

Conférence à l'attention des acteurs du système cantonal de santé

**Laurent Kurth, conseiller d'Etat,
chef du département des finances et de la santé**

13 février 2024

Microcity, Neuchâtel

(Seules les paroles prononcées font foi)

Mesdames et Messieurs,

En septembre 2013, à l'occasion du 20^e anniversaire de l'Institut du droit de la santé et après 4 mois de mandat à la tête du département des finances et de la santé, j'avais exposé les constats qui étaient les miens sur l'organisation de notre système de santé, relevé les enjeux devant lesquels nous nous trouvions, et esquissé quelques pistes pour une politique cantonale de la santé.

Au moment de quitter mon mandat et de vous remercier toutes et tous de la collaboration que nous avons entretenue au cours des 11 ans écoulés, j'ai souhaité renouveler l'exercice, manière aussi de rendre des comptes sur l'action qui a été la mienne, mais surtout la nôtre. Je vous propose ainsi de porter un regard – évidemment partiel – sur la situation actuelle de notre système de santé et sur les défis qui demeurent, respectivement sur les quelques réalisations que nous avons réussies ensemble, dans un contexte pourtant peu favorable,

- miné qu'il a été par le cadre fédéral qui ampute les cantons d'une grande part de leurs responsabilités,
- alourdi par l'ampleur du débat hospitalier cantonal entre 2015 et 2019,
- et perturbé depuis 2020 par une crise d'une ampleur inconnue de mémoire humaine.

Sur les constats et les enjeux, autant le dire d'emblée, si le système a connu d'importantes évolutions au cours des 11 ans écoulés, une grande partie des observations – souvent critiques – faites en 2013 demeurent. Je résumerai la situation ainsi aujourd'hui :

Premièrement :

Le monde politique suisse et la population ont aujourd'hui **toujours la même difficulté à concevoir la politique de santé dans ses dimensions prioritaires, c'est-à-dire celles qui dépassent la simple et seule organisation d'un système de soins** (je pense ici notamment aux déterminants sociaux, aux environnements et modes de vie). Nous avons un peu progressé en revanche – et sûrement en raison des difficultés rencontrées – sur l'idée que le système de soins ne se limite pas à l'organisation hospitalière, ni l'hôpital à ses disciplines chirurgicales ou de soins aigus.

Deuxièmement :

Le cadre imposé par la législation fédérale est, en soi, dysfonctionnel. Ce point est à mes yeux fondamental. Il découle de la conjonction d'une compétence en théorie laissée aux

cantons pour organiser le système de soins (conformément aux principes du fédéralisme), et d'une législation relative à une assurance sociale (compétence fédérale) donnant tout pouvoir au Parlement fédéral d'intervenir dans cette organisation, sans jamais pouvoir confier des tâches d'exécution au Conseil fédéral. Je ne développe pas.

Disons simplement à ce stade que ce cadre ne répond **pas à une logique de service public**, n'offre **aucune transparence** et qu'il conduit à ce que le système ne connaisse **ni gouvernement pour le piloter, ni limite budgétaire pour le restreindre, ni aucun responsable de ses dysfonctionnements, ni de véritable incitation à la coordination** entre les acteurs. Pire, il instaure une pseudo-concurrence entre prestataires (voire entre cantons) qui contribue à une segmentation excessive et **stimule la consommation de ressources**, dans un contexte que chacun sait pourtant être celui de la pénurie. Les problèmes générés sont d'ailleurs si importants que tout le système est sous stress ; avec comme conséquences que **les contraintes administratives et financières ainsi que les problèmes de coordination l'emportent largement sur les préoccupations de santé publique**, sur l'attention portée au patient et à ses proches et sur celles relatives à la qualité des prestations ; tout cela accompagné, évidemment, **d'une perte progressive du sens pour les professionnels** dans l'exercice de leur activité. Le système de soins est ainsi engagé dans une forme de cercle vicieux. Enfin, il ne prévoit **aucune place pour les organisations de patients**, qui pourraient pourtant jouer un rôle important pour sortir de ce cercle.

