



## **48<sup>ème</sup> Assemblée Générale (extraordinaire)**

**Procès-verbal du : 23 mars 2017**

**Lieu de la séance : Hôtel Continental - Lausanne**

---

**Présidence : Mme Hélène Brughera**

**Participant.e.s : Liste des présences et personnes excusées en annexe**

**Procès-verbal : Mme Jocelyne Balet**

---

**Prochaine AG : Jeudi 15 juin 2017**

---

### **Ordre du jour :**

- 1 Désignation des délégués
  - 2 Adoption de l'ordre du jour
  - 3 Présentation de la proposition de réponse
  - 4 Questionnaire - Consultations LRSA
  - 5 Discussion générale
  - 6 Validation globale
  - 7 Plan de communication
  - 8 Divers
- 

Mme Brughera salue cordialement les nombreux participants à cette AG extraordinaire, prévue dès l'annonce de la consultation sur les nouvelles régions de santé au printemps 2016, elle est interpellée par l'absence d'un.e représentant.e du SSP.

Mme Brughera présente Mme Crettaz, mandatée pour aider le comité dans sa préparation et – lors de cette AG – pour insérer directement dans le texte soumis les amendements qui seront soumis à validation.

### **1 Désignation des délégués**

Les délégués sont désignés de la manière suivante :

Pour le groupe Médecins : Dr Serge Cuttelod  
Pour le groupe SAR : Dr Gérard Pralong, Hôpital de Lavaux  
Pour le groupe EMS : Mme Valérie Binamé, directrice de la Fondation Mont-Calme  
Pour le groupe ASAD : M. Serge Marmy, directeur de la FSL  
Pour le groupe Commune : Mme Annelise Isaza, municipale de la commune d'Etagnières

### **2 Adoption de l'ordre du jour**

L'ordre du jour proposé est adopté.

### **3 Présentation de la proposition de réponse**

M. Anhorn rappelle qu'il est important de considérer la proposition faite comme étant la position officielle du Réseau Santé Région Lausanne, et que chacune des opinions plus politiques, professionnelles ou personnelles peut s'exprimer par un autre canal. Il part du principe que les participants ont une vue au moins globale du projet, il ajoute que le délai de réponse a été repoussé au 31 mars.

Le projet présenté a été finalisé lors d'une séance du Comité, qui a eu lieu le 9 mars, selon les éléments préparés par la Direction. Sur la base des réponses données au questionnaire, un courrier d'accompagnement a été préparé donnant une position plus générale.

M. Tosato (Commune de Lausanne) relève que les modalités financières ne sont pas connues et feront l'objet de négociations et que les conséquences financières pour les communes par exemple peuvent provoquer un changement de position. Il informe que M. Maillard rencontrera les communes le 27 mars.

1.1.40 Organisation AG/PV\_AG\_23 mars 17



M. Berthoud (Commune de Vuflens-la-Ville) remarque qu'une fois le projet adopté, il sera trop tard pour revenir sur les aspects financiers et M. Weiler ajoute que les autres partenaires sont également impactés par cet aspect et que cet élément a été inclus dans les commentaires.

M. Tosato estime qu'il faudrait ajouter une notion positive, la problématique majeure étant le maintien à domicile à laquelle tout le monde adhère. M. Anhorn indique que le comité partage la position du Département sur le déplacement du point de gravité vers le secteur communautaire et que cela fait partie du premier point relevé dans le courrier d'accompagnement.

#### **4 Questionnaire - Consultations LRSA**

Le questionnaire suit les pages de l'EMPL.

La méthode de travail (scan des questions-réponses puis position générale) est approuvée.

##### **Constats**

###### Question 1

- Réponse : OK
- Commentaires :
  - IPA infirmière en pratique avancée, l'une des perspectives ouvertes pour la fonction de gestion de cas ; piste intéressante mais pas praticable car les IDL ont un niveau bachelor et les autres un niveau master.
  - M. Weiler est Interpellé par le fait qu'il n'y a pas de vraie analyse sur ce qui existe actuellement et qu'il n'y a qu'une proposition de solution unique – à laquelle le réseau adhère – mais d'autres voies auraient pu être appréhendées
  - Long échange sur la dernière phrase et en particulier sur le fait que la nécessité de changement n'est « pas avérée »

##### **La vision future du système de santé du Canton de Vaud**

###### Question 2

- Réponses : OK
- Commentaires :
  - Proposition de M. Fonjallaz (EMS Les Baumettes) de remplacer « déresponsabiliser les 2 autres.. » par « mettre à l'écart » : adoptée

###### Question 3

- Réponse : OK
- Commentaires :
  - Même remarque que précédemment, le terme déresponsabiliser et changer en « évincer »
  - M. Anhorn ajoute que le comité craint qu'en séparant les 3 piliers les préoccupations ne soient plus partagées, il n'est pas indiqué quelles seront les relations entre eux.
  - M. Pingoud (Association des proches aidants) relève qu'il n'est rien dit du rôle essentiel des proches aidants indispensables à la bonne marche d'un tel dispositif – M. Anhorn indique que cela est mentionné dans l'un des commentaires suivants.

