.001 – Demande de prestations AI pour adultes : Réadaptation professionnelles/Rente* peut être obtenu auprès des offices AI ainsi que des caisses de compensation et de leurs agences. Il est également disponible sur le site *www.avs-ai.ch*. Si vous avez accompli des périodes d'assurance en Suisse et dans un ou plusieurs Etats membres de l'UE ou de l'AELE, il vous suffit de présenter votre demande dans votre pays de domicile pour lancer la procédure dans tous les pays concernés.

Droit à la rente

Dans quelles circonstances ai-je droit à une rente ?

Vous ne pouvez prétendre à une rente AI que si votre capacité de gain ou votre capacité d'accomplir vos travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles.

A quelle rente ai-je droit ?

Le taux d'invalidité détermine à quelle rente une personne assurée a droit :

Taux d'invalidité	Droit à la rente (en pourcentage d'une rente entière)
40 %	25 %
41 %	27.5 %
42 %	30 %
43 %	32.5 %
44 %	35 %
45 %	37.5 %
46 %	40 %
47 %	42.5 %
48 %	45 %
49 %	47.5 %
50-69 %	Le pourcentage de la rente correspond au taux d'invalidité[1].
70-100 %	100 % (rente entière)

[1] Exemple : un taux d'invalidité de 54 % entraîne un droit à 54 % d'une rente entière.

Un taux d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Si vous remplissez à la fois les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité et d'une rente de survivants, vous percevrez une rente d'invalidité entière, quel que soit votre taux d'invalidité.

Quelles conditions dois-je remplir pour avoir droit à une rente ?

Vous avez droit à une rente AI :

- si vous ne pouvez pas, par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, rétablir, maintenir ou améliorer votre capacité de gain ou votre capacité d'accomplir des travaux habituels,
- si vous avez présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne, sans interruption notable pendant toute une année,
- et si, au terme de cette année, l'incapacité de gain de 40 % au moins perdure.

Quand le droit à une rente prend-il naissance ?

Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à partir du dépôt de la demande, mais pas avant le mois qui suit celui où vous avez atteint l'âge de 18 ans révolus.

Que se passe-t-il si mon droit à la rente est né avant le 1er janvier 2022 ?

Les rentes octroyées conformément au système par paliers de quarts de rente (¼, ½, ¾, rente entière) seront transférées, à certaines conditions, dans le nouveau système de rentes linéaire (cf. ch. 3). Ce changement aura lieu si, lors d'une révision de la rente, le taux d'invalidité subit une modification d'au moins cinq points de pourcentage. Les rentes des personnes assurées ayant déjà atteint l'âge de 55 ans au 1er janvier 2022 ne passeront pas au système de rentes linéaires.

Evaluation de l'invalidité

Comment l'AI évalue-t-elle le taux d'invalidité des personnes actives ?

Si vous exercez une activité lucrative, l'office AI calcule votre taux d'invalidité en procédant à une comparaison des revenus. Pour ce faire, il commence par évaluer le revenu de l'activité lucrative que vous pourriez obtenir en l'absence d'atteinte à la santé. Il déduit ensuite de ce montant le revenu que vous pourriez raisonnablement réaliser en dépit de vos problèmes de santé, après les mesures de réadaptation exigibles. Le résultat de cette opération est le manque à gagner, en d'autres termes la perte de gain due à l'invalidité. Exprimée en pourcentage, elle indique le taux d'invalidité.

Exemple :

Evaluation de l'invalidité	
Revenu sans invalidité	CHF 60 000.–
Revenu avec invalidité	CHF 20 000.–
Perte de gain	CHF 40 000.–
Taux d'invalidité :	= 67 % (arrondi)
100 x 40 000.– ÷ 60 000.–	= Rente AI avec une quotité de rente de 67 %.

Comment l'AI évalue-t-elle le taux d'invalidité des personnes sans activité lucrative ?

Si vous n'exercez pas d'activité lucrative (par ex. si vous vous occupez du ménage), on évalue dans quelle mesure votre invalidité vous empêche d'accomplir vos travaux habituels.

Comment l'AI évalue-t-elle le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint ?

Si votre taux d'occupation est inférieur à 100 % ou si vous exercez une activité non rémunérée dans l'entreprise de votre conjoint, l'invalidité, pour cette activité, est évaluée comme pour une personne active. Le temps non consacré au travail est supposé être utilisé pour l'accomplissement des travaux habituels. L'invalidité, pour cette activité, est évaluée comme pour les personnes sans activité lucrative, à savoir au moyen d'une comparaison des champs d'activité. Les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail

dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées, puis le taux d'invalidité est calculé d'après l'invalidité constatée dans les deux domaines d'activité.

Révision de la rente

Que se passe-t-il si mon taux d'invalidité change ?

Si le taux d'invalidité change d'au moins cinq points de pourcentage en raison d'une augmentation ou d'une diminution de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la rente est adaptée en conséquence. Une décision de maintien, de modification ou de suppression de la rente est rendue.

Quand le droit à une rente d'invalidité s'éteint-il ?

Le droit aux prestations s'éteint à la fin du mois au cours duquel :

- l'invalidité n'est plus reconnue,
- l'assuré fait valoir son droit à une rente anticipée, ou son droit à une rente de vieillesse ou à une rente de survivant d'un montant supérieur à celui de la rente AI prend naissance,
- l'ayant droit décède.

Quand ai-je droit à une rente ordinaire ?

Vous avez droit à une rente ordinaire si, lors de la survenance de l'invalidité (ch. 4), vous comptez au moins trois années entières de cotisations.

Vous comptez une année de cotisations :

- si vous avez payé des cotisations pendant une année au total, ou
- si votre conjoint, qui exerce une activité lucrative, a payé au moins le double de la cotisation minimale pendant une année, ou encore
- si vous pouvez prétendre à des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance pour une année au moins.

Mesures de nouvelle réadaptation

Quand des mesures de nouvelle réadaptation sont-elles octroyées ?

Des mesures dites de nouvelle réadaptation peuvent être octroyées à tout moment afin d'améliorer la capacité de gain des bénéficiaires d'une rente AI. Il s'agit de mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires. Les personnes assurées et, le cas échéant, leurs employeurs ont également droit à des conseils et au suivi. Cette mesure leur est octroyée pendant la procédure de révision de rente et pendant la participation à des mesures et peut être accordée jusqu'à trois ans après la diminution ou la suppression du droit à la rente.

A quelles indemnités ai-je droit pendant les mesures de nouvelle réadaptation ?

Pendant la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation, la rente continue à être versée en lieu et place des indemnités journalières. Dans des cas particuliers, des indemnités journalières de l'AI peuvent vous être versées en plus.

Quand la rente est-elle réexaminée ?

Le taux d'invalidité est réévalué à la fin des mesures de nouvelle réadaptation (ch. 7).

Prestation transitoire

Dans quelles circonstances ai-je droit à une prestation transitoire ?

Si votre rente a été diminuée ou supprimée

- suite à des mesures de nouvelle réadaptation, ou
- suite à la reprise d'un emploi, ou
- suite à une augmentation de votre taux d'occupation,

vous pouvez prétendre à une prestation transitoire, à condition que, dans les trois ans qui suivent (période de protection), vous présentiez une incapacité de travail de 50 % au moins qui se prolonge au-delà de 30 jours.

En cas de diminution de la rente, cette prestation équivaut en principe à la différence entre la rente en cours et l'ancienne rente.

En cas de suppression de la rente, elle équivaut en principe au montant de l'ancienne rente.

La prestation transitoire est versée à partir du mois où les conditions ci-dessus sont remplies. Au moment où elle est octroyée, une révision de rente est lancée afin de déterminer si votre taux d'invalidité s'est modifié. Le droit à la prestation transitoire s'éteint lorsque l'office AI a rendu sa décision sur le taux d'invalidité ou dès que l'incapacité de travail est inférieure à 50 %.

Coordination avec la prévoyance professionnelle

Quelle est l'institution de prévoyance compétente ?

Pendant la période de protection de trois ans (ch. 16), vous demeurez assuré/e auprès de l'institution de prévoyance qui vous servait des prestations d'invalidité. La rente AI peut être réduite par l'institution de prévoyance en fonction de la diminution du taux d'invalidité, mais uniquement dans la mesure où la réduction est compensée par le nouveau revenu de l'activité lucrative. Si vous présentez une incapacité de travail durant cette période de trois ans, vous devez en informer sans tarder cette institution de prévoyance, qui procédera à un nouveau calcul des prestations dues.

Si votre réinsertion professionnelle est réussie à l'échéance de la période de protection, l'institution de prévoyance compétente est alors celle du nouvel employeur, à laquelle l'ancienne transfère la prestation de libre passage.

Obligation d'informer

Dois-je communiquer les changements intervenus dans ma situation ?

Oui, vous devez communiquer sans délai à l'office AI tout changement significatif de votre situation personnelle, professionnelle et familiale ou de votre état de santé, car de tels changements peuvent influencer le droit aux prestations.

Rentes pour enfant

Ai-je droit à des rentes pour enfant ?

Oui, si vous bénéficiez d'une rente d'invalidité, vous avez également droit à une rente pour vos enfants :

- jusqu'à leur 18e anniversaire,
- jusqu'à la fin de leur formation, mais pas au-delà de 25 ans.

Les enfants recueillis gratuitement donnent aussi droit à une rente pour enfant. Les enfants recueillis après l'ouverture du droit à la rente de vieillesse ou d'invalidité ne donnent pas droit aux rentes pour enfant, à l'exception des enfants du conjoint.

Calcul de la rente d'invalidité

Quels sont les éléments du calcul ?

Les éléments du calcul de la rente sont les suivants :

- les années de cotisations qui peuvent être prises en considération
- les revenus d'une activité lucrative
- les bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance

Vais-je toucher une rente complète ?

Vous avez droit à une rente complète (échelle de rentes 44) si vous avez rempli votre obligation de cotiser sans lacune à partir de l'année de vos 21 ans.

Vais-je toucher une rente partielle ?

Si la durée de cotisations est incomplète, c'est-à-dire si vous n'avez pas payé des cotisations durant autant d'années que vous auriez dû le faire étant donné votre année de naissance, vous ne percevrez qu'une rente partielle (degrés 1 à 43 de l'échelle des rentes). Une année de cotisations manquante entraîne en principe une réduction de la rente d'au moins 1/44.

Les années de mariage et de veuvage pendant lesquelles je n'ai pas cotisé comptent-elles comme années de cotisation ?

Oui, pour les femmes, les années de mariage et de veuvage antérieures au 31 décembre 1996 pendant lesquelles elles étaient assurées, mais n'ont pas versé de cotisations, sont comptées comme années de cotisations.

Qu'est-ce que les années de jeunesse ?

Les années de jeunesse sont des périodes de cotisations accomplies entre 18 et 20 ans. Si vous avez accompli des périodes de cotisations pendant lesdites années, celles-ci pourront être prises en compte afin de combler d'éventuelles lacunes de cotisations. Cependant, cela n'est possible qu'à condition que les cotisations liées aux lacunes en question ne puissent plus être exigées à cause du délai de prescription (cinq ans).

Qu'est-ce que les mois d'appoint ?

Si vous étiez assuré/e avant le 1er janvier 1979 ou que vous auriez pu l'être, et qu'il vous manque des années de cotisations avant cette date, vous vous voyez attribuer des périodes supplémentaires de cotisations – ou mois d'appoint – comme suit :

Pour les années entières de cotisations de la personne assurée		A prendre en compte, en sus, jusqu'à
de	à	
20	26	12 mois
27	33	24 mois
34 et plus		36 mois

Quelle est la composition du revenu annuel moyen ?

Le revenu annuel moyen se compose :

- de la moyenne des revenus de l'activité lucrative
- de la moyenne des bonifications pour tâches éducatives
- de la moyenne des bonifications pour tâches d'assistance

Moyenne des revenus de l'activité lucrative

Comment la moyenne des revenus de l'activité lucrative est-elle calculée ?

Pour calculer la moyenne des revenus de l'activité lucrative, on additionne tous les revenus issus d'une activité lucrative réalisés jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'octroi de la rente (à compter de la 21e année de la personne assurée). Les revenus des années de jeunesse sont pris en compte uniquement pour combler les lacunes de cotisations ultérieures.

Les revenus de l'activité lucrative d'une personne sont inscrits sur son compte individuel (CI).

La somme des revenus est-elle adaptée à l'évolution des salaires et des prix ?

Oui, les revenus peuvent dater d'années où les salaires se situaient à un niveau plus bas. C'est pourquoi la somme des revenus est revalorisée selon l'évolution moyenne des salaires et des prix. Les facteurs utilisés à cette fin figurent dans le tableau *Facteurs forfaitaires de revalorisation en fonction de l'entrée dans l'assurance*. La somme revalorisée est divisée par le nombre d'années et de mois qui peuvent être pris en compte. Le résultat correspond à la moyenne des revenus de l'activité lucrative.

Qu'entend-on par partage des revenus/splitting ?

Le partage des revenus est également appelé splitting. Les revenus que les époux ont réalisés pendant les années civiles de mariage sont répartis et attribués pour moitié à chacun.

Lorsque l'un des conjoints a droit à une rente et que l'autre n'y a pas encore droit, les revenus pris en compte ne sont pas partagés. Dès que l'autre conjoint a droit à une rente, les deux rentes sont recalculées sur la base des revenus non partagés avant le mariage et des revenus partagés pendant le mariage. Les revenus réalisés pendant que seul l'un des conjoints a droit à une rente de vieillesse ne sont plus partagés.

