

## REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Marion Wahlen et consorts – Réponse à l'urgence : où en est-on ?

#### **Rappel de l'interpellation**

*Suite à l'abandon du projet de loi sur les régions de santé, le Département de la santé et de l'action sociale a initié une démarche pour apporter une réponse à l'urgence. La thématique est, en effet, de première importance pour assurer des soins aux patients qui se trouvent dans une situation d'urgence*

*Une prise de position des réseaux était attendue pour le 31 décembre 2017. Le délai a été prolongé au 31 mars 2018.*

*Or, depuis, le département a dénoncé pour le 31 décembre 2018 la convention sur la garde médicale qui le lie à la Société vaudoise de médecine (SVM). Le temps est donc très court pour trouver la solution adéquate, puis mettre en place les mesures de mise en œuvre, même si la garde médicale de la SVM n'est qu'un des éléments de la question relative à la prise en charge de l'urgence.*

*A ce titre, les questions suivantes sont posées au Conseil d'Etat :*

- 1. Comment compte-t-il assurer la réponse à l'urgence dès le 1er janvier 2019 ?*
- 2. S'est-il assuré que les médecins et les soignants adhèrent à la solution qui sera envisagée ?*
- 3. S'est-il aussi assuré que les autres partenaires y souscriront (EMS, AVASAD, réseaux, OSAD, etc.) ?*
- 4. Quelles mesures envisage-t-il pour ne pas augmenter les hospitalisations inutiles ?*

## Réponses du Conseil d'Etat

Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques à l'horizon 2040 représentent un défi majeur pour le système de santé. Dans une recherche d'efficacité globale et dans la suite de la mise en consultation de l'avant-projet de loi sur les Régions de Santé, le Conseil d'Etat a priorisé son intervention autour de l'optimisation des trajectoires cliniques et a délégué au DSAS la responsabilité de ce déploiement.

L'optimisation du processus de réponse à l'urgence est une priorité que le DSAS a annoncée en juin 2017. Ce processus vise à ce que toute personne ayant un besoin de soins urgents, selon son appréciation, obtienne une réponse appropriée, en fonction de ses choix et préférences. Il implique une coordination accrue entre tous les différents acteurs participant à l'accueil et la gestion des situations d'urgence, quelle que soit leur gravité.

### 1. Comment compte-t-il assurer la réponse à l'urgence dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 ?

Pour mener à bien la réalisation du processus de réponse à l'urgence, le DSAS a d'ores et déjà nommé quatre mandataires régionaux : la PMU dans la région centre, le Réseau Santé Nord Broye pour le nord, la Fondation La Côte pour l'ouest et l'Hôpital Riviera Chablais pour la région est.

Ces mandataires régionaux ont la responsabilité de l'organisation et du déploiement de la réponse à l'urgence et bénéficient pour ce faire d'un budget spécifique.

Le cahier des charges en leur possession porte sur la coordination des acteurs régionaux en vue de l'optimisation de la réponse aux besoins de soins urgents des patients. On peut mentionner en particulier deux champs de travail spécifiques.

Le premier est la prévention et l'anticipation des situations d'urgence, notamment dans le cadre de la prise en charge des malades chroniques. Le second est l'optimisation des processus de tri et d'orientation des personnes les plus vulnérables, personnes âgées, personnes en soins palliatifs et en fin de vie, qui devrait permettre davantage de prise en charge dans le lieu de vie (domicile ou institution). Lorsque cela est opportun et souhaité, une réponse médicale pourrait alors être engagée sur le lieu de vie afin de déterminer, avec le patient et ses proches, les meilleures options de prise en charge. L'optimisation de la réponse devra aussi permettre un retour à domicile plus rapide et mieux coordonné entre les urgences ou les services hospitaliers et la communauté, notamment par la mise en œuvre d'une réponse rapide de l'aide et soins à domicile.

Les mandataires régionaux soumettent actuellement leur projet d'organisation et leurs objectifs en termes d'amélioration du processus de réponse à l'urgence.

La garde médicale est un des éléments du dispositif de réponse à l'urgence. Selon la Loi sur la Santé Publique, la garde médicale est organisée en garde de premier recours (médecins spécialistes en médecine interne générale, médecins praticiens, médecins spécialistes en pédiatrie, médecins gynécologues et médecins psychiatres) et en garde spécialisée.

La loi sur les professions médicales impose à tous les médecins une obligation de garde. Le DSAS avait établi, le 1<sup>er</sup> janvier 2005, une convention avec la Société vaudoise de médecine (SVM) s'agissant de l'organisation de la garde médicale. Cette convention a été dénoncée le 29 juin 2017 dans le cadre de la mise en route du projet de réponse à l'urgence avec effet au 31 décembre 2018. Une nouvelle convention, signée entre le DSAS et la SVM vaudra règlement de la garde dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour tous les médecins autorisés à pratiquer.

