



### Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui

- d'un projet de décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017
- d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique"
- d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton"
- d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité"

(Du 16 janvier 2013)

Monsieur le président, Mesdames, Messieurs,

#### **RESUME**

*Par son rapport 12.005, du 14 décembre 2011, concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM; aujourd'hui Hôpital neuchâtelois, HNE) le Conseil d'Etat a soumis à la validation du Grand Conseil 17 options stratégiques concernant la répartition des missions entre les sites d'HNE.*

*Lors de sa session du 24 avril 2012, le Grand Conseil a adopté un décret amendé validant 14 des 17 options stratégiques proposés et a émis le souhait de disposer d'informations complémentaires concernant les trois options relatives à la chirurgie et à l'orthopédie, à savoir les options n° 9 (un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de Pourtalès et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis), 12 (un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur le site de la Chaux-de-Fonds) et 13 (un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de Pourtalès) avant de prendre une décision définitive. Le Conseil d'Etat était invité à comparer ces trois options stratégiques (ci-après: scénario 1) à celles de la création d'un centre locomoteur cantonal comprenant l'ensemble des activités d'orthopédie sur le site de La Chaux-de-Fonds et du maintien de la chirurgie sur deux sites (ci-après scénario 2), ce du point de vue de leur faisabilité, de leur coûts de fonctionnement et de leur efficience.*

*En application des termes du décret précité, le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire du Département de la santé et des affaires sociales (DSAS), a travaillé en étroite*

*collaboration avec la Commission "Santé" du Grand Conseil. En outre, les services d'un mandataire externe ont été sollicités. En l'occurrence, après examen de diverses offres et des auditions, le choix s'est porté sur la société de conseil Advimed, spécialisée dans la stratégie et la gestion hospitalières.*

*Le mandataire a remis au DSAS un rapport, daté du 24 novembre 2012, comparant les deux scénarios d'organisation des services de chirurgie et d'orthopédie. Il en ressort que les scénarios 1 et 2 sont équivalents s'agissant de leurs conséquences sur les coûts de fonctionnement et sur les délais de réalisation, ce qui était la question principale posée par le décret du Grand Conseil. La société Advimed estime pourtant que le scénario 1 est moins favorable que le scénario 2. Le mandataire pense en effet que ce scénario ne permet pas d'assurer une bonne synergie entre chirurgie stationnaire et gynécologie sur le site de Neuchâtel et est plus risqué en termes de concurrence tant intra-qu'extracantonale. Il relève aussi qu'il permet une économie en matière de gestion du matériel d'orthopédie et de traumatologie, mais qu'il implique un investissement de l'ordre de 4 millions de francs destinés à la rénovation de deux salles d'opération supplémentaires par rapport aux trois dont l'installation est déjà prévue. Il souligne par contre que le scénario 2 ne pourra se réaliser qu'à la condition de trouver de la place pour une dizaine de lits supplémentaires sur le site de Pourtalès. En outre, ce scénario présente l'inconvénient de creuser encore un peu plus le déséquilibre relatif entre les sites de la Chaux-de-Fonds et Pourtalès par rapport à la situation actuelle. Advimed propose en conclusion un scénario 2bis, qui consisterait à transférer à La Chaux-de-Fonds une unité de médecine de Pourtalès.*

*Si le Conseil d'Etat considère que les quelques chiffres fournis par Advimed sont intéressants, il relève cependant qu'ils sont trop peu nombreux et que certaines conclusions ne sont tirées que sur la base d'appréciations subjectives non étayées par des chiffres ou par des faits. Le Conseil d'Etat s'est donc plus particulièrement penché sur ces appréciations et les a réexaminés à l'aune des données chiffrées, ainsi que des connaissances scientifiques à disposition.*

*En conclusion, le Conseil d'Etat considère que les études complémentaires réalisées à la demande du Grand Conseil ne sont pas de nature à remettre en question les options stratégiques définies dans le rapport 12.005. Le mandataire a démontré que le scénario qu'il avait proposé dans ce cadre (scénario 1) est réalisable et économiquement raisonnable. En outre, il peut être mis en œuvre à moyen terme et permet de développer des synergies médicalement et économiquement intéressantes, en particulier entre l'orthopédie et la traumatologie. Le problème évoqué par Advimed concernant la synergie entre la chirurgie stationnaire et la gynécologie peut être corrigé. En outre, le mandataire confirme que le scénario 1 permet de réduire le déséquilibre entre les sites de PRT et de CDF, alors que le scénario 2 l'accroît.*

*Pour leur évaluation, le mandataire et le Conseil d'Etat partent du principe que La Providence conserve les missions publiques qu'elle assume aujourd'hui.*

*Partant, le Conseil d'Etat confirme ses propositions initiales de fin 2011 en matière d'activités liées à l'appareil locomoteur et à la chirurgie, tant stationnaire qu'ambulatoire. Il propose dès lors la création d'un Centre cantonal de l'appareil locomoteur localisé sur le site de Pourtalès et le développement dans ce cadre de compétences dans le domaine de la chirurgie du rachis, celle d'un Centre de chirurgie stationnaire sur le site de La Chaux-de-Fonds et celle d'un Centre de chirurgie ambulatoire sur le site de Pourtalès.*