La répartition est effectuée :

- lorsque le mariage est dissous par le divorce,
- lorsque les deux conjoints ont droit à une rente AVS ou à une rente AI,
- lorsqu'une veuve ou un veuf a droit à une rente de vieillesse.

Moyenne des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance

Qu'est-ce que les bonifications pour tâches éducatives ?

Vous pouvez être gratifié/e de bonifications pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles vous vous êtes occupé/e d'enfants de moins de 16 ans. La bonification correspond au triple de la rente minimale annuelle. Dans le cas de personnes mariées, la bonification est partagée par moitié pour les années civiles de mariage. La moyenne des bonifications pour tâches éducatives s'obtient en divisant la somme des bonifications par la durée complète de cotisations.

Si les parents sont divorcés ou non mariés, mais qu'ils exercent conjointement l'autorité parentale, la bonification pour tâches éducatives entière est attribuée à l'un d'entre eux ou par moitié à chacun d'eux, selon le temps qu'ils consacrent aux enfants. Pour plus d'informations, veuillez consulter le mémento *1.07 – Bonifications pour tâches éducatives.*

Qu'est-ce que les bonifications pour tâches d'assistance ?

Vous pouvez être gratifié/e de bonifications pour tâches d'assistance pour les années pendant lesquelles vous vous êtes occupé/e de parents qui avaient besoin de soins, qui habitaient à proximité et touchaient une allocation pour impotence. Est assimilé/e aux parents le/la partenaire avec qui l'assuré/e fait ménage commun depuis au moins cinq ans. Vous n'y avez cependant pas droit pour les années pour lesquelles vous bénéficiez déjà de bonifications pour tâches éducatives. La bonification correspond au triple de la rente minimale annuelle. Dans le cas de personnes mariées, la bonification est partagée par moitié pour les années civiles de mariage. La moyenne des bonifications pour tâches d'assistance s'obtient en divisant la somme des bonifications par la durée complète de cotisations. Pour plus d'informations, veuillez consulter le mémento *1.03 – Bonifications pour tâches d'assistance.*

Montant des rentes

Quel est le montant des rentes à l'heure actuelle ?

Pour les personnes assurées présentant une durée de cotisations complète, le montant d'une rente AI ordinaire entière est compris, en fonction de leur revenu moyen, entre 1 195 francs et 2 390 francs.

Si la personne assurée n'a pas droit à une rente entière, le degré d'invalidité détermine le montant de la part de rente en pourcentage et donc le montant de la rente (cf. ch. 3).

La quotité de la rente en pour-cent d'une rente AI entière peut être calculée au moyen des *tables des rentes*. Outre le taux d'invalidité (cf. ch. 3), le revenu annuel moyen (cf. ch. 26) et l'échelle de rentes (cf. ch. 21/22) sont déterminants.

Exemple de calcul d'une rente AI fondée sur un taux d'invalidité de 55 %, une durée de cotisations complète (*échelle de rentes 44*) et un revenu annuel moyen déterminant de 20 076 francs :

Quotité de 55 % d'une rente AI entière : 725 francs (1 319 francs × 55 %).

La rente pour enfant (cf. ch. 19) s'élève à 40 % de la rente AI de l'ayant droit.

Plafonnement des rentes d'un couple marié

Quand les rentes sont-elles plafonnées ?

La somme des deux rentes individuelles d'un couple marié ne peut être supérieure à 150 % de la rente maximale. Si cette limite est dépassée, les deux rentes individuelles sont réduites en conséquence.

Si les deux époux perçoivent une rente AI avec deux quotités de rentes différentes, cela peut conduire à ce qu'il n'y ait pas de plafonnement. Il n'y a également pas de plafonnement lorsque l'un des époux perçoit une rente de vieillesse et que le taux d'invalidité de l'autre époux est inférieur à 50 %.

Les rentes pour enfant sont-elles également plafonnées ?

Oui, les rentes pour enfant allouées en sus de rentes individuelles sont également plafonnées. La même règle s'applique lorsqu'il y a cumul d'une rente pour enfant et d'une rente d'orphelin.

Personnes veuves bénéficiant d'une rente d'invalidité

Le montant de la rente change-t-il au décès du conjoint ?

L'impact du décès d'un conjoint bénéficiaire sur le montant de la rente est le suivant : le plafonnement en vigueur avant le décès n'a plus de raison d'être. Un supplément de veuvage de 20 % est par ailleurs ajouté à la rente recalculée sur cette base. Il n'est cependant alloué que jusqu'à concurrence du montant maximal de la rente d'invalidité.

Invalides de naissance et invalides précoces

Qui a droit à une rente d'invalidité extraordinaire ?

Les personnes invalides de naissance ou devenues invalides avant leur 23e anniversaire, qui sont domiciliées en Suisse et n'ont pas droit à une rente d'invalidité ordinaire, touchent une rente d'invalidité extraordinaire.

Des rentes pour enfant sont-elles aussi octroyées ?

Oui, des rentes pour enfant peuvent être octroyées en complément à une rente d'invalidité extraordinaire.

Quelle est la condition pour être reconnu comme invalide précoce ?

Une personne devenue invalide avant son 25e anniversaire est réputée invalide précoce. Si elle présente une durée complète de cotisation, sa rente d'invalidité se montera au minimum à 133 ⅓ % du montant minimum de la rente complète.

Prestations complémentaires

Dans quelles circonstances ai-je droit à des prestations complémentaires ?

Si vous touchez une rente d'invalidité et que vous vous trouvez dans une situation économique modeste, vous avez droit à des prestations complémentaires, à certaines conditions.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les mémentos *5.01 – Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI* et *5.02 – Votre droit aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI*.

Exemples de calcul

Un des deux conjoints a droit à une rente AI

Une femme, née le 17 avril 1976, a droit, en raison d'un taux d'invalidité de 50 %, à une quotité de 50 % d'une rente entière à partir du 1er mars 2022. Elle est mariée avec le même homme depuis 2004. Puisque son époux n'a pas droit à une rente, la rente AI est déterminée sur la base de ses propres revenus non partagés.

Deux enfants sont nés de ce mariage (en 2007 et en 2008). Par conséquent, 14 années de bonifications pour tâches éducatives peuvent lui être attribuées. Ces bonifications sont partagées entre les époux pendant la durée du mariage.

Entre 1997 et la réalisation du risque, l'assurée a versé des cotisations de manière ininterrompue et présente donc une durée de cotisation complète, soit 25 années. Cela correspond à une rente complète (*échelle de rentes 44*).

La moyenne des revenus de l'activité lucrative est calculée sur la base des comptes individuels comme suit :		
Somme des revenus réalisés pendant 25 années de cotisations, de 1997 à 2021 compris	CHF	1 200 000.–
Cette somme de revenus divisée par la durée de cotisations déterminante (25 années) donne une moyenne des revenus provenant de l'activité lucrative de	CHF	48 000.–

La moyenne des bonifications pour tâches éducatives est calculée comme suit :		
Nombre d'années multiplié par le triple de la rente minimale annuelle, divisé par la durée de cotisations et divisé par 2 14 x 43 020 francs ÷ 25 années ÷ 2	CHF	12 046.–

Calcul du revenu annuel moyen et des rentes :		
Moyenne des revenus de l'activité lucrative	CHF	48 000.–
Moyenne des bonifications pour tâches éducatives	CHF	12 046.–
Cela donne un revenu annuel moyen (arrondi à la valeur des tables, cf. *tables des rentes*) de	CHF	60 228.–
Les rentes s'élèvent à		
50 % de la rente AI entière	CHF	1 023.–
deux rentes pour enfants de chacune	CHF	409.–

Renseignements et autres informations

Ce mémento ne fournit qu'un aperçu général. Pour le règlement des cas individuels, seules les dispositions légales font foi. Les offices AI, les caisses de compensation et leurs agences fournissent volontiers tous les renseignements utiles. Vous trouverez la liste complète de vos interlocuteurs sur le site *www.avs-ai.ch*.

Les désignations d'état civil utilisées ici ont également les significations suivantes :

- mariage : partenariat enregistré ;
- divorce : dissolution judiciaire du partenariat enregistré ;
- décès du conjoint : décès du partenaire enregistré.

Publié par le Centre d'information AVS/AI en collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales.

Edition décembre 2021. Toute reproduction, même partielle, n'est autorisée qu'avec l'accord écrit du Centre d'information AVS/AI.

Ce mémento peut être obtenu auprès des caisses de compensation et de leurs agences ainsi qu'auprès des offices AI. Numéro de commande 4.04. Il est également disponible sous *www.avs-ai.ch*.

4.04-22/01-F

AVS AI

Rentes de vieillesse et allocations pour impotent de l'AVS

État au 1er janvier 2021

En bref

Lorsque vous atteignez l'âge ordinaire de la retraite, vous avez droit à une rente de vieillesse. Cet âge est fixé à 65 ans pour les hommes et à 64 ans pour les femmes.

Pour avoir droit à une rente de vieillesse, vous devez avoir à votre actif au moins une année entière de cotisation.

Cette condition est remplie lorsque :

- vous avez payé des cotisations pendant une année au total, ou
- votre conjoint, qui exerce une activité lucrative, a payé au moins le double de la cotisation minimale pendant une année, ou encore
- des bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance peuvent vous être attribuées.

En quelques minutes la *vidéo explicative*, vous montrera les choses les plus importantes à propos du calcul de la rente de vieillesse.

Début et fin du droit

À partir de quand ai-je droit à une rente de vieillesse ?

Vous avez droit à une rente de vieillesse à compter du premier jour du mois qui suit celui où vous avez atteint l'âge ordinaire de la retraite.

Quand mon droit à une rente de vieillesse s'éteint-il ?

Ce droit s'éteint à la fin du mois de votre décès.

Rentes pour enfant

Ai-je droit à une rente pour enfant ?

Oui, si vous bénéficiez d'une rente, vous avez également droit à une rente pour vos enfants :

- jusqu'à leur 18e anniversaire, ou
- jusqu'à la fin de leur formation, mais pas au-delà de 25 ans.

Si vous percevez votre rente de vieillesse de manière anticipée, vous n'avez pas droit à une rente pour enfant.

Les enfants recueillis donnent-ils aussi droit à une rente pour enfant ?

Oui, les enfants recueillis gratuitement donnent aussi droit à une rente pour enfant. Les enfants recueillis après l'ouverture du droit à la rente de vieillesse ou d'invalidité ne donnent pas droit aux rentes pour enfant, à l'exception des enfants du conjoint.

Flexibilisation de la retraite

Puis-je anticiper ou ajourner le versement de ma rente de vieillesse ?

Dans l'esprit d'une retraite à la carte, vous pouvez éventuellement :

- soit anticiper d'un ou deux ans le versement de votre rente de vieillesse (une anticipation calculée en mois n'est pas possible),
- soit l'ajourner d'un à cinq ans au plus.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le mémento *3.04 – Flexibilisation de la retraite.*

Demande de rente

Quand dois-je faire valoir mon droit à une rente de vieillesse ?

Il est recommandé de présenter votre demande de rente trois ou quatre mois avant d'atteindre l'âge de la retraite, car la caisse de compensation doit se procurer les documents nécessaires et calculer le montant de votre rente, ce qui peut prendre un certain temps.

Le formulaire *318.370 – Demande de rente de vieillesse* est disponible auprès des caisses de compensation et de leurs agences, ainsi que sur le site *www.avs-ai.ch*.

Si vous résidez à l'étranger, veuillez consulter la page « Demander une rente de vieillesse » sur le site de la Caisse suisse de compensation CSC : *www.cdc.admin.ch*

Où dois-je déposer ma demande de rente de vieillesse ?

- Si vous êtes salarié/e, indépendant/e ou que vous n'exercez pas d'activité lucrative, vous devez présenter votre demande à la caisse de compensation qui a perçu les cotisations avant l'ouverture du droit à la rente. Si vous êtes salarié/e, adressez-vous à votre employeur pour en obtenir l'adresse.
- Si vous êtes marié/e et que votre conjoint a déjà droit à une rente, vous devez présenter votre demande à la caisse de compensation qui verse cette rente.
- Si vous n'avez pas payé de cotisations, vous devez présenter votre demande à la caisse de compensation cantonale de votre canton de domicile ou à l'une de ses agences.
- Si vous avez accompli des périodes d'assurance en Suisse et dans un ou plusieurs États membres de l'UE ou de l'AELE, la présentation d'une seule demande dans le pays de domicile entraîne l'ouverture d'une procédure dans tous les pays concernés.
- Si vous résidez à l'étranger, veuillez consulter la page « Demander une rente de vieillesse » sur le site de la Caisse suisse de compensation CSC : *www.cdc.admin.ch*

Calcul des rentes de vieillesse

Quand la rente de vieillesse est-elle calculée ?

En règle générale, la rente de vieillesse ne peut être calculée valablement qu'à l'âge de la retraite, lorsque les différents éléments de calcul sont connus.

Quels sont les éléments du calcul ?

Les éléments du calcul de la rente sont les suivants :

- les années de cotisation qui peuvent être prises en considération,
- les revenus d'une l'activité lucrative,
- les bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance.

Vais-je toucher une rente complète ?

Vous avez droit à une rente complète (échelle de rentes 44) si vous avez toujours rempli votre obligation de cotiser depuis le 1er janvier qui suit l'année de vos 20 ans jusqu'à la fin de l'année civile qui précède celle où vous atteignez l'âge ordinaire de la retraite.

Vais-je toucher une rente partielle ?

Si la durée de cotisation est incomplète, c'est-à-dire si vous n'avez pas payé de cotisations durant autant d'années que vous auriez dû le faire en fonction de votre année de naissance, vous ne percevrez qu'une rente partielle (degrés 1 à 43 de l'échelle des rentes). Une année de cotisation manquante entraîne en principe une réduction de la rente d'au moins 1/44.

