

1. Constats

A votre avis, les informations contenues dans l'introduction et les chapitres 1 et 2 de l'EMPL sont-elles suffisantes pour comprendre les enjeux en lien avec la nécessité de réformer le dispositif de santé (EMPL p.7 - 23)?

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Les constats et enjeux sont bien exposés. Cependant certaines affirmations manquent de justifications. Par exemple, lorsqu'il est dit qu'une personne sur cinq passe chaque année du statut de personne vulnérable à celui de personne dépendante : et si c'était une sur dix ou deux sur cinq ? Quel impact cela aurait-il sur les enjeux, la vision proposée et les ressources nécessaires ?

Quelles sont les informations qui semblent vous manquer ?

Il manque une analyse complète du fonctionnement du système actuel et de son potentiel d'amélioration pour aller à la rencontre des enjeux posés par le vieillissement démographique. On passe d'une analyse incomplète du problème à une solution unique sans qu'aient été évaluées d'autres possibilités, notamment sous l'angle de leurs avantages, inconvénients, risques ou opportunités. Cela nous semble insuffisant d'un point de vue méthodologique comme base pour justifier un changement d'une telle ampleur.

En particulier, il n'est rien dit sur le potentiel de développement des prestations de coordination assurées aujourd'hui par les infirmières de liaison (ou coordinatrices) des BRIOs. Il n'est pratiquement rien dit dans l'EMPL du rôle de celles-ci, sinon (en p. 33) qu'elles se répartiront entre deux modèles de « gestion de cas ». Le 1er de ces modèles les exclut de facto en précisant qu'il s'adressera soit aux assistantes médicales détentrices du nouveau brevet fédéral de coordination au cabinet, soit à des infirmiers/-ères en pratiques avancées (IPA) de type « nurse practionners » de niveau master. Le second modèle, rapidement décrit, correspond en partie à ce que font nos collaborateurs/-trices, cependant en précisant que leur rôle est limité aux situations de crise (la coordination s'arrête donc dès lors qu'il ne s'agit plus de gérer la crise mais de maintenir les personnes vulnérables en santé ?) L'EMPL ne précise pas non plus ce que devient la gestion des lits de courts et longs séjours dans la future organisation (les EMS qui n'appartiendront pas aux Régions de santé auront-ils toujours intérêt à collaborer ou y seront-ils forcés ?)

En conclusion, les éléments présentés ne nous semblent pas suffisants ni assez convaincants pour justifier la réforme proposée plutôt que l'adaptation du système actuel.

2 - La vision future du système de santé du Canton de Vaud

Pour le Conseil d'Etat, il est important qu'un acteur soit légitimé pour avoir une responsabilité populationnelle régionale en matière de santé (EMPL p.25). Les Régions de Santé seront investies de cette responsabilité. Est-ce que ces développements vous paraissent :

	Oui	Non	Sans avis
Souhaitables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Réalisables?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinents?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

Faire porter la responsabilité de la santé de la population sur une seule composante (communautaire) du système de santé nous semble avoir pour conséquence – en creux – de mettre à l'écart les deux autres (hôpitaux et hébergement). Il vaudrait mieux à cet égard maintenir la structure des réseaux actuels, qui regroupent précisément à l'échelle de chaque région toutes les composantes du système de santé ainsi que les communes. Par ailleurs, les causes du déclin fonctionnel peuvent être aussi d'ordre social, et l'articulation santé-social, pourtant annoncée comme l'un des fondements du projet, n'est pratiquement pas décrite. L'EMPL ne propose aucun développement concret dans ce domaine, par exemple un rapprochement entre les régions de santé et les régions d'action sociale.

Dans le cadre de la réforme proposée, partagez-vous la perspective selon laquelle « l'organisation sanitaire de notre canton repose sur 3 piliers : 1- un dispositif communautaire d'aide et de soins / 2- un dispositif hospitalier / 3- un dispositif d'hébergement » (EMPL p.26)

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Comme indiqué plus haut, ce découpage présente le risque d'évincer les dispositifs d'hospitalisation et d'hébergement d'une participation constructive. Il n'est par ailleurs pratiquement pas précisé quelles seront les relations entre les 3 dispositifs ; on peut redouter que la table de concertation actuelle au sein des réseaux de santé soit réduite à des relations purement contractuelles portant sur l'achat de prestations/capacités estimées, avec un système de bonus/malus en fonction des flux réels de patients.

