

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL**  
**sur le postulat Josephine Byrne Garelli et consorts –**  
**analyse du rôle joué par la médecine et les soins communautaires pendant la crise du COVID-19**  
**(20\_POS\_203)**

### **Rappel du postulat**

*L'ensemble du système de santé vaudois a été mis sous pression par la crise du COVID-19. Il fallait en particulier éviter de surcharger les hôpitaux et leurs unités de soins intensifs. Les hôpitaux régionaux ainsi que les cliniques privées ont prêté main-forte afin d'éviter une surcharge des capacités au CHUV.*

*La médecine communautaire ainsi que les centres médico-sociaux (CMS) ont certainement aussi joué un rôle pour prendre en charge des patients atteints par le COVID-19, mais les actions déployées sont moins bien identifiées. Or, il y a certainement des enseignements importants à tirer pour l'avenir.*

*Ce postulat demande une étude approfondie sur le rôle joué par ces acteurs pendant la crise du COVID-19, et un rapport sur le potentiel de la médecine communautaire et les soins à domicile comme rempart sanitaire en cas de crise.*

*L'étude et le rapport pourraient notamment fournir des informations sur le nombre d'hospitalisations évitées, les problèmes logistiques rencontrés, et la réallocation des ressources humaines pour soutenir le dispositif sanitaire. Il serait souhaitable d'y inclure les avis du médecin cantonal et de l'Etat-major cantonal de conduite (EMCC) sur l'importance de la médecine communautaire et les CMS, entre autres.*

## Rapport du Conseil d'Etat

### 1. Préambule

La présente réponse au Postulat 20\_POS\_203 reprend les éléments de la partie consacrée à la gestion de la crise du COVID-19 des *rapports annuels de gestion* 2020 et 2021. Il s'appuie aussi sur les réponses aux postulats *Florence Gross et consorts – Etude sur les problèmes d'approvisionnement et en médicaments et en matériel sanitaire ainsi que sur les pistes de solutions envisagées* (20\_POS\_204) et *Carole Dubois et consorts - Bilan des ressources des établissements et institutions sanitaires mobilisées lors de la pandémie du COVID-19 et adaptation pour le futur* (20\_POS\_214).

Il inclut également des éléments provenant de la réponse du Conseil d'Etat à l'*Interpellation Byrne-Garelli – Quel est le bilan du redéploiement du personnel des CMS pendant la crise du COVID-19 et des infirmières et infirmiers en milieu hospitalier ?* (20\_INT\_486) et à la *Simple question* (20\_QUE\_075) *Joséphine Byrne Garelli – Quel premier bilan tirer de la mise en place de la Centrale des solidarités ?* également synthétisées dans le *Rapport de la commission thématique de santé publique (CTSAP) chargée d'examiner le présent postulat* (20\_POS\_203).

### 2. Eléments généraux

Comme relevé par la postulante, la crise du COVID-19 a mis sous pression l'ensemble du système de santé vaudois. Dès le mois de mars 2020, les cabinets médicaux, les soins à domicile publics et privés, les infirmier·ères indépendant·e·s, les Réseaux de santé, les mandataires de la réponse à l'urgence, les établissements d'hébergement et les centres d'accueil se sont fortement mobilisés afin de faire face à la crise et d'assurer la prise en charge de la population vaudoise. Cela a été crucial, afin d'une part, d'assurer la continuité de l'accès à des soins primaires de qualité de la population, qu'ils soient liés ou non au COVID-19, et d'autre part, de permettre de ne pas surcharger les services d'urgences et les services hospitaliers. La pandémie a également souligné l'interdépendance de ces acteurs. Dès lors, la coordination entre ces acteurs est clé. Cela est particulièrement important pour les acteurs de la santé communautaire, étant donné leur diversité et nombre.