###### Question 4

- Réponses : OK, au 1<sup>er</sup> item, ajouter « adhésion serait plus juste qu'appartenance »
- Commentaires :
  - M. Anhorn complète l'information : la CORES a reçu un mandataire du SSP (Pr Thomas Bischof) chargé de faire réagir les groupes de médecins sur le concept des Maisons de 1<sup>er</sup> recours, le travail est en cours et les médecins découvrent cette notion.
  - M. Weiler ajoute que cela renvoie à la taille de chaque région, et que pour celle du centre il faudrait plusieurs maisons, ce qui posera des problèmes liés à la dotation, la localisation, etc.
  - M. Althaus (physiothérapeute) questionne sur le mode de financement appliqué, actuellement la tendance est au paiement à la performance – M. Anhorn répond que l'intention du projet est un financement mixte.
  - Il sera ajouté « (humaines et financières) » au texte du 1<sup>er</sup> paragraphe « La question du nombre, de la densité et des ressources ... ».

##### **Les « Maisons de Médecine de Premier Recours »**

Questions 5, 6 et 7 : Réponses : OK / Commentaires : OK



### **L'hébergement**

Question 8 : Réponse : OK / Commentaires : OK

### **L'hospitalisation**

Question 9 : Réponse : OK / Commentaires : OK

### **Financement**

Question 10

- Réponse : OK
- Commentaires :
  - M. Anhorn reprend les remarques faites en début de séance par M. Tosato
  - M. Weiler relève que les 5 personnes (dont 2 en provenance des communes) qui piloteront ce dispositif auront un très gros investissement à faire.
  - M. Althaus demande à ce que soit ajouté un lien avec le social – M. Anhorn indique que les réseaux seraient compétents pour discuter des allocations de ressources entre acteurs de la santé ; avec les composantes sociales, c'est plus compliqué car il s'agit d'aides individuelles définies sur une base légale cantonale donc non négociable. La proposition n'est pas retenue.

### **Gouvernance**

Questions 11 et 12 : Réponses : OK / Commentaires : OK

## **5 Discussion générale**

Mme Binamé (Fondation Mont-Calme) remercie et félicite la direction et le comité du réseau pour ce travail de fond.

M. Tosato a l'impression que l'on s'offusque de ces changements alors que médecins et secteur hospitalier ne doivent rien craindre, personnellement il ne pourrait pas approuver le commentaire à la question 1 qui indique que la nécessité de la réforme n'est pas avérée.

M. Weiler estime que ce projet demande aux réseaux de s'autodétruire, de changer de système fondamentalement en enlevant le partenariat existant, or sur le plan des arguments la démonstration n'a pas été faite ; le réseau a envie d'exister et ne pas être seulement une centrale d'information. La réponse du réseau propose une co-construction, la lettre d'accompagnement va plus dans l'ouverture et les aspects positifs à mettre en avant.

M. Uffer en tant que député membre de la Commission santé du Grand Conseil indique que tous ont envie d'aller de l'avant. La phrase de conclusion de la question 1 est un jugement sur le contenu, il préférerait qu'il soit indiqué que les éléments n'ont pas convaincu.

M. Berthoud propose d'indiquer que les éléments ne sont pas disponibles. M. Perret (Commune de Forel) appuie cette proposition.

La proposition concernant cette dernière phrase « 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 » est acceptée.

M. Anhorn informe que la position des collaborateurs, recueillie par sondage au cours d'une réunion du personnel est plutôt ouverte et optimiste. Cependant, le personnel manifeste aussi une certaine perplexité sur la mise en œuvre.

Mme Binamé propose la lecture du courrier d'accompagnement, le questionnaire étant assez fermé et les aspects positifs relevés par tous n'y étant pas inclus, puis une suspension de séance pour que les groupes puissent débattre de l'ensemble.

M. Matt (EMS Le Home/Les Pins) ajoute encore qu'il a de la peine à entendre que l'entrée en EMS sera retardée grâce à ce dispositif, ce seront plutôt des hospitalisations qui seront évitées.