Troisièmement :

Le vieillissement de la population met progressivement toutes les branches de notre économie sous tension en raison de la sortie du marché du travail de la cohorte des baby-boomers ; sorties progressives mais aussi rapides (pic vers 2030) et non remplacées. S'il touche tous les métiers, le vieillissement impacte davantage encore l'économie de la santé : dans ce domaine en effet, le défi est important non seulement – et comme partout – pour **assurer la relève**, mais aussi pour répondre à une augmentation colossale des besoins ; la génération des baby-boomers, en vieillissant, suscite en effet une **croissance massive de la demande de prestations**. Pour rappel, on parle d'un doublement environ de la population âgée de 80 ou 85 ans et plus d'ici 2040 ; et les besoins s'entendent notamment en termes de logements adaptés et encadrés, d'aide et de soins à domicile, d'accompagnement social et d'orientation, de suivi des malades chroniques, de capacités d'hébergement en EMS, de structures intermédiaires et d'appui aux proches-aidants.

Quatrièmement :

Les défis contemporains que nos générations doivent relever (**environnement et climat, migrations, pénurie de main-d'œuvre, digitalisation et intelligence artificielle**) représentent des défis importants aussi pour la politique de santé, et exacerbent les autres défis déjà relevés. Je renonce toutefois à développer ce point aujourd'hui, histoire de ne pas vous retenir toute la soirée...

Cinquièmement :

Sous l'angle de son financement, le système de soins est entré dans une impasse. Avec un financement par tête (primes obligatoires et indépendantes du revenu), il est d'abord **le système le plus injuste** socialement que l'on puisse imaginer. Vu le poids de ces primes dans le budget des ménages – qui représente deux à trois fois la charge des impôts et devient insupportable pour un nombre croissant d'assurés – ce système de financement **ne parvient plus à suivre l'évolution des coûts**. Le blocage actuel des tarifs, alors que tous les coûts de production des prestations sont exposés à l'inflation (salaires, énergie, matériels, etc.) en est une première illustration. Par ailleurs, le débat financier se limite – au motif des inefficiences et du gaspillage constatés – à une discussion sur la limitation des coûts et refuse celle, pourtant indispensable, relative aux **sources et aux volumes de financement nécessaires pour répondre au vieillissement** et à la croissance des prestations qui en découle. Il est à ce sujet frappant de constater que, lorsque l'on parle de l'AVS, on aborde la question sous l'angle de **l'équilibre à trouver entre prestations et financement**, alors que pour les prestations de soins (pour l'essentiel destinées au même public), on ne thématise que la question de la limitation des coûts.

En sixième lieu / enfin :

Les acquis positifs de notre système restent importants, mais sont menacés. La Suisse continue aujourd'hui de connaître l'un des plus hauts niveaux de prestations de soins au monde. A l'origine, la promesse de la LAMal était de réaliser une triple solidarité, à savoir que ce très bon niveau de prestations devait être accessible à toutes et tous, sans discrimination liée ni à l'âge, ni au niveau de revenu ni à l'état de santé. Avec l'augmentation du poids des primes dans les revenus des ménages, les choix de franchises ou de modèles alternatifs d'assurance séduisent un nombre croissant d'assurés pour limiter leur charge mensuelle. Une sélection

apparaît dès lors de plus en plus dans l'accès aux soins, ces modèles étant en général caractérisés par les obstacles – prétendument librement consentis – à l'accès aux prestations.

Voilà pour les principaux constats.

Dès lors, dans ce contexte, qu'avons-nous réussi à faire et devant quels défis sommes-nous placés aujourd'hui ?

1. Dans le canton d'abord :

J'articulerai mon regard sur la situation de notre canton principalement en trois points : l'ancrage de **la santé dans les autres politiques publiques** / les défis relevés pour renforcer la « **première ligne** » / l'évolution des **institutions et du système de soins**.

Sur le premier point, je crois pouvoir dire **en premier lieu** que **la politique de santé est mieux ancrée aujourd'hui dans la vie publique et politique** qu'il y a une décennie.

Totalement démobilisées il y a 10 ans à la suite des mouvements de regroupement, de cantonalisation et d'autonomisation (facture sanitaire, EADP), **les communes** sont aujourd'hui bien investies et remobilisées sur les questions de santé.

Les instruments d'AT ont intégré plusieurs défis essentiels de la politique sanitaire. Je pense ici notamment aux appartements avec encadrement, qui ont donné lieu à une planification par région (intégrée au plan directeur cantonal) et à des mesures contraignantes à prendre en considération par les communes dans l'élaboration de leur PAL (on aurait dû le faire aussi pour les EMS et on devrait le faire aujourd'hui pour les sites hospitaliers¹).