La coordination nécessite d'agir à différents niveaux, tant sur le plan clinique qu'organisationnel et technique, et revêt des formes variées selon les objectifs qu'elle poursuit, les publics concernés ou ses modes d'opérationnalisation. Parler de coordination pendant la crise du COVID-19 inclut aussi bien la coordination entre les acteurs du domaine socio-sanitaire qu'à l'interne de ces derniers. La réponse au postulat va donc s'intéresser tant à l'organisation mise en place afin de coordonner les acteurs et les ressources à une échelle régionale, qu'au rôle joué par les cabinets médicaux, les organisations de soins à domicile ainsi que d'autres institutions de la santé communautaire.

### 3. Une organisation régionale pour la gestion de crise dans le domaine de la santé communautaire

Pour faire face à la crise du COVID-19, le Conseil d'Etat a articulé son organisation de crise cantonale en deux niveaux. Le niveau stratégique s'est constitué autour de la Délégation du Conseil d'Etat (DCE) et des séances du Comité Stratégique (COSTRA) de l'Etat-major cantonal de conduire (EMCC) qui permettaient d'échanger régulièrement avec tous les partenaires impliqués dans la gestion de cette crise. Dans le domaine sanitaire, le niveau opérationnel a été assuré par les représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et les différents partenaires du système socio-sanitaire. Pour la santé communautaire, le DSAS s'est appuyé, dès le mois de mars 2020, sur le dispositif du programme « Réponse à l'urgence » afin d'organiser la gestion de la crise.

Depuis 2018, ce programme développe la coordination des acteurs socio-sanitaires dans les quatre régions du canton afin de simplifier et fluidifier la continuité des prises en soins pour que toute personne en besoin de soins urgents – selon son appréciation – puisse obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais et en lien avec ses choix et préférences.

Par l'entremise de quatre mandataires régionaux (Unisanté pour la région Centre, la Fondation La Côte pour la région Ouest, le Réseau Santé Nord-Broye pour la région Nord-Broye, et l'Hôpital Riviera-Chablais pour la région Est) le programme vise ainsi à développer des modèles d'organisation favorisant la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle à l'échelle régionale pour des situations d'urgence non vitale – mais également pour les anticiper, et dans la mesure du possible, les diminuer.

Dès la première vague du COVID-19 au printemps 2020, le DSAS a donc confié aux quatre mandataires régionaux la responsabilité de la mise en place d'une organisation de crise. Avec la collaboration de la Protection civile (PCi) et sous la coordination de l'EMCC, des États-majors de crise régionaux ont été mis en place afin de coordonner la distribution du matériel de protection et les demandes de renfort en personnel. Les renforts en personnel étaient principalement du personnel soignant dont l'activité ou la formation étaient suspendues durant cette première vague (infirmier-ère-s scolaires, infirmier-ère-s indépendant-e-s, étudiant-e-s en soins infirmiers et médecine, apprenti-e-s assistant-e-s en soins et santé communautaire, médecins et infirmier-ère-s à la retraite, etc.) ainsi que des astreints PCi et, dans une moindre mesure, des soldats sanitaires (la majorité des soldats ayant été destinés aux structures hospitalières, dont l'activité était plus conforme à leur mission).

Les mandataires régionaux étaient également responsables de mobiliser et coordonner les équipes mobiles d'urgence et les équipes mobiles spécialisées en soins palliatifs et en psychiatrie de l'âge avancé, ainsi que d'identifier et de renforcer des cabinets médicaux ou polycliniques volontaires. Afin d'assurer leurs missions, les mandataires régionaux ont rapidement mis en place un suivi attentif des institutions socio-sanitaires, notamment les institutions d'hébergement (EMS principalement) qui ont été les plus touchées. La force de ces dispositifs régionaux a été de pouvoir s'adapter aux réalités de chaque région, que ce soit d'un point de vue géographique (régions urbaines, péri-urbaines, rurales, de montagne), démographique (densité de la population, structure d'âge, etc.), institutionnel (capacités des hôpitaux régionaux, densité médicale, densité d'établissements médico-sociaux, etc.) ou encore conjoncturel lié au COVID-19 (clusters locaux suite à une manifestation, institutions fortement touchées, possibilités de développer des renforts et prêts de personnel inter-institutionnel, etc.).