M. Anhorn lit le courrier d'accompagnement de portée générale et divisé en 3 axes.

#### **1<sup>er</sup> axe :**

Précision : stationnaire = fait référence aux secteurs de l'hospitalisation et de l'hébergement ; communauté = secteur ambulatoire et domicile.



« Nous soutenons l'idée d'une **décentralisation accrue** des responsabilités en matière de santé de la population à l'échelle des régions,... », cette phrase suscite le débat, en particulier le terme décentralisation : centralisation des décisions au niveau du Département, responsabilisation accrue dans les régions, responsabilités décentralisées même si cela est sous contrôle/gouvernance centralisé.

La modification « régionalisation des responsabilités » est acceptée.

Mme Binamé demande si le réseau se prononce sur le nombre de 4 régions. M. Anhorn explique que cela a été discuté en comité mais du fait que le nombre dépend de ce dont on parle (district, zones géographiques des CMS, etc.) ils sont partis de l'idée que cela sera travaillé lors de la mise en œuvre. M. Weiler ajoute que les 4 réseaux actuels ont des « poids » très différents et qu'il est difficile d'être sous la même gouvernance, pour exemple le RSNB peut réunir tous ses partenaires en 5-6 personnes alors que le RSRL en compte 80.

### **2<sup>ème</sup> axe :**

M. Uffer relève qu'il s'agit d'un développement factuel et qu'il est à l'aise avec cela.

Aucun autre commentaire n'étant fait, cette partie est adoptée.

### **3<sup>ème</sup> axe :**

M. Perret suggère l'ajout de la position positive du personnel concerné. M. Anhorn répond que l'AG n'est pas légitimée pour parler au nom du personnel.

Suite à la discussion, les changements suivants sont acceptés :

- « ...le projet nous semble insuffisamment abouti... »
- « ... une réflexion participative afin de.... ».

Suspension de séance.

## **6 Validation globale**

Mme Brughera rappelle que, selon les statuts du réseau, seuls les délégués des 5 groupes de membres affiliés prennent position sur les modifications faites sur le questionnaire et le courrier d'accompagnement.

Le projet intégrant les modifications validées en cours de lecture est adopté à l'unanimité. Il en est de même pour le courrier d'accompagnement.

Mme Brughera remercie les participants pour la manière dont s'est déroulée cette AG.

## **7 Plan de communication**

M. Anhorn s'associe aux remerciements de Mme Brughera et salue la qualité stimulante des débats.

La proposition du Comité est la suivante :

- Pas de conférence de presse ni de communiqué aux médias
- Envoi ciblé aux membres et partenaires via la e-newsletter avec lien sur la
- Position officielle du RSRL sur le site web
- Pas de commentaires «au nom du réseau».

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

## **8 Divers**

La prochaine AG aura lieu le 15 juin 2017, le lieu est encore à déterminer.

Mme Brughera lève la séance et invite les participants à un apéritif offert par le réseau.

  
Hélène Brughera  
Présidente

Jocelyne Balet  
Secrétaire Communication-direction

Annexes : Questionnaire et courrier d'accompagnement (adressés à tous les membres par mail le 24 mars 2017) et liste de présence/excusés.

Monsieur le Conseiller d'Etat  
Pierre-Yves Maillard  
Chef du Département de la santé  
et de l'action sociale (DSAS)  
Bâtiment administratif de la Pontaise  
Av. des Casernes 2  
1014 Lausanne

Lausanne, le 24 mars 2017

## Consultation sur l'exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de santé

Monsieur le Chef de département,

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous avons l'honneur de vous faire parvenir ci-joint la position officielle du Réseau Santé Région Lausanne sur l'EMPL cité en titre.

Cette position a été adoptée à l'unanimité lors de l'Assemblée générale extraordinaire qui s'est tenue à Lausanne le 23 mars dernier. Pour mémoire, les membres affiliés du RSRL sont organisés en cinq groupes :

1. Soins aigus et réadaptation (CHUV y compris DP et CUTR, Hôpital de Lavaux, Hôpital Ophtalmique, PMU)
2. Aide et soins à domicile (3 Associations régionales regroupant 21 CMS)
3. EMS (53 établissements)
4. Médecins libres praticiens
5. 63 communes, couvrant les districts de Lausanne, de l'Ouest lausannois, du Gros-de-Vaud et de Lavaux-Oron

Vous trouverez ci-joint le questionnaire que vous avez élaboré pour cette consultation dûment rempli. En complément et d'une manière plus générale, nous tenons à mettre en exergue trois éléments :

