

Consultation : Avant-projet d'exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de Santé

Position du Réseau Santé Haut-Léman

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 : **X**

Sans avis

Commentaires

Si le Réseau Santé Haut-Léman (RSHL) et ses partenaires (Comité, membres) partagent pleinement les constats et les défis à venir, tout comme la nécessité de réformer le dispositif de santé pour pouvoir y répondre, les éléments légitimant le fait de fonctionner par « rupture » (abrogation des lois sur l'AVASAD et les Réseaux de soins) sont jugés insuffisants. Le fait de devoir construire un nouveau dispositif d'une telle ampleur risque de mobiliser une part importante des ressources (humaines et financières), au détriment des activités courantes et des enjeux auxquels nous devons déjà répondre aujourd'hui. En effet, l'argumentaire postulant pour la création d'une structure régionale nouvelle, la Région de Santé, ne permet pas de comprendre pourquoi la réorganisation des structures que sont l'AVASAD et les Réseaux, n'a pas été retenue. Cela pourrait passer par un renforcement des compétences des Réseaux, en matière de contractualisation et de financement, comme prévu initialement dans les NOPS (Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire, 1998).

Ainsi, et au niveau régional, le RSHL et ses partenaires travaillent déjà à des pistes de réponse que l'on retrouve également dans l'EMPL : gestion de cas, renforcement de la collaboration avec les cabinets médicaux (de groupe ou non) en redéfinissant le rôle, le mandat et le périmètre d'activité des IDL par exemple, renforcement des collaborations (soma-psy), etc.

Le fait de donner aux régions la compétence de s'organiser est jugé par contre positivement ; tout comme la nécessité de rendre le « Réseau » plus contraignant. C'est d'autant plus indispensable lorsque l'on sait que le site de Rennaz de l'Hôpital Riviera-Chablais VD-VS (HRC) ouvrira ses portes courant 2019, avec 70 lits de soins aigus de moins qu'aujourd'hui.

Quelles sont les informations qui semblent vous manquer ?

L'absence d'un réel bilan du fonctionnement de l'AVASAD et de ses associations régionales. Ce constat vaut également, dans une moindre mesure, pour les Réseaux. De même, le RSHL regrette qu'il n'y ait pas eu « d'introspection » du côté du DSAS et de ses services.

D'autre part, la psychiatrie est quasi absente des 2 premiers chapitres, alors qu'un patient sur 2 présente une problématique de santé mentale dans l'aide et soins à domicile. Le même constat vaut pour le dispositif social ; il est primordial que l'articulation entre santé et social soit réfléchi de suite et pas repoussée dans le temps.

De même, les prestations de la petite enfance et de la santé scolaire (prestations AVASAD - Associations/Fondations) devraient être abordées, du fait de l'impact de tout « changement d'organisation » sur les communes, les directions des écoles et les collaborations avec les acteurs régionaux (hôpitaux, indépendants, institutions mais également les liens avec les acteurs sociaux et le Service de la protection de la jeunesse).

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 :

Souhaitable : **OUI**

Réalisable : **NON**

Pertinent : **OUI**

Commentaires

Réalisables, non parce que :

Si le RSHL estime souhaitable qu'un acteur soit légitimé pour avoir une responsabilité populationnelle régionale en matière de santé, il doit pouvoir la partager avec les acteurs du monde hospitalier et du monde de l'hébergement. Le mode de gouvernance proposé ne va pas dans ce sens. La lecture de l'EMPL peut donner l'impression d'un fonctionnement en trois silos : hôpital – santé communautaire – hébergement (contrairement au cahier des charge du Pôle Santé du Pays-d'Enhaut, par exemple).

En l'état, ces développements paraissent peu réalisables, avec l'engagement de moyens « proportionnés ». En fonction des connaissances, des ressources et des outils techniques, passer à un financement populationnel nécessitera du temps et des compétences qui ne pourront se mettre en place en quelques mois, d'où la nécessité de travailler sur la transition, qui ne fait l'objet d'aucune explication dans le projet d'exposé des motifs.

A noter que la population-cible n'est pas suffisamment définie (tout « âge », seniors, patients chroniques, ...).

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 : X

Sans avis

Commentaires

Pour le RSHL, ces trois piliers ne peuvent être qu'interdépendants. Le fait de permettre aux Régions de Santé de contracter avec l'un et l'autre, est-ce suffisant pour garantir cette interdépendance ? La gouvernance, telle que décrite dans l'exposé des motifs, n'intègre pas les partenaires concernés, si ce n'est dans la Commission régionale dont le rôle est jugé peu clair (organe consultatif, mais pouvant allouer des financements à la Région de Santé).

De plus, des partenaires, importants à nos yeux : assureurs – recherche – formation - domaine social - petite enfance (etc.) ne sont pas mentionnés.