Les retours d'expériences réalisés à la fin de la première vague ont montré la grande réactivité de ces organisations régionales, qui ont pu compter sur les collaborations préexistantes dans les régions. Cette coordination a largement contribué à maintenir en place le dispositif de santé communautaire, permettre aux acteurs d'effectuer leurs missions afin de garantir l'accès aux soins pour la population vaudoise et éviter des hospitalisations. Il est toutefois apparu nécessaire de renforcer encore les liens entre le domaine sanitaire et médico-social. C'est dans cette perspective que le DSAS a demandé aux mandataires régionaux début octobre 2020 de mettre en place des cellules de crise régionales en étroite coordination avec les Réseaux de santé dont la mission habituelle est d'œuvrer à l'amélioration de la coordination des soins. Des formations à la gestion de crise ont été organisées dans chaque région. Le système d'information et d'intervention (SII), utilisé depuis plusieurs années dans les hôpitaux, a été également étendu aux cellules de crise régionales afin d'optimiser la communication. Développé par le Service sanitaire coordonné (SSC) du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS), le SII est une plateforme informatique destinée à appuyer les processus des organisations de conduite et d'intervention dans le domaine sanitaire ordinaire et dans des situations particulières et extraordinaires.

Dès le début de la deuxième vague en automne 2020, ces cellules ont assuré un suivi et une veille de la situation socio-sanitaire de leur région, ainsi que la coordination et la gestion des demandes de soutien clinique, de renfort en personnel ou toute autre demande émanant des acteurs communautaires de leur région (Pôles santé, institutions d'hébergement, aide et soins à domicile, cabinets médicaux, structures bas seuil, hébergement d'urgence, etc.). L'une des plus grandes difficultés de cette deuxième vague a été de pouvoir répondre de manière appropriée aux demandes de renfort en personnel soignant des institutions faisant face à des besoins accrus, dans un contexte très différent de la première vague. En effet, étant donné la pénurie de personnel soignant, il était souvent difficile de trouver les renforts nécessaires en situation de crise sanitaire.

Afin d'apporter une réponse – même temporaire – à ce besoin en ressources humaines, le DSAS a constitué un pool de volontaires rémunérés. En novembre 2020, à la suite d'un appel public aux volontaires (soignant-e-s ou non-soignant-e-s), la gestion de ce pool a été confiée à la Croix-Rouge vaudoise, avec le soutien administratif d'OSEO Vaud (Œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière) et Démarche, pour devenir la « Centrale Renfort Santé ». Les volontaires ont été prioritairement dirigés vers les EMS et les soins à domicile. Grâce à ces volontaires ainsi qu'aux astreints PCi, de nombreux établissements d'hébergement et d'accueil, ainsi que des institutions de soins à domicile, ont pu maintenir leurs activités.

Au début de l'année 2021, les cellules de crise régionales gérées par les mandataires régionaux ont été mises en pause à la suite du déploiement de la campagne de vaccination et à la progressive diminution des infections et des hospitalisations. Au cours de l'année, les Réseaux de santé ont continué à assurer un suivi et une veille de la situation socio-sanitaire de leur région.

Lors du regain de l'épidémie en novembre 2021, ce sont naturellement ces Réseaux qui ont été les partenaires privilégiés du DSAS pour faire face à des situations de crise ponctuelles dans certaines institutions d'hébergement. Reprenant le rôle de coordinateur des renforts à l'échelle régionale, les Réseaux de santé se sont appuyés sur les enseignements des cellules de crise pour adapter leur dispositif régional de soutien aux institutions socio-sanitaires, en lien avec l'évolution du contexte épidémiologique.