1. Le RSRL **partage largement** le point de vue du DSAS selon lequel il y a lieu de tenir compte de la **transition démographique et épidémiologique** pour adapter le fonctionnement de notre système de santé. Nous sommes également d'avis qu'il y a lieu de prendre des mesures **rapidement** compte tenu de l'augmentation prévisible et importante à court terme du nombre de personnes âgées et/ou vulnérables. Enfin, nous adhérons globalement à la proposition de **déplacer le centre de gravité** du système de santé, qui se trouve aujourd'hui principalement dans le secteur stationnaire, vers la communauté. Nous soutenons l'idée d'une **régionalisation** des responsabilités en matière de santé de la population, mais redoutons en revanche le **cloisonnement** instauré entre les trois piliers (communauté, hôpital, hébergement) décrits dans le projet de loi. Sous l'angle de la coordination des soins, le **renforcement du rôle des réseaux actuels** où sont représentés tous les acteurs de la santé nous semblerait largement plus intéressant. Enfin la confusion entre **le rôle de prestataire et celui de régulateur** des futures Régions de santé nous semble problématique.



2. L'avant-projet en consultation nous semble offrir une **réponse insuffisante** au problème posé. D'un point de vue de la **méthode**, il ne contient pas d'analyse approfondie du fonctionnement du système actuel ni de son **potentiel d'amélioration**. Il ne contient pas non plus de **scénarios** sur l'évolution attendue (estimation haute, moyenne, basse) pas plus que de **variantes de solutions** qui pourraient être comparées sous l'angle de leurs avantages, inconvénients, risques et opportunités. Par ailleurs, des éléments essentiels au succès d'une refonte du système de santé – comme par exemple son **articulation avec le dispositif d'action sociale** – ne sont que superficiellement évoqués, sans être développés. Certains processus-clés décrits dans l'exposé des motifs (comme par exemple la création des maisons de médecine de premier recours) ne trouvent pas leur **transcription dans le projet de loi**, celui-ci portant presque exclusivement sur les structures alors que les besoins se trouvent plutôt au niveau des prestations. Si la LRSa doit être une simple loi cadre, il conviendrait alors d'indiquer sous quelle forme, selon quels processus et dans quels délais devrait être produit le dispositif réglementaire permettant de la mettre en application.
3. Pour les raisons mentionnées au point précédent, le projet nous semble **insuffisamment abouti** pour être poursuivi selon les modalités et le calendrier proposés dans le document. Nous appelons de nos vœux l'ouverture d'une réflexion **participative** afin de compléter l'analyse, de déterminer une organisation future du système qui soit à la fois réaliste et réalisable, et enfin de convenir de **modalités de mise en œuvre** qui assurent le succès d'une réforme aussi ambitieuse.

En espérant que ces considérations, étoffées par nos réponses détaillées dans le questionnaire joint, retiendront votre attention, et restant à votre disposition pour participer à la suite des travaux sur ce passionnant dossier, nous vous prions de croire, Monsieur le Chef de département, à l'assurance de notre plus haute considération.

Christian Weiler  
Président du Comité

Philippe Anhorn  
Directeur

Hélène Brughera  
Présidente de l'Assemblée générale

**Annexe** : Questionnaire de consultation

**Copie** : Mme Stéfanie Monod, cheffe du Service de la santé publique

## 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 practitioners » 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.*



