

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Philippe Vuillemin et consorts -sortir de la quadrature des cercles de qualité en EMS (20_POS_193)

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 18 novembre 2022.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper (en remplacement de Sandra Glardon), Florence Bettschart-Narbel (en remplacement de Philippe Miauton), Josephine Byrne Garelli, Géraldine Dubuis (en remplacement de Rebecca Joly), Sylvie Podio (présidence), Chantal Weidmann Yenny. MM. Sébastien Cala, Fabien Deillon, Nicola Di Giulio, Gérard Mojon, Olivier Petermann, Cédric Roten, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mmes Sandra Glardon, Rebecca Joly. M. Philippe Miauton.

Représentantes du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Virginie Spicher, Directrice générale, Direction générale de la santé (DGS), Marie-Christine Grouzmann, Pharmacienne cantonale.

La commission remercie M. Frédéric Ischy, secrétaire de commission au Secrétariat général du Grand Conseil, pour la rédaction des notes de séance.

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le rapport du Conseil d'Etat présente un bilan des cercles de qualité en EMS. Ces cercles apportent une efficacité réelle, des économies de nature financière, mais aussi une amélioration de la prise en charge des résident-e-s.

Les échanges interprofessionnels (infirmiers-ères, pharmacien-ne-s, médecins) et les discussions sur les dernières informations scientifiques relatives aux traitements les plus efficaces et les moins invasifs apportent une véritable plus-value.

Les éléments développés dans le rapport montrent que les coûts engendrés par les cercles de qualité sont largement compensés par les économies que ces cercles permettent de réaliser.

3. POSITION DU POSTULANT

M. le Député Gérard Mojon donne l'appréciation générale et Mme la Députée Josephine Byrne Garelli fournira pour chaque chapitre les remarques particulières du postulant qui n'est plus député.

D'un point de vue général, la mise en place de toute mesure mérite évaluation. Aussi, il importait de savoir si l'introduction des cercles de qualité en EMS apporte quelque chose et se montre efficace ou non. De manière globale, le postulant se dit satisfait de la réponse du Conseil d'Etat qui fournit les renseignements demandés.

Bien que des possibilités d'amélioration subsistent sur certains points, les cercles de qualité en EMS se montrent positifs et la mesure mérite d'être poursuivie.

Globalement, le postulant estime que le Conseil d'État lui a répondu correctement. Il l'en remercie et espère que cette réponse sera utile aux acteurs-trices de la santé vaudoise et fera avancer le chapitre 6 (plan de médication partagé – PMP) avant la fin des temps.

4. LECTURE DU RAPPORT

1. Bilan des cercles de qualité : efficience réelle, économies réalisées

Selon le retour du postulant, le bilan, simple, mais pas simpliste, constitue un bon résumé de 10 ans d'efforts.

2. Coûts engendrés par la mise sur pied des cercles de qualité

Il fallait faire une fois ce bilan des coûts. C'est la première fois que ces chiffres sont révélés publiquement à la connaissance du postulant. On note que les pharmaciens se taillent la part du lion. Si, effectivement au départ, il y avait un gros travail de préparation, ressasser trois ans plus tard le Dafalgan ne devrait pas leur coûter bien cher.

Un-e commissaire note que la production des rapports annuels représente la majorité des coûts pour les pharmaciens, pas les séances des cercles de qualité (cf. graphique en p. 3 du rapport).

3. Amélioration et évolution des cercles de qualité

Pour le postulant, il s'agit, dans l'ensemble, d'une bonne réponse qui ouvre des perspectives nouvelles plus intéressantes pour les médecins. A juger dans la pratique.

Un-e commissaire ayant participé à des cercles de qualité évoque la rivalité entre pharmaciens et médecins. Il y dix ans, les pharmaciens avaient tendance à dicter aux médecins ce qu'ils/elles devaient faire, ce qui ne plaisait guère à ces derniers-ères. L'évolution observable a passé d'une approche théorique dans les grandes lignes à une approche plus adaptée pour chaque résident-e. À ce titre, il est remarquable de noter que les traitements médicamenteux ont pu être modifiés en moyenne 3,2 fois par résident-e. Il est ainsi possible de diminuer le nombre de médicaments prescrits et de diminuer les doses. Les cercles de qualité vont ainsi dans la bonne direction.

4. Cercles de qualité au sein des hôpitaux : exemple du CHUV

Le postulant estime que cette problématique très pratique ne reçoit pas vraiment de réponse. On peut vivre avec, mais on remercie alors l'État de ne pas vilipender les médecins d'EMS et avoir le culot de prétendre qu'ils/elles coûtent cher à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Pour des raisons psychologiques, les médecins rechignent à remettre en cause les prescriptions sortant des hôpitaux. Ils/elles ont pourtant tort, car le CHUV prescrit des médicaments chers, voire introuvables (question de stocks).

Pour un-e commissaire, le/la médecin qui connaît le mieux le/la patient-e et celui/celle qui le/la soigne tous les jours. En ce sens, la capacité du/de la médecin généraliste doit être renforcée à contester la prescription de médicaments par l'hôpital qui peuvent avoir des effets néfastes sur le/la patient-e considéré-e une fois hors de l'hôpital.