Le développement de la promotion de la santé et de la prévention a permis de mobiliser les **écoles** pour repenser et redéployer une politique de santé scolaire. Avec les **villes** et le partenaire GSN, nous avons remanié celle relative à la santé sexuelle et la collaboration s'est intensifiée entre le SCSP et les **services des sports, de l'égalité ou de l'intégration** (COSM).

¹ CNP : 1 seul site hospitalier (neuf ou assaini et modernisé) pour les prestations non intégrées à d'autres structures (sites CNP ambulatoires, sites RHNE, centres régionaux Volta, cabinets de groupe, etc.). RHNE : le site des Montagnes neuchâteloises doit être urgemment modernisé. Les ressources foncières du Crêt-du-Loche, encore en ZUP, ont été acquises dans cette perspective et faciliteraient l'attribution de missions cantonales et le regroupement de la réadaptation. A 20 ans, c'est le site du Littoral qui devra faire l'objet d'une modernisation et de regroupements (vu l'éclatement temporaire récemment décidé sur Monruz). Une planification de tout l'espace Providence – CPCL – Cité des étudiants - Pourtalès – Clos-Brochet serait indiquée.

Les **programmes de dépistage** ont été consolidés et étendus (cancer du côlon notamment) et connaissent des taux de participation parmi les plus élevés de Suisse ; la politique de lutte contre les effets du tabac s'est renforcée (s'agissant de la protection des mineurs notamment) en collaboration avec le **SCAV**, et les partenariats avec de **multiples acteurs de terrain** se sont développés et structurés.

En outre, depuis cette année, la croissance des moyens nécessaires pour étendre la politique de promotion et de prévention est envisagée **sous l'égide du développement durable**. Cela peut paraître anodin, mais doit notamment permettre de faire entendre et reconnaître progressivement que la politique de santé, si elle ne se limite pas à l'organisation des soins mais vise à « produire de la santé », est une politique transversale, dont les préoccupations doivent **s'intégrer dans de multiples autres politiques publiques**.

A ce sujet, on relèvera encore les progrès notables – même si souvent encore insuffisants – réalisés au cours de la décennie écoulée dans les domaines de la **mobilité**², de **l'accueil pré- et parascolaire**³, de **la participation** (à la vie sociale/collective) via les politiques d'insertion, d'intégration, d'égalité et d'inclusion. Sur ce point, on relèvera la décrue massive du chômage dans le canton – la plus forte du pays – au cours des deux ans écoulés. Une politique de **désendettement** a aussi vu le jour⁴, etc (toutes des politiques ayant des effets directs sur la santé).

Nous avons échoué en revanche à faire comprendre les enjeux relatifs à la **santé bucco-dentaire**, malgré l'importance – clairement documentée – de ce domaine sur la santé globale de chacun-e d'entre nous. Ce domaine reste une lacune importante de notre politique de santé publique en Suisse et les cantons ont presque tous échoué en votation populaire à faire accepter des réponses convaincantes. Une démonstration de plus, s'il en fallait, de la puissance des lobbys dans le domaine sanitaire.

² Conception et développement de la mobilité douce et augmentation des cadences des transports publics, avec des impacts mesurables sur la qualité de notre environnement

³ Avec des impacts sur l'activité professionnelle des femmes et l'égalité et sur les équilibres vie familiale – vie professionnelle, mais aussi sur la socialisation des enfants, l'égalité des chances, les possibilités de détection précoces, etc.

⁴ Avec des impacts sur vie sociale et familiale et sur la santé mentale

Enfin, dans le cadre ou dans la suite de l'épidémie de COVID-19 (au passage, j'aimerais saluer une fois encore l'engagement, la réactivité et l'inventivité remarquables de chacun-e dans le système de soins pour faire face à cette pandémie), **les concepts de lutte contre les maladies transmissibles (MT) ont été revisités**. Je relève d'ailleurs que cette pandémie nous a rappelé que les publics identifiés comme fragiles face aux MNT sont aussi les plus impactés par les MT, ce qui justifie de cibler toute une série de mesures de prévention, d'information et de sensibilisation sur ces publics spécifiques.