Cette convention précise les buts et les modalités d'organisation de la garde et clarifie les responsabilités des différents acteurs, en particulier des mandataires régionaux et de la SVM. Le dispositif de garde, en coordination avec les autres processus de réponse à l'urgence, doit ainsi permettre d'offrir, en cas de nécessité, à quiconque en a besoin et quel que soit l'endroit où il se trouve (domicile, cabinet de consultations, lieu d'hébergement ou d'hospitalisation, voie publique ou autre lieu), l'assistance d'un médecin 24 h sur 24 et 365 jours par an.

### 2. S'est-il assuré que les médecins et les soignants adhèrent à la solution qui sera envisagée ?

S'agissant des médecins, la loi sur les professions médicales leur impose une obligation de garde qu'ils remplissent malgré les contraintes de leur activité. L'élaboration de la nouvelle convention de la garde médicale

dans le canton de Vaud s'est effectuée dans un processus consultatif étroit avec les groupements de spécialités et la Société vaudoise de médecine.

Le DSAS souhaite apporter les moyens de soutenir cet investissement en temps et disponibilité pour le service public. Par une meilleure coordination des acteurs participants à la réponse à l'urgence, la charge pourrait être davantage adaptée aux contraintes et aux souhaits des médecins et faire l'objet d'une meilleure reconnaissance financière.

Ainsi, la convention sur la garde médicale prévoit un financement par enveloppe de l'activité de la garde de médecine de premier recours et spécialisée. Les montants des enveloppes sont calculés en fonction du nombre de jours à couvrir annuellement, du nombre de médecins nécessaires à la garde étant donné les caractéristiques de la région à couvrir et d'un montant de défraiement journalier. Un montant sera réservé pour allouer à titre exceptionnel un défraiement complémentaire lorsqu'un certain seuil de pénibilité sera dépassé.

S'agissant des soignants, que ce soit dans le cadre des urgences ou des soins à domicile, toute mesure favorisant une meilleure orientation des patients est perçue comme une amélioration du système de soins. Eviter les hospitalisations inappropriées ainsi que les allers-retours difficiles entre hôpital et domicile sont des éléments qui permettraient de mieux préserver le bien-être des patients et améliorer globalement l'organisation des soins. De nombreuses personnes souhaiteraient pouvoir bénéficier d'alternatives de prise en charge, notamment à domicile, dans des conditions de qualité et de sécurité et ces mesures sont considérées en général par les soignants comme positives, même si les enjeux de mise en œuvre doivent être clarifiés.

Enfin, s'agissant des institutions hospitalières et des urgences, le renforcement d'un dispositif communautaire permettant de prendre en charge des personnes dans leur lieu de vie est attendu et qualifié d'urgent. Un meilleur tri et une orientation affinée et sécurisée par un dispositif médical renforcé hors des urgences sont essentiels à développer pour permettre aux urgences de concentrer leurs efforts sur les situations nécessitant un plateau technique et des surveillances hospitalières.

### **3. S'est-il aussi assuré que les autres partenaires y souscriront ? (EMS, AVASAD, réseaux, OSAD, etc) ?**

Lors de la consultation sur l'avant-projet de loi sur les Régions de Santé, l'ensemble des partenaires s'était accordé sur les objectifs d'optimisation des processus cliniques.

Le cahier des charges des mandataires régionaux porte sur la mise en œuvre, pour chacune des quatre régions sanitaires, d'un dispositif de réponse à l'urgence impliquant tous les acteurs régionaux concernés. Un COPIL régional est notamment constitué incluant les partenaires institutionnels et professionnels régionaux.

Les faïtières des institutions seront également régulièrement impliquées dans le suivi de ce projet dans le cadre des séances de la "Plateforme de concertation stratégique sur la coordination des soins et des services" présidée par la Direction Générale de la Santé.

### **4. Quelles mesures envisage-t-il pour ne pas augmenter les hospitalisations inutiles ?**

L'ensemble des éléments de la réponse à l'urgence permettront de contribuer à une diminution des hospitalisations inappropriées. Toutefois, il importe au DSAS de ne pas travailler uniquement sur cet objectif mais de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins dans le respect des personnes. La possibilité de discuter avec les patients des alternatives possibles à l'hospitalisation est un élément qui doit être renforcé. L'objectif principal reste donc que toute personne puisse être prise en charge adéquatement et en respectant ses choix.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 23 janvier 2019.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*