Partagez-vous la perspective d'un dispositif communautaire basé prioritairement sur les processus cliniques suivants (EMPL p. 27 - 34)

	Oui	Non	Sans avis	
une appartenance forte des cabinets de médecine de premier recours au dispositif communautaire ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>adhésion serait plus juste qu'appartenance</i>
la réponse aux besoins urgents de la population ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
la prévention du déclin fonctionnel ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
la réponse à la demande de fin de vie à domicile ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Commentaires

*Une collaboration renforcée avec la **médecine de 1^{er} recours** semble en effet être une condition pour le bon fonctionnement du système de santé (déjà dans le système actuel). L'idée des « maisons de médecine de 1^{er} recours » est intéressante. Cependant il n'est pas certain qu'elle séduise l'ensemble des médecins concernés. Il serait problématique que ces maisons fédèrent une partie des médecins mais pas les autres. Sur quels critères ? Avec quelles conséquences pour les patients ? La forme que devrait prendre la relation renforcée entre les médecins et le système de soins devrait être réfléchi, testée et déployée conjointement avec les instances représentant les médecins. A noter qu'aucun article du projet de loi ne transcrit cette proposition et que ce n'est donc pas sur une base légale que les professionnels concernés pourraient être contraints d'adhérer. La question du nombre, de la densité et des ressources (humaines et financières) de chacune de ces Maisons est également ouverte : combien en faudrait-il, pour quels bassins de population ou à quelle distance des hôpitaux, et avec quelles prestations ou combien de médecins fédérés pour que l'effet attendu soit réel ?*

*S'agissant de la réponse aux **besoins urgents de la population**, le dispositif communautaire devrait pouvoir y répondre seulement s'il est distinct du dispositif hospitalier – comme c'est le cas dans ce projet – et qu'il devrait donc permettre d'éviter des hospitalisations, non seulement pour le bien des patients mais aussi pour ne pas être pénalisé financièrement.*

*La prévention du **déclin fonctionnel** repose en grande partie sur le renforcement du dispositif social (qui n'est presque pas abordé dans ce projet). On voit mal le lien avec le dépistage précoce et la prise en charge communautaire des problèmes psychiatriques qui sont à l'origine de la plupart des demandes d'hébergement.*

*En ce qui concerne la **demande de fin de vie à domicile**, nous relevons le décalage important qu'il y a entre ce souhait qu'expriment la plupart des gens à titre individuel et l'évolution (passée et sans doute à venir) de notre société. A ce titre, si l'organisation des services de santé – par exemple à l'échelle des régions – peut répondre en partie à cette demande, il nous semble que les mentalités, les comportements de santé ou encore l'organisation de la société ne se transformeront pas par la seule volonté des Régions de santé. Ce processus-clé se fonde notamment sur les attentes immenses qui reposent sur les proches aidants, alors que leur nombre risque d'évoluer de manière inversement proportionnelle à celui des personnes âgées dépendantes. Or, sur la question des proches aidants, le projet reste très vague et ne mentionne aucune mesure concrète.*

Selon vous, quels autres processus clés devraient être prioritairement développés ?

Comme déjà mentionné, un projet d'une telle ambition nous semble devoir intégrer immédiatement et décrire précisément l'articulation entre santé et action sociale.

Par ailleurs, il nous semble qu'il y a un décalage entre une mission aussi globale que celle assignée aux Régions de santé (art. 4 al. 1), soit pour faire court : « maintenir toute la population en santé » d'une part, et les processus-clés (ou moyens) qui y sont associés d'autre part. Ceux-ci sont ciblés exclusivement sur une composante (certes importante) de cette population : les personnes âgées vulnérables. Nous y voyons le risque de perdre de vue le caractère universel d'un système de santé, et de ne plus assurer équitablement les prestations aux autres groupes. Par exemple, le fait que l'évolution du dispositif de promotion de la santé (prévention primaire) ne soit pas abordée sinon pour suggérer qu'elle sera liée d'une manière ou d'une autre aux Régions de santé, nous semble préoccupant.

Enfin, en l'absence de plan de mise en œuvre précis, il est impossible d'évaluer les ressources à mettre derrière chacun de ces processus-clés (notamment en termes RH) et donc de juger de la relation coûts-bénéfices de ces propositions.

3. Les « Maisons de Médecine de Premier Recours »

Soutenez-vous les développements suivants :

Les « Maisons de Médecine de Premier Recours » (EMPL p. 29 - 30) résultent, entre autres, d'une mise en réseau des cabinets médicaux avec les compétences médicales des services d'urgence et de médecine interne des hôpitaux.

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Comme déjà indiqué, c'est une idée intéressante mais qui n'a de chances que si elle est portée par l'ensemble des médecins via leurs instances faïtières. Il faudrait également voir le rapport coût/bénéfice de la création de telles structures et qui en assumerait le financement.