En outre, la lecture de l'EMPL donne l'impression que la prévention primaire se déploiera en parallèle des Régions de Santé, ce qui est questionnant, sachant que ces Régions de Santé disposeront d'une responsabilité populationnelle. Il leur sera ainsi difficile d'agir sur la « santé de la population » si elles ne peuvent intervenir en amont, en disposant de compétences dans la prévention primaire.

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

- | | |
|--|------------|
| - une appartenance forte des cabinets de médecine de premier recours au dispositif communautaire ? | NON |
| - la réponse aux besoins urgents de la population ? | OUI |
| - la prévention du déclin fonctionnel ? | OUI |
| - la réponse à la demande de fin de vie à domicile ? | OUI |

Commentaires

Même si la collaboration avec la médecine de premier recours est une condition « sine qua non » du bon fonctionnement du système de santé, le terme « appartenance » est jugé inopportun pour qualifier les liens avec les médecins.

Par ce terme, entend-t-on une pleine intégration de la médecine de premier recours dans les Régions de Santé (avec le risque d'une politique perçue comme une « étatisation » de la médecine de premier recours) ou plutôt un processus de coopération renforcé ?

Le RSHL milite pour un processus de coopération, avec des incitatifs forts, permettant à la fois de partager des outils (système d'information), des compétences (équipes pluridisciplinaires, ...) et du financement (couverture des prestations de coordination non-rémunérées par TARMED, par exemple). Un juste équilibre devra être trouvé dans les collaborations et les coopérations entre les cabinets de groupe d'un côté et les cabinets individuels, de l'autre, sans compter le lien avec les Maisons de Médecine de Premier Recours.

Concernant la réponse aux besoins urgents de la population, c'est un véritable changement de paradigme qui devra se faire, tant du côté des professionnels que de la population. Cela passe obligatoirement par une clarification de ce qui est entendu par « urgences » (de la « bobologie » aux urgences vitales, en passant par les urgences « médico-sociales). Il en est de même pour les différentes structures qui répondent aujourd'hui aux besoins urgents : urgences hospitalières, polycliniques, cabinets de groupe et demain « Maisons de Médecine de Premier Recours ». Il en va des compétences et du plateau techniques nécessaire (ou non).

A noter que le RSHL, certes à une moindre échelle, est déjà actif en matière de prévention du déclin fonctionnel : dépistage des situations qui se fragilisent à domicile lorsqu'il n'y a pas d'OSAD dans la situation, cours donnés par une gériatre dans le cadre du programme de formation continue, développement de compétences gériatriques au sein de l'hôpital de concert avec l'HRC, ainsi que par le biais des différentes consultations proposées, etc.

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

Outre la coordination qui est le « core business » des Réseaux, des investissements majeurs devront être consentis au niveau la formation et de la prévention primaire.

Par formation, nous entendons aussi bien les cursus de formation proposés aux futurs professionnels que les programmes de formation continue (développer les connaissances en fonction des nouveaux rôles qui se dessinent, avec un accent tout particulier sur l'interdisciplinarité et le partage des compétences = contribution au changement de culture).

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 : **X**

Non

Sans avis

Commentaires

Si la réponse est « oui » sur le « fond » (liens à intensifier entre médecine hospitalière et médecine de cabinet, ...), rien n'est dit sur les articulations à développer entre les Maisons de Médecine de Premier Recours, les cabinets de groupe et les cabinets « individuels ». Il faudra faire attention à ne pas créer des déséquilibres dans les relations entre ces différentes structures, du fait de dotations et de ressources qui pourraient fortement varier d'un cabinet à l'autre (présences ou non d'infirmières de coordination à même de faire le lien avec la Maison de Médecine de Premier Recours, par exemple).

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 : **X**

Non

Sans avis

Commentaires

Il est important d'élargir les compétences au « paramédical », y compris pour ce qui est du soutien social, du case management, de la pharmacie, de l'ergo et de la physio, etc.

Le plateau technique devra également être clairement défini, en s'assurant de la juste complémentarité avec celui de l'hôpital ou autres polycliniques.

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

Oui : **X**

Non

Sans avis

Commentaires

La collaboration et la coordination entre les médecins hospitaliers et les médecins installés devront être fortement développées que ce soit pour :

- l'accueil de la population lorsqu'elle se rendra à la Maison de Médecine de Premier Recours pour la garde médicale
 - population à orienter en amont, afin d'éviter de retrouver les patients aux urgences de l'hôpital lors que cela n'est pas nécessaire
- l'organisation et la gestion des visites médicales qui seront faites à domicile (avec la question du diagnostic à poser et les outils mobile nécessaires pour pouvoir le faire).

Fort de ces constats, le terme de Maison de santé paraît mieux correspondre aux activités qui y seront déployées, y compris pour la garde médicale qui sera assumée régionalement.