*Enfin, le Conseil d'Etat considère que ces options stratégiques, combinées aux quatorze autres qui ont déjà été validées en avril 2012 par le Grand Conseil, constituent en quelque sorte un contre-projet aux trois initiatives législatives populaires qui sont encore pendantes et qui demandent des modifications de la loi sur l'EHM. S'il peut être d'accord avec deux des trois initiatives quant au fond (équilibre régional et centre femme-mère-*

*enfant à Neuchâtel), ce d'autant plus que les décisions du Grand Conseil d'avril 2012 en matière de répartition des missions au sein de l'HNE y répondent déjà en grande partie, il considère la forme choisie comme inadéquate et estime par conséquent qu'elles doivent toutes être rejetées. Il en va de la cohérence de la LEHM. Il propose dès lors de soumettre ces trois initiatives législatives populaires au vote du peuple.*

## **1. INTRODUCTION**

La loi sur l'Etablissement hospitalier multisite (LEHM) prévoit, à son article 12, al. 1, let b), que le Grand Conseil «approuve les options stratégiques relevant de la planification hospitalière...». C'est donc au Grand Conseil que revient la faculté de décider de la stratégie en matière de répartition des missions entre les sites de l'Hôpital neuchâtelois (HNE).

Le Parlement a exercé cette compétence pour la première fois au mois d'avril 2012 en validant 14 des 17 options stratégiques que lui proposait le Conseil d'Etat dans son rapport de décembre 2011. S'agissant des trois dernières options, qui portaient sur l'implantation de l'orthopédie et de la chirurgie, tant stationnaire qu'ambulatoire, sur les sites de soins aigus de Pourtalès (PRT) et de La Chaux-de-Fonds (CDF), il demandait des études complémentaires pour être en mesure de mieux les apprécier.

Par le présent rapport, le Conseil d'Etat fournit les informations complémentaires requises, qui reposent notamment sur un rapport d'expert, et confirme les options stratégiques qu'il avait proposées au Grand Conseil.

Comme au mois d'avril 2012, il est demandé au législatif cantonal de valider (ou de refuser) les options proposées par le Conseil d'Etat. Il ne peut les amender. En cas de refus, le dossier est renvoyé au Conseil d'Etat.

## **2. CONTEXTE**

### **2.1. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE**

Par son rapport 12.005, du 14 décembre 2011, concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM) (a) et à l'appui d'un projet de décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017, d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique", d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton" ainsi que d'un projet de décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité" (b), le Conseil d'Etat a soumis à la validation du Grand Conseil 17 options stratégiques concernant la répartition des missions entre les sites d'HNE.

Pour rappel, ces options sont les suivantes:

1. Des prestations de médecine interne sont proposées sur les sites de CDF et PRT;
2. Des services de soins intensifs sont offerts sur les sites de CDF et PRT;

3. Des Centres de diagnostic et de traitement (CDT) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et du Val-de-Travers (VDT);
4. Des services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) sont localisés sur les sites de CDF, PRT et VDT;
5. Une plateforme régionale de santé est développée sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche;
6. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) est localisé sur chacun des sites du Locle, du Val-de-Ruz, de VDT et de La Béroche;
7. Des prestations de médecine physique et de réadaptation (MPR) sont proposées sur le site du Val-de-Ruz;
8. Le Centre femme-mère-enfant est définitivement localisé à PRT;
9. Un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis;
10. Des investissements immobiliers sont consentis sur le site de CDF pour la rénovation des blocs opératoires, des unités d'hospitalisation et du hall d'entrée;
11. Un Centre d'oncologie est localisé sur le site de CDF et intègre un Centre de sénologie reconnu au niveau national;
12. Un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur à CDF;
13. Un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT;
14. Un Centre de traitement et de réadaptation (CTR) gériatrique est localisé sur le site de VDT;
15. Un Centre de diagnostic et de traitement (CDT) est développé sur le site de VDT;
16. Une étude est menée visant à déterminer l'opportunité de créer un site unique de soins aigus et sa localisation;
17. Conjointement à la création d'un site unique de soins aigus, la question du regroupement des CTR sur un seul site est posée.

Ces propositions sont le fruit d'un consensus politique qui a pris plus de deux ans à se dessiner, depuis les Etats généraux de la santé (EGS) organisés en 2009<sup>1</sup>, notamment dans le cadre des travaux d'un groupe de pilotage politique<sup>2</sup> et de la Commission "Santé" du Grand Conseil<sup>3</sup> ou encore de rencontres avec les comités d'initiatives<sup>4</sup>. Le Conseil d'Etat estime qu'elles garantissent la sécurité sanitaire dans l'ensemble des régions du canton et respectent une logique, une cohérence médicale et une économicité qui sont indispensables à l'exploitation d'une institution comme HNE.

Le Conseil d'Etat considère par ailleurs que ses propositions permettent de rétablir un équilibre relatif entre les sites de CDF et PRT, ou à tout le moins de réduire le déséquilibre constaté ces dernières années entre ces derniers. En effet, rappelons que la

---

<sup>1</sup> Voir chapitre 3.1.4. du rapport 12.005.

<sup>2</sup> Voir chapitre 3.1.5. du rapport 12.005.

<sup>3</sup> Voir chapitre 6.5.4. du rapport 12.005.

<sup>4</sup> Voir chapitre 6.5.3. du rapport 12.005.

LEHM, en son article 13, alinéa 1, lettre d), prévoit que le Conseil d'Etat veille à la conservation de l'importance relative des sites et à l'égalité entre les régions.