#### **4. Le rôle des acteurs de la santé communautaire**

Cette partie va s'intéresser au rôle des soins à domicile, de la médecine communautaire mais également à d'autres dispositifs de prise en charge dans la communauté, tels que les équipes mobiles (urgence, soins palliatifs, psychiatrie de l'âge avancé) ainsi que l'instance de régulation des urgences dites « communautaires » avec la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG).

##### *a. Soins à domicile*

Dès l'annonce de l'état de nécessité au printemps 2020, le DSAS a recommandé à l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), aux organisations de soins à domicile privées (OSAD) ainsi qu'aux infirmières indépendantes d'élaborer ou d'activer leur plan de continuité, de mobiliser leur personnel soignant afin de pouvoir assurer la continuité des soins auprès des personnes les plus vulnérables. Devant le manque de matériel de protection ainsi que les difficultés d'intervention à domicile au vu d'un nombre important de client-e-s refusant les soins, une baisse des prestations a été relevée pendant la première vague. A ces difficultés, s'est ajouté l'arrêt du bénévolat dans plusieurs activités de maintien à domicile (livraison de repas, transports notamment). Les collaborateurs et collaboratrices de l'AVASAD ont ainsi été réaffectés à certaines activités qui n'étaient plus couvertes par les bénévoles. L'AVASAD et quelques OSAD ont également mis à disposition du personnel pour les hotlines et pour des institutions en difficulté, notamment des infirmiers et infirmières scolaires. Pendant et entre chacune des vagues épidémiques, les acteurs des soins à domicile (AVASAD, OSAD, infirmier-ère-s indépendant-e-s) ont garanti la prise en charge de leur clientèle, permettant ainsi la continuité et l'accès aux soins pour ces populations.

Plus spécifiquement en ce qui concerne l'AVASAD, l'association étant chargée de mettre en œuvre la politique d'aide et de soins à domicile sur l'ensemble du territoire vaudois, c'est naturellement que des actions concrètes ont été rapidement développées afin de soulager le système hospitalier, de permettre aux patient-e-s un retour à domicile en toute sécurité, de venir en aide aux personnes fragilisées par la crise et de continuer à fournir les prestations de soins, d'aide, de prévention et de soutien social à domicile, en coordination avec le DSAS.

En avril 2020, la Centrale des Solidarités a été créée à destination des communes et des professionnel-le-s de la santé et du social pour répondre aux besoins d'appui social et d'accompagnement pour la population vulnérable face à la pandémie.

Lors de la deuxième vague, et en particulier dans le contexte des fêtes de fin d'année, la hotline de la Centrale des solidarités a été ouverte à la population afin d'aider des personnes isolées et/ou vulnérables et de leur offrir une aide concrète dans le quotidien (par exemple, la livraison de repas à domicile, l'aide à réaliser des paiements et à obtenir de l'argent liquide, le soutien pour s'occuper d'un animal domestique lorsque la personne devait rester chez elle en cas de maladie ou de quarantaine, l'orientation et le suivi vers d'autres prestataires d'aide et de soins, ou encore le maintien d'un lien social par des contacts téléphoniques). Au total, la Centrale des solidarités a répondu à environ 3'906 appels (chiffres en octobre 2022), principalement pour des orientations sociales et des informations concernant la pandémie.

