



Mont-sur-Rolle, le 30 mars 2017

Département de la santé et de
l'action sociale
Monsieur Pierre-Yves Maillard
Chef du Département
Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

Mise en consultation d'un avant-projet d'exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de Santé

Monsieur le Chef du Département,

Nous avons pris connaissance de votre consultation au sujet de l'objet visé en titre et vous remercions de l'avoir adressée à notre Association.

Selon votre courrier du 6 février 2017, le projet porte principalement sur les 4 points suivants :

- réunir au sein de quatre établissements publics - les « Régions de Santé » - les dispositifs actuels d'aide et de soins à domicile, ainsi que les prestations et responsabilités des réseaux de soins ;
- doter ces établissements d'une responsabilité envers l'entier de la population régionale qu'ils desservent ;
- attribuer à ces établissements une enveloppe budgétaire annuelle calculée en fonction de la population couverte et de l'atteinte des résultats escomptés ;
- conférer à ces établissements la compétence d'établir des conventions avec les partenaires régionaux et cantonaux leur permettant de remplir leur mission.

1) Constats (EMPL p. 7-23)

L'AdCV salue la volonté du Conseil d'Etat d'améliorer la prise en charge communautaire dans notre Canton. Elle partage également ses conclusions quant aux défis et perspectives qui nous attendent au regard du vieillissement de la population. L'AdCV estime aussi qu'une amélioration de la prise en charge des aînés leur permettant de demeurer à leur domicile plus largement et plus longtemps (comme le souhaite la très grande majorité d'entre eux), est un objectif louable aussi bien du point de vue humain que du point de vue financier. En effet, une prise en charge en EMS ou dans un hôpital est nettement plus coûteuse.



En revanche, l'AdCV ne partage pas le constat excessivement pessimiste du Conseil d'Etat quant aux limites de capacités qu'aurait atteint l'AVASAD en particulier.

A ce sujet, nous relevons que l'EMPL ne fournit aucun bilan sur l'action de l'AVASAD (ni des Réseaux de santé, d'ailleurs). Avant toute chose, il serait nécessaire d'évaluer les succès autant que les domaines où le Conseil d'Etat estime que le travail de l'AVASAD n'a pas atteint ses objectifs. Ces informations sont fondamentales dans la perspective d'une réorganisation de l'envergure de celle qui est envisagée.

2) La vision future du système de santé du Canton de Vaud (EMPL p. 25 et 26)

D'une manière générale, nous estimons qu'offrir un nouveau dispositif à la population pourrait constituer une avancée positive. Cependant, les personnes âgées qui ne souhaiteraient pas entrer dans le dispositif en question devront pouvoir conserver leur libre arbitre.

Il y aurait également la nécessité d'avoir une vision intégrée et coordonnée entre les trois acteurs. Eviter la concurrence entre ceux-ci (ex. hôpitaux désireux de garder des lits occupés pour des raisons de rentabilité, EMS peu désireux de ne plus recevoir que des cas lourds, qui ne peuvent plus être pris en charge à domicile).

Par ailleurs, les trois acteurs mentionnés dans l'EMPL ne sont pas les seuls à agir dans le domaine. Il convient d'intégrer les acteurs privés (cliniques, OSAD, constructeurs privés de logements protégés) dans le dispositif. Affirmer que l'organisation sanitaire de notre Canton repose sur trois piliers est donc trop limitatif.

D'autre part, nous relevons que l'intégration des médecins de premier recours dans le modèle est souhaitée, mais que « le comment » n'est pas clairement spécifié dans le projet de loi. Il est peu probable que des médecins généralistes indépendants désirent intégrer des Régions de Santé de droit public.

Notre association estime qu'il n'est pas réaliste de penser qu'il soit possible de mener, dans un même temps, une réforme importante dans le domaine métier et une réorganisation structurelle majeure, surtout dans un délai aussi court (2019) que celui envisagé dans l'EMPL mis en consultation.