Dans tous ces domaines toutefois, on aurait tort de verser dans l'autosatisfaction : **l'intégration des préoccupations de santé publique dans tous les domaines reste certainement un enjeu essentiel** et un combat qui, comme bien d'autres, semble ne jamais devoir s'achever. Et bien des défis se présentent :

La politique de santé scolaire doit encore se développer en direction des lycées et de la formation professionnelle. **Le marché du travail**, avec les tensions qui découleront du vieillissement (pressions sur les rythmes de travail, accélération des réformes dans les organisations et les métiers, etc.) doit faire l'objet d'une attention particulière quant aux atteintes qu'il peut porter à la santé. S'agissant du domaine de **la migration**, dont on peut s'attendre à ce qu'elle s'accroisse⁵, il pose des défis dans presque tous les domaines d'une véritable politique de santé publique (maladies transmissibles, intégration sociale et professionnelle, éducation à la santé, troubles et traumatismes liés à la migration elle-même, etc.). **Le rôle de proches-aidants**, qui pour nombre d'entre nous vient progressivement s'ajouter aux rôles professionnels et à celui de parent, doit être mieux compris, accompagné et intégré, notamment dans l'organisation de la vie professionnelle, sous peine de provoquer des atteintes majeures à la santé des intéressé-e-s. Et évidemment, les réponses aux **évolutions climatiques et environnementales** doivent aussi se concevoir comme des contributions à des objectifs de santé publique. En bref, l'ampleur des défis de la santé **justifie plus que jamais que la thématique s'invite désormais de façon transversale comme composante de toute politique publique**, à l'instar par exemple de celles de l'énergie, des finances ou de l'aménagement du territoire.

⁵ Notamment sous l'influence du réchauffement climatique et des différentiels de dynamiques démographique et de prospérité entre le Sud et le Nord

En deuxième lieu, des réalisations significatives ont été concrétisées – et doivent l'être encore – pour renforcer ce que nous nous entendons à appeler les **prestations de « 1^{ère} ligne »** :

La maison de santé organisée à La Chaux-de-Fonds avec le concours de Médecins du Monde permet un premier contact, une première évaluation et une orientation vers les ressources du système de soins pour un public migrant, souvent sans repères, parfois pas même assuré. Cette prestation est appelée à se développer.

Le développement des prestations – gratuites pour les usagers – **d'évaluation et d'orientation en faveur des aînés et de leurs proches, via la constitution d'AROSS**, représente aussi désormais une porte d'entrée simple et sans barrière dans le système socio-sanitaire pour un public souvent démuné lorsque les premiers signes de la fragilité apparaissent. Dans ce domaine, le défi sera surtout d'assurer la reconnaissance des métiers de l'évaluation et de l'orientation ainsi que leur articulation avec les pratiques des autres professionnels. La notoriété de ces prestations au sein du grand public doit aussi encore s'accroître.

La décennie écoulée a aussi permis de définir les **acteurs du préhospitalier comme de véritables prestataires du système de soins**. Aux numéros d'urgence, répondent désormais des professionnels de la santé, capables d'orienter les appelants sur les premiers gestes à réaliser et de mobiliser les ressources adéquates. Les services d'ambulances ont quant à eux clairement dépassé le rôle de transporteurs de malades pour devenir eux aussi des prestataires de soins d'urgence. Et il faut souligner les résultats de qualité et de performance extraordinaires que les communes ont obtenus dans la collaboration avec la FUS-VD. Le système gagnerait toutefois encore en efficacité avec deux améliorations déjà clairement identifiées au niveau de la gouvernance :

- D'une part, la désignation d'un même médecin superviseur pour l'ensemble des services d'ambulances du canton et sa désignation au sein du département des urgences du RHNE permettrait d'assurer des protocoles unifiés et plus fluides entre les urgences préhospitalières et les unités d'urgence hospitalières ;
- D'autre part, une seule organisation au plan cantonal (dans la foulée du regroupement des services des vallées – à saluer) mettrait fin à la pseudo-autonomie et pseudo-concurrence

qui n'a aucun sens⁶ et qui nuit à la fois à la stabilité des services (personnels débauchés) et à leur efficacité (coûts excessifs, temps mal exploités, services parfois sous-critiques).