Les années de mariage et de veuvage pendant lesquelles je n'ai pas cotisé comptent-elles comme années de cotisation ?

Oui, pour les femmes, les années de mariage et de veuvage antérieures au 31 décembre 1996 pendant lesquelles elles étaient assurées, mais n'ont pas versé de cotisations, sont comptées comme années de cotisation.

Qu'entend-on par années de jeunesse ?

Les années de jeunesse sont des périodes de cotisation accomplies entre 18 et 20 ans. Si vous avez accompli des périodes de cotisation pendant les dites années, celles-ci pourront être prises en compte afin de combler d'éventuelles lacunes de cotisation. Cependant, cela n'est possible qu'à condition que les cotisations liées aux lacunes en question ne puissent plus être exigées à cause du délai de prescription (cinq ans).

Qu'entend-on par mois d'appoint ?

Si vous étiez assuré/e avant le 1er janvier 1979 ou que vous auriez pu l'être, et qu'il vous manque des années de cotisation avant cette date, vous vous voyez attribuer des périodes supplémentaires de cotisation – ou mois d'appoint – comme suit :

Pour les années entières de cotisation de la personne assurée		À prendre en compte, en sus, jusqu'à
de	à	
20	26	12 mois
27	33	24 mois
34 et plus		36 mois

Quelle est la composition du revenu annuel moyen ?

Le revenu annuel moyen se compose :

- de la moyenne des revenus de l'activité lucrative,
- de la moyenne des bonifications pour tâches éducatives, et
- de la moyenne des bonifications pour tâches d'assistance.

Moyenne des revenus de l'activité lucrative

Comment la moyenne des revenus de l'activité lucrative est-elle calculée ?

Pour calculer la moyenne des revenus de l'activité lucrative, on additionne tous les revenus issus d'une activité lucrative réalisés jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'ouverture du droit à la rente. Les revenus des années de jeunesse sont pris en compte uniquement s'ils permettent de combler des lacunes de cotisation ultérieures.

Les revenus de l'activité lucrative d'une personne sont inscrits sur son compte individuel (CI).

Les revenus peuvent dater d'années où les salaires se situaient à un niveau plus bas. C'est pourquoi la somme des revenus est revalorisée selon l'évolution moyenne des salaires et des prix (voir tableau « Facteurs forfaitaires de revalorisation en fonction de l'entrée dans l'assurance », page 15). La somme revalorisée est divisée par le nombre d'années et de mois qui peuvent être pris en compte. Le résultat correspond à la moyenne des revenus de l'activité lucrative.

Qu'entend-on par partage des revenus ou splitting ?

Le partage des revenus est également appelé splitting. Les revenus que les époux ont réalisés pendant les années civiles de mariage sont répartis et attribués pour moitié à chacun.

Lorsque l'un des conjoints a droit à une rente et que l'autre n'y a pas encore droit, les revenus pris en compte ne sont pas partagés. Dès que l'autre conjoint a droit à une rente, les deux rentes sont recalculées sur la base des revenus non partagés avant le mariage et des revenus partagés pendant le mariage. Les revenus réalisés pendant que seul l'un des conjoints a droit à une rente de vieillesse ne sont plus partagés.

La répartition est effectuée :

- lorsque le mariage est dissous par le divorce,
- lorsque les deux conjoints ont droit à une rente AVS ou à une rente AI,
- lorsqu'une veuve ou un veuf a droit à une rente de vieillesse.

Moyenne des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance

Qu'est-ce que les bonifications pour tâches éducatives ?

Vous pouvez être gratifié/e de bonifications pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles vous vous êtes occupé/e d'enfants de moins de 16 ans. La bonification correspond au triple de la rente minimale annuelle. Dans le cas de personnes mariées, la bonification est partagée par moitié pour les années civiles de mariage. La moyenne des bonifications pour tâches éducatives s'obtient en divisant la somme des bonifications par la durée complète de cotisation.

Si les parents sont divorcés ou non mariés, mais qu'ils exercent conjointement l'autorité parentale, la bonification pour tâches éducatives entière est attribuée à l'un d'entre eux ou par moitié à chacun d'eux, selon le temps qu'ils consacrent aux enfants. Pour plus d'informations, veuillez consulter le mémento *1.07 – Bonifications pour tâches éducatives*.

Qu'est-ce que les bonifications pour tâches d'assistance ?

Vous pouvez obtenir des bonifications pour tâches d'assistance pour les années pendant lesquelles vous vous êtes occupé/e de parents qui avaient besoin de soins, qui habitaient à proximité et touchaient une allocation pour impotence. Est assimilé/e aux parents le/la partenaire avec qui l'assuré/e fait ménage commun depuis au moins cinq ans. Vous n'y avez cependant pas

droit pour les années pour lesquelles vous bénéficiez déjà de bonifications pour tâches éducatives. La bonification correspond au triple de la rente minimale annuelle. Dans le cas de personnes mariées, la bonification est partagée par moitié pour les années civiles de mariage. La moyenne des bonifications pour tâches d'assistance s'obtient en divisant la somme des bonifications par la durée complète de cotisation. Pour plus d'informations, veuillez consulter le mémento *1.03 – Bonifications pour tâches d'assistance.*

Montant des rentes

Quel est le montant des rentes à l'heure actuelle ?

Les assurés présentant une durée de cotisation complète ont droit à une rente ordinaire complète qui dépend du revenu moyen :

	minimale CHF / mois	maximale CHF / mois
Rente de vieillesse	1 195.–	2 390.–
Rente pour enfant	478.–	956.–

Comment les rentes sont-elles plafonnées ?

La somme des deux rentes individuelles d'un couple marié ne peut être supérieure à 150 % de la rente maximale. Si cette limite est dépassée, les deux rentes simples sont réduites en conséquence. Les rentes ne sont toutefois pas plafonnées si le ménage commun a été dissous par une décision judiciaire, ou si l'un des conjoints touche une rente de vieillesse et l'autre un quart de rente ou une demi-rente AI.

Les plafonds pour les rentes complètes s'élèvent à :

	CHF / mois
Rente de vieillesse	3 585.–
Rente pour enfant	1 434.–

Les rentes pour enfant sont-elles également plafonnées ?

Oui, les rentes pour enfant allouées en sus de rentes individuelles sont également plafonnées. La même règle s'applique lorsqu'il y a cumul d'une rente pour enfant et d'une rente d'orphelin.

Personnes veuves bénéficiant d'une rente de vieillesse

Le montant de la rente change-t-il au décès du conjoint ?

L'impact du décès d'un conjoint bénéficiaire sur le montant de la rente est le suivant : le plafonnement en vigueur avant le décès n'a plus de raison d'être. Un supplément de veuvage de 20 % est par ailleurs ajouté à la rente recalculée sur cette base. Ce supplément n'est cependant octroyé que jusqu'à concurrence du montant maximal de la rente de vieillesse.

À quelle rente puis-je prétendre en tant que veuve ou veuf ?

Si vous remplissez simultanément les conditions pour obtenir une rente de vieillesse et une rente de survivants, c'est cette dernière qui vous sera versée si elle plus élevée que la rente de vieillesse.

Prestations complémentaires

Dans quelles circonstances ai-je droit à des prestations complémentaires ?

Si vous touchez une rente de vieillesse et que vous vous trouvez dans une situation économique modeste, vous avez droit à des prestations complémentaires, à certaines conditions.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les mémentos *5.01 – Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI* et *5.02 – Votre droit aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI*.

Si vous résidez à l'étranger, vous n'avez pas droit aux prestations complémentaires.

Allocation pour impotent

Dans quelles circonstances ai-je droit à une allocation pour impotent de l'AVS ?

Si vous touchez une rente de vieillesse ou des prestations complémentaires et que vous êtes domicilié/e en Suisse, vous pouvez demander une allocation pour impotent de l'AVS lorsque :

- vous souffrez d'une impotence faible, moyenne ou grave,

- l'impotence s'est manifestée sans interruption pendant au moins une année,
- vous ne bénéficiez pas déjà d'une allocation pour impotent de l'assurance-accidents obligatoire ou de l'assurance militaire.

Une personne est considérée comme impotente lorsqu'elle a besoin d'une aide régulière d'autrui pour les actes ordinaires de la vie (se vêtir, faire sa toilette, manger, etc.) et que son état nécessite des soins permanents ou une surveillance personnelle.

L'allocation se monte :

- pour une impotence faible 239 francs
- pour une impotence moyenne 598 francs
- pour une impotence grave 956 francs

Le droit à une allocation pour impotence faible n'est ouvert qu'en cas de séjour à la maison.

L'allocation pour impotent ne dépend ni du revenu ni de la fortune.

Si vous touchiez déjà une allocation pour impotent de l'AI juste avant d'atteindre l'âge de la retraite, vous bénéficierez d'une allocation pour impotent du même montant de la part de l'AVS.

Si vous résidez à l'étranger, vous n'avez pas droit aux allocations pour impotent.

Contribution d'assistance de l'AVS

Dans quelles circonstances ai-je droit à une contribution d'assistance de l'AVS ?

Le droit à une contribution d'assistance de l'AVS ne peut pas prendre naissance pour les personnes qui touchent déjà une rente de vieillesse.

Cependant, si vous avez touché une contribution d'assistance de l'AI jusqu'à l'âge de la retraite ou jusqu'au moment où vous avez commencé à percevoir une rente de vieillesse anticipée, vous bénéficierez d'une contribution d'assistance de l'AVS à concurrence du montant accordé jusque-là.

Si vous résidez à l'étranger, vous n'avez pas droit aux contributions d'assistance de l'AVS.

Exemples de calcul

Un seul des conjoints a droit à une rente

Une femme, née le 17 avril 1957, a droit à une rente de vieillesse ordinaire à partir du 1er mai 2021. Elle est mariée avec le même homme depuis 1980. Puisque son époux n'a pas droit à une rente, la rente de vieillesse est déterminée, dans un premier temps, sur la base de ses propres revenus non partagés. Deux enfants sont nés de ce mariage (en 1981 et en 1983). Par conséquent, 18 années de bonifications pour tâches éducatives peuvent lui être attribuées. Ces bonifications sont partagées entre les époux pendant la durée du mariage.

Entre 1978 et la réalisation du risque, l'assurée a versé des cotisations de manière ininterrompue et présente donc une durée de cotisation complète, soit 43 années. Cela correspond à une rente complète (échelle de rentes 44).

La moyenne des revenus de l'activité lucrative est calculée sur la base des comptes individuels comme suit :

Somme des revenus réalisés pendant 43 années de cotisation, de 1978 à 2020	CHF	1 090 000.–
La revalorisation au moyen du facteur déterminant 1,060 (première inscription au CI en 1978) donne une somme des revenus revalorisée de	CHF	1 155 400.–
Cette somme des revenus revalorisée divisée par la durée de cotisation (43 années) donne une moyenne des revenus provenant de l'activité lucrative de	CHF	26 870.–

La moyenne des bonifications pour tâches éducatives est calculée comme suit :

Nombre d'années multiplié par le triple de la rente minimale annuelle, divisé par la durée de cotisation et divisé par 2 18 x 43 020 francs ÷ 43 années ÷ 2	CHF	9 004.–

Calcul du revenu annuel moyen et de la rente :

Moyenne des revenus de l'activité lucrative	CHF	26 870.–
Moyenne des bonifications pour tâches éducatives	CHF	9 004.–
Revenu annuel moyen (arrondi à la valeur des tables, cf. p. 14)	CHF	37 284.–
Montant mensuel de la rente de vieillesse de l'assurée à partir du 1er mai 2021	CHF	1 692.–

Les deux conjoints ont droit à une rente

La situation est la même que dans le cas précédent, si ce n'est que l'époux, né le 2 août 1956, a également droit à une rente de vieillesse à compter du 1er septembre 2021. Les deux rentes de vieillesse doivent donc être recalculées en effectuant le partage des revenus. Entre 1977 et la réalisation du risque, l'époux a versé des cotisations de manière ininterrompue et présente donc une durée de cotisations complète, soit 44 années. Cela correspond à une rente complète (échelle de rentes 44).