Il serait plus judicieux, à notre avis, de procéder en deux phases distinctes :

- d'abord opérer l'évolution en termes métier (art. 4) et mettre en place certains des outils envisagés, tels que les maisons de premiers recours, le système d'information, la création de l'organisme chargé de la facturation de tous les acteurs concernés ; et
- ensuite seulement engager la réorganisation des institutions (passer de sept A/F à quatre Régions de santé) et la création de la Faîtière qui reprendrait les activités telles que la facturation centralisée, l'informatique, la gestion des caisses de pension, le développement des compétences professionnelles et pratiques dans le terrain).

S'agissant de la facturation centralisée, celle-ci constitue aussi une mesure essentielle afin d'éviter que les trois piliers (silos) de l'organisation sanitaire rencontrent des problèmes



de conflits d'intérêts financiers. Une facturation centralisée par région est donc nécessaire.

Nous pensons également, dans une vision globale de l'encadrement offert à nos aînés, qu'il faudrait prévoir une politique de soutien au développement des logements protégés ainsi que l'établissement d'un répertoire complet (public-privé) de ceux-ci. A notre sens, les logements précités permettent aussi - parfois sans soins - de maintenir les personnes concernées dans un domicile adapté.

3) Les « Maison de Médecine de Premier Recours » (EMPL p 29 à 35)

Nous sommes dubitatifs quant à l'éventualité de créer des « Maison de médecine de premier recours ». En effet, mettre en place des structures entièrement équipées, dotées selon le projet de quelques lits (qui à terme seront de toutes les façons insuffisants), impliquerait des coûts très importants, qui ne sont d'ailleurs pas chiffrés clairement dans le projet mis en consultation.

A notre sens, il serait plus efficace et moins dispendieux de créer de simples portails d'entrée (nouveau numéro de téléphone « d'urgence », voire des bureaux d'accueil régionaux) qui pourraient ensuite aiguiller les demandeurs vers les différents acteurs organisés en réseaux régionaux coordonnés. Dans notre vision, les maisons en question n'auraient donc pas d'existence physique à proprement parler. Elles auraient, en revanche, la connaissance exhaustive de toute l'offre des services disponibles (y compris les lits d'observation) dans les différents lieux proposés par des entreprises privées ou publiques. La mise en place d'équipes mobiles pourrait également être envisagée afin d'aider des personnes à rester le plus longtemps possible à leur domicile.

4) Hébergement et hospitalisation (EMPL p.34 et 35)

Sur ces deux points, globalement, nous partageons la vision présentée dans l'EMPL.

5) Financement (EMPL p. 46 et 47)

La participation des communes au dispositif à venir devra tenir compte des difficultés financières croissantes de ces dernières et devra gagner en transparence. En effet, actuellement, certains montants nécessaires à la prise en charge sociale des personnes âgées sont perçus au travers des subventions versées à l'AVASAD et d'autres au travers de la facture sociale. Il n'est pas possible pour les communes d'avoir une vision claire du montant global qu'elles doivent réellement consacrer à la problématique sociétale liée au vieillissement de la population à l'avenir.

S'ajoute que dans l'EMPL, des économies potentielles au niveau hospitalier et en EMS sont évoquées mais que rien n'est dit sur le partage de ces économies avec les communes.

Des critères d'évaluation doivent donc être identifiés pour suivre l'évolution des coûts dans les trois piliers, afin d'équilibrer à la fois les charges et les économies entre le Canton et les communes.

Selon notre perception, toute méthode de prédiction des contributions (cf. page 43 de l'EMPL) telle que celle décrite dans l'EMPL semble totalement irréaliste. Par comparaison,



les DRG (système tarifaire national de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus) utilisés pour définir l'indemnité moyenne d'une intervention (ex. remplacement d'une valve cardiaque) sont assez simples comparés à l'estimation des coûts liés à la prise en charge totale d'une personne âgée qui chute à domicile. En effet, les facteurs associés sont beaucoup trop nombreux (raisons de la chute, âge, forme physique, ostéoporose, caractère, logement adéquat, possibilités de faire de la rééducation, fissure, cassure, foulure, prothèse, comorbidités, etc...) pour être modélisés rationnellement. Sans parler des risques externes (épidémies, canicules, etc...) qui auront aussi une influence sur les coûts certaines années.