Un-e autre commissaire relève qu'il est de la responsabilité du/de la médecin généraliste de prendre le relais en tant qu'instance de prescription et de modifier la prescription de l'hôpital en cas d'effet médicamenteux néfaste non connu de l'hôpital sur le moment. Tout traitement évolue et le/la médecin traitant-e dispose de la liberté de prendre ses distances par rapport à la prescription du CHUV. À titre d'exemple, le Nexium (médicament original bloquant l'acidité de l'estomac), prescrit par le CHUV, coûte passablement plus cher que la préparation générique, ce qui laisse penser que le CHUV obtient le Nexium à prix cassé. Les pharmaciens ont normalement l'obligation de substituer le médicament original par le médicament générique, moins cher. En pratique, vu la prescription du CHUV, le Nexium reste toutefois la préparation délivrée dans la moitié des cas environ. C'est la responsabilité des pharmaciens et des médecins traitants de changer cette situation.

La pharmacienne cantonale confirme que le CHUV peut obtenir des rabais importants sur certains médicaments. Le financement des prestations hospitalières stationnaires par DRG présente l'effet pervers de pousser les hôpitaux à engager des négociations afin d'abaisser autant que possible le prix des médicaments qu'ils utilisent. Cela dit, le gros enjeu porte sur les interfaces (transitions entre l'hôpital et le domicile ou l'EMS) est le plan de médication partagé (PMP) qui doit permettre une véritable réconciliation

médicamenteuse tant à l'entrée qu'à la sortie de l'hôpital. Certaines médications durant l'hospitalisation pourraient ainsi être arrêtées à la sortie de l'hôpital. Il reste au demeurant du devoir des pharmaciens de procéder autant que possible (selon les formes galéniques disponibles) à la substitution du médicament original par le médicament générique, compte tenu des incidences financières notamment pour le/la patient-e (franchise, quote-part). À ce titre, selon la cheffe du DSAS, les mécanismes de rémunération du/de la pharmacien-ne pourraient ne pas toujours présenter les meilleures incitations.

Un-e commissaire demande si d'autres médicaments originaux que le Nexium s'imposent à l'hôpital et ainsi, en partie du moins, en ambulatoire.

Il lui est répondu que le CHUV obtient beaucoup de rabais sur les médicaments. Cela fait partie de la lutte contre le gaspillage et de la recherche d'efficacité demandée aux établissements sanitaires. L'approvisionnement en médicaments représente un gros volet des achats d'un hôpital. À ce titre, mieux vaut réaliser des économies sur le prix des médicaments que sur le personnel. Les effets pervers des rabais obtenus par l'hôpital doivent être combattus par l'amélioration des interfaces (réconciliation médicamenteuse lors des transitions de l'hôpital au domicile ou à l'EMS, passage du médicament original au médicament générique à la sortie de l'hôpital). La pharmacienne cantonale précise que le prescripteur communautaire (médecin traitant-e) dispose aussi de la possibilité de passer à une autre molécule/préparation, moins chère, d'une même classe de médicaments. En effet, l'hôpital cherche à contenir le volume de médicaments stockés et dresse en conséquence une liste limitée de médicaments (choix seulement entre une ou deux molécules d'une même classe de médicaments). Cela restreint les options de prescription des médecins hospitaliers par rapport à l'ensemble des médicaments existants sur le marché, autorisés par Swissmedic.

Compte tenu de cette discussion, un-e commissaire réitère sa demande à démystifier les prescriptions de l'hôpital, à favoriser l'information/discussion auprès des médecins traitant-e-s et à encourager ces derniers-ères à modifier lorsque nécessaire la prescription de l'hôpital.

5. Projets et développement de la Fondation sécurité des patients suisse

Pour le postulant, ce chapitre soulève la question des coûts et de la disponibilité du personnel. La gestion préalable des données reste une activité humaine non robotisée.

Un-e commissaire souligne les phrases suivantes : « Il est estimé que des erreurs de recueil de l'information sur les médicaments à ces points de transition peuvent générer jusqu'à 20% des événements médicamenteux indésirables. Les problèmes médicamenteux sont en outre responsables de plus de 20% des cas de ré-hospitalisations observés dans les 30 jours suivants la sortie de l'hôpital ». Dans ces circonstances, les cercles de qualité ont un rôle important à jouer pour améliorer la situation et le PMP apparaît crucial.

6. Mise en place du plan de médication partagé (PMP) dans le canton

On revient là sur le serpent de mer, jamais résolu, de la transmission des données entre hôpitaux, EMS et cabinets médicaux. Lorsque le postulant s'est installé en 1985, il croyait ferme à ce chapitre 6, toujours discuté, jamais porté à terme. Il relate qu'il fermera son cabinet dans trois mois sans avoir jamais vu le PMP. Il renvoie dos à dos les services de l'État, le CHUV et les hôpitaux vaudois et met en exergue cette lenteur insupportable qui ne permet toujours pas l'échange d'informations en flux constant. Reste alors la bonne vieille lettre de sortie pour laquelle le CHUV s'est grandement amélioré ces dernières années, contrairement à d'autres hôpitaux.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'État à l'unanimité.

Morges, le 8 janvier 2023.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*