En décembre 2020, la Suisse et le Canton de Vaud ont lancé la campagne de vaccination avec comme objectif de vacciner un maximum de la population pour freiner la circulation du COVID-19. Face au nombre limité de vaccins disponible en Suisse au début de l'année 2021, une stratégie de vaccination spécifique par groupes-cibles a été mise en place, donnant notamment la priorité aux personnes vulnérables. En janvier, lors du déploiement du dispositif de vaccination dans les centres hospitaliers, le DSAS a intégré l'AVASAD au dispositif de vaccination afin d'assurer l'accès pour toutes les personnes vulnérables à domicile. Le personnel de l'AVASAD a, dans un premier temps, procédé à un recensement auprès de sa clientèle afin d'identifier les freins d'accès à la vaccination ainsi que prodigué des conseils et donné de l'information sur la vaccination. Le 10 février, l'AVASAD a reçu le mandat de vacciner à domicile les personnes ne pouvant pas se déplacer. Les premières vaccinations ont débuté cinq jours après, soulignant la grande préparation et réactivité du personnel de l'AVASAD. Au 30 septembre 2022, plus de 3845 personnes ont été vaccinées à domicile, pour un total de 8700 doses (doses de rappel comprises).

Les équipes de vaccination étaient constituées d'un-e infirmier-ère de l'AVASAD spécifiquement formé-e et d'un astreint de la protection civile (PCi). Ces équipes sont également intervenues auprès des patients suivis par les prestataires de soins à domicile privés (OSAD et infirmier-ière-s indépendant-e-s). Les critères d'éligibilité et d'accès à cette vaccination à domicile ont été les suivants : il s'agissait de personnes non ou très peu mobiles et étant client-e-s de l'AVASAD, client-e-s des OSAD et des infirmier-ères indépendant-e-s référé-e-s à l'AVASAD, patient-e-s des cabinets médicaux non suivis par les soins à domicile, et sur transmission de leur part d'une fiche dédiée elle-même reçue après sollicitations de l'AVASAD ou d'un CMS par le cabinet médical. Enfin, en parallèle à cette mission de vaccination à domicile, l'AVASAD a également organisé des Transports pour personnes à Mobilité Réduite (TMR) pour les personnes déplaçables vers des centres de vaccination. Au total, plus de 6839 TMR ont été organisés entre janvier 2021 et septembre 2022.

Le 30 avril 2021, la campagne pour la première dose s'est terminée, mais le dispositif a perduré afin de continuer à vacciner en fonction des demandes. Le 29 novembre 2021, l'AVASAD a été mandatée par le DSAS pour délivrer les troisièmes doses de vaccin (doses booster) à domicile (voir tableau ci-dessus).

#### *b. Médecine de premier recours en cabinet*

Dès le début de l'épidémie, des cabinets ambulatoires renforcés (CAR) ont été rapidement mis en place, la plupart du temps sous l'impulsion des médecins eux-mêmes. Ces cabinets avaient pour but d'assurer un accès aux soins à la population en dehors de l'hôpital, afin de garantir la continuité des prises en charge notamment des patient-e-s avec maladie chronique, mais également pour traiter des urgences non vitales en dehors des urgences et permanences engorgées avec le COVID-19. Au pic de la première vague, 17 cabinets ambulatoires renforcés étaient ouverts dans les quatre régions du canton, avec le soutien des mandataires régionaux.

En parallèle, pour répondre à l'absence de données systématiques disponibles sur les activités ambulatoires, documenter l'implication des cabinets de médecine de famille et de pédiatrie dans la réponse à la crise et comprendre les répercussions sur l'activité des cabinets, le DSAS a mandaté Unisanté afin d'étudier le fonctionnement et l'organisation des cabinets médicaux dans la crise du COVID-19. Cette étude<sup>1</sup>, portant sur la période allant de mars 2020 à juin 2020, avait pour objectif, d'une part, de connaître et de comprendre les choix faits par les cabinets pour aborder la première vague du COVID-19 et, d'autre part, de recueillir l'opinion des médecins et leurs besoins dans le cadre d'autres vagues et crises.

Au regard des premiers résultats de l'étude d'Unisanté et des retours d'expériences des mandataires régionaux, le DSAS a décidé de renforcer les liens entre les dispositifs régionaux de crise et la médecine de premier recours. Chacune des cellules de crise régionales ont ainsi désigné un-e référent-e médical chargé-e de créer des espaces d'information et de dialogue avec les médecins de premier recours de chaque région, d'identifier les besoins des cabinets médicaux et d'y répondre en première intention, voire de transmettre au DSAS les problématiques constatées.