La moyenne des revenus de l'activité lucrative est calculée sur la base des comptes individuels comme suit :

	Femme		Homme	
Revenus non partagés (de 1978 à 1980)	CHF	25 000.–		
(de 1977 à 1980)			CHF	120 000.–
Revenus partagés pendant la durée du mariage (de 1981 à 2020)				
revenus de l'épouse	CHF	532 500.–	CHF	532 500.–
revenus de l'époux	CHF	920 000.–	CHF	920 000.–
Somme des revenus déterminée sur 43 années de cotisation, de 1978 à 2020	CHF	1 477 500.–		
Somme des revenus déterminée sur 44 années de cotisation, de 1977 à 2020			CHF	1 572 500.–
La revalorisation au moyen du facteur déterminant 1,060 pour l'épouse (première inscription au CI en 1978) et 1,072 pour l'époux (première inscription au CI en 1977) donne une somme de revenus revalorisée de	CHF	1 566 150.–	CHF	1 685 720.–
Cette somme de revenus revalorisée divisée par la durée de cotisation déterminante (43 années pour l'épouse, 44 pour l'époux) donne une moyenne des revenus provenant de l'activité lucrative de	CHF	36 422.–	CHF	38 312.–

La moyenne des bonifications pour tâches éducatives est calculée comme suit :

	Femme		Homme	
Nombre d'années multiplié par le triple de la rente minimale annuelle, divisé par la durée de cotisation et divisé en 2				
18 x 43 020 francs ÷ 43 ans ÷ 2	CHF	9 004.–		
18 x 43 020 francs ÷ 44 ans ÷ 2			CHF	8 800.–

Calcul du revenu annuel moyen et de la rente :

	Femme		Homme	
Moyenne des revenus de l'activité lucrative	CHF	36 422.–	CHF	38 312.–
Moyenne des bonifications pour tâches éducatives	CHF	9 004.–	CHF	8 800.–
Revenu annuel moyen (arrondi à la valeur des tables)	CHF	45 888.–	CHF	47 322.–
Montant de la rente de vieillesse (non réduite) selon la table en annexe	CHF	1 855.–	CHF	1 874.–

Le plafonnement donne les rentes suivantes à partir du 1er september 2021 :

Formule de plafonnement		Femme	Homme
Rente l'épouse	x 150 % du montant maximal	CHF 1 783.–	
CHF 1 855.–	x CHF 3 585.–		
Rente l'époux	+ rente l'époux		
CHF 1 855.–	+ CHF 1 874.–		
Rente l'époux	x 150 % du montant maximal		CHF 1 802.–
CHF 1 874.–	x CHF 3 585.–		
Rente l'époux	+ rente l'épouse		
CHF 1 874.–	+ CHF 1 855.–		

Annexe

- Table des rentes complètes (échelle 44)
- Table des facteurs de revalorisation

Rentes AVS/AI depuis le 1er janvier 2021

Échelle 44 : Rentes mensuelles complètes Montants en francs

Base de calcul	Rentes de vieillesse et d'invalidité	Rentes de vieillesse et d'invalidité pour veuves/veufs	Rentes de survivants et rentes complémentaires			
Revenu annuel moyen déterminant			Veuves/veufs	Rente complémentaire	Rente d'orphelin ou rente pour enfant	Rente d'orphelin 60 %
	1/1			1/1	1/1	1/1
jusqu'à 14 340	1 195	1 434	956	359	478	717
15 774	1 226	1 471	981	368	490	736
17 208	1 257	1 509	1 006	377	503	754
18 642	1 288	1 546	1 031	386	515	773
20 076	1 319	1 583	1 055	396	528	792
21 510	1 350	1 620	1 080	405	540	810
22 944	1 381	1 658	1 105	414	553	829
24 378	1 412	1 695	1 130	424	565	847
25 812	1 444	1 732	1 155	433	577	866
27 246	1 475	1 770	1 180	442	590	885
28 680	1 506	1 807	1 204	452	602	903
30 114	1 537	1 844	1 229	461	615	922
31 548	1 568	1 881	1 254	470	627	941
32 982	1 599	1 919	1 279	480	640	959
34 416	1 630	1 956	1 304	489	652	978
35 850	1 661	1 993	1 329	498	664	997
37 284	1 692	2 031	1 354	508	677	1 015
38 718	1 723	2 068	1 378	517	689	1 034
40 152	1 754	2 105	1 403	526	702	1 053
41 586	1 785	2 142	1 428	536	714	1 071
43 020	1 816	2 180	1 453	545	727	1 090
44 454	1 836	2 203	1 468	551	734	1 101
45 888	1 855	2 226	1 484	556	742	1 113
47 322	1 874	2 248	1 499	562	749	1 124
48 756	1 893	2 271	1 514	568	757	1 136
50 190	1 912	2 294	1 530	574	765	1 147
51 624	1 931	2 317	1 545	579	772	1 159
53 058	1 950	2 340	1 560	585	780	1 170
54 492	1 969	2 363	1 575	591	788	1 182
55 926	1 988	2 386	1 591	597	795	1 193
57 360	2 008	2 390	1 606	602	803	1 205
58 794	2 027	2 390	1 621	608	811	1 216
60 228	2 046	2 390	1 637	614	818	1 227
61 662	2 065	2 390	1 652	619	826	1 239
63 096	2 084	2 390	1 667	625	834	1 250
64 530	2 103	2 390	1 683	631	841	1 262
65 964	2 122	2 390	1 698	637	849	1 273
67 398	2 141	2 390	1 713	642	857	1 285
68 832	2 161	2 390	1 728	648	864	1 296
70 266	2 180	2 390	1 744	654	872	1 308
71 700	2 199	2 390	1 759	660	880	1 319
73 134	2 218	2 390	1 774	665	887	1 331
74 568	2 237	2 390	1 790	671	895	1 342
76 002	2 256	2 390	1 805	677	902	1 354
77 436	2 275	2 390	1 820	683	910	1 365
78 870	2 294	2 390	1 836	688	918	1 377
80 304	2 314	2 390	1 851	694	925	1 388
81 738	2 333	2 390	1 866	700	933	1 400
83 172	2 352	2 390	1 881	706	941	1 411
84 606	2 371	2 390	1 897	711	948	1 422
86 040 et plus	2 390	2 390	1 912	717	956	1 434

* Montants également applicables aux rentes d'orphelin de père et de mère et aux rentes entières doubles pour enfants.

Facteurs forfaitaires de revalorisation en fonction de l'entrée dans l'assurance : survenance du cas d'assurance en 2021

Première inscription au CI*	Facteur de revalorisation	Première inscription au CI*	Facteur de revalorisation
1972	1,136	1997	1,000
1973	1,122	1998	1,000
1974	1,108	1999	1,000
1975	1,096	2000	1,000
1976	1,084	2001	1,000
1977	1,072	2002	1,000
1978	1,060	2003	1,000
1979	1,048	2004	1,000
1980	1,036	2005	1,000
1981	1,024	2006	1,000
1982	1,013	2007	1,000
1983	1,003	2008	1,000
1984	1,000	2009	1,000
1985	1,000	2010	1,000
1986	1,000	2011	1,000
1987	1,000	2012	1,000
1988	1,000	2013	1,000
1989	1,000	2014	1,000
1990	1,000	2015	1,000
1991	1,000	2016	1,000
1992	1,000	2017	1,000
1993	1,000	2018	1,000
1994	1,000	2019	1,000
1995	1,000	2020	1,000
1996	1,000		

* La première inscription au CI déterminante pour le calcul de la rente ne peut pas être antérieure à l'année civile au cours de laquelle la personne a atteint l'âge de 21 ans.

Renseignements et autres informations

Ce mémento ne donne qu'un aperçu des dispositions en vigueur. Pour le règlement des cas individuels, seules les dispositions légales font foi. Les caisses de compensation et leurs agences fournissent volontiers tous les renseignements utiles. Vous trouverez la liste complète des caisses de compensation sur le site *www.avs-ai.ch*.

Les désignations d'état civil utilisées ici ont également les significations suivantes :

- mariage : partenariat enregistré ;
- divorce : dissolution judiciaire du partenariat enregistré ;
- décès du conjoint : décès du/de la partenaire enregistré/e.

Publié par le Centre d'information AVS/AI en collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales.

Édition octobre 2020. Toute reproduction, même partielle, n'est autorisée qu'avec l'accord écrit du Centre d'information AVS/AI.

Ce mémento peut être obtenu auprès des caisses de compensation et de leurs agences ainsi qu'auprès des offices AI. Numéro de commande : 3.01/f. Il est également disponible sur le site *www.avs-ai.ch*.

3.01-21/01-F

INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

L'ESSENTIEL SUR LES DROITS DES PATIENTS

canton de vaud
LIBERTÉ PATRIE

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 5

1 Le droit à l'information 6

2 Le consentement libre et éclairé 8

3 Les directives anticipées, le représentant thérapeutique et le mandat pour cause d'inaptitude 10

4 Le droit au libre choix 12

5 Les mesures de contention et les traitements sans consentement 14

6 Le secret professionnel 16

7 L'accès au dossier 18

8 Le droit à être accompagné 20

9 Les dons d'organes et de tissus 22

10 Adresses utiles 24

AVANT-PROPOS

S'informer sur les droits des patients pour construire une relation de qualité avec les professionnels de la santé

Les Suisses rencontrent leur médecin trois fois par an en moyenne, sans parler des soins dentaires, hospitaliers ou à domicile. Si les relations avec les professionnels de la santé sont fréquentes, les lois qui les régissent et qui reconnaissent des droits au patient sont souvent peu connues. Bien informé, un patient est pourtant mieux à même d'évaluer sa situation et de faire valoir son point de vue. Il participe en toute connaissance de cause aux traitements qui lui sont proposés, ce qui rejaillit positivement sur la qualité de la relation thérapeutique.

La réédition de cette brochure constitue un évènement qui mérite d'être souligné. Initié par le canton de Vaud il y a une dizaine d'années, le projet réunit dorénavant tous les cantons latins. Les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud s'allient aujourd'hui pour présenter « L'essentiel sur les droits des patients ». La brochure est présentée en neuf volets, chacun composé de trois parties :

- un résumé succinct des droits des patients,
- une partie « En pratique », avec des explications pour une bonne compréhension de la loi,
- une partie « Bon à savoir », avec des réponses aux questions les plus fréquentes.

Si les patients ont des droits qu'il convient de mieux faire connaître, ils ont aussi, dans leur propre intérêt, des responsabilités. Ainsi, il leur incombe d'informer le soignant de la manière la plus exacte possible des symptômes ressentis, des traitements reçus ou en cours ainsi que des effets des thérapies déjà suivies. De même, il est de leur responsabilité de suivre le traitement prescrit et, en cas d'interruption, de l'annoncer. Enfin, on ne saurait trop souligner qu'une relation transparente permet le développement d'un cadre thérapeutique de qualité, qui peut contribuer à rendre la maladie et les traitements plus supportables.

En fin de cahier, chaque canton présente les adresses des organismes qui délivrent des informations complémentaires ou des conseils, de même que les voies de médiation ou de recours à disposition. Il est cependant conseillé, en cas de conflit, de prendre d'abord contact avec le soignant ou l'établissement concerné, l'expérience montrant que de nombreux cas peuvent se résoudre à l'amiable, sans intervention extérieure.

Compte tenu des spécificités cantonales, les contenus de cette brochure peuvent rester parfois imprécis d'un point de vue juridique. Il est donc recommandé de se référer aux législations cantonales pour le détail, comme d'ailleurs aux dispositions fédérales en vigueur.

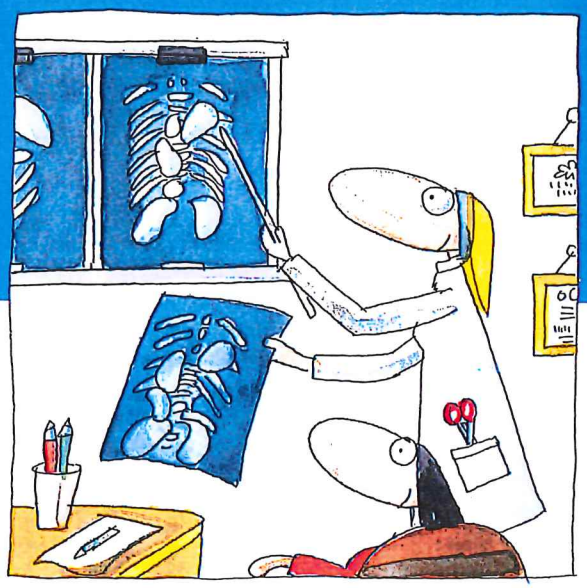
Bonne lecture !

Les services de la santé publique des cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud

1

LE DROIT À L'INFORMATION

Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement. Au moment de son admission dans un établissement de soins, le patient reçoit, en principe, une information écrite sur ses droits et ses devoirs et sur les conditions de son séjour.



EN PRATIQUE

Le professionnel de la santé doit renseigner le patient spontanément. Il doit lui communiquer de manière objective et complète toutes les informations nécessaires pour que celui-ci puisse consentir au traitement en toute connaissance de cause. Le patient a le droit de poser des questions, de demander des explications et d'indiquer, le cas échéant, qu'il n'a pas compris l'information.

Le droit à l'information peut cependant être limité dans les deux cas suivants :

- Le patient renonce de manière claire à être informé, par exemple parce qu'il ne souhaite pas savoir s'il a ou non une maladie incurable ; cette renonciation n'est pas, dans ce cas, assimilable à une renonciation aux soins.
- En cas d'urgence, l'information peut être remise à plus tard.

L'information s'adresse au patient, et à lui seul. Vis-à-vis d'autres personnes, le professionnel de la santé est tenu au secret (voir p. 16-17). Si le patient n'est pas capable de discernement, l'information doit être donnée à la personne habilitée à le représenter (voir p. 8-9). Le secret professionnel est donc levé vis-à-vis de son représentant, dans la mesure du nécessaire.

Si le patient veut demander un deuxième avis médical, il a le droit de consulter un autre professionnel de la santé de son choix.

Une personne incapable de discernement résidant dans un établissement médico-social ou un home a droit à un contrat écrit qui l'informe sur les prestations qui lui sont fournies par l'institution et leur coût. Dans certains cantons, ce droit s'applique également aux résidents capables de discernement.

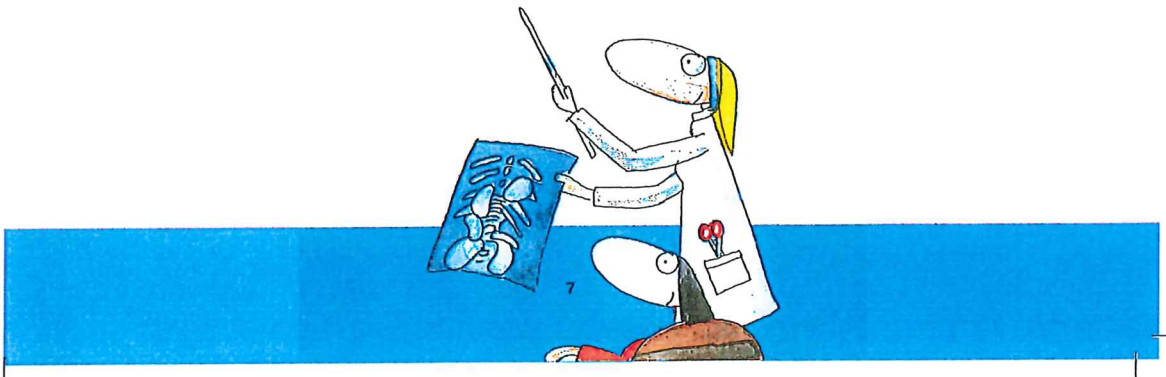
BON À SAVOIR

Pourquoi demander un deuxième avis médical?