Si certaines de ces options stratégiques valident une situation existante, l'élément central est la création de centres de compétences forts dans les domaines de la chirurgie stationnaire et ambulatoire, de l'oncologie et de la sénologie, de l'appareil locomoteur ou encore de l'activité femme-mère-enfant.

Pour conclure, le Conseil d'Etat est d'avis que ces options stratégiques constituent en quelque sorte un contre-projet à trois initiatives populaires demandant des modifications de la LEHM et que, partant, il y a lieu de rejeter l'ensemble de celles-ci (voir chapitre 6.).

## **2.2. Décret du Grand Conseil du 24 avril 2012**

Dans sa session du 24 avril 2012, le Grand Conseil adoptait à une très large majorité un "décret portant approbation des options stratégiques définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier mutisite cantonal à horizon 2017" amendé, résultat d'un consensus entre les différents groupes politiques.

### **2.2.1. Options stratégiques approuvées**

Le Grand Conseil a ainsi validé 14 des 17 options soumises à son appréciation (art. 1 du décret).

Il a toutefois modifié une des options stratégiques proposées par le Conseil d'Etat, en l'occurrence celle portant sur le développement d'un CDT-pilote sur le site de VDT fonctionnant comme portée d'entrée d'HNE et dont l'ouverture nocturne devait être limitée à trois ans. Le Parlement a en effet souhaité que ce CDT soit ouvert en continu, sans limite dans le temps (art. 5 du décret).

Par ailleurs, le Grand Conseil a validé les options stratégiques relatives aux études à mener pour la création d'un site unique de soins aigus, respectivement d'un site de réadaptation unique. Dans ce cas, il a cependant souhaité que la démarche soit initiée sans délai, une demande de crédit d'engagement devant être déposée par le Conseil d'Etat dans un délai de trois mois (art. 4 du décret). Le Conseil d'Etat a donné suite à cette demande dans la mesure où il a soumis au Grand Conseil son rapport 12.055 à l'appui d'un projet de décret portant octroi d'un crédit d'engagement de 3,5 millions de francs pour procéder aux études sur la création d'un site hospitalier unique de soins aigus, respectivement de réadaptation, du 24 octobre 2012.

### **2.2.2. Options stratégiques nécessitant des analyses complémentaires**

Le Grand Conseil a émis le souhait de disposer, avant de prendre une décision définitive, d'informations complémentaires concernant les options relatives à la chirurgie et à l'orthopédie, à savoir les options n° 9, 12 et 13 figurant dans le rapport 12.005, qui sont les suivantes:

9. un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis
12. un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé à CDF
13. un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT

Concrètement, le Grand Conseil a exprimé les attentes figurant ci-dessous en lien avec ces options (art. 3 du décret):

<sup>1</sup>Le Conseil d'Etat, en étroite collaboration avec la commission "santé" du Grand Conseil, et en s'adjoignant les services d'un mandataire externe, étudie la faisabilité, les coûts de fonctionnement et l'efficacité d'EHM en ce qui concerne la concentration sur un site de la chirurgie stationnaire à La Chaux-de-Fonds.

<sup>2</sup>Il réalise cette étude dans un délai de six mois, en comparant les choix stratégiques no 9, 12 et 13 proposés à celui d'un centre locomoteur cantonal avec l'ensemble des activités d'orthopédie à La Chaux-de-Fonds avec maintien de la chirurgie sur les deux sites.

<sup>3</sup>Le Grand Conseil, sur la base de cette étude, détermine définitivement la position qu'il entend adopter en la matière et la communique au Conseil d'Etat pour qu'il l'intègre à son plan stratégique pour EHM.

<sup>4</sup>Le plan stratégique du Conseil d'Etat pour EHM est ensuite présenté au Grand Conseil pour ratification définitive.

Le Conseil d'Etat a aujourd'hui réalisé les études demandées par le Grand Conseil et est en mesure de présenter au Grand Conseil, par le présent rapport, son plan stratégique concernant les options encore ouvertes, pour ratification définitive.

### **3. DEMARCHE**

En application des termes du décret précité, le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire du Département de la santé et des affaires sociales (DSAS), a travaillé en étroite collaboration avec la Commission "Santé" du Grand Conseil. Cette dernière a désigné son bureau, mais dans une version élargie, pour accompagner le DSAS dans ses travaux. Ce bureau élargi était composé de Messieurs les députés B. Courvoisier, J.-F. de Montmolin, S. Latrèche et B. Nussbaumer.

En outre, suivant la demande du Grand Conseil contenue dans le décret du 24 avril 2012, les services d'un mandataire externe ont été sollicités. Le bureau élargi de la Commission « Santé » a participé à l'élaboration du mandat comme à la recherche et au choix du mandataire.

En l'occurrence, après diverses auditions, le bureau élargi a porté son choix sur la société de conseil Advimed, spécialisée dans la stratégie et la gestion hospitalières.

#### **3.1. Informations demandées à HNE**

Afin de faciliter et d'accélérer les travaux du mandataire, le DSAS a demandé à HNE, dès la fin des débats parlementaires, de lui remettre un certain nombre de données et d'informations. Cet établissement était invité à procéder à un état des lieux de l'organisation actuelle des départements/services observés, à savoir la chirurgie, l'orthopédie/traumatologie et tout autre service touché par la réorganisation de ces domaines (par exemple l'anesthésie).