Dès janvier 2021, en collaboration avec la Société Vaudoise de Médecine (SVM) et plus particulièrement avec le Groupe d'accompagnement et de Coordination pour la vaccination en cabinets (GrAC), formé de cinq médecins de premier recours, le DSAS a mis en œuvre une phase de vaccination pilote au sein de cinq cabinets médicaux dans les Alpes vaudoises. Cette phase a permis la vaccination de la moitié des patient-e-s vulnérables d'une population à haut risque épidémiologique. Parallèlement, un peu moins de trois cents cabinets médicaux de pratique privée répartis sur l'ensemble du territoire vaudois se sont annoncés comme lieu de vaccination contre le COVID-19 destiné à leur patientèle et dans la continuité de leurs soins.

Concernant l'implication des médecins dans la vaccination contre le COVID-19, la campagne au sein des cabinets a débuté en mars 2021. Cependant, eu égard à la pénurie de vaccins à disposition, seuls quelques deux cents cabinets ont pu la proposer à leur patientèle. Courant avril, la disponibilité des vaccins a permis d'intégrer au dispositif de vaccination les cabinets médicaux sur liste d'attente et qui le souhaitaient encore, leur permettant de participer activement à cette campagne.

Au fil du temps, le nombre de cabinets médicaux impliqués dans cette campagne a diminué. Il a été confirmé que la pratique de la vaccination en cabinet médical était complexe et contraignante, notamment en raison des modalités de commande et de livraison, des conditions de stockage et de stabilité, des vaccins proposés et du conditionnement multidoses. Dans ce contexte, et en regard des seize cabinets médicaux du canton qui vaccinaient encore à l'automne 2021, en concertation avec la SVM, il a été décidé de ne pas poursuivre la campagne de vaccination dans les cabinets médicaux.

La réalisation de la vaccination dans les cabinets médicaux vaudois pour l'automne 2022, impliquant des contraintes similaires à celles vécues en 2021, a conduit la SVM à ne pas souhaiter ouvrir la vaccination de manière large aux cabinets médicaux. La possibilité de vacciner était néanmoins préservée pour les cabinets de montagne ayant déjà vacciné en 2021. Ainsi, quelques cabinets ont offert la vaccination dans cette campagne automnale, en particulier dans les Alpes vaudoises. Les équipes des cabinets conservaient un rôle essentiel d'information et d'orientation pour leurs patients.

### *c. Centrale téléphonique des médecins de garde*

Dès janvier 2020, avec l'attention médiatique grandissante, la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) a été de plus en plus sollicitée pour des questions de santé liées à la pandémie, dépassant parfois les 1200 appels/jour au mois de février 2020.

---

<sup>1</sup> Cohidon C, El Hakmaoui F, Senn N. Gestion de la crise liée à l'épidémie de Covid-19 en médecine de premier recours dans le canton de Vaud. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de santé 324). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/324>

Afin de répondre aux questions de plus en plus nombreuses et pour préserver le service CTMG, une Hotline santé cantonale (0800 316 800) a été mise en place dès le 27 février 2020 sous la responsabilité du DSAS, et gérée par la Fondation Urgence Santé (FUS).

Malgré cette mesure, la CTMG a eu des difficultés en raison d'un volume et des durées d'appels croissants, puisque des questions liées au COVID-19 s'ajoutaient aux motifs d'appels principaux. Pour y remédier, la réponse téléphonique cantonale a été renforcée d'une part dès le 6 mars en déplaçant la Hotline dans les locaux du Service de la sécurité civile et militaire (SSCM) à Gollion avec une augmentation de l'effectif ; d'autre part, en réorganisant significativement la CTMG dès le 16 mars pour faire face aux appels attendus, suite à la déclaration de l'état de nécessité par le Conseil d'Etat.