Le deuxième avis médical n'est pas un acte de défiance vis-à-vis du professionnel de la santé. Son objectif est d'améliorer votre information pour que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous consentez ou non au traitement qui vous est proposé.

Cette démarche est particulièrement indiquée lorsqu'une intervention chirurgicale non urgente ou un traitement lourd vous sont proposés.

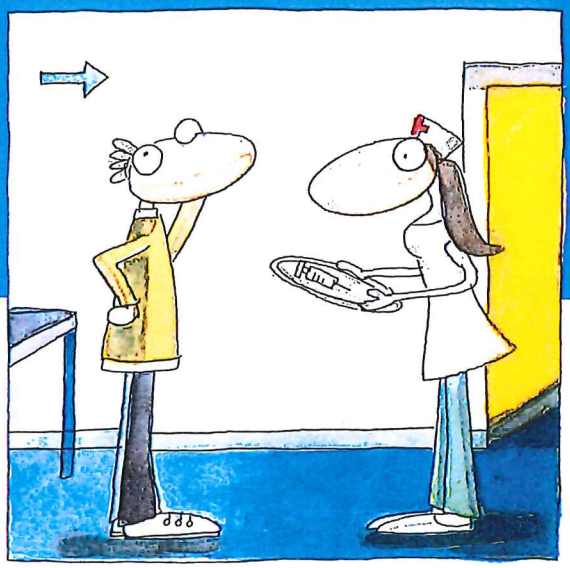
Il est prudent de vous renseigner préalablement sur la prise en charge par votre assurance de ce deuxième avis médical.



2

LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Aucun soin ne peut être donné sans le consentement libre et éclairé d'un patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur. Le patient a en effet le droit de refuser des soins, d'interrompre un traitement ou de quitter un établissement de soins s'il le souhaite.



EN PRATIQUE

Pour pouvoir se prononcer et donner ou non son consentement libre et éclairé, le patient doit avoir été bien informé par le professionnel de la santé. Celui-ci est tenu de lui fournir une information suffisante et adéquate. Par la suite, le patient capable de discernement garde le droit de changer d'avis et de retirer son consentement. Il a le droit de refuser un traitement, de l'interrompre ou de quitter un établissement de soins à tout moment. Dans ce cas, le professionnel de la santé peut lui demander de confirmer sa décision par écrit. Il l'informera des risques que cette décision lui fait courir. C'est alors au patient d'assumer les risques qui peuvent être liés à son refus du traitement.

Les traitements sans consentement sont interdits. A titre exceptionnel et à des conditions très strictes, des personnes placées à des fins d'assistance ou des personnes incapables de discernement traitées dans des établissements psychiatriques peuvent se voir contraintes de suivre un traitement (voir p. 14-15).

Des mesures limitant la liberté de mouvement peuvent également être imposées à un patient à condition que son comportement présente un danger grave pour sa santé, sa sécurité ou pour celles d'autrui (par exemple, s'il se montre violent) et si toute autre mesure a échoué (voir p. 14-15).

Il existe d'autres dispositions légales qui peuvent limiter la liberté individuelle, par exemple la loi sur les épidémies qui permet d'hospitaliser des personnes souffrant de certaines maladies contagieuses.

BON À SAVOIR

Qu'est-ce que le discernement?

Etre capable de discernement, c'est avoir la faculté d'apprécier une situation et de prendre des décisions en conséquence. La capacité de discernement doit être déterminée en fonction de la situation bien précise dans laquelle vous vous trouvez et de la question qui se pose; elle doit être évaluée chaque fois qu'une décision doit être prise. Toute personne est présumée capable de discernement, à l'exception des jeunes enfants ainsi que des personnes qui en sont privées par suite de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables. Le fait d'être atteint de troubles psychiques, d'être très âgé, d'être sous curatelle ou d'être mineur n'est pas synonyme d'incapacité de discernement. Cette capacité s'apprécie de cas en cas.

Est-ce que le professionnel de la santé doit me demander mon accord pour chacune de ses interventions?

En principe oui, mais la forme de cet accord peut varier. S'il s'agit de soins non invasifs ou de soins de routine, comme par exemple une prise de sang ou la prise de la tension artérielle, votre consentement peut être tacite. Sinon, le professionnel de la santé doit vous demander clairement si vous êtes d'accord de recevoir le soin qui vous est proposé.

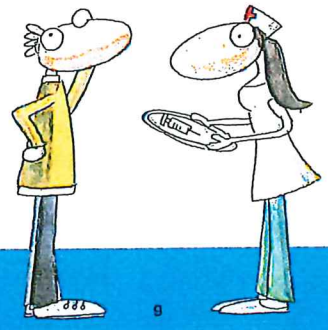
Qu'arrive-t-il si je suis incapable de discernement?

Avant de vous administrer un traitement, le professionnel de la santé doit rechercher votre volonté présumée. Il s'informera pour savoir si vous avez établi des directives anticipées et/ou si vous avez un représentant (voir p. 10-11). En l'absence de représentant (désigné par vous ou par l'autorité compétente), vos proches seront habilités à décider à votre place. Dans ce cadre, les professionnels seront, dans la mesure du nécessaire, déliés du secret professionnel vis-à-vis d'eux. Vous serez par ailleurs associé, dans la mesure du possible, au plan de traitement que le médecin doit établir en accord avec votre représentant ou vos proches.

En cas d'urgence et si vous n'avez pas de représentant, le professionnel de santé agira au mieux de vos intérêts, en tenant compte de votre volonté présumée. En cas de placement à des fins d'assistance en raison de troubles psychiques, des dispositions particulières s'appliquent (voir p. 14-15).

Qui sont mes proches?

Votre conjoint ou votre partenaire enregistré, pour autant qu'il y ait ménage commun ou assistance personnelle, la personne qui fait ménage commun avec vous, ainsi que vos descendants, père, mère et enfin vos frères et sœurs, à condition que ceux-ci vous fournissent une assistance personnelle, sont habilités à consentir ou non à des soins médicaux si vous n'êtes pas déjà représenté (par une personne désignée dans les directives anticipées ou un mandat pour cause d'inaptitude ou par un curateur désigné par l'autorité compétente).



3

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, LE REPRÉSENTANT THÉRAPEUTIQUE ET LE MANDAT POUR CAUSE D'INAPTITUDE

Toute personne a le droit de formuler des directives anticipées pour spécifier le type de soins qu'elle aimerait recevoir ou non, au cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Elle peut aussi désigner une personne, un représentant thérapeutique, chargé de se prononcer à sa place sur le choix des soins à lui prodiguer dans les situations où elle ne pourrait plus s'exprimer.

EN PRATIQUE

Toute personne capable de discernement peut rédiger des directives anticipées. Leur portée est limitée au domaine médical, contrairement au mandat pour cause d'inaptitude. Les directives anticipées permettent à une personne de déterminer les traitements médicaux auxquels elle entend consentir ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Une personne capable de discernement peut également désigner une personne chargée de se prononcer à sa place sur le choix des soins à lui prodiguer dans les situations où elle ne pourrait plus s'exprimer (représentant thérapeutique). Dans les cas où une personne n'est plus capable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher si elle a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant.

Le professionnel de la santé a l'obligation de respecter la volonté du patient; encore faut-il qu'il en ait connaissance. Pour faire connaître clairement sa volonté, il est donc conseillé à chacun de prendre ses dispositions pour que, le moment venu, les personnes concernées en aient connaissance. Le patient peut notamment remettre une copie de ses directives anticipées à son représentant, au professionnel de la santé qui le traite, à l'établissement de soins lors de son admission ou à ses proches.

En cas d'urgence, le professionnel de la santé peut intervenir sans attendre de savoir si le patient a rédigé des directives. Dans ce cas, il agira en tenant compte de la volonté présumée du patient. Si une décision du représentant met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut la contester auprès de l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant (voir instances compétentes des cantons). Les directives anticipées ou le mandat pour cause d'inaptitude peuvent être modifiés ou annulés en tout temps par la personne capable de discernement.

BON À SAVOIR

Comment formuler mes directives anticipées?

Vos directives anticipées doivent être rédigées par écrit, datées et signées. Vous avez le choix de la forme que vous souhaitez donner à ce document et des rubriques que vous voulez y faire figurer. Le document peut être rédigé à la main, tapé à l'ordinateur ou se présenter sous la forme d'un formulaire. Il n'est pas nécessaire d'avoir un témoin, mais il est fortement conseillé d'en discuter avec votre médecin qui pourra vous soutenir dans cette rédaction. En outre, de nombreux organismes ont édité des formulaires types qui peuvent fournir un cadre utile (Pro Senectute, FMH, Caritas, etc.). Vous pouvez annuler ou modifier vos directives anticipées à tout moment. En outre, il est conseillé de vous assurer régulièrement (par exemple tous les trois ou quatre ans) que vos directives correspondent toujours à votre volonté et, le cas échéant, de les modifier. Même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, il vous est toujours possible de faire connaître votre position oralement, par exemple avant une opération.

Comment formuler un mandat pour cause d'inaptitude?

Le mandat pour cause d'inaptitude se veut plus large. Il permet à une personne ayant l'exercice des droits civils (majeure et capable de discernement) de charger une personne physique ou morale de lui fournir une assistance personnelle, de gérer son patrimoine ou de la représenter dans les rapports juridiques avec les tiers au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Il est également possible de charger une personne de consentir ou non à un traitement médical. Dans ce cas, la personne mandatée devra être une personne physique, en raison du caractère très personnel de cette tâche. Le mandat doit être entièrement écrit à la main ou passé devant un notaire.

Le représentant thérapeutique doit-il être un professionnel de la santé?

Non, pour vous représenter, vous pouvez choisir parmi votre famille, vos amis ou vos proches une personne qui vous connaît bien et en qui vous avez toute confiance.

Quels sont les droits du représentant thérapeutique?

Le représentant doit donner son accord au traitement envisagé. Le professionnel de la santé est tenu de lui donner toutes les informations nécessaires pour qu'il puisse consentir au traitement. Les droits du représentant thérapeutique s'exercent à partir du moment où vous n'êtes plus capable de discernement.

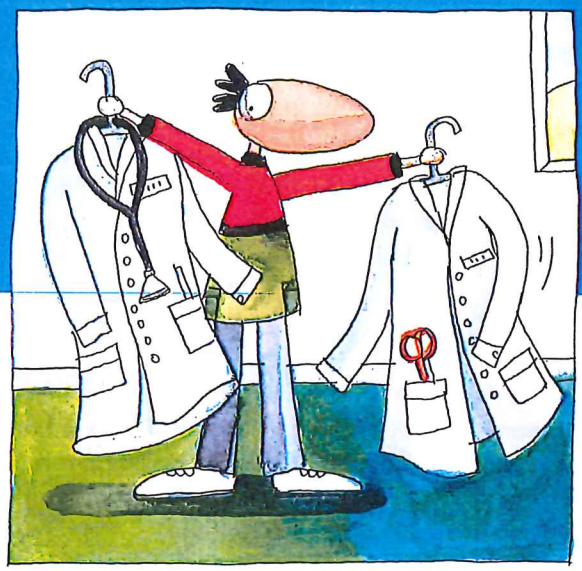
Qu'arrive-t-il si je n'ai pas rédigé de directives anticipées, ni nommé un représentant thérapeutique et que je suis incapable de discernement?

Dans ce cas, le professionnel de la santé doit obtenir l'accord de votre représentant légal avant d'intervenir. En l'absence d'un représentant légal, vos proches (voir p. 8-9) pourront consentir à votre place. Si vous n'avez pas de proches ou que ces derniers ne peuvent ou ne veulent pas prendre de décisions médicales à votre place, un curateur devra être désigné par l'autorité compétente.

4

LE DROIT AU LIBRE CHOIX

Dans le cas d'un traitement ambulatoire, le patient a le droit de choisir librement le professionnel de la santé auquel il souhaite s'adresser. En principe, il a également le droit de choisir librement l'établissement de soins public ou reconnu d'intérêt public où il souhaite être soigné. Le libre choix du professionnel ou de l'établissement de soins peut être indirectement limité par la prise en charge par l'assurance maladie de base, qui peut s'avérer partielle notamment pour les traitements hospitaliers hors canton.



EN PRATIQUE

Le patient peut s'adresser au professionnel de la santé de son choix. Toutefois, ce dernier peut proposer d'envoyer le patient à un confrère s'il estime qu'il ne peut pas prodiguer utilement ses soins dans ce cas particulier, ou s'il n'est pas disponible.

En principe, le patient a le droit d'être admis dans l'établissement de soins public ou reconnu d'intérêt public de son choix. Il faut cependant que celui-ci ait un lit disponible et que ses équipements lui permettent de fournir les prestations nécessaires. Dans les hôpitaux publics ou reconnus d'intérêt public, le patient doit accepter d'être soigné par les professionnels rattachés à l'établissement.