Pour ce faire, il a été prié de fournir:

- une liste du personnel concerné (fonction, taux d'activité et salaire) par département/service observé et par site;
- une description de l'organisation des permanences (ex. gardes, piquets);
- une présentation des coûts de fonctionnement (en particulier des charges salariales et d'investissements).

Ces informations ont été remises au DSAS par HNE le 15 juin 2012.

### 3.2. Expert externe

Un mandat a été confié à Advimed le 3 septembre 2012 dont le but consistait à évaluer les scénarios suivants de répartition des missions au sein d'HNE:

1. **Scénario 1** - le scénario correspondant aux options stratégiques n° 9, 12 et 13 présentées dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM), du 14 décembre 2011, à savoir: centre de chirurgie stationnaire sur le site de La Chaux-de-Fonds (CDF); centre de chirurgie ambulatoire sur le site de Pourtalès (PRT); Centre de l'appareil locomoteur (y compris traumatologie) à PRT; orthopédie élective à La Providence (PVI).
2. **Scénario 2** - le scénario correspondant au scénario II du rapport d'étude d'Antarès relatif à la réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus somatiques, du 7 janvier 2008, à savoir: chirurgie maintenue sur les sites de CDF et PRT, sans spécification du type de prise en charge; centre de l'appareil locomoteur à CDF, comprenant l'activité actuelle de PVI;

et à proposer, toutes choses égales par ailleurs (ex. activité, niveau des salaires, etc.), une organisation des départements/services concernés d'HNE la plus efficiente possible pour chacun de ces scénarios et de la décrire selon les éléments suivants:

- personnel concerné (fonction, taux d'activité et salaire) par département/service et par site;
- organisation des permanences (ex. gardes, piquets);
- aménagements immobiliers et mobiliers nécessaires.

Le mandataire était appelé à apprécier cette organisation selon les critères d'analyse suivants:

- Faisabilité
  - les délais de réalisation;
  - la concurrence intra- et extracantonale;
  - l'impact sur le parc immobilier;
- Coûts
  - les coûts de fonctionnement;
  - les coûts d'investissements;
- Efficience
  - la cohérence médicale du projet;

A cette fin, le mandataire devait prendre connaissance des documents et données utiles (rapports précités, description de la situation actuelle au sein d'HNE selon les demandes présentées au chapitre précédent) mis à disposition par le mandant et par HNE et

rencontrer les responsables des partenaires concernés, notamment d'HNE et du Service cantonal de la santé publique (SCSP), ou toute autre personne dont l'apport serait jugé utile.

Le mandat consistait à remettre au mandant un rapport circonstancié sur les éléments décrits ci-dessus d'ici au 31 octobre 2012.

### **3.3. Accompagnement par la Commission "Santé" du Grand Conseil**

La Commission "Santé" du Grand Conseil a constitué le lien entre le Conseil d'Etat et le Grand Conseil dans ce dossier, lien qui s'est manifesté lors de séances plénières ou de réunions de son bureau élargi. Avec le DSAS, elle a accompagné l'expert externe pendant toute la durée de ses travaux.

## **4. RESULTATS DU MANDAT D'EXPERT**

Advimed a remis au DSAS son rapport final sur la comparaison des deux scénarios d'organisation des services de chirurgie et d'orthopédie de l'Hôpital neuchâtelois daté du 24 novembre 2012, après la présentation des principaux résultats de son mandat au bureau élargi de la Commission "Santé" du Grand Conseil fin octobre, puis à cette dernière début novembre. Ce document est présenté en annexe au présent rapport et il y est référé en tant que besoin.

Le Conseil d'Etat considère, tout comme une majorité des membres de la Commission "Santé" du Grand Conseil, que le rapport final du mandataire s'écarte quelque peu du mandat qui lui était confié. Il a donc jugé nécessaire de le recentrer sur les termes du mandat octroyé et du décret accepté par le Grand Conseil.

Dans le présent chapitre, le Conseil d'Etat reprend l'ensemble des demandes faites à l'expert dans son mandat. Il présente, dans les chapitres 4.1. à 4.5., les résultats les plus importants du mandat tels qu'il les avait demandés, ainsi que les conclusions de l'expert.

### **4.1. Organisation des services**

Le mandataire n'est pas entré dans le détail de l'organisation des services. Il a considéré que ce travail devait faire l'objet d'une analyse approfondie sur le terrain, notamment sous la forme d'un audit organisationnel, qui ne pouvait être réalisé dans les délais impartis par le mandant. Il s'est dès lors limité à une analyse globale de la situation.

