

Monsieur Pierre-Yves Maillard  
Président du Conseil d'Etat  
Chef du DSAS  
BAP  
Avenue des Casernes 2  
1014 Lausanne

Pully, le 31 mars 2017

## Consultation Régions santé

Monsieur le Président du Conseil d'Etat,

Suite à la mise en consultation de l'avant-projet Régions Santé en février dernier, nous vous remercions d'avoir invité notre association à un entretien le 20 mars dernier. Vous nous permettrez toutefois de regretter qu'une concertation entre partenaires n'ait pas eu lieu en amont de la mise en consultation au vu des enjeux importants pour les communes en termes de gouvernance et de financement.

### Préambule

Sur le fond, nous portons au crédit du projet le mérite de soulever un réel problème sociétal et de l'aborder par anticipation. S'il y a accord sur les enjeux en matière de santé, liés au vieillissement de la population, en revanche nos divergences portent sur les solutions apportées.

D'emblée, nous sommes surpris par l'absence totale de bilan de ce qui fonctionne actuellement. Autrement dit, démonstration n'est pas faite que le modèle actuel ne peut être amélioré, étant admis que tout est perfectible. Quel besoin de faire table rase du dispositif actuel ? La suppression de l'AVASAD, remplacée par une centralisation du système, n'apporte pas la preuve que cette étatisation du dispositif serait plus efficiente et moins onéreuse.

A cet égard, il manque une analyse approfondie du coût de la prise en charge à domicile qui réponde véritablement au postulat Claudine Wyssa portant sur cet objet. L'étude BASS (citée à la page 71 de l'EMPL) aurait mérité d'être davantage prise en compte pour améliorer l'existant, plutôt que de rayer de manière radicale un dispositif qui fonctionne et peut être amélioré. En substance, l'efficacité de la vision cantonale du futur système de santé ne convainc ni par son organisation, ni par son financement.

Les remarques ci-après se situent sur trois aspects du projet : le découpage, la gouvernance et le financement.

**I.** Le découpage en quatre régions : le choix de ce modèle fait fi des singularités locales. Il y a une trop grande disparité entre Lausanne et les autres régions. De manière générale, dans ce projet comme dans d'autres où il est question de découpage par régions, une concertation canton-communes sur les critères fixant les délimitations du découpage nous paraît indispensable.

**II.** Sous l'angle de la gouvernance, le concept imaginé ne montre pas la primauté des communes, plus particulièrement du politique, qui est un élément essentiel pour assurer la réussite de cette réforme. La nécessité, non contestée, d'améliorer l'efficacité du système actuel ne doit pas passer par une centralisation qui réduit considérablement le rôle attribué aux communes, alors que celles-ci sont des acteurs essentiels du dispositif, ce qui est d'ailleurs relevé dans l'EMPL. Pour déployer sa pleine efficacité, un système de santé implique un fort ancrage local, une participation active des collectivités et des acteurs locaux. Or le dispositif projeté occulte la place des communes.

L'organisation proposée les prêterite, en termes de représentativité, par rapport au système actuel.

S'agissant de la composition du Conseil d'établissement (articles 23 à 25 de l'avant-projet), les communes sont minorisées (deux sur cinq membres). Vu leur rôle essentiel, elles devraient être majoritaires. En ce qui concerne le mode de désignation, l'article 23 al.3 prévoit que les communes de régions santé proposent deux membres. En analogie avec la modification de la LOF relative à la composition de Conseil de politique sociale, nous souhaitons que les associations faitières des communes puissent aussi désigner des représentants. Nous précisons encore que la formulation "désignent", ou mieux "nomment", devrait être employée car le choix des communes, respectivement des associations faitières, ne devrait pas pouvoir être refusé par le Conseil d'Etat.

Les articles 31 et 32 de l'avant-projet prévoient certes que l'un des représentants des communes au sein du Conseil préside la Commission régionale. Celle-ci étant consultative, la place concédée aux communes ne leur donne pas de réel pouvoir.

Quant à l'organe faitier (article 29 de l'avant-projet), il parachève à notre sens le centralisme de l'organisation et diminue encore le peu d'autonomie laissée aux régions. Ceci sans parler des coûts administratifs additionnels (infrastructure, personnel) qu'il ne manquera pas d'induire. Si cet organisme devait être mis en place, son domaine de compétence devra être aussi restreint que possible.

Enfin, la forme juridique du statut de droit public (article 2 selon lequel il est institué quatre établissements autonomes de droit public cantonal), pose aussi problème car la gouvernance d'une région santé doit être par définition régionale. D'où notre interrogation sur la marge d'autonomie accordée aux régions santé.

**III.** La question du financement est indissociable de ces éléments organisationnels. Le fait que ni le texte de loi (article 36 de l'avant-projet), ni l'EMPL ne donnent de précision à ce sujet ne nous permet pas de nous déterminer à ce stade du projet.

Nous vous faisons toutefois part de quelques remarques liées au chapitre 5 sur les mécanismes de financement :

- Le financement de la contribution de base et de la contribution complémentaire assuré par le Canton et les communes nous fait craindre un report de charges sur ces dernières. La clause AVASAD incluse dans l'accord financier validé par le Parlement en 2013 est ainsi remise en question
- Concernant la page 46 de l'EMPL, sous point 5.7.3 : *"Le coût pour les communes ne doit pas être impacté du fait de la réforme proposée. En conséquence, la contribution des communes doit correspondre au financement qu'elles ont alloué précédemment à l'AVASAD."* Du fait que les communes n'auraient plus le même poids dans le système de gouvernance prévu, une contribution des communes, même équivalente à celle allouée à l'AVASAD, ne saurait entrer en ligne de compte.

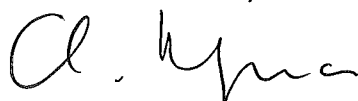
Vu le principe "Qui commande paie", elles devraient voir leur charge baisser. Autrement dit, avec une contribution identique à celle qu'elles versent à l'AVASAD, les communes sont en droit de requérir une représentation qui ne soit pas alibi.


- Même remarque concernant la page 48, point 5.8, 3<sup>ème</sup> paragraphe : si les communes sont sous-représentées, la part de leur contribution financière doit être diminuée.
- Supprimer l'AVASAD pour attribuer ensuite ses sources de financement aux Régions de Santé, sorte d'OPA légale, nous paraît pour le moins discutable.

Pour terminer, nous précisons que les positions détaillées des communes ou villes qui nous parviendraient après le délai du 31 mars fixé par vos services, vous seront transmises pour faire partie intégrante de notre réponse.

En conclusion, une concertation en amont, telle que l'UCV l'a requise et sur laquelle vous êtes entré en matière le 20 mars dernier, nous permettra de travailler ensemble pour relever le défi du vieillissement de la population. Aujourd'hui, si ce projet ne peut être accepté en l'état, nous vous confirmons en revanche notre souhait de négocier, avec votre autorité et les milieux concernés, l'évolution du système actuel en tenant compte du lien entre compétences et financement

Espérant que cette proposition pourra contribuer à une solution constructive, nous vous prions de croire, Monsieur le Président du Conseil d'Etat, à notre considération respectueuse.

Claudine Wyssa  
  
Présidente

Brigitte Dind  
  
Secrétaire générale

Copie : comité UCV