Le libre choix du patient peut être limité au niveau de la prise en charge financière par l'assurance obligatoire des soins :

- pour un traitement ambulatoire : aux professionnels de la santé du lieu de résidence ou de travail ;
- pour un traitement hospitalier : en principe aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière du canton de résidence (voir également ci-après : bon à savoir).

A noter que le patient peut lui-même renoncer au libre choix en optant pour un modèle d'assurance limitant le choix de professionnels de la santé et d'établissements de soins (par exemple modèle de médecin de famille). Vu les nombreux modèles d'assurances, il est fortement recommandé de se renseigner au préalable.

BON À SAVOIR

Que se passe-t-il si je dois me rendre d'urgence dans un hôpital hors canton?

En cas d'urgence, mais également pour des raisons médicales particulières, vous pouvez entrer dans n'importe quel hôpital en Suisse pour autant qu'il figure sur la liste hospitalière du canton concerné. Il y a urgence lorsque votre état de santé ne permet pas de vous transporter dans un hôpital figurant sur la liste de votre canton de domicile. Le séjour d'urgence dure aussi longtemps qu'un transfert dans un tel hôpital n'est pas possible ou judicieux. Par raison médicale particulière, on entend le cas où le traitement dont vous avez besoin n'est pas disponible dans un hôpital figurant sur la liste hospitalière de votre canton de domicile.

Et si je choisis un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière de mon canton de domicile alors que ma situation ne présente ni un caractère d'urgence ni des raisons médicales particulières?

Si vous choisissez par convenance personnelle un hôpital qui ne figure pas sur la liste hospitalière de votre canton de domicile mais qui figure sur la liste hospitalière du canton où se situe l'hôpital, la différence entre le tarif appliqué par cet hôpital et celui applicable pour la même prestation à un hôpital de votre canton sera à votre charge, respectivement à la charge d'une éventuelle assurance complémentaire. Si l'hôpital ne figure sur aucune de ces listes hospitalières, tous les frais seront à votre charge, respectivement à la charge d'une éventuelle assurance complémentaire. Le cas échéant, il est fortement recommandé de vous renseigner au préalable auprès de votre assurance.

Puis-je choisir mon établissement médico-social (EMS)?

En principe, vous avez le libre choix de l'EMS dans lequel vous voulez résider et vous pouvez en changer si vous le souhaitez. Il faut cependant que vous choisissiez un EMS dont la mission (gériatrie ou psychogériatrie) correspond à votre état de santé. Par ailleurs, il faut être conscient que l'EMS que vous choisirez n'aura pas forcément de place disponible au moment désiré. Si vous souhaitez résider dans un établissement qui n'est pas sur la liste des EMS admis à pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire de votre canton ou situé hors de votre canton de domicile, des frais supplémentaires pourraient être mis à votre charge. Cas échéant, il est donc prudent de vous renseigner au préalable.

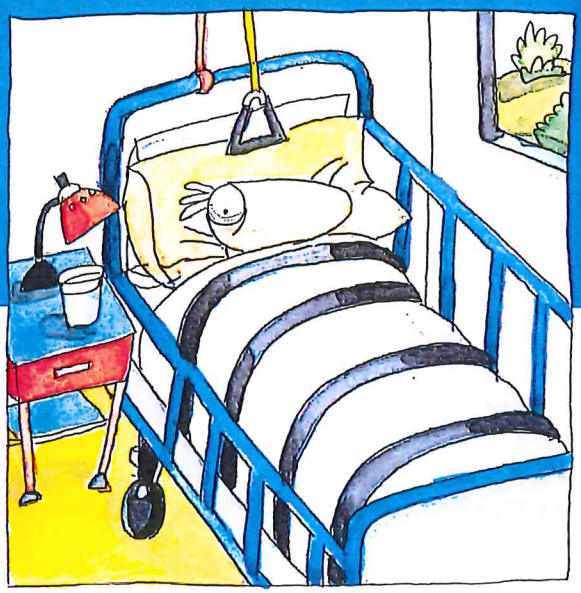
Puis-je choisir mon médecin si je suis en EMS?

Oui. Vous avez le droit de consulter un médecin extérieur à l'établissement si vous le souhaitez. Il peut être utile de se renseigner quant au remboursement de cette consultation.

5

LES MESURES DE CONTENTION ET LES TRAITEMENTS SANS CONSENTEMENT

Par principe, toute mesure de contention à l'égard des patients est interdite. Il en est de même pour les traitements sans leur consentement. Des mesures limitant la liberté de mouvement ou des traitements sans consentement peuvent toutefois être imposés à des conditions très strictes.



EN PRATIQUE

Une mesure de contention est une mesure qui limite la liberté de mouvement d'un patient et qui est appliquée sans son consentement libre et éclairé. Elle restreint la liberté individuelle du patient et peut porter atteinte à sa dignité. A titre d'exemple, on peut citer la surveillance électronique, la fermeture des portes, la pose de barrières de lits permettant d'éviter les chutes, ou l'isolement.

A titre exceptionnel, une mesure de contention peut être imposée à un patient après consultation avec l'équipe soignante. Il faut pour cela que le comportement du patient présente un danger grave pour sa santé, sa sécurité ou pour celles d'autres personnes ou perturbe gravement la vie communautaire. Il faut aussi que la mesure soit proportionnelle et que d'autres mesures moins restrictives aient échoué. Sous réserve des situations d'urgence, la mesure limitant la liberté de mouvement doit auparavant avoir été discutée avec le patient. Elle ne peut pas se justifier pour des motifs d'économie. Elle doit être documentée et ne peut être imposée que pour une durée limitée. Elle doit faire l'objet de réévaluations pour décider s'il est nécessaire de la maintenir ou si elle peut être levée.

Un traitement sans consentement n'est possible qu'à certaines conditions très restrictives, en particulier en cas de placement à des fins d'assistance. Le traitement sans consentement sera envisagé uniquement s'il n'existe pas d'autres mesures moins rigoureuses. Il doit être prescrit par un médecin. Les souhaits de la personne concernée sont pris en compte dans la mesure du possible.

Les règles concernant les mesures de contention et les traitements sans consentement varient d'un canton à l'autre. Il est ainsi recommandé de consulter les différentes législations cantonales pour le détail.

BON À SAVOIR

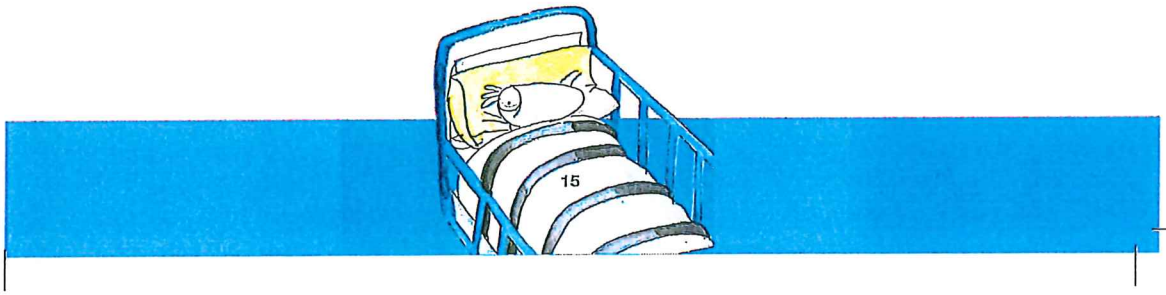
Qu'est-ce qui doit être documenté?

Toute mesure de contention doit être consignée dans un protocole. La personne habilitée à vous représenter dans le domaine médical doit être avisée de la mesure et peut prendre connaissance du protocole en tout temps. C'est une protection efficace contre les abus. Le protocole doit notamment mentionner le nom de la personne ayant pris la décision, le type de mesure, sa durée et son but.

En cas de traitement sans consentement, le médecin doit communiquer sa décision par écrit à la personne concernée et à une personne de confiance de son choix (par exemple, membre de sa famille, proche, voire collaborateur d'une organisation de défense de patients ou d'un service social).

Comment puis-je m'opposer à une mesure de contention ou à un traitement sans consentement?

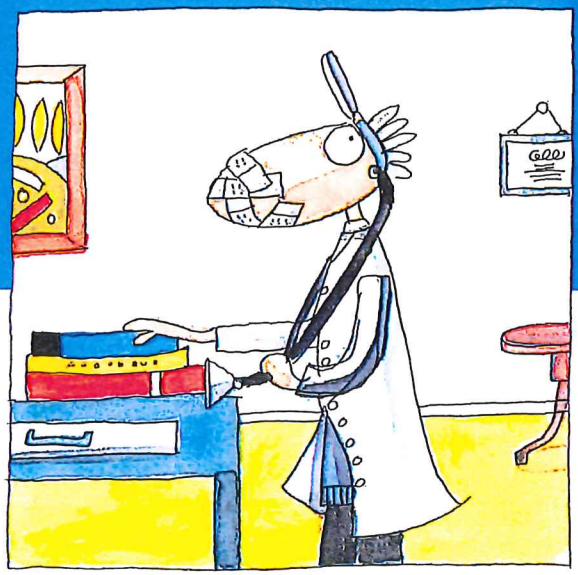
Vous-même, votre représentant légal, la personne habilitée à vous représenter dans le domaine médical ou vos proches pouvez vous adresser aux organes compétents dans votre canton pour demander l'interdiction ou la levée de telles mesures.



6

LE SECRET PROFESSIONNEL

Le patient a droit au respect de la confidentialité des données le concernant. Les professionnels de la santé ont l'obligation de respecter le secret professionnel, aussi appelé secret médical. Ils doivent garder pour eux les informations dont ils ont eu connaissance dans la pratique de leur profession. Sauf exception prévue par la loi, ils ne peuvent pas les transmettre sans l'accord de leur patient. Le secret professionnel s'applique également entre professionnels de la santé.



EN PRATIQUE

Le secret professionnel a pour but de protéger le patient et ses intérêts. Il est à la base de la relation de confiance qui doit s'établir entre le professionnel de la santé et son patient.

Toutefois, le professionnel de la santé peut transmettre des informations sur son patient dans les cas suivants :

- Le patient l'a autorisé à transmettre des informations à des tiers.
- Une loi oblige le professionnel à renseigner l'autorité (par exemple, déclaration de maladies transmissibles ou de décès suspect) ou lui permet de renseigner l'autorité (par exemple : annonce en cas d'inaptitude à conduire un véhicule).
- A défaut d'une autorisation émanant du patient ou de la loi, le professionnel de la santé peut, pour des raisons importantes, demander à être délié du secret par l'autorité compétente de son canton. L'autorité va procéder à une pesée d'intérêts entre la protection du secret et l'intérêt de tiers à accéder à ces informations. Cela peut par exemple être le cas si le médecin veut informer le conjoint d'un patient atteint d'une grave maladie transmissible ou renseigner des proches en deuil sur les causes du décès.

BON À SAVOIR

Mon médecin peut-il transmettre des informations me concernant à un autre professionnel de la santé?

Le médecin peut, voire doit partager des informations avec les autres professionnels de santé impliqués dans votre traitement pour assurer la meilleure prise en charge. En revanche, il reste soumis au secret à l'égard des autres professionnels de la santé.

Qu'en est-il du secret professionnel si des proches veulent obtenir des informations sur mon état de santé?

Le professionnel de la santé n'a le droit de transmettre à vos proches des informations sur votre état de santé que si vous l'y autorisez. Cependant, si vous êtes incapable de discernement et n'avez pas de représentant, le médecin peut renseigner vos proches (voir p. 8-9).

Quelles informations mon médecin peut-il transmettre à mon employeur?

Le certificat médical ne doit contenir des informations que sur votre aptitude à travailler.

Les professionnels sont-ils encore tenus au secret après mon décès?

Le secret professionnel persiste après la mort. Vos proches ne peuvent obtenir des informations après votre décès que si vous l'avez explicitement prévu (directives anticipées, mandat pour cause d'inaptitude). A défaut, le professionnel de la santé devra être délié du secret professionnel par l'autorité compétente.

Qu'en est-il si je suis mineur?

Un patient mineur capable de discernement a le droit au respect de la confidentialité concernant son état de santé. La capacité de discernement est en principe reconnue dès l'âge de 10 à 15 ans, selon les circonstances. Lorsqu'il paraît préférable d'associer les parents à la prise de décision ou au moins de les tenir au courant, le professionnel de la santé doit expliquer au patient mineur l'importance de partager ces informations avec ses parents et le conseiller. Le patient mineur pourra ainsi décider, en toute connaissance de cause, des informations qu'il souhaite transmettre à ses parents (par exemple: maladie nécessitant un suivi à domicile, conséquences liées à la facturation, etc.).

Si le professionnel de la santé juge que la situation présente des risques de mise en danger du développement du patient mineur ou que les soins sont requis consécutivement à une atteinte portée par un tiers à son intégrité physique, psychique ou sexuelle du mineur, il peut ou doit, selon les cantons, signaler le cas à l'autorité compétente. En cas de doute, le professionnel de santé qui souhaite être orienté peut s'adresser au Médecin cantonal en présentant la situation du mineur de façon anonyme.

Si le patient mineur est incapable de discernement, ce sera aux détenteurs de l'autorité parentale de prendre les décisions le concernant.

7

L'ACCÈS AU DOSSIER

Le patient a le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut s'en faire remettre en principe gratuitement les pièces, en original ou en copie, et peut les transmettre au professionnel de la santé de son choix.

EN PRATIQUE

Le patient a accès à l'ensemble de son dossier, sous forme papier ou sur support informatique, qui contient notamment, les constatations factuelles du professionnel de la santé (histoire médicale du patient, diagnostic, évolution de la maladie, etc.) et les détails du traitement (médicaments administrés, résultats d'analyses et de radiographies, expertises, rapports d'opérations ou de séjours hospitaliers, certificats, etc.).