L'expert a proposé une répartition fine des activités proposées sur chacun des sites de CDF et PRT pour chacun des scénarios. Cette répartition a été appliquée aux deux scénarios de manière à évaluer leur impact en termes de cas d'hospitalisation et d'utilisation des salles d'opérations. Elle est présentée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Matrice de répartition de l'activité pour chaque scénario, proposée par Advimed

Services	Situation actuelle		Scénario 1		Scénario 2	
	Ambul.	Hospital.	Ambul.	Hospital.	Ambul.	Hospital.
<b>Chir.</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	PRT	CDF	CDF-PRT	CDF-PRT
<b>Chir. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Chir. Plast.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Chir. Plast. Péd</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Dent.</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT
<b>Dent. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Gynéco.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Gynéco. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Méd</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT
<b>Obstétrique</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Ophtalmo.</b>	CDF	CDF	CDF	CDF	CDF	CDF
<b>Ophtalmo. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>ORL</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT
<b>ORL. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Ortho.</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	PRT	PRT	CDF	CDF
<b>Ortho. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Traumato.</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Traumato. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT
<b>Urol.</b>	CDF-PRT	CDF-PRT	PRT	CDF-PRT	CDF-PRT	CDF-PRT
<b>Urol. Péd.</b>	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT	PRT

L'activité d'orthopédie a été considérée dans une répartition entre HNE et La Providence identique à celle qui existe actuellement. Le scénario 2, qui prévoit la création d'un centre de l'appareil locomoteur sur le site de CDF, ne prend pas en compte un transfert d'activité de la Providence à HNE. Ainsi, les conclusions présentées par Advimed ne tiennent pas compte d'un éventuel transfert d'activité qui a néanmoins été évalué dans un chapitre à part.

Sur la base de ce qui précède, le mandataire est parvenu au constat suivant:

- S'agissant de l'organisation des unités de soins: "à activité constante, le déplacement des unités de soins ou d'activités opératoires d'un établissement à l'autre n'engendre pas de coûts d'exploitation supplémentaires";
- S'agissant de l'organisation de la garde: "les deux scénarios n'appellent pas de changements significatifs par rapport à la situation actuelle", même si quelques ajustements marginaux pourraient s'avérer nécessaires (remplacement d'un piquet par une garde ou d'un médecin-assistant par un chef de clinique).

Nous pouvons en déduire que l'organisation en tant que telle des services concernés ne subirait pas de profonds changements dans les deux scénarios, si ce ne sont ceux ponctuels liés au déménagement d'un site à un autre, et qu'elle pourrait se poursuivre avec le personnel déjà en place.

## **4.2. Coûts des scénarios**

### **4.2.1. Coûts de fonctionnement**

Comme présenté au chapitre 4.1., le choix de l'un ou l'autre des scénarios évalués ne porte pas à conséquence en termes de dotation en personnel et, partant, en termes de coûts d'exploitation. En effet, selon le mandataire:

- s'agissant des unités de soins, "le transfert de lits d'un établissement à l'autre peut se faire à coût constant" pour les deux scénarios; Advimed relève cependant le manque de place sur le site de PRT qui nécessiterait des mesures importantes dans le cas du scénario 2 pour dégager les surfaces nécessaires au transfert d'une dizaine de lits de La Chaux-de-Fonds à Neuchâtel et indique quelques pistes, mais n'en évalue pas les coûts.
- s'agissant des lignes de garde, "les deux scénarios n'appellent pas de changements significatifs par rapport à la situation actuelle". Le système de garde ne serait modifié qu'à la marge, ce qui fait que "les sommes en jeu sont peu importantes".

Le scénario 2, dans sa version incluant tout ou partie de l'activité de La Providence, n'a pas été évalué en termes financiers.

### **4.2.2. Coûts d'investissement**

Selon l'expert, la mise en œuvre du scénario 1 nécessiterait l'exploitation de cinq salles d'opérations sur le site de CDF alors que trois salles y sont actuellement disponibles. La rénovation de deux salles d'opérations supplémentaires représenterait, selon l'estimation de l'expert, un investissement de l'ordre de 4 millions de francs. En parallèle, le scénario 1 permettrait d'éviter des doublons dans le matériel d'ostéosynthèse d'HNE par la concentration des activités de chirurgie orthopédique et de la traumatologie et, partant, de réaliser quelques économies en matière d'investissements. Celles-ci ne sont cependant pas chiffrées.

Selon le mandataire, la mise en œuvre du scénario 2 n'implique aucun investissement particulier, si ce n'est la mise à disposition d'une dizaine de lits supplémentaires sur le site de PRT (voir chapitre 4.3.3.). Il ne permettrait pas non plus de réaliser les économies sur le matériel d'ostéosynthèse décrites ci-dessus.

## **4.3. Faisabilité des scénarios**

### **4.3.1. Délais de réalisation**

Le mandataire considère que "les scénarios 1 et 2 ne devraient pas poser de problèmes majeurs de mise en œuvre". Les délais de réalisation sont liés "à la durée de construction et de mise en service des nouvelles salles d'opérations" et ne sont donc pas dépendants des propositions relatives aux options stratégiques d'HNE faites par le Conseil d'Etat dans le présent rapport, ni de la décision du Grand Conseil à ce sujet. Advimed relève

toutefois un risque de délai additionnel pour la rénovation de deux salles d'opérations supplémentaires pour le scénario 1.

#### **4.3.2. Concurrence intra- et extracantonale**

Sur la base de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique de l'année 2010, le mandataire a déterminé la part de marché d'HNE selon la région de provenance des patients neuchâtelois. Il a ainsi pu identifier notamment le comportement des patients de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel lorsque leur état de santé nécessite le recours à une hospitalisation en chirurgie ou en orthopédie. Il en tire la conclusion que, pour ces prestations, la population des Montagnes neuchâteloises est plus fidèle à HNE que ne l'est la population du Littoral neuchâtelois.

Sachant que l'existence d'une offre intracantonale de prestations d'orthopédie à l'Hôpital de La Providence constitue la principale concurrence pour HNE, ce constat a conduit le mandataire à poser certaines hypothèses sur le comportement possible des patients de chaque région du canton pour chacun des scénarios évalués qui sont exposées ci-après.