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 : **X**

Non

Sans avis

Commentaires

Si c'est une tendance déjà constatée, avec un âge moyen d'entrée en EMS toujours plus élevé et des durées de séjour qui se réduisent (18 mois de moyenne en discutant avec un EMS de la région), le gain potentiel du report d'entrée est difficile à évaluer. Attention à ne pas se focaliser uniquement sur le « grand âge », les demandes d'hébergement concernant des populations plus jeunes, aux profils et aux besoins différents sont également à prendre en compte.

S'il est question de « médicalisation » des lieux d'hébergement dans l'EMPL, la réalité est aujourd'hui quelque peu différente, avec des établissements qui n'ont quasi plus d'infirmières présentes la nuit, hors « piquets », ce qui est un frein à l'hébergement et au retour après une hospitalisation (perfusions, antibiothérapie, ...). Des moyens supplémentaires devront leur être alloués. Avec les offres qu'ils développent dans le domaine des structures intermédiaires, les EMS sont des partenaires incontournables du maintien à domicile. Ils jouent aujourd'hui déjà un rôle majeur dans le développement des « SAMS », offrant ainsi des alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement. Des synergies entre l'offre « court séjour » et les « lits d'observation » sont ainsi à investiguer et à développer, afin d'éviter de créer des « couches supplémentaires ».

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 : **X**

Non

Sans avis

Commentaires

Si l'on parle de lien avec la communauté, l'idée que le dispositif hospitalier soit paramétré dans une perspective régionale a tout son sens (psychiatrie incluse). Par contre, la concertation entre partenaires, obligatoire lorsque l'on parle du suivi des patients chroniques et des patients âgés, ne pourra se faire que sur la base de la contractualisation, d'où l'importance d'une responsabilité partagée.

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 : X

Sans avis

Commentaires

Pour que les Régions de Santé puissent atteindre ces objectifs, il est vital que l'Etat investisse dès la phase de transition et ce, de manière forte. Sans cela, c'est toute la mise en place de la nouvelle organisation qui sera fragilisée. Il en va également des nouveaux rôles qui seront « donnés » aux professionnels (aux infirmières en pratique avancée, par exemple), avec des prestations qui ne pourront être facturées dans leur entier aux assureurs (du moins dans le cadre de la politique de tarification actuelle).

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)?

Commentaires

Une proposition serait de « sortir » les communes du financement des Régions de Santé et de se concentrer sur le volet social, avec toutes les interactions que cela sous-entend, bien évidemment (avec des lieux de concertation à prévoir).

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 : X

Sans avis

Commentaires

Si la responsabilité populationnelle est effectivement donnée aux Régions de Santé, le statut d'établissement de droit public peut se concevoir. Par contre, la nomination des membres devrait être partagée entre la Région et l'Etat, ce qui équilibrerait les responsabilités et atténuerait le sentiment de « préfecture de la santé » que l'on peut ressentir en prenant connaissance des articles relatifs au Conseil d'établissement (les partenaires resteraient ainsi des acteurs et non des simples exécutants, au risque de les démobiliser).

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

Oui : X

Non

Sans avis

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

Oui

Non : X

Sans avis

Commentaires

Le fait de donner aux Communes le droit de proposer deux membres, interroge. Quelle sera la plus-value en termes d'expertise dans le domaine ?

Le RSHL estime nécessaire de disposer d'un Conseil d'établissement plus étoffé-. Un conseil d'établissement de 7 membres pourrait fonctionner sans entrave majeure, tout en offrant une meilleure représentation des différents partenaires concernés. Ceci permettrait à un représentant valaisan de siéger dans le conseil d'établissement de la Région de Santé du Haut-Léman.

de la commission régionale (EMPL p. 41)?

Oui

Non : X

Sans avis

Commentaires

La représentativité et les compétences attribuées à cette commission sont jugées peu claires. Le fait qu'elle puisse également être interpellée par le Conseil d'Etat, questionne également, avec un côté « 3^{ième} pouvoir ».

de l'organisme faitier (EMPL p. 41) ?

Oui

Non : X

Sans avis

Commentaires

Certains éléments de ce chapitre doivent être clarifiés comme le rôle de représentation qui lui est donné. Ce rôle ne devrait lui être donné sur délégation des 4 Régions de Santé, en fonction des dossiers à traiter.

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

Néant.

Commentaire 1

Néant.

Commentaire 1

Le RSHL émet des réserves quant à la mise en place du mécanisme de financement par capitation dans les délais impartis. Au vu des indicateurs et des données populationnelles à disposition, c'est un important processus de développement et de maturation qui est attendu ces prochaines années. Est-il possible d'y répondre en investissant de manière proportionnée ?

De plus et pour être pertinent, un tel dispositif devrait concerner tous les partenaires et non uniquement le dispositif communautaire d'aide et de soins.

Commentaire 2

Des investissements importants devront être consentis en termes de formation, afin d'assurer déjà la relève, puis de former les professionnels aux nouveaux métiers.