Dès lors, on imagine mal d'autre méthode que la détermination d'un montant par habitant (comme pour le financement de l'AVASAD) pour fixer la participation des communes.

6) Gouvernance (EMPL p. 40 et 41)

Les deux représentants des communes dans les conseils d'établissement devraient être désignés par l'UCV et l'AdCV. Par ailleurs, la représentation des communes est réduite à huit personnes (deux par région) dans les organes dirigeants. Ce n'est pas suffisant. En lisant la loi, on sent clairement que les communes sont dépossédées du projet. Afin d'assurer une certaine démocratie dans ce système et augmenter l'indépendance des régions, il serait judicieux d'envisager une autre structure de gouvernance : un conseil restreint de 5 personnes pour la gestion courante et un conseil élargi, se composant de professionnels, des communes et de représentants du Canton, se réunissant moins souvent, mais qui aurait un certain nombre de compétences plus stratégiques. Cette organisation permettrait également de mieux relayer les informations du terrain.

L'utilité de la commission régionale, qui n'a aucun pouvoir décisionnel et dont la composition est assez hétéroclite, reste à démontrer. Elle pourrait donc être abandonnée ou alors, il faudrait lui conférer des compétences à définir.

L'organisme faitier ne devrait pas trop empiéter sur l'autonomie des régions. Plutôt qu'un organisme faitier, ses compétences devraient être limitées à la coordination et à la mutualisation de certaines tâches, comme la facturation et l'informatique par exemple (notion de back-office mutualisé). Autrement dit, les Régions de Santé devraient gagner en autonomie par rapport à l'Etat.

D'une manière générale, dans ce projet, il est important, pour assurer la meilleure qualité de vie possible à tous, que les acteurs du terrain, dont les communes, se sentent encore responsables et concernés par la problématique des aînés.

7) Commentaires spécifiques sur un/des articles de la loi (EMPL p.76 à 85)

Art. 6c : la mention explicite des organismes privés serait nécessaire.

Art. 6d : cet article est trop flou quant au rôle exact des communes et aux implications financières que ce rôle aura pour elles.

Art. 23 al. : préciser que les deux membres communaux du Conseil d'établissement sont désignés par l'UCV et l'AdCV.

Art. 29 : plutôt que d'un organe faitier, parler d'un organe de coordination.



8) Autres

Enfin, nous tenons à souligner que la période de transition qui a été prévue est nettement trop courte au vu de l'ampleur du projet envisagé et que son organisation et son financement manquent de clarté. En effet, les moyens actuels sont par ailleurs insuffisants pour mener à bien un tel projet. Ces constats militent donc très nettement pour la solution que nous avons proposée, en deux phases distinctes successives.

Conclusions

Si l'AdCV partage la volonté du Conseil d'Etat d'améliorer la prise en charge communautaire dans notre Canton, ainsi que ses conclusions quant aux défis et perspectives qui nous attendent au regard du vieillissement de la population, **elle ne peut pas approuver le projet de loi présenté.**

Trop de questions fondamentales restent encore sans vraies réponses :

- Le financement de la transition (sans véritables moyens) ;
- La période de transition (trop courte) ;
- L'organisation de la transition (peu claire) ;
- La représentation des communes (trop faible) ; et
- La participation financière des communes (inconnue).

Il serait opportun d'engager une discussion avec l'AVASAD, les Associations et Fondations de Soins à domicile et les associations de communes afin d'affiner l'analyse, d'établir un bilan de leurs actions et de construire ensemble les futures Régions de Santé.

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous porterez à notre courrier, nous vous prions de croire, Monsieur le Chef du Département, à l'expression de notre considération distinguée.

Association de Communes Vaudoises
AdCV

La Présidente
Josephine Byrne Garelli

Le Secrétaire général
Siegfried Chemouny