Autres acteurs essentiels de la première ligne, les **médecins généralistes** ont eux aussi fait l'objet d'une attention toute particulière. A ce titre, relevons notamment :

- L'organisation exemplaire de la **Voie verte**, collaboration intelligente entre le RHNE et la SNM pour l'organisation de la garde. En prévoyant de relever les médecins installés en pratique libérale des servitudes de la garde en début de soirée, de les mobiliser pour renforcer l'accueil au sein-même de l'hôpital au moment de la plus forte affluence (19-22h) et de confier à l'hôpital seul la garde durant la nuit, cette collaboration est positive à au moins quatre titres :
 - Elle oriente les ressources là où s'expriment les besoins prioritaires et est donc gage d'efficacité ;
 - Elle améliore la qualité globale du service à la population ;
 - Elle favorise les échanges, la compréhension réciproque, la collaboration et une meilleure coordination entre médecins hospitaliers et médecins indépendants ;
 - Elle améliore les conditions d'exercice de la médecine générale en en réduisant les servitudes, au moment où les conditions de travail peuvent être déterminantes pour attirer des professionnels dans un contexte de pénurie.
- C'est d'ailleurs dans le même esprit que, depuis une décennie environ, le canton et les communes soutiennent l'**installation de cabinets de groupe** et que, depuis bientôt deux ans, un **programme spécifique de promotion de l'installation de médecins** dans le canton a été mis en place, avec d'ailleurs pas mal de succès à ce jour. Ces efforts doivent naturellement se poursuivre, ce qui est d'ailleurs prévu notamment via les **options stratégiques du CNP** (collaboration de la psychiatrie au sein des cabinets de groupe) et avec les perspectives ouvertes avec l'entrée de RHNE et ADMED dans le capital du groupe **Volta** (développement plus loin) ;
- Enfin, un **concordat intercantonal pour le financement de la formation des médecins** est entré en vigueur et, pour les cantons romands, s'accompagne du **projet REFORMER**

⁶ le service est désormais pensé et planifié à l'échelle du canton, et ses coûts – à charge des patients comme ceux à charge des collectivités publiques – ont été unifiés et mutualisés

visant à mieux orienter la formation des médecins vers les besoins effectifs de la population (c'est-à-dire plus de généralistes, moins de spécialistes). Ces initiatives complètent celle en œuvre depuis un peu plus d'une décennie sous l'intitulé de **cursus romand et cursus neuchâtelois de médecine de famille**.

En troisième lieu (toujours sur les réalisations et les défis à l'échelle du canton), quelques rappels rapides sur **l'évolution du système de soins** et des institutions : globalement, le sentiment qui est le mien aujourd'hui est que **nous avons ensemble réalisé des fondations solides**, qui offrent des perspectives intéressantes, mais qu'il reste évidemment beaucoup à construire :

- Avec **AROSS** et la nouvelle **LASDom** : c'est une philosophie qui a été entérinée : celle qui donne comme premier mandat d'identifier ou de repérer la fragilité liée à l'âge et de l'accompagner ;
- Avec les **multiples planifications** réalisées (AE, structures intermédiaires, EMS, hôpitaux, clauses du besoin pour les équipements, gestion des admissions), ce sont non seulement des exigences légales qui ont été remplies, mais aussi **davantage de transparence et de légitimité** donnée aux développements attendus et **d'efficience dans l'orientation des ressources**;
- Le **virage ambulatoire**, pris aussi bien par le CNP que RHNe ou via les exigences introduites dans la réglementation (ambulatoire avant stationnaire), contribue non seulement à **l'efficience et à l'économie de moyens**, mais aussi à la **rapidité du rétablissement des patients et de leur retour** dans leur milieu de vie ;
- Avec **l'évaluation des infrastructures des EMS**, nous avons apporté **davantage d'objectivité et d'égalité de traitement** dans le financement de ces institutions, mais encore jeté les bases de **l'assainissement, de la modernisation et du développement des capacités d'hébergement** des aînés de notre canton (dont on rappellera qu'ils seront 2x plus nombreux d'ici une quinzaine d'année : besoin = environ 1 EMS supplémentaire de 60 lits par an pendant 12 ans !) ;
- Au **plan financier**, transparence, efficience, solidité et confiance ont été les maîtres mots de ce que nous avons proposé, décidé, réalisé ou initié :
 - o **Transparence financière** sur les subventions versées au titre des **PIG**, accompagnée d'une réduction de plusieurs dizaines de millions de francs en dix ans pour RHNE et CNP;

- Financement des **charges extraordinaires liées au COVID** et couverture des déficits post-covid de plusieurs acteurs ;
- **Assainissement financier des institutions** (RHNE et CNP, qui étaient nés avec un fort endettement). Le bilan de NOMAD doit, lui, encore être consolidé, de même que doit encore être stabilisé le financement de l'exploitation courante de RHNE et de NOMAD, tous deux encore déficitaires ;
- **Financement spécifique en faveur de la revalorisation des salaires** (hausse des salaires pendant COVID, puis indexation à l'inflation en 2023-24, parfois hors du système tarifaire):

Ces consolidations financières étaient/sont indispensables pour apporter davantage d'assurance et de sérénité face aux autres défis que les institutions et leurs personnels ont à affronter (et qui découlent du contexte rappelé en introduction). RHNE et CNP sont notamment placés devant des défis d'investissement gigantesques, mais nécessaires eux aussi (yc pour économiser ensuite dans leur fonctionnement)⁷.