S'agissant de la concurrence intracantonale, le scénario 1 imposerait aux patients d'orthopédie de se rendre à Neuchâtel, que ce soit à PRT ou à La Providence. Le mandataire retient dès lors l'hypothèse que certains patients du Haut du canton qui recouraient jusqu'alors aux services d'HNE, sur son site de CDF, choisiraient de se rendre à La Providence et non plus à HNE, mais cette fois-ci sur son site de PRT. Par contre, il part du principe que la part de marché d'HNE chez les patients du Littoral n'en serait, elle, pas modifiée.

Dans le cas du scénario 2, la part de marché d'HNE chez les patients des Montagnes resterait a priori la même qu'aujourd'hui. Concernant les patients du Littoral, l'hypothèse est posée qu'une partie d'entre eux préféreraient être pris en charge par La Providence plutôt que par HNE, sur son site de CDF, pour s'éviter un déplacement à La Chaux-de-Fonds.

Le mandataire considère enfin qu'un transfert d'activité de La Providence vers HNE est peu probable.

En ce qui concerne la concurrence extracantonale, les hypothèses posées sont liées à deux éléments: le déplacement des patients rendu nécessaire par la nouvelle répartition des missions et l'attractivité médicale évaluée par le mandataire. Selon lui, cette dernière est dépendante des risques relevés au chapitre 4.4.1. consécutifs à une éventuelle séparation de la chirurgie stationnaire de la gynécologie. Dans ce cadre, et considérant la concurrence exercée notamment par l'Hôpital du Jura bernois, sur son site de St-Imier, ou des hôpitaux de la Côte (Morges, Aubonne, Gilly), le mandataire considère que le scénario 1 pourrait conduire à une perte de patients en orthopédie et en chirurgie, mais également en gynécologie.

Le scénario 2 est considéré comme étant moins sensible à la concurrence extracantonale.

#### **4.3.3. Impact sur le parc immobilier**

L'analyse de l'activité opératoire à laquelle a procédé le mandataire fait apparaître le besoin de disposer de cinq salles d'opérations pour concrétiser le scénario 1. Cela signifie, selon Advimed, qu'il conviendrait de rénover deux salles d'opérations sur le site de la CDF en plus des trois salles d'opérations modulaires, actuellement en construction, qui seront mises en service fin 2013 ou début 2014. Le choix de ce scénario impliquerait

le transfert d'une dizaine de lits de PRT à CDF, ce qui aurait pour effet de rétablir un équilibre relatif entre ces sites sans toutefois avoir d'impact particulier sur le parc immobilier dans la mesure où le site de CDF dispose des surfaces nécessaires pour les accueillir.

La mise en œuvre du scénario 2, ne tenant pas compte d'un éventuel transfert d'activités d'orthopédie de l'Hôpital de La Providence à HNE, implique le transfert d'une dizaine de lits de CDF à PRT. Dans la situation actuelle, ce transfert ne peut pas s'effectuer dans la mesure où le site de PRT ne dispose pas des surfaces nécessaires pour abriter ces lits supplémentaires. Le mandataire ne mentionne pas dans son rapport les adaptations immobilières à prévoir pour pallier ce problème, ni leurs coûts. Il propose par contre quelques pistes organisationnelles pouvant conduire à la libération des lits nécessaires comme la réduction des durées de séjour et des journées inappropriées ou la transformation de lits de semaine en lits stationnaires, sans toutefois préciser si et comment HNE pourrait se passer des premiers. Advimed considère donc que cet élément ne constitue pas un frein à la mise en œuvre du scénario 2, même s'il nécessite quelques efforts organisationnels de la part d'HNE et entraîne vraisemblablement des coûts qui ne sont ni évoqués, ni chiffrés.

#### **4.4. Efficience des scénarios**

##### **4.4.1. Cohérence médicale**

Le scénario 1 prévoit une séparation des services de gynécologie et de chirurgie stationnaire. Le mandataire estime que cette séparation est un désavantage, ce pour les raisons suivantes: les compétences des opérateurs des deux services doivent être disponibles en permanence et à proximité immédiate pour une urgence (4 interventions urgentes nécessitant la présence conjointe d'un gynécologue et d'un chirurgien ont été dénombrées en 2011); de "brefs conseils" sont régulièrement demandés par un gynécologue à un chirurgien pendant une intervention (d'après Advimed, en moyenne une fois par semaine selon les informations recueillies auprès des gynécologues d'HNE); la spécialisation accrue des médecins devrait à l'avenir intensifier ces collaborations interservices. Pour ces raisons, le mandataire relève par ailleurs que cette séparation pourrait également avoir des conséquences négatives sur l'attractivité d'HNE auprès des médecins gynécologues.

L'expert considère que le recours à un chirurgien ambulatoire pour répondre aux besoins ponctuels de collaboration entre la chirurgie et la gynécologie est possible mais que ce n'est pas idéal, car cela implique l'abandon temporaire de son programme ambulatoire et donc des retards pour les patients, ce qui ne répondrait pas aux impératifs d'efficience et de rentabilité liés à ce type d'activité bien développée dans certaines cliniques privées.