Les « Maisons de Médecine de Premier Recours » sont dotées d'expertises et de ressources élargies dans des domaines tels que la gériatrie, la psychiatrie, les soins palliatifs, les maladies chroniques.

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Mêmes remarques que pour la question précédente. A noter également qu'il faudra définir quelles sont les limites au plateau technique mis à disposition par ces Maisons. Encore une fois, le rapport coût/bénéfice de ce projet pourrait être sensiblement différent selon l'endroit où est posée cette limite.

Régionalement, les « Maisons de Médecine de Premier Recours » assument l'organisation de la garde médicale, gèrent les visites médicales à domicile.

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Il semble intéressant d'organiser la garde médicale et les visites à domicile à l'échelle régionale. Reste à savoir si les « Maisons de Médecine de Premier Recours » verront le jour et si elles seront les mieux à même de prendre en charge ces services.

4 - L'hébergement

Partagez-vous la vision selon laquelle (EMPL p. 34) « les lieux d'hébergement vont accueillir des personnes de plus en plus dépendantes de l'aide et des soins de professionnels, et leur séjour va se raccourcir » ?

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

En considérant la population hébergée aujourd'hui, il est difficile d'imaginer retarder encore l'entrée en EMS, sauf à admettre un coût de maintien à domicile comparativement nettement plus élevé et avec des effets probablement délétères sur l'entourage des patients (proches aidants). Qu'en sera-t-il demain ? Les EMS qui devraient s'adapter à une médicalisation accrue auront besoins de moyens (espaces nécessaires aux soins et aux équipements, dotations et compétences des équipes soignantes, etc.) Dans tous les cas, nous pensons qu'il ne faut pas détacher le secteur de l'hébergement long-séjour du dispositif communautaire, notamment pour éviter d'en stigmatiser les acteurs dans le domaine de la fin de vie. Les acteurs de l'hébergement sont aujourd'hui actifs (et créatifs) dans le domaine des structures intermédiaires et il est indispensable pour la continuité des prises en charge qu'ils exercent, comme les hôpitaux, une responsabilité partagée avec les services de santé communautaire sur la santé de la population à l'échelle de leur région. A noter également que le dispositif d'hébergement doit s'adapter à des besoins qui ne se réduisent plus à ceux des personnes âgées, démentes ou non, mais à un nombre croissant de demandes toujours plus spécifiques (personnes en dessous de l'âge AVS avec Alzheimer, maladies neurovégétatives, obésité morbide, dépendances à l'alcool ou aux drogues illégales, etc.)

5 - L'hospitalisation

Partagez-vous la vision concernant le rôle futur du dispositif hospitalier dans le cadre du projet des Régions de Santé (EMPL p. 35) ?

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Comme déjà indiqué, du point de vue du Réseau, la création de dispositifs distincts pour l'hébergement et l'hospitalisation est problématique. La question de la liaison hospitalière telle qu'exercée aujourd'hui par les BRIOs serait contrariée par la nouvelle organisation, ou alors simplement reprise par les hôpitaux. Notre expérience montre pourtant que le suivi attentif de situations complexes ne peut s'effectuer que dans le cadre de la concertation au sein du Réseau et ne serait pas assuré dans le cadre de simples relations contractuelles, sous une pression principalement financière.

6 - Financement

Pensez-vous qu'il soit nécessaire que l'Etat investisse dans le domaine du dispositif de soins communautaires pour réaliser les objectifs des Régions de Santé (gains en santé pour la population, limitation de la croissance hospitalière et de l'hébergement. EMPL p. 47) ?

- Oui
- Non
- Sans avis

Commentaires

Ces investissements semblent nécessaires pour atteindre les objectifs mentionnés. Il n'est cependant pas certain que la mise en œuvre des Régions de santé soit la meilleure manière d'investir les montants proposés. Par ailleurs, les montants indiqués pour le financement de la phase de transition nous semblent correspondre davantage à ce que l'Etat veut (ou peut ?) engager plutôt qu'à ce qu'il faudrait réellement investir pour transformer le système, (y compris les coûts de démantèlement du système actuel). Nous sommes également préoccupés par le fait que la région Centre, qui regroupe environ 45 % de la population cible ne recevrait comme contribution au lancement du dispositif que 36 % des moyens envisagés (figure 11 p. 45 de l'EMPL). Le modèle financier qui prévoit des économies pour tout le monde, y compris pour les assureurs, nous semble exagérément optimiste.

Selon vous, quels seraient les modalités de participations des communes au financement des Régions de Santé (contribution de base et contribution complémentaire cf. EMPL p. 46)?