- Toujours au plan financier, nous avons encore massivement développé le **soutien au paiement des primes** pour les assurés de condition modeste et moyenne et supprimé les effets de seuil en assurant qu'une augmentation du revenu se traduit toujours par une baisse de moindre ampleur du soutien octroyé via les subsides. Comme évoqué plus tôt, dans ce domaine l'impasse est néanmoins programmée si aucun correctif n'est apporté au système de financement. L'échéance du mois de juin dira si les cantons seront laissés seuls ou si Confédération assumera ses responsabilités dans ce domaine.
- Enfin, la situation et le mandat de plusieurs acteurs du système de soins a été clarifiée. Sans entrer dans le détail, évoquons simplement :

CNP : assainissement/modernisation du site de Préfargier ou nouvelle construction pour activités non intégrées dans d'autres structures (RHNE, centres ambulatoires CNP, centres Volta, cabinets médicaux), extension des centres ambulatoires. RHNE : assainissement urgent du site MN – nécessité d'une nouvelle construction – et à 20 ans environ, assainissement/regroupement (Monruz) du site LN

- Le **calme retrouvé pour RHNE**, dont l'organisation spatiale doit toutefois encore évoluer conformément au mandat légal qui prévoit notamment le regroupement des sites de réadaptation ;
- Le **repositionnement du CNP** – dont les options stratégiques devraient être adoptées par le Grand Conseil la semaine prochaine – comme institution spécialisée et experte, prenant en charge les situations complexes, coordonnant ses prestations en soutien à d'autres acteurs du réseau et favorisant l'accompagnement des patients au sein de la communauté⁸;
- La **clarification en cours du positionnement de NOMAD**⁹, comme institution publique offrant ses prestations à tous les patients du canton, sans restriction géographique ni discrimination.

Sur mandat du Conseil d'Etat, **CNP et RHNE ont en outre été invités à examiner les possibilités d'une plus grande intégration** de certaines de leurs prestations, de leurs infrastructures et de leur organisation, dans le respect de l'indépendance de chacun, qui n'est pas remise en question. L'objectif poursuivi tient non seulement à des gains d'efficacité et à l'économie des moyens, mais aussi à la prise en charge coordonnée des troubles de santé mentale et somatiques, en lien notamment avec le contexte du vieillissement de la population.

- Enfin, s'agissant de l'évolution du système de soins de notre canton, il faut bien sûr évoquer les **très intéressantes perspectives offertes par le rapprochement décidé récemment entre le groupe Volta, le RHNE et ADMED**. En termes de santé publique, et même s'il rencontrera de multiples obstacles, il s'agit vraisemblablement du plus enthousiasmant projet à concrétiser au cours des dix prochaines années, qui vient comme un prolongement de tous les efforts déjà engagés dans le renforcement de « la première ligne ».

Certains voudront bien-sûr y voir la privatisation du service public, d'autres au contraire la mainmise de l'Etat sur des structures privées. Or, les frontières entre public et privés

⁸ Après avoir, entre 2015 et 2022, favorisé le virage ambulatoire, délégué les missions d'hébergement et d'occupation, regroupé ses prestations hospitalières et assumé un mandat de médecine pénitentiaire

⁹ Après que les rôles de prestataire de service public (NOMAD) et d'organisateur du maintien à domicile (désormais autorité sanitaire cantonale) aient été séparés et après aussi une réforme de l'organisation pour accroître l'autonomie des équipes de terrain et qu'aient été clarifiées les règles de coordination entre NOMAD et les infirmières indépendantes.

devront naturellement être clarifiées et poseront de nombreuses questions, certaines même très importantes. Mais ne nous y trompons pas, là n'est pas l'essentiel.