## AG extraordinaire 23 mars 2017

### LISTE DES PARTICIPANTS (selon listes signées)

Groupe	Nom Prénom	Institution, organisation	Localité
ASAD	Brutto Koller Tiziana	APREMADOL	Renens
	Dorier Valérie	APROMAD, CASAD	Le Mont
	Guex-Jeanprêtre Anne	APROMAD, CMS Epalinges	Epalinges
	Marmy Serge	FSL	Lausanne
	Uffer Filip		
Associé	Althaus Patrick	Physiothérapeute expert	Bottens
	Pingoud Rémy	Association de proches aidants	Vullierens
	Trezzini Lelia	Croix-Rouge Vaudoise	Lausanne
	Eckert Yves	Home Assistance SérI	Lausanne
	Zodogone Vindent	IDP Médical	Lausanne
	Frain Johann Cacitti N.	La Boite O Services	Aubonne
	Brauen Ruth Demiéville-Garmi Nicole	Fédération suisse des sages- femmes, section VD	Lausanne
	Gachet Lydia Russ Olivier	SPITEX pour la ville et la campagne	Lausanne
Communes	District de Lavaux-Oron	Dupertuis Chantal	Belmont
		Perret Bernard	Forel
		Preli Muriel	Jorat-Mézières
	District de Lausanne	Tosato Oscar	Lausanne
	District Ouest lausannois	Beaud Michelle	Crissier
	District de Broye-Vully	Balissat Christophe	Corcelles-le-Jorat
	District du Gros-de-Vaud	Von Kanel Miranda Corinne	Assens
		Chevalley Stéphane	Bercher
		Sterchi Jean-Pierre	Cugy
		Lopes Sara	Essertines-sur-Yverdon
		Isaaz Anne-Lise	Etagnières
		Freymond Sabine	Fey
		Witzig Jean-Pierre	Froideville
		Millioud Jean-Pierre	Goumoens
		Gay-Crosier Thierry	Montilliez
		Tille Dominique	Oulens-sous-Echallens
		Frutschi Patrick	Poliez-Pittet
		Pittet-Allaz Véronique	Villars-le-Terroir
		Golaz Nathalie	Vuarrens
		Berthoud Olivier	Vufflens-la-Ville
EMS	Fonjallaz Christian	Baumettes (Fondation Les)	Renens
	Beguinn Yannick	Chantemerle (EMS)	La Conversion
	Addor Denis	Odysse (EMS)	La Conversion
		Grand-Vennes (Résidence)	Lausanne
	Thomas Frédéric	Châteaux (Fondation Les)	Echallens
	Kunz Sonia	Clair Soleil (EMS)	Ecublens
		Recordon (EMS)	Lausanne
	Simone Vincent	Donatella Mauri (Fondation)	Romanel
Binamé Valérie	Mont-Calme (Fondation)	Lausanne	
Jock Alexandra	Praz-Joret (Résidence)	Mézières	



<b>EMS</b>	Weiler Christian	Primeroche (Fondation)	Prilly
	Dubrit Pascal	Soleil Levant (Fondation)	Lausanne
	Hansford Marina		
	Piguet-Weishaupt Nicole Vincent Michel	Vernie (EMS La)	Crissier
<b>Invité</b>	Guyot Sophie	CHUV, division Soins Palliatifs	Lausanne
<b>Médecins</b>	Bonard Marc		Lausanne
	Cuttelod Serge		Pully
	Schwob Alain		Prilly
<b>Soins aigus</b>	Kunz Sonia	Hôpital ophtalmique	Lausanne
	Pralong Gérard	Hôpital de Lavaux	Cully

## LISTE DES EXCUSES

<b>Groupe</b>	<b>Nom Prénom</b>	<b>Institution, organisation</b>	<b>Localité</b>
<b>ASAD</b>	---		
<b>Associé</b>	Kimmeier Jaunin Marina	Infirmière indépendante	Lausanne
	Kuhni Cathy	Alzheimer Vaud	Lausanne
	Laurens Sandrine	Permed SA	Lausanne
	Lecocq Waltraut	Association de proches aidants	Vullierens
	Decollogny Anne	Pharmacie 24	Lausanne
<b>Communes</b>	<u>District Lavaux-Oron</u>	Municipalité	Bourg-en-Lavaux
		Wyss Cossy Dominique	Chexbres
		Conne Laurent	Essertes
		Fattebert Didier	Maracon
		Rolaz Jean-François	Puidoux
		Chevallaz Jean-Marc	Pully
		Chevalley Pierre-Alain	Rivaz
		Pipoz Louis	Savigny
	<u>District Gros-de-Vaud</u>	Létra Cyril	Bioley-Orjulaz
		Carine Delpierre	Bottens
		Weber Jean-Marc	Bournens
		Municipalité	Bretigny-sur-Morrens
		Municipalité	Ecublens
		Subilia Brigitte	Rueyres
	<u>District Lausanne</u>	Perrin Claudia	Romanel
<u>District Ouest-lausannois</u>	Manzini Pascale	Ecublens	
<u>District Broye-Vully</u>	Municipalité	Ropraz	
<b>ENS</b>	Gay Carol	EMS Le Marronnier	Lutry
	Goumaz Pierre-André	EMS La Faverge	Oron
	Rémy Pierre-Yves	Fondation Bois-Gentil	Lausanne
	Risse Frédéric	Institution de Béthanie	Lausanne
	Stuby Claude-Alain	Fondation Clémence	Lausanne
<b>Médecins</b>	Klay Michael		Oron-la-Ville
<b>Soins aigus</b>	Bonsack Charles	DP - CHUV	Lausanne
	Büla Christophe	CHUV - CUTR Sylvana	Epalinges
<b>Invités</b>	Hirt Pierre	SSP	Lausanne
	Monod Stéphanie	SSP	Lausanne
	Wasserfallen Jean-Blaise	CHUV	Lausanne