Comme il l'est indiqué en p. 46 : « Dans le cadre de la consultation, des discussions vont s'engager avec les communes pour déterminer le mode de calcul de leur contribution ». Ces discussions n'ont pour l'instant pas eu lieu. Il nous semble dès lors prématuré de nous prononcer sur la question. D'une manière générale, les communes devront trouver un lien attractif entre la contribution qu'elles apporteront au fonctionnement du futur système et l'influence qu'elles pourront y exercer. Ce lien, tel que sommairement décrit dans l'EMPL avec la constitution des Commissions régionales, nous semble assez ténu. Une fois encore, le renforcement des Réseaux actuels, desquels les communes sont membres de droit depuis l'entrée en vigueur de la LRS, permettrait de leur donner un rôle intéressant, par exemple dans l'allocation des ressources entre les composantes du système de santé de leur région. Les communes membres du RSRL ont souligné que leur adhésion au projet mis en consultation pourra être très variable en fonction du coût qui sera mis à leur charge et des responsabilités qu'elles pourront exercer dans la gouvernance du futur système.

7 - Gouvernance

Partagez-vous les propositions faites en matière de gouvernance s'agissant de la forme juridique (établissement de droit public, EMPL p. 38) ?

- Oui
- Non
- Sans avis

La démonstration des avantages comparés de cette forme juridique par rapport à d'autres nous semble insuffisante. En particulier, en examinant les prérogatives du Département dans le projet de loi, nous doutons que ce statut offre à la future Région de santé l'autonomie nécessaire pour assumer la responsabilité populationnelle qui serait la sienne.

Par ailleurs, il nous semble problématique que la Région de santé ait à la fois un rôle de prestataire et un rôle de régulateur. Ce positionnement potentiellement « incestueux » devrait faire à tout le moins l'objet d'une analyse de risque, voire d'avis de droit notamment sur les aspects de concurrence – par exemple entre CMS et OSAD privées.

des responsabilités du conseil d'établissement (EMPL p. 40)?

- Oui
- Non
- Sans avis

de la composition du conseil d'établissement (EMPL p. 40)?

- Oui
- Non
- Sans avis

La proposition d'une composition resserrée avec des membres choisis sur leurs compétences est évidemment assez « alléchante ». Mais ce nombre restreint pose la question de la représentativité des membres, surtout dans une région aussi dense et diverse que le Grand Lausanne. Il y a aussi un risque de rendre ces organismes très personnes-dépendants. Enfin, il n'est rien dit des critères de choix qui guideront le Conseil d'Etat pour les nominations, ni du statut des membres de ces conseils et de leur rémunération (on imagine mal, du moins dans la phase de transition, qu'il puisse s'agir de « miliciens »).

de la commission régionale (EMPL p. 41)?

- Oui
- Non
- Sans avis

Telle que décrite dans l'EMPL, cette commission n'offre que peu de garantie de représentativité pour les membres actuels des réseaux. On y trouve des partenaires hétéroclites et aux intérêts potentiellement divergents (patients, salariés des institutions, etc.) En revanche, elle peut être sollicitée directement par le Conseil d'Etat, ce qui présente un risque de triangulation peu compatible avec la responsabilité populationnelle qu'on veut attribuer aux Régions de santé et la nécessaire autonomie qu'elle suppose.

de l'organisme faîtier (EMPL p. 41) ?

- Oui
- Non
- Sans avis

Le projet est trop flou sur ce point. Cet organisme ne devrait se constituer et agir que sur délégation des 4 Régions de santé auxquelles il serait subordonné, et fonctionnerait comme un centre de services exclusivement pour des activités ou prestations qui devraient être centralisées pour des raisons d'efficacité, de cohérence ou d'équité vis-à-vis de la population.

Avez-vous un commentaire spécifique sur un/des articles de la loi (cf. EMPL p.76 - 85)?

Nous observons un décalage entre les détails du projet décrit dans l'exposé des motifs d'une part, et le caractère général des articles de loi d'autre part. Il y a un risque pour qu'aucune des propositions ne puisse être mise en œuvre après l'adoption de la loi, car rien dans celle-ci ne permet de contraindre les acteurs à réaliser ces propositions.

8 - Autres

D'une manière générale, le chapitre dédié aux modalités de mise en œuvre nous semble trop maigre et imprécis. Si la créativité doit sans doute se développer parmi les acteurs du système de santé, il nous semble trop risqué d'envisager une transformation aussi radicale avec si peu de réflexion et de concertation. Sur la base des résultats de la présente consultation, la transmission d'un tel projet au Grand Conseil devrait être précédée d'une phase participative où les acteurs seraient appelés à co-construire la vision et le plan de mise en œuvre. Le calendrier proposé devrait être redéfini en conséquence.