Plutôt que d'argumenter point par point, imaginons simplement ce que pourrait donner cette collaboration d'ici une dizaine d'années :

- **Dans chacune des régions du canton, la présence d'un centre de santé**, facilement accessible pour la population (la proximité gagnant en importance pour une population vieillissante) ;
- Dans chacun de ces centres, la possibilité de **consulter son médecin de famille** ;
- Avec ces médecins, des **possibilités de formation renforcées**, permettant de préparer dans de bonnes conditions la relève des généralistes;
- En complément aux consultations médicales, la prise en charge de ce qu'il convient d'appeler les « petites urgences », soit **les urgences non vitales**, qui sollicitent aujourd'hui excessivement et inutilement les urgences hospitalières, au prix de coûts excessifs et, pour les patients, de déplacements inutiles et de l'allongement des temps d'attente; des urgences dont les **protocoles seraient articulés avec ceux de l'hôpital**, évitant, en cas de transfert à l'hôpital, la répétition d'examens déjà réalisés et assurant une plus grande fluidité de la prise en charge;
- Et aux côtés de ces médecins de « premier recours », d'autres professionnels, de façon à **favoriser la multidisciplinarité et la coordination** : pensons aux prestations d'**orientation** d'AROSS, à la présence d'organismes d'**aide et de soins à domicile**, à celle d'**infirmiers/ères en pratique avancée** et à des **consultations pour malades chroniques**, aux prestations du CNP déjà imaginées au cœur des cabinets de groupe, à l'information sur les programmes de prévention, de dépistage et plus généralement de santé publique, etc. ; autant de partenaires qui seraient à la fois plus facilement accessibles pour la population et qui pourraient, par le dialogue facilité entre eux, assurer une meilleure coordination de leurs prestations et de leur évaluation des patients qu'ils suivent.

Ce simple énoncé montre à la fois qu'il faudra du temps pour concrétiser tout le potentiel permis par cette collaboration, mais aussi tout l'intérêt que celle-ci revêt, en particulier dans le contexte rappelé en début d'exposé.

Je vais m'arrêter là pour ce qui relève de l'organisation au plan cantonal, non sans souligner qu'il serait pertinent aussi de développer encore :

- **L'importance de la CCT¹⁰;**
- **L'enjeu de la relève et l'importance du projet de mise en œuvre de l'initiative pour des soins infirmiers forts¹¹**
- **Les développements attendus pour les infirmiers/ères en pratique avancée¹²**
- **La place à accorder aux patients et à leurs organisations¹³**
- **Le devenir du dossier électronique du patient**
- **Les enseignements tirés de la crise du COVID-19.**

2. Au plan fédéral (pour terminer), une seule chose¹⁴ :

Il faut d'abord et avant tout remettre de l'ordre, et pour cela une **loi de santé**

- En résumé, un texte fondateur, au niveau national, qui **détermine les grandes orientations d'une politique de santé publique**, dont découle une organisation des soins et leur couverture par l'assurance-maladie plutôt que l'inverse ;
- Un cadre légal qui accorde l'importance qui leur revient aux **questions liées au cadre de vie** et aux **comportements favorables à la santé** ainsi qu'aux programmes de **promotion et de prévention** ; qui impose par conséquent que la thématique de la santé s'invite dans le traitement des questions environnementales, du marché du travail, de la mobilité, de l'éducation, de l'intégration, bref toutes les politiques sectorielles avec incidence sur la santé ;
- Une loi de santé qui définisse **l'organisation des responsabilités entre Confédération et cantons**, qui restaure les autorités exécutives fédérales et cantonales en tant que **pilotes légitimes de ce système**, fixe les principes de **coordination** (verticale et

¹⁰ Couvrant un très large spectre du secteur de la santé. Elle a été renouvelée et consolidée ces dernières années et elle est appelée à jouer un rôle fondamental à l'avenir dans le contexte de pénurie de personnel et de mise en œuvre de l'initiative *pour des soins infirmiers forts*

¹¹ Projet soumis au CE encore en février, mais nécessité aussi, au-delà des questions de formation et de conditions de travail, de programmes pour alléger les contraintes, redonner de l'autonomie pour les soignant-e-s et restaurer le sens de leur profession

¹² Qui joueront eux/elles aussi un rôle important à l'avenir face aux enjeux de la relève médicale, de la coordination des soins et de l'accroissement des maladies chroniques

¹³ Entre acteurs avertis, le sentiment peut prédominer que l'on sait ce qu'il faut et que l'on peut l'expliquer à celles/ceux qui « ne savent pas », y compris celles/ceux à qui les prestations sont destinées : les patients et leur entourage. Il y a une chose pourtant que l'on ne peut pas expliquer, mais uniquement entendre, c'est la façon dont les patients vivent leur maladie, la façon dont il se sentent ou non écoutés, compris, informés, accompagnés, considérés, pris en charge aussi. Et c'est parce que personne ne peut dire à leur place comment ils ressentent cela qu'il faut leur accorder une plus grande place dans le système et organiser les lieux où l'on reçoit leurs témoignages, organiser la façon dont on s'assure que ceux-ci sont pris au sérieux pour faire évoluer les prestations et l'organisation.