Un « Front office » – soit une première ligne de tri – a ainsi été introduit en amont des régulateur-trice-s de la CTMG, permettant de réorienter immédiatement une partie des appels vers les ressources adéquates (144, Hotline santé, médecin traitant, etc.) et de canaliser les appels qui nécessitaient une évaluation et une orientation plus approfondies. De plus, l'équipe initiale de la CTMG a été complétée par des infirmier-ère-s auxiliaires, des infirmier-ère-s scolaires (libéré-e-s par la fermeture des écoles), des étudiant-e-s ambulanciers et infirmiers, ainsi que par des médecins pour assurer la supervision et la formation des régulateur-trice-s « juniors ». Au plus fort de la crise, en mars 2020, la FUS est passée d'une gestion de 115 à 250 collaborateur-trice-s. Cette réorganisation a permis à la CTMG d'améliorer immédiatement son taux de réponse, qui dépassait fin mars les 95% malgré un nombre d'appels quotidien très élevé (encore plus de 800 appels/jour à mi-avril).

#### *d. Equipes mobiles de réponse à l'urgence, de psychiatrie de l'âge avancé et de soins palliatifs*

Le renforcement du dispositif communautaire s'est notamment appuyé sur les équipes mobiles d'urgence (gérées par les Mandataires de la Réponse à l'urgence), ainsi que sur les équipes mobiles spécialisées en soins palliatifs et en psychiatrie de l'âge avancé (gérées par les Réseaux de Santé). Les missions de ces équipes mobiles régionales ont été étendues. Elles ont pu alors intervenir en première intention, à domicile comme en institution et disposaient de médicaments et de matériel pour pouvoir gérer des situations cliniques complexes ou palliatives. Anticipant un besoin de soutien clinique accru dans les institutions d'hébergement, notamment pour celles disposant d'un nombre de professionnels de santé limité, et constatant que peu d'institutions recouraient spontanément aux équipes mobiles mises en place, le DSAS a demandé que des contacts proactifs soient établis.

Le bilan réalisé durant l'été et au début de l'automne 2020 sur le fonctionnement de ces équipes mobiles a montré que les collaborations entre équipes d'urgence et spécialisées avaient permis d'améliorer significativement la prise en charge de situations à domicile et d'éviter ainsi des hospitalisations. Les interventions des équipes mobiles ont été globalement très appréciées, même si les contacts proactifs ont pu être parfois perçus comme intrusifs par les institutions d'hébergement. Sur la base de ces enseignements, les équipes mobiles ont ainsi été réactivées durant les nouvelles vagues. Elles sont intervenues autant à domicile qu'en institution, pour des frottils diagnostics, des soins, des accompagnements de fin de vie ou encore du soutien d'équipes de terrain, par exemple pour renforcer des équipes soignantes en cas d'absentéisme lié aux isolements et quarantaines du personnel.

## **5. Enseignements et préparation pour l'avenir**

L'ensemble des acteurs du système socio-sanitaire vaudois ont démontré leurs capacités à surmonter une crise importante, faisant preuve de réactivité, de capacité d'initiative, de flexibilité et de professionnalisme. Moins médiatisé-e-s que les services d'urgence et de soins intensifs des hôpitaux ou que les EMS, les acteurs de la santé communautaire tels que les cabinets médicaux, les soins à domicile, la CTMG et les équipes mobiles ont joué un rôle crucial dans la prise en charge de patient-e-s tant atteint-e-s du COVID-19 que d'autres pathologies. Le défi était autant d'assurer l'accès aux soins pour la population que d'éviter le recours inapproprié à l'hôpital, afin de ne pas surcharger les services d'urgences déjà submergés par les patient-e-s atteint-e-s du COVID-19.

Concernant le nombre d'hospitalisations évitées grâce au dispositif de santé communautaire, il reste difficile à estimer car multidimensionnel. Il a néanmoins été démontré que des hospitalisations inappropriées peuvent être évitées en renforçant les prestations de santé dans la communauté et notamment des soins à domicile, comme étudié dans le cadre du Rapport d'Yves Eggli sur le potentiel de développement des soins à domicile pour décharger les hôpitaux<sup>1</sup>. La crise a donc mis en exergue l'interdépendance du secteur hospitalier avec les autres acteurs du domaine socio-sanitaire, mais également de ces derniers entre eux.

En période de crise, la collaboration entre professionnel-le-s et entre institutions est à la fois essentielle afin d'être en pleine capacité de mobiliser et mutualiser les bonnes ressources au bon moment, mais aussi délicate, car chaque acteur est mis individuellement sous pression. Les éléments clés qui soutiennent la collaboration sont donc d'autant plus importants : il s'agit notamment de la confiance entre les professionnel-le-s et entre institutions, construite sur des rôles et responsabilités clairs de chacun, notamment en ce qui concerne le rôle de coordination.

Le rôle de coordinateur qu'ont tenu d'abord les mandataires régionaux de la Réponse à l'urgence puis les Réseaux de santé s'est révélé en ce sens clé. Si un besoin de cohérence est indispensable à l'échelle cantonale pour assurer l'équité d'accès aux prestations et la lisibilité du système pour la population et les professionnel-le-s de santé et du social, les contextes régionaux sont hétérogènes et demandent des approches différenciées. La crise a montré qu'il est nécessaire de s'adapter aux spécificités et aux réalités régionales afin d'assurer une meilleure coordination et par conséquent, une meilleure performance des dispositifs – aussi en temps normal. Par conséquent, le DSAS va poursuivre les réflexions autour de l'organisation régionale des dispositifs et institutions de santé communautaire dans le cadre de l'évaluation du programme « Réponse à l'urgence ».

## 6. Conclusion

Le Conseil d'Etat considère que l'organisation régionale de la santé communautaire a permis une gestion efficace de la crise. La gouvernance régionale, telle que mise en œuvre par les mandataires régionaux de la Réponse à l'urgence, puis les Réseaux de santé, a permis, d'une part d'adapter les réponses aux contextes locaux, de travailler en proximité avec les acteurs de terrain, et d'autre part, d'apporter une vision globale au DSAS pour le pilotage cantonal de crise.

L'expérience acquise par les Réseaux de santé ainsi que les institutions du domaine socio-sanitaire porte également déjà ses fruits. En effet, les cellules de crise régionales des Réseaux de santé ont été à nouveau mobilisées au printemps 2022 afin de coordonner les actions communautaires dans le cadre de la crise liée à la guerre en Ukraine et l'arrivée de réfugié-e-s ukrainien-ne-s dans le Canton de Vaud ainsi qu'en octobre 2022, dans le cadre de la préparation à la gestion de la potentielle crise énergétique pour l'hiver 2022-2023, afin d'accompagner les institutions du domaine socio-sanitaire à mettre en place des mesures urgentes.

Le Conseil d'Etat dresse un bilan positif du déploiement de ces dispositifs régionaux afin de faire face aux enjeux liés à la pandémie du COVID-19 dans la communauté. L'importance et le rôle des acteurs de la santé communautaire ont été relevés et salués en cette période de crise. Les enseignements tirés de la gestion de la pandémie permettront de continuer à faire évoluer le système de santé vaudois vers une plus grande efficacité, optimisation et coordination de l'existant, tant de manière pérenne qu'en préparation à de potentielles crises futures.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 21 décembre 2022.

La présidente :

Le chancelier :

*C. Luisier Brodard*

*A. Buffat*

---

<sup>1</sup> Eggli, Y., L'estimation des économies potentielles obtenues par les hôpitaux vaudois en développant les soins à domicile, 6.5.2015