Ce droit ne s'étend pas aux informations qui concernent d'autres personnes et qui sont couvertes par le secret professionnel, ni aux notes personnelles rédigées par le professionnel.

De plus, si le professionnel de la santé pense que la remise du dossier peut avoir de graves conséquences pour le patient, il peut demander que le patient consulte le dossier en sa présence, ou en présence d'un autre professionnel de la santé choisi par le patient.

BON À SAVOIR

Que devient mon dossier si je décide de m'adresser à un autre professionnel de la santé?

Vous pouvez demander que votre dossier vous soit remis en mains propres ou qu'il soit transmis au nouveau professionnel de la santé que vous avez choisi. En cas de réticence ou de refus, vous pouvez faire appel aux organes compétents de votre canton. Pour plus d'informations, veuillez consulter la fiche cantonale en fin de cahier.

Qu'entend-on par «notes personnelles» du professionnel?

Le fait que des observations soient écrites à la main ne signifie pas qu'il s'agit de notes personnelles. Si elles font partie du dossier, vous devez pouvoir y accéder.

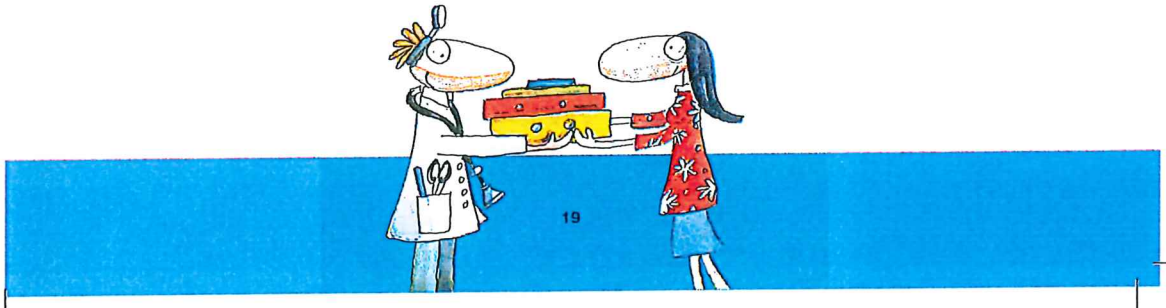
Seuls quelques rares documents peuvent être considérés comme des notes personnelles par exemple des documents de supervision d'un médecin-assistant qui lui servent exclusivement à analyser son comportement vis-à-vis d'un patient.

Pendant combien de temps puis-je consulter mon dossier?

Le professionnel doit conserver votre dossier au moins dix ans après la dernière consultation. En cas de cessation d'activité du professionnel de la santé, renseignez-vous auprès de son successeur ou à défaut auprès du service de la santé publique de votre canton.

Que devient mon dossier après mon décès?

Votre dossier reste protégé par le secret professionnel même après votre décès. Vos proches ou des tiers pourront toutefois avoir accès à certaines informations pertinentes après que le professionnel se soit fait délier du secret par l'autorité compétente (par exemple pour alléger le travail de deuil d'un proche, pour des conseils génétiques ou dans le cadre de procédures judiciaires).



8

LE DROIT À ÊTRE ACCOMPAGNÉ

Un patient qui séjourne dans un établissement de soins a droit à une assistance et des conseils pendant toute la durée de son séjour. Il a le droit de demander le soutien de ses proches et de maintenir le contact avec son entourage. S'il le souhaite, il peut faire appel à un accompagnant extérieur.

EN PRATIQUE

A la demande expresse du patient, un proche ou un accompagnant extérieur peut l'assister dans les démarches liées à son hospitalisation ou à son hébergement. Ces personnes peuvent être présentes lors des entretiens du patient avec les professionnels de la santé ou avec d'autres instances.

L'accompagnant extérieur apporte ses conseils et un soutien moral et humain au patient. Il peut contribuer à combler un manque de relations sociales, en particulier si le patient ne reçoit aucune visite de son entourage. Il peut aider le patient dans ses choix et l'assister dans les démarches liées à son hospitalisation ou son hébergement. En revanche, il ne peut pas se substituer à lui et ne peut en aucun cas le représenter.

Lorsqu'une personne est placée à des fins d'assistance, elle a le droit de faire appel à une personne de confiance de son choix qui l'assistera pendant la durée de son séjour.

Dans certains cantons, des organisations indépendantes à but non lucratif proposent des accompagnants extérieurs. Pour plus d'informations, veuillez consulter la fiche cantonale en fin de cahier.

BON À SAVOIR

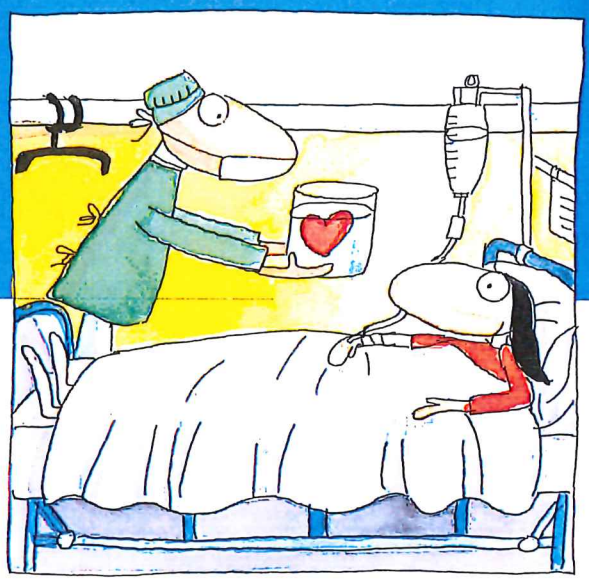
Puis-je recevoir qui je veux durant mon séjour dans un établissement de soins?

Oui, pendant toute la durée de votre séjour dans un établissement de soins, vous pouvez recevoir la visite de toutes les personnes que vous souhaitez (parents, proches, connaissances, invités) aux heures prévues pour les visites, sauf s'il y a des contre-indications médicales graves (par exemple en cas de contagion ou de soins intensifs).

9

LES DONS D'ORGANES ET DE TISSUS

Une personne peut décider de son vivant de donner ses organes à des fins de transplantation. La volonté de la personne décédée prime celle des proches. Le don d'organes, de tissus ou de cellules est gratuit ; il est interdit d'en faire commerce.



EN PRATIQUE

Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules à des fins de transplantation n'est autorisé sur une personne décédée que si un consentement a été donné. Il faut que le donneur y ait consenti ou, en l'absence d'un tel consentement, que les proches aient donné leur accord.

La volonté de la personne décédée prime celle des proches, il est donc important de faire connaître sa volonté par une démarche préalable. Toute personne capable de discernement est habilitée, en principe, dès l'âge de 16 ans, à faire une déclaration de don d'organes. Le don d'organes, de tissus et de cellules est possible jusqu'à un âge avancé.

En l'absence d'une telle déclaration, les proches devront donner leur accord en respectant la volonté présumée de la personne décédée. Toutefois, si cette dernière a délégué à une personne de confiance la compétence de prendre une décision concernant un prélèvement, cette personne agira en lieu et place des proches. A défaut de proches ou de personnes de confiance ou s'il n'est pas possible de les contacter, il est interdit de procéder à un prélèvement.

Des prélèvements sur une personne vivante sont autorisés aux conditions suivantes : le donneur est majeur et capable de discernement, il a donné son consentement libre et éclairé par écrit, le prélèvement n'entraîne pas de risque sérieux pour sa vie ou pour sa santé et le receveur ne peut pas être traité par une autre méthode thérapeutique ayant une efficacité comparable.

En principe, il ne peut pas être prélevé d'organes, de tissus ou de cellules sur des personnes mineures ou incapables de discernement. Des exceptions ne sont possibles qu'à des conditions extrêmement strictes.

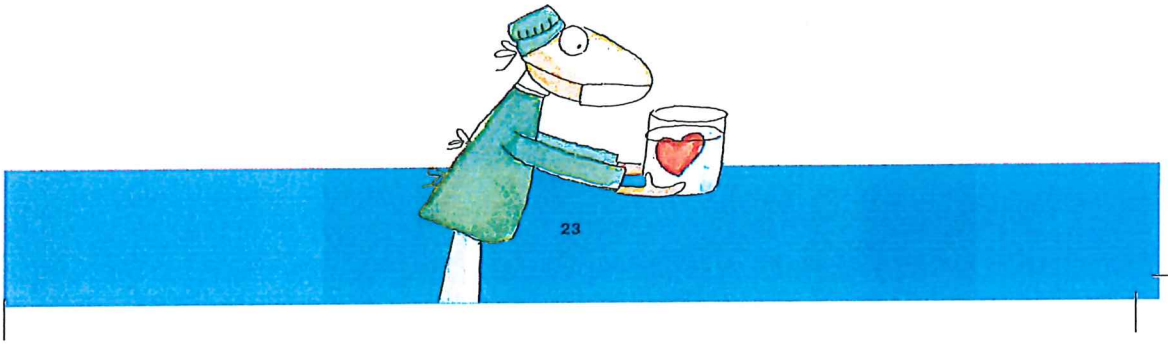
BON À SAVOIR

Que puis-je faire si je souhaite donner mes organes après mon décès ?

Si vous souhaitez faire connaître clairement votre volonté de donner un ou des organes, vous pouvez remplir une carte de donneur et la porter sur vous. Les cartes de donneur ainsi que des informations complémentaires sont disponibles auprès de Swisstransplant (www.swisstransplant.org) ou auprès de l'Office fédéral de la santé publique (www.transplantinfo.ch). Par ailleurs, afin de faire respecter votre volonté dans un sens ou l'autre, l'information aux proches est particulièrement importante.

Peut-on révoquer sa décision de don d'organes ?

Oui, vous pouvez révoquer en tout temps votre décision. Pour cela, vous devrez alors détruire votre carte ou votre déclaration de volonté et en informer vos proches.



VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE, D'INFORMATIONS OU DE CONSEILS?

ADRESSES UTILES POUR LA SUISSE ROMANDE

Organisation suisse des patients (OSP)

L'OSP a pour objectif principal de faire respecter les droits des patients. « OSP Conseil » aide et défend les patients confrontés à un problème avec un thérapeute ou un assureur.

Conseil et secrétariat romand
CHUV, chemin de Mont-Paisible 18,
1011 Lausanne

Tél. membres 021 314 73 88,
fax 021 314 73 89,
ligne non-membres 0900 56 70 47
(CHF 2.90/min.)
www.spo.ch

Service aux patients Suisse occidentale

Fédération qui offre conseils et assistance aux patients pour leurs droits et les démarches qu'ils doivent entreprendre.

Route de la Fonderie 2, Case postale 1487,
1701 Fribourg

Tél. 026 422 27 25
www.federationdespatients.ch

Fédération romande des consommateurs (FRC)

Association qui informe et défend les consommateurs, notamment dans le domaine de l'assurance maladie.

Rue de Genève 17, Case postale 6151
1002 Lausanne

Tél. 0900 575 105 (CHF 2.85/min)
www.frc.ch

Le Graap-Fondation

Association qui aide, conseille et informe les personnes confrontées à des difficultés psychiques.

Rue de la Borde 25, 1002 Lausanne

Tél. 021 647 16 00
www.graap.ch

Association suisse des assuré(e)s (ASSUAS)

Association qui aide les personnes dans le cadre de leurs relations avec les assurances.

Avenue Vibert 19, 1227 Carouge

Tél. 022 301 00 31
www.assuas.ch

Ombudsman de l'assurance-maladie sociale

L'Ombudsman offre conseils et médiation lors de problèmes rencontrés avec l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires.

Morgartenstrasse 9, 6002 Lucerne

Tél. 041 226 10 11, fax 041 226 10 13
www.ombudsman-kv.ch

Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA

L'Ombudsman agit comme office de médiation lors de problèmes rencontrés en matière d'assurance accidents et de contrats d'assurance privée.

Représentant pour la Suisse romande
Chemin des Trois-Rois 2, Case postale 5843
1002 Lausanne

Tél. 021 317 52 71, fax 021 317 52 70
www.ombudsman-assurance.ch

Bureau d'expertises extrajudiciaires de la Fédération des médecins suisses (FMH)

Service compétent pour apprécier les situations dans lesquelles le patient s'estime victime d'une erreur médicale.

Case postale 6159, 3001 Berne

Tél. 031 359 12 10
http://www.fmh.ch/fr/services/bureau_expertises.html

Pro Mente Sana Association romande

Pro Mente Sana est une organisation qui défend les droits et les intérêts des malades psychiques.

Rue des Vollandes 40, 1207 Genève

Tél. 0840 00 00 60 (tarif local)
Conseil juridique : 0840 00 00 61 (tarif local)
Conseil psychosocial : 0840 00 00 62 (tarif local)
www.promentesana.org

En cas de difficulté, il est recommandé de vous adresser d'abord au soignant ou à l'établissement sanitaire concerné. Si cette démarche n'aboutit pas, différentes instances de médiation sont alors à votre disposition pour vous conseiller. Pour des informations complémentaires, veuillez consulter la fiche cantonale ci-après.