¹⁴ Par économie de temps, on renoncera à développer ici les nécessités suivantes : a) programme offensif en matière de promotion et de prévention, b) programmes offensifs de formation et pour orienter les professionnels sur les besoins de la « première ligne », c) nécessité de concevoir comme un système unique, piloté au plan fédéral et à disposition des prestataires et des cantons, la plateforme d'échange des données patients (DEP), etc.

horizontale) **entre autorités**, impose la **coordination entre prestataires**¹⁵, identifie les prestations qui relèvent d'une logique de service public (fédéral ou cantonal) et celles qui relèvent de l'assurance¹⁶,

- Une législation qui détermine les **sources de financement** pour les prestations publiques et offre donc l'occasion d'un véritable **débat sur les nouvelles sources nécessaires pour faire face au vieillissement**¹⁷,
- Une loi qui précise encore les **droits des patients** et prévoit une **place accrue et un financement spécifique pour leurs organisations** (au même titre que pour les organisations de défense des consommateurs) ;
- Un texte de référence qui fixe des **principes concernant la collecte et la disponibilité des données et la transparence** à leur égard, qui offre donc la base légale d'un **véritable système d'information de la santé** ;
- Une législation, enfin, qui désigne des organes de référence pour traiter des **questions éthiques** qui vont se multiplier (gestion de la pénurie¹⁸, assistance en fin de vie, etc.) et qui offre ainsi une barrière aux seules approches populistes de ces questions si fondamentales.

Voilà, Mesdames et Messieurs, tout à la fois trop longuement et trop brièvement exposés, les réalisations et les enjeux que je perçois au moment de tirer ma révérence. Les évoquer devant vous était pour moi une manière de rendre hommage à votre engagement, de vous en remercier, et de vous encourager, toutes et tous, et malgré les difficultés et les obstacles, à le poursuivre en faveur d'une politique de la santé qui soit celle de la dignité de chacune et chacun de nos concitoyen-ne-s.

¹⁵ Et reconnaisse, au plan du financement, le temps y relatif

¹⁶ Dans laquelle doivent être consolidés les principes de solidarités évoqués plus haut et revu le système de financement à l'acte

¹⁷ En particulier nouvelles pistes de financement pour les prestations dites « du 4^e âge », où la sollicitation du système de soins n'est plus un risque mais une certitude et donc n'a plus rien à faire avec la logique de l'assurance au sens classique du terme, mais doit être pensée comme une véritable assurance-sociale, financée comme telle : cotisations salariales, TVA, IFD, etc.

¹⁸ Sur la question des effets de la pénurie : en l'absence d'orientation claire des ressources sur les prestations prioritaires (choix éthiques et politiques), et de rationnement décidé des soins (ce que personne ne veut faire), le rationnement s'imposera selon des logiques de type « 1^{er} arrivé - 1^{er} servi », ou alors selon le niveau revenu et /ou d'assurances-complémentaires, ou encore selon la proximité géographique, soit les priorisations les moins défendables, voire les plus iniques. Il en découle la nécessité de décisions politiques claires sur l'identification des priorités, l'affectation prioritaire des ressources (décisions, incitations) et donc celle de renforcer le débat éthique et académique sur ces questions.

J'ai eu énormément de plaisir dans cette tâche que vous m'avez fait découvrir au fil de mon mandat et j'en souhaite autant à mon successeur, à qui j'adresse aussi mes encouragements et avec lequel je vous souhaite une agréable et fructueuse collaboration.

Et permettez-moi de conclure sur cette citation de **Edmund Burke**¹⁹ :

Quand une œuvre réclame beaucoup de force et de labeur pour la réaliser, c'est que l'idée de départ est grande.

¹⁹ Edmund Burke est né le 12 janvier 1729 à Dublin. **Philosophe et homme politique britannique**. Les écrits d'E. Burke sont notamment à l'origine de la controverse britannique sur la Révolution française.