Il pense toutefois qu'une solution existe pour répondre aux besoins ponctuels de collaboration entre chirurgie et gynécologie sur le site de PRT et pallier le problème organisationnel mentionné ci-avant. Celle-ci pourrait consister dans le maintien d'une garde de chirurgie à PRT, garde qui serait réalisée par un chirurgien senior chargé également d'assurer des consultations ambulatoires. Il considère que cette solution n'est pas forcément souhaitable, sans toutefois donner d'explications particulières à ce sujet.

Par ailleurs, toujours concernant le scénario 1, l'expert relève que la concentration de l'activité d'orthopédie sur le même site que la traumatologie présente un avantage en termes de cohérence médicale, notamment s'agissant de la lisibilité des missions pour la population et de la disponibilité du matériel.

Le scénario 2 ne pose quant à lui pas de problème particulier en matière de cohérence médicale. La séparation de l'orthopédie et de la traumatologie ne représente en effet, selon Advimed, pas un obstacle majeur à l'exercice de ces deux activités, ce même si leur concentration, telle que prévue pour le scénario 1, constitue un avantage pour les raisons expliquées dans le paragraphe précédent.

#### **4.5. Conclusions du mandataire**

##### **4.5.1. *Eléments ressortant du mandat***

Sur la base des éléments présentés dans les chapitres précédents, il ressort que les scénarios 1 et 2 sont équivalents s'agissant de leurs conséquences sur les coûts de fonctionnement et sur les délais de réalisation. Le mandataire précise par contre que le scénario 1 lui paraît moins favorable que le scénario 2 dans la mesure où il présente, selon lui, des inconvénients en ce qui concerne les synergies possibles entre gynécologie et chirurgie stationnaire et qu'il est plus sujet que le scénario 2 à la concurrence tant intra- qu'extracantonale.

Considérant ce qui précède, et dans le cadre d'une comparaison des deux scénarios soumis à son analyse, Advimed arrive à la conclusion que le scénario 2 est préférable au scénario 1, même si le scénario 2 ne lui paraît pas idéal non plus. Il relève en particulier que le scénario 2 présente l'inconvénient de creuser encore un peu plus le déséquilibre relatif entre les sites de CDF et PRT par rapport à la situation actuelle.

##### **4.5.2. *Eléments s'écartant du mandat***

Les conclusions du mandataire exposées dans le chapitre précédent ont amené ce dernier à s'écarter du mandat et à présenter un scénario 2bis dans lequel il propose, pour remédier à l'inconvénient mentionné ci-avant en lien avec le scénario 2, d'adapter ce dernier en déplaçant, en plus des activités d'orthopédie, une des trois unités de médecine interne du site de PRT vers le site de CDF qui en compte actuellement deux. Selon l'expert, outre l'avantage de permettre un rééquilibrage en termes d'activités entre les sites de CDF et de PRT et celui de renforcer l'activité de soins intensifs sur le site de CDF, le transfert de 14 lits de PRT à CDF qui résulterait de ce scénario alternatif n'impliquerait aucun coût d'investissement et présenterait peu de risques dans les domaines évoqués dans les chapitres précédents.

Le mandataire a en outre fait valoir en conclusion de son rapport que la solution qu'il propose (scénario 2bis) ne devrait être que transitoire dans la mesure où la création d'un site unique de soins aigus constitue, de son point de vue, la voie à suivre par le canton de Neuchâtel dans ses réflexions à long terme concernant son organisation hospitalière.

#### **4.6. Appréciation de la Commission "Santé" du Grand Conseil**

L'accueil réservé au rapport d'Advimed par la Commission "Santé" du Grand Conseil n'a pas été unanime. Une majorité de ses membres a mis en évidence des problèmes de méthodologie dans la réalisation du mandat et un manque de rigueur et d'argumentation du mandataire dans certaines affirmations qui concernaient pourtant des points importants. Cette majorité a critiqué le manque de respect des termes du mandat, Advimed étant allé sur un certain nombre d'aspects au-delà de ce qui était requis, ce au détriment d'autres éléments qui étaient eux demandés expressément dans le mandat, mais qui n'ont pas été suffisamment approfondis.

Une minorité des membres de cette commission a trouvé le travail de l'expert adéquat et a rejoint ses conclusions.

#### **4.7. Appréciation du Conseil d'Etat**

Dans le cadre des discussions qui ont conduit au décret amendé du 24 avril 2012, le Grand Conseil a fait part au Conseil d'Etat de son désir de disposer de davantage de données chiffrées sur les effets de trois des dix-sept options stratégiques qu'il lui avait proposées. Le Conseil d'Etat partage l'avis que la recherche de clarifications, sur des bases aussi scientifiques et objectives que possible, peut se révéler utile pour, si ce n'est mettre tout le monde d'accord, au moins tenter de réduire les divergences d'opinion. Le Gouvernement attendait dès lors du mandat confié à Advimed que ces clarifications soient apportées par l'expert. Or, à la lecture du rapport final de ce dernier, il apparaît que si les chiffres fournis sont intéressants, qu'ils sont trop rares et qu'une grande partie des arguments avancés repose malheureusement sur des appréciations non étayées.

En conséquence, dans l'évaluation qu'il fait ci-après des options stratégiques et du rapport Advimed, le Conseil d'Etat se réfère aux faits et aux chiffres de l'expert et complète l'analyse en confrontant les appréciations non étayées aux faits, aux connaissances scientifiques actuelles (étude OBSAN en lien avec les hospitalisations hors canton) et aux études précédemment réalisées sur le système sanitaire et plus particulièrement hospitalier neuchâtelois, afin d'en vérifier la pertinence.