ADRESSES DES AUTORITÉS SANITAIRES DES CANTONS

Canton de Berne

Direction de la santé publique
et de la prévoyance sociale
Rathausgasse 1, 3011 Berne

Tél. 031 633 79 20
info@gef.be.ch
www.gef.be.ch

Canton de Fribourg

Service de la santé publique
Route des Cliniques 17, 1700 Fribourg

Tél. 026 305 29 13
ssp@fr.ch
www.fr.ch/ssp

République et canton de Genève

Direction générale de la santé
Service du médecin cantonal
Rue Adrien-Lachenal 8
1207 Genève

Tél. 022 546 50 00
http://ge.ch/dares/accueil.html

République et canton du Jura

Le médecin cantonal
Faubourg des Capucins 20, 2800 Delémont

Tél. 032 420 51 33, fax 032 420 51 21
secr.ssa@jura.ch

Canton de Neuchâtel

Service de la santé publique (DSAS)
Rue Pourtalès 2, 2000 Neuchâtel

Tél. 032 889 52 09
www.ne.ch/santepublique

Repubblica e Cantone Ticino

Dipartimento della sanità e della socialità
Ufficio di sanità
Via Orico 5, 6501 Bellinzona

Tél. 091 814 30 45
dss-us@ti.ch
www.ti.ch/ufficiosanita

Canton du Valais

Service de la santé publique
Office du médecin cantonal
Avenue du Midi 7, 1950 Sion

Tél. 027 606 49 00
santepublique@admin.vs.ch

Canton de Vaud

Service de la santé publique
Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne

Tél. 021 316 42 00
info.santepublique@vd.ch
www.vd.ch/droits-des-patients

ADRESSES UTILES DANS LE CANTON DE VAUD

Instance vaudoise de médiation

Bureau cantonal de médiation Santé Handicap
Avenue de Montoie 36, 1007 Lausanne

Tél. 021 316 09 86 (handicap)
Tél. 021 316 09 87 (santé)

Permanence assurée du lundi au vendredi, de 9h30 à 13h

Instances vaudoises de médiation des organisations professionnelles

Médiateur de la Société vaudoise de médecine (SVM)

Société vaudoise de médecine, médiateur
Chemin de Mornex 38, Case postale 7443,
1002 Lausanne

Tél. 021 651 05 05

Commission de médiation de la Société vaudoise des médecins-dentistes (SVMD)

Société vaudoise des médecins-dentistes – Commission de médiation
Route du Lac 2, Case postale 1215,
1094 Paudex

Tél. 021 351 54 04

Commission vaudoise d'examen des plaintes

Tout patient ou résident qui a des raisons de se plaindre d'une violation de ses droits peut s'adresser en tout temps à la Commission d'examen des plaintes. Cette Commission traite les plaintes relatives à la prise en charge par les professionnels de la santé et par les établissements sanitaires et socio-éducatifs. La procédure est gratuite.

Commission vaudoise d'examen des plaintes
Bâtiment administratif de la Pontaise

Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne

Tél. 021 316 09 85
Du lundi au jeudi de 8h30 à 11h30,
Mercredi de 14h à 16h30

Pro Infirmis

Rue du Grand-Pont 2bis, Case postale 7137,
1002 Lausanne

Tél. 021 321 34 34

Insieme Vaud, Association de parents de personnes handicapées mentales

Chemin de Malley 26, Case postale 190,
1000 Lausanne 16

Tél. 021 341 04 20

INSOS – FAH Vaud – M. P. Cottet

Polyval/Vernand Bel-Air
Case postale 191, 1033 Lausanne

Autisme suisse romande

Avenue de la Chablière 4, 1004 Lausanne

Tél. 021 646 56 15

Solidarité handicap mental

Rue du Maupas 49, 1004 Lausanne

Tél. 021 648 25 82

AVOP, Association vaudoise des organismes privés pour enfants, adolescents et adultes en difficulté

Avenue de la Vallombreuse 51, 1004 Lausanne

Tél. 021 621 89 39

ASSUAS – Vaud Association suisse des assurés

Rue Saint-Matin 22, Case postale 5171,
1003 Lausanne

Tél. 021 617 20 33
www.assuas-vd.ch

CHUV – Espace Patients & Proches

Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne

Tél. 021 314 08 08

RÉFÉRENCES LÉGALES

Les chapitres de cette brochure font référence aux articles dans la Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) et à la Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH).

Chapitres et références légales

- Le droit à l'information (art. 21 LSP, art. 6d LAIH)
- Le consentement libre et éclairé (art. 23 et 23c LSP)
- Soins en cas de détention (art. 23a et 23b LSP)
- Le droit au libre choix (art. 20 LSP, art. 6b LAIH)
- Les mesures de contrainte (art. 23d et 23e LSP, art. 6g, 6h et 6i LAIH)
- Le secret professionnel (art. 80 et 80a LSP)
- L'accès au dossier (art. 24 LSP, art. 6f LAIH)
- Le droit à être accompagné (art. 20a, art. 6c LAIH)
- Les dons d'organes et de tissus (art. 27 LSP)

Cette brochure peut être obtenue gratuitement auprès du:

Service de la santé publique du Canton de Vaud
Information en santé publique

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne

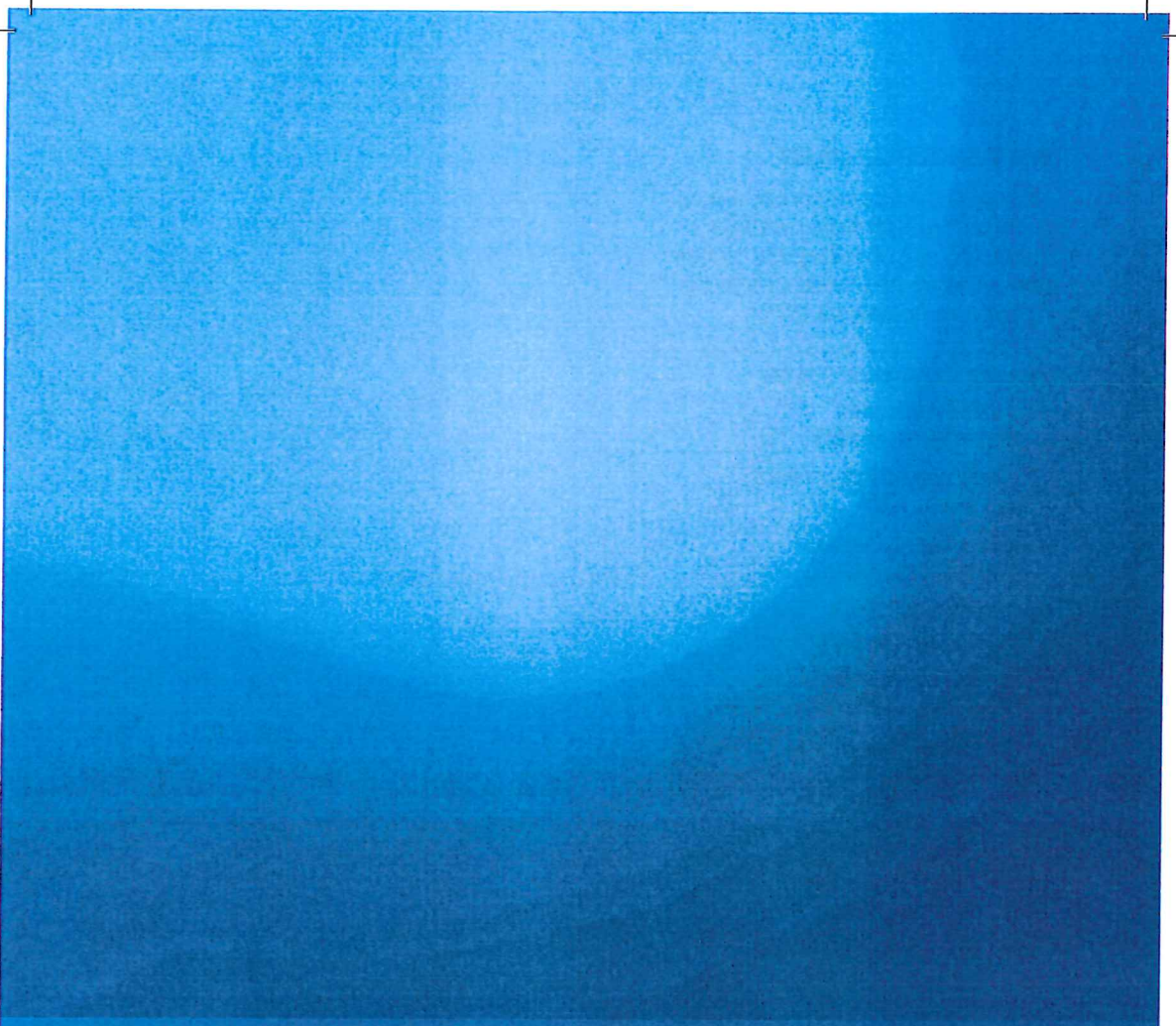
Tél. 021 316 42 00
info.santepublique@vd.ch
www.vd.ch/droits-des-patients

Impressum:

Graphisme: mail@bastienramseyer.ch
Illustrations: Haydé
Impression: www.fwsa.ch

© SSP Vaud

7e édition – Mars 2018
10000 exemplaires



Service de la santé publique
du Canton de Vaud

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne

Tél. 021 316 42 00
info.santepublique@vd.ch
www.vd.ch/droits-des-patients

Favoris – NETTOYAGE Intendance

Compte: Fondation Résidence La Faverge, Non-food

Adresse: Fondation Résidence La Faverge, Non Food, Route de Bulle 10, 1610, Oron-la-Ville

Etabli le: 02.02.2022 10:14

N° Art.	Dénomination de l'article	Unité de livraison
Allzweckreinigung		
900924	Relaclean acetic 1 x 10 kg	BID
904234	Relaclean rub 10 x 600 g	CAR à 10 BTL
Desinfektionsmittel		
905723	Relaroom noropan 1 x 10 kg	BID
tsorgung		
750331	Sacs à ordure Quick-Tie avec OKS 10 x (20 x 35 lt)	CAR à 10 RL
919392	Sacs à ordure QuickString Eco 20 x (20 x 35 lt)	CAR à 20 RL
Fussbodenreinigung		
921015	Techno Floor Forte 2x5l 2 x 5 lt	CAR à 2 BID
Gebrauchsartikel		
902843	Inga tampon de nettoyage vert 16 x 22cm 1 x 10 pièces	SA
902973	Pascale eponge magique blanc 15 x 2 pièces	CAR à 15 SA
910769	Scotch-Brite pads à main blanc 1 x 20 pièces	BOX
Handschuhe		
751676	Isabelle Gants tous usages M jaune 1 x 10 pairs	SA
751742	Charlie gants tous usages S rouge 1 x 100 pairs	CAR à 100 PCE
751758	Charlie gants tous usages L rouge 1 x 100 pairs	CAR à 100 PCE
900092	Charlie Gants universel M bleu 1 x 100 pairs	CAR à 100 PCE
Hygieneartikel		
751608	Olivia chiffons tous usages bleu 1 x 10 pièces	PAQ

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

Demande de versement de prestations AVS/AI/APG/PC/AF en mains de tiers

1. Identité de l'ayant-droit

1.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

1.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

1.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

1.4 Numéro d'assuré

756

13 chiffres, inscription sans points et espaces.
Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

1.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

Courriel

1.6 Existe-t-il une curatelle ?

☐ oui ☐ non

Si oui : Nom et adresse du curateur

Siège de l'autorité de protection de l'adulte

A joindre : Copie de l'acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches

2. Type et montant de la prestation

2.1 Pour quelle prestation AVS/AI/APG/PC/AF le versement à un tiers est-il souhaité ?

2.2 Quel est le montant de la prestation (en francs) ?

si connu

3. Demande de versement à un tiers

3.1 La demande est-elle déposée par l'ayant-droit ?

☐ oui ☐ non

Motif incitant à demander le paiement en main de tiers :

Remarque :
Si oui, l'ayant-droit doit donner procuration en signant au ch. 5 et faire signer la demande par la personne ou autorité désignée au ch. 4

3.2 La demande est-elle déposée par un tiers ou une autorité qualifiée ?

☐ oui ☐ non

Motif des doutes sur la capacité de l'ayant-droit à utiliser les prestations de façon appropriée et de son incapacité à les utiliser lui-même :

3.3 L'ayant-droit est-il assisté de manière durable?

☐ oui ☐ non

4. Versement de la prestation

Le versement de la prestation s'effectue sur le compte bancaire ou postal du tiers ou de l'autorité qualifiée :

Titulaire du compte

Adresse du tiers ou de l'autorité qualifiée

Nom et adresse de la banque / poste

N° IBAN

CH

Remarques

5. Remarques importantes et signature

L'ayant-droit et le tiers ou l'autorité qualifiée ont pris connaissance du mémento 3.05 «Versement de prestations AVS/AI/APG/PC/AF en mains de tiers».

Le tiers ou l'autorité qualifiée s'engage à informer sans délai la caisse de compensation AVS compétente, l'office AI, l'organe PC, ou la caisse d'allocations familiales, de tout changement dans la situation personnelle ou financière de l'ayantdroit modifiant son droit à une prestation. On entend par là notamment le mariage ou l'enregistrement d'un partenariat, le divorce ou la dissolution judiciaire d'un partenariat, la naissance d'un enfant, le décès, le changement d'adresse, le séjour de l'ayant-droit plus de trois mois à l'étranger, etc. Le tiers ou l'autorité qualifiée prend connaissance de son obligation légale de restituer une prestation à laquelle il n'avait pas droit ou dont le montant était trop élevé.

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu et date

Signature de l'ayant-droit ou de son représentant

Adresse du représentant

Lieu et date

Signature du tiers ou de l'autorité qualifiée qui présente la demande, ou à qui la prestation doit être versée en vertu de la procuration susmentionnée donnée par l'ayant-droit.

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble.

Pièces à joindre à la demande :

- ☐ Procuration pour le représentant (original)
- ☐ Copie de l'acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches