

PARTIE 1

1. Contexte

Le DSAS a mis en consultation au printemps 2017 un avant-projet de loi et exposé des motifs (EMPL) sur les Régions de Santé¹. Ce projet visait à anticiper l'impact prévisible du vieillissement démographique sur le système de soins ; il poursuivait l'objectif de créer quatre institutions régionales disposant de compétences leur permettant de garantir, vis-à-vis des pouvoirs publics cantonaux et régionaux, que les personnes résidant dans une région donnée bénéficient des prestations de santé et d'aide qui leur sont nécessaires pour préserver leur autonomie fonctionnelle (au plan bio-psycho-social) et favoriser leur maintien à domicile. Pour ce faire, sur la base d'une gouvernance régionale forte et d'un contrat de prestations avec le DSAS, ces institutions auraient bénéficié d'une allocation financière publique ajustée per capita, ainsi que d'un financement marginal à la performance (évitement de l'hospitalisation entre autres).

Suite aux retours de la consultation, le Conseil d'Etat a décidé de

- suspendre l'avant-projet de loi et sa présentation devant le Grand Conseil ;
- renoncer temporairement à un financement complémentaire au financement actuel ;
- déléguer au DSAS la responsabilité de la mise en œuvre des processus cliniques décrits dans l'EMPL et qui ont fait consensus ;
- maintenir l'objectif de limiter la croissance du parc hospitalier et des lits d'hébergement en EMS ;
- maintenir l'objectif d'améliorer le monitoring et le pilotage du système.

Suite à ces décisions, le DSAS entend déployer prioritairement dans les quatre régions du canton le processus de réponse à l'urgence. Afin de mettre en œuvre ce processus, le DSAS élabore le présent cahier des charges. Le mandat de responsabilité de mise en œuvre sera attribué par le DSAS soit à l'hôpital régional, soit à une instance régionale résultant de la fusion de l'association/fondation d'aide et soins à domicile et du réseau de soins.

2. Cadre général du cahier des charges

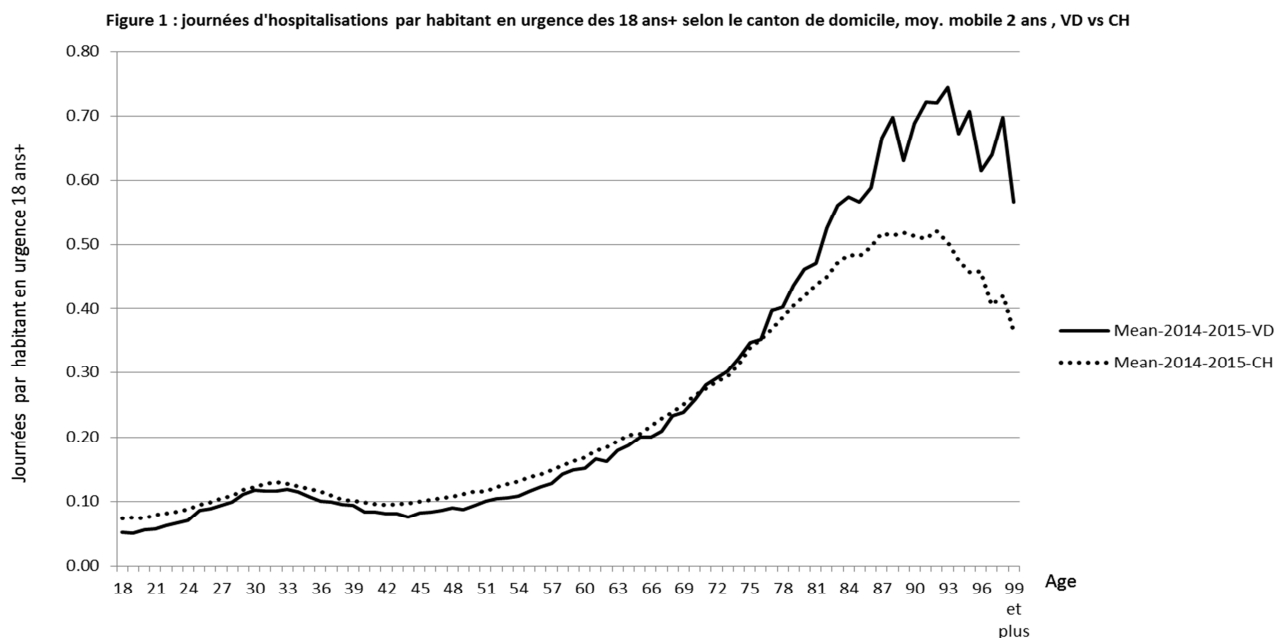
Définition de l'urgence dans le présent cahier des charges :

La situation d'urgence dans ce cahier des charges est envisagée de manière large. Elle est définie comme le besoin de réponse à une demande de soins, résultant avant tout de la perception (ou de la connaissance) qu'a le patient de son état de santé. Cela couvre donc l'urgence (au sens clinique classique), la crise (y compris sociale) ou encore la demande de consultation sans rendez-vous.

¹ Voir : http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Avant-projet_de_loi_sur_les_R%25C3%25A9gions_de_Sant%25C3%25A9.pdf&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch

Eléments d'observation :

- le volume des consultations en urgence est en constante croissance. Parmi elles, les demandes de consultation sans rendez-vous sont en augmentation : soit parce que la personne n'a pas de médecin traitant, ou que celui-ci n'est pas disponible, soit par besoin de sécurité, ou encore parce qu'elle ignore les formes d'accès au système de premier recours (CTMG, etc.) (cf. Carron PN, et al. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14126) ;
- aujourd'hui, les personnes s'adressent aux différentes portes d'entrée du dispositif de soins susceptibles d'accéder à leur demande (médecin traitant, services d'urgences des hôpitaux, policliniques, garde médicale) davantage par convenance (horaires d'ouverture, proximité, temps d'attente) qu'en fonction de la gravité de leur problématique ;
- la réponse que la personne va recevoir est hétérogène et dépend du point de contact initial qu'elle trouvera, de l'offre de ce prestataire et de la connaissance qu'a celui-ci du réseau. La réponse et la prise en charge s'en trouveront en partie conditionnées ;
- comme l'illustre la figure 1 ci-dessous, le taux d'hospitalisations en urgence dans le canton de Vaud s'écarte notablement du taux observé en Suisse pour les populations de personnes âgées de plus de 75 ans. Cet écart s'est accru par rapport à la précédente période d'hospitalisation observée (2008 – 2009). Il existe donc très probablement un volume d'hospitalisations évitables, notamment chez les patients âgés, moyennant la mise en place d'un dispositif de prise en charge renforcé dans le lieu de vie (domicile ou EMS).



3. Objectifs de la mise en place d'un processus de réponse à l'urgence

L'objectif général de la mise en place d'un dispositif de réponse à l'urgence est que toute personne ayant un besoin de soins urgents - selon son appréciation - puisse obtenir une réponse appropriée, dans les meilleurs délais et qui soit en lien avec ses choix et ses préférences.

Les objectifs spécifiques d'un dispositif de réponse à l'urgence conduisent à ce que toute personne

- ait accès à des mesures de prévention visant le maintien de son état de santé et de son état fonctionnel (ce qui comprend le développement de ses compétences et celles de son entourage) ;
- soit informée des procédures de recours au dispositif d'urgence (notamment les numéros d'appel) ;
- ait accès, le plus rapidement possible, à une évaluation et un tri qui lui permettent de bénéficier des réponses les plus appropriées à sa situation en cas d'urgence ;
- bénéficie de la prise en charge la plus appropriée en fonction de son besoin de santé et de ses préférences.

Dans ce cadre,

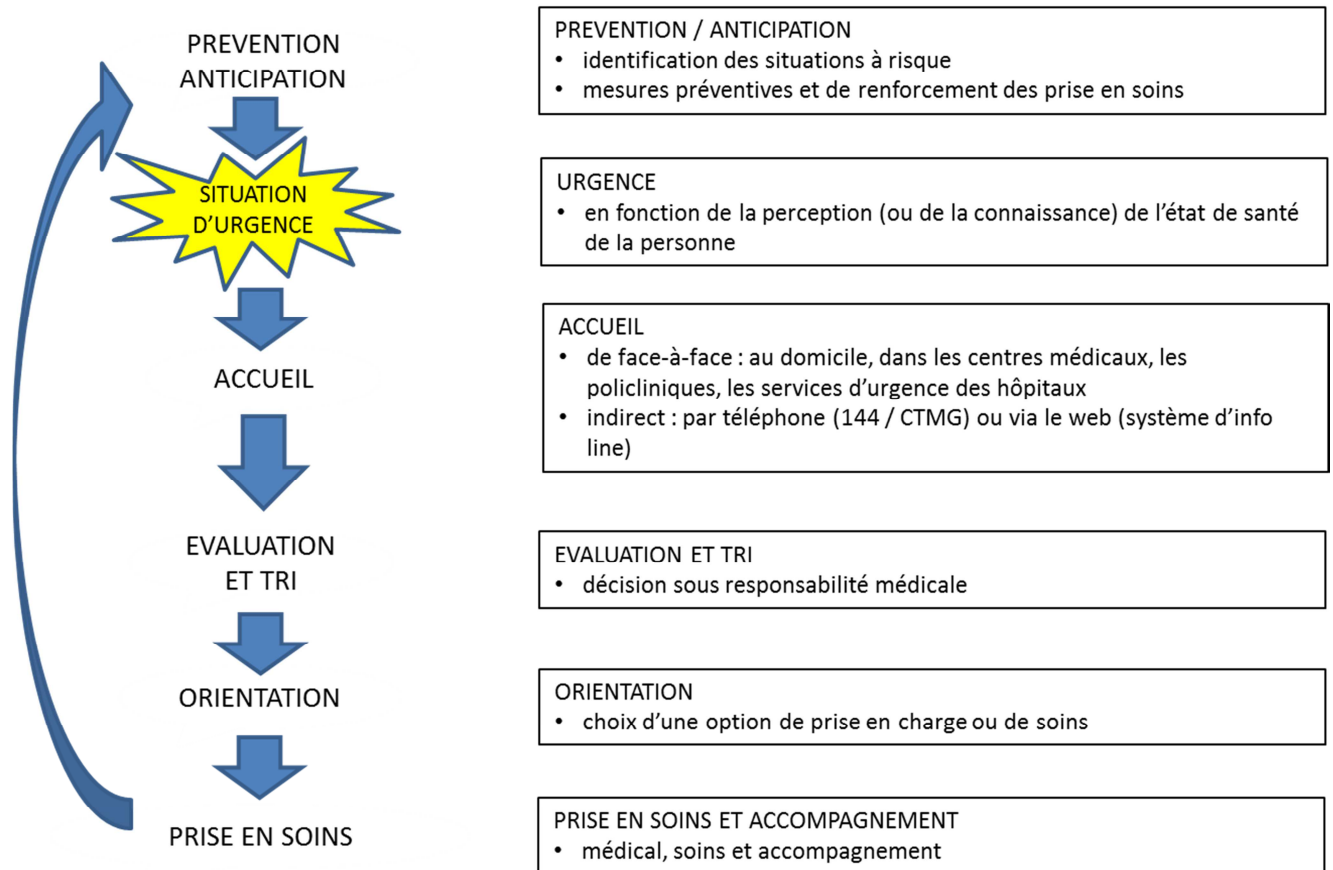
- les choix de la personne et l'objectif du maintien de ses compétences fonctionnelles (physiques, cognitives et sociales) à long terme doivent être pris en compte ;
- l'hospitalisation doit avoir lieu sur la base d'une indication clinique engageant un besoin de soins ou de surveillance médico technique hospitalière.

4. Objet du cahier des charges

Le présent cahier des charges porte sur la conception et la mise en œuvre, pour chacune des quatre régions sanitaires du canton, d'un dispositif de réponse à l'urgence impliquant les acteurs régionaux.

Ce dispositif s'attache en particulier à améliorer la gestion de chacune des étapes décrites dans la figure 2 ci-dessous.

Figure 2 : les dimensions du processus de réponse à l'urgence



En particulier, il est attendu de ce dispositif qu'il permette

- une prévention et une anticipation des situations d'urgence notamment auprès de personnes vulnérables ou des personnes fréquemment hospitalisées. Pour cela, la région devra renforcer les structures communautaires (dont l'aide et les soins à domicile) dans leur expertise et capacité à prendre en charge des situations potentiellement plus instables ;
- une réponse médicale et médicotechnique pouvant être engagée en urgence soit sur le lieu de vie des personnes, soit à disposition des personnes dans un/des centres composant le dispositif régional ; cette réponse vise à poser un diagnostic, intensifier si possible la prise en charge sur le lieu de vie habituel, orienter éventuellement la personne vers une prise en charge hospitalière. La région pourra développer des lits d'accueil temporaire médicalisé (LATM), à proximité d'une structure hospitalière, disposant d'un encadrement médical et soignant, accessible directement par le médecin de premier recours ou le service des urgences de l'hôpital. Ces lits devraient permettre de suivre des patients provenant du domicile ou d'un lieu d'hébergement, et dont la situation ne nécessite pas directement le plateau technique hospitalier ;
- un engagement rapide (délai : 2 heures) de ressources de soins et d'accompagnement (veille à domicile, présence, aide au ménage, soins techniques, repas, etc.) sur le lieu de vie pour maintenir la personne dans son environnement lorsque cela est indiqué ;

- le développement de la formation médicale, en particulier celle des médecins assistants se destinant à la médecine interne générale par l'intégration des médecins généralistes aînés au dispositif.

5. Cahier des charges de la mise en place du processus de réponse à l'urgence

Mandant

- le chef du Département de la santé et de l'action sociale.

Mandataire cantonal

- le Service de la santé publique.

Mandataire régional

- **hôpital ou structure fusionnée A/F – réseau de soins** : la responsabilité de la conception et de la mise en œuvre du processus repose régionalement sur l'hôpital ou sur une nouvelle structure fusionnant l'association/fondation d'aide et de soins à domicile et le réseau de soins ;
- **le responsable du mandat développe le projet en concertation avec les acteurs régionaux**, et en particulier l'hôpital, les médecins de premier recours (via les groupements régionaux), les soins à domicile régionaux, les équipes mobiles, la psychiatrie, les EMS, le réseau de soins. Un représentant du SSP est associé aux séances du groupe régional de concertation.

Périmètre :

- territoire : le processus de réponse à l'urgence est pensé et mis en œuvre sur l'entier d'une région géographique délimitée par le réseau de soins ;
- clientèles : le processus de réponse à l'urgence est pensé et mis en œuvre pour toute personne vivant dans la communauté (en domicile privé ou institutionnel), et présentant une situation d'urgence (aigue ou issue d'une décompensation d'une situation déjà identifiée).

Prestations

- le processus de réponse à l'urgence tient compte de l'organisation du système des urgences définie au plan cantonal (organisation du 144, CTMG) ;
- le processus de réponse à l'urgence couvre l'ensemble des prestations médicales, de soins et d'accompagnement somatique ou psychiatrique aigus, de réadaptation ou de fin de vie. Le projet intègre les ressources et le fonctionnement de la garde médicale (au sens de l'art 91a LSP) ;
- le projet régional s'articule avec les structures hospitalières, d'hébergement ou d'accueil temporaire, les dispositifs communaux ou régionaux existants soutenant le maintien à domicile.

Conditions à respecter

- Cadres légaux et réglementaires : le projet régional se réfère aux lois et réglementation en vigueur au niveau cantonal, en particulier la loi sur la santé publique (LSP), la loi sur l'AVASAD (LAVASAD), la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES) et la loi sur les réseaux de soins (LRS) ;
- Ressources humaines : les CCT Santé et celles concernant les médecins salariés (cadres – assistants) sont respectées.

Effets attendus

Le DSAS attend de l'acteur régional responsable de la conception et de la mise en œuvre du processus de réponse à l'urgence les éléments et objectifs suivants :

- diminution de l'incidence des hospitalisations urgentes, notamment pour le groupe d'âges des personnes de 65 ans et plus : une première cible cantonale annuelle de 2'240 hospitalisations évitées en médecine doit être atteinte dans un délai de trois ans (cf figure 3 ci-dessous) ;
- augmentation des prises en charge dans les lieux de vie, à domicile ou en EMS ;
- réduction des délais de mise en place des mesures d'aide et d'accompagnement sur le lieu de vie ;
- augmentation de la proportion des décès en dehors du contexte hospitalier.

Figure 3 : cibles de mise en œuvre des urgences dans la communauté sur les hospitalisations en médecine (population 65 ans et plus)

	Centre	Est	Nord	Ouest	Total
Valeurs 2016					
Population des 65 ans et plus	54'205	23'998	22'238	27'702	128'143
Nb hospitalisation en médecine (65 ans et plus)	5'764	3'114	2'957	3'097	14'932
Taux d'hospitalisation	10.63%	12.98%	13.30%	11.18%	11.65%
Somme des cost-weights DRG (hosp méd 65 ans et plus)	8'209	3'739	3'105	3'657	18'711
Indice de cost-weight DRG (hosp méd 65 ans et plus)	1.42	1.20	1.05	1.18	1.25
Hypoth.					
Part des hospitalisations depuis les urgences (75%)	4'323	2'336	2'218	2'323	11'199
Hospitalisations évitées (20% des hosp depuis urgences)	865	467	444	465	2'240
Coût total des urgences évitées	12'313'605	5'609'160	4'657'755	5'485'695	28'066'215
Economie cantonale sur les urgences évitées (55% DRG)	6'770'000	3'090'000	2'560'000	3'020'000	15'440'000

Ces éléments de cibles seront affinés lors de l'élaboration conjointe du contrat de mandat entre le SSP et l'acteur régional

Autres livrables

- modélisation et traçabilité des processus cliniques globaux liés à l'urgence, avec définition des rôles et responsabilités des acteurs (patients et proches, principaux prestataires) ;
- modélisation et traçabilité de la gouvernance, du leadership et du partnership pour la réponse à l'urgence.

Financement

Le mandataire régional est au bénéfice d'un mandat avec le SSP pour une durée de 5 ans. Il répond aux conditions de facturation auprès des assurances sociales (LAMal, LAA, etc.). Les ressources mises à disposition par l'Etat sont constituées de la part cantonale (55%) du DRG d'une hospitalisation évitée qui peut au maximum être réaffectée pour les besoins du

dispositif de réponse à l'urgence non couverts par la facturation ambulatoire ou les régimes sociaux. Le DSAS s'engage également, en cas de fermeture de lits hospitaliers à maintenir le montant de l'enveloppe cantonale allouée à l'hôpital afin de permettre une réaffectation des ressources en personnel sur le dispositif communautaire de réponse à l'urgence.

Groupe d'accompagnement cantonal

La plateforme de concertation stratégique « coordination des soins » fonctionne comme groupe d'accompagnement du projet au niveau cantonal ; elle s'adjoint un représentant de chaque mandataire régional.

6. Délais

- 6 octobre 2017 le présent cahier des charges est adressé aux membres (affiliés et associés) des quatre communautés sanitaires régionales par l'intermédiaire des réseaux de soins (RS Centre, RS La Côte, RS Nord-Broye, RS Haut-Léman)
- 9 novembre 2017
(14h30 – 16h30) séance de la plateforme de concertation
- 31 décembre 2017 un acteur régional, garant de la réalisation du projet est désigné dans chaque région (hôpital régional ou A/F – réseau engagés dans un projet de fusion)
- 6 mars 2018
(10h00 – 12h00) séance de la plateforme de concertation
- 31 mars 2018 les mandats régionaux sont rédigés par le SSP sur la base des projections établies régionalement. Ils décrivent les cibles d'hospitalisation à éviter et établissent un premier budget des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs.
- 12 juin 2018
(14h30 – 16h30) séance de la plateforme de concertation
- 30 juin 2018 le SSP établit les budgets régionaux et le système de financement
- 14 septembre 2018
(10h00 – 12h00) séance de la plateforme de concertation
- 30 septembre 2018 la planification de la mise en œuvre des dispositifs régionaux est réalisée
- 20 novembre 2018
(10h00 – 12h00) séance de la plateforme de concertation
- 1^{er} janvier 2019 la garde de MPR est organisée au niveau régional