### **5. OPTIONS STRATEGIQUES PROPOSEES PAR LE CONSEIL D'ETAT**

Hôpital neuchâtelois est un hôpital régional. A ce titre, il doit offrir une médecine de qualité et de proximité. Les patients qui ont besoin de traitements spécialisés, nécessitant des équipements lourds sont aujourd'hui déjà traités à l'extérieur du canton, essentiellement à Berne et à Lausanne. Cela représente actuellement environ un cinquième des patients neuchâtelois. Cette tendance va en s'accroissant avec les années, de telle sorte que les hôpitaux régionaux, qui ne fournissent plus de prestations hautement spécialisées, peuvent se consacrer prioritairement à une médecine de bonne qualité, efficiente et proche des patients. C'est cette réflexion qui a mené le Conseil d'Etat à maintenir deux sites de soins aigus de proximité et à privilégier la création de "centres de compétences" au sein d'HNE, de manière à améliorer la cohérence médicale et les synergies possibles entre les médecins travaillant dans le même domaine, tout en utilisant au mieux les infrastructures existantes. C'est ainsi qu'il a proposé de mettre à PRT un Centre femme-mère-enfant, un Centre de l'appareil locomoteur et un Centre de chirurgie ambulatoire et à CDF, un Centre d'oncologie et de sénologie et un Centre de chirurgie stationnaire.

Le principe de base décrit au chapitre 7.1. du rapport 12.005 du Conseil d'Etat visant à travailler le plus possible par centres de compétences demeure valable et reste un objectif du Gouvernement.

#### **5.1. Options stratégiques**

Les chiffres apportés par le rapport Advimed confortent le Conseil d'Etat dans sa proposition de répartition des activités entre les sites de CDF et de PRT. Les données à disposition montrent en effet que cette répartition est la plus raisonnable.

Considérant ce qui précède, il est renvoyé au Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE (12.005) s'agissant des raisons qui ont poussé le Conseil d'Etat à proposer la création de centres de compétences dans les domaines de l'appareil locomoteur (chapitre 7.1., point 9), de la chirurgie stationnaire (chapitre 7.1., point 12) et de la chirurgie ambulatoire (chapitre 7.1., point 13). Nous nous limiterons ici à décrire pourquoi le Conseil d'Etat maintient ses propositions initiales après les analyses complémentaires demandées par le Grand Conseil.

### **5.1.1. Centre de l'appareil locomoteur**

La création d'un Centre de l'appareil locomoteur au sein d'HNE, qui doit réunir la traumatologie, l'orthopédie élective, la rhumatologie et la neurochirurgie du rachis, n'a jamais été remise en question, ni lors des débats parlementaires, ni lors des analyses complémentaires réalisées par Advimed, en collaboration avec la Commission "Santé" du Grand Conseil et le DSAS. HNE proposait cette option dans son plan stratégique d'octobre 2011.

A cet égard, et pour rappel, le Conseil d'Etat relevait dans le rapport 12.005 qu'un tel Centre était appelé à se renforcer de manière importante et rapide du fait du vieillissement de la population et de la demande qui va en augmentant pour les prestations qu'il est prévu qu'il fournisse. Il y mettait également en avant le potentiel d'efficacité en termes d'organisation et de fonctionnement résultant d'un regroupement de la traumatologie et de l'orthopédie et donc des ressources y afférentes, qu'elles soient humaines et matérielles, au sein d'un même centre de compétences. Il y soulignait enfin le potentiel de développement important lié à l'intégration à ce centre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis, qui permettrait de rapatrier dans le canton, au sein d'HNE, les prestations y relatives qui sont fournies actuellement à un nombre non négligeable de patients neuchâtelois dans des hôpitaux hors canton.

Le scénario 1 privilégie un Centre de l'appareil locomoteur, avec l'orthopédie et la traumatologie, sur le site de PRT et le scénario 2 un Centre d'orthopédie sur le site de CDF, en laissant la traumatologie à PRT.

Le Conseil d'Etat maintient que le scénario 1 amène une cohérence médicale et des synergies dans le domaine de l'orthopédie/traumatologie que le scénario 2 n'apporte pas. Un Centre de l'appareil locomoteur est plus complet, médicalement plus cohérent et donc plus attractif pour les médecins. En outre, il apporte des économies d'échelle que n'apporte pas la séparation de l'appareil locomoteur sur deux sites.

En outre, le choix de le mettre à PRT tient compte de la bonne collaboration actuellement en vigueur à Neuchâtel entre HNE et La Providence dans le domaine des gardes, collaboration à laquelle il faudrait renoncer si le Centre de l'appareil locomoteur était à CDF.

L'idée d'installer un Centre d'orthopédie à CDF a été examinée en 2008 par HNE avec le concours d'un consultant externe (Antarès Consulting). Ils avaient alors fondé leur réflexion sur la reprise intégrale de l'activité stationnaire d'orthopédie de La Providence par HNE.

La reprise, ou non, des activités orthopédiques de La Providence par HNE pourrait influencer de manière déterminante le choix du site qui accueillera le Centre de l'appareil locomoteur.

Aujourd'hui, le transfert des activités orthopédiques de La Providence à HNE ne peut être retenu comme hypothèse de départ, du moins dans le cadre temporel que nous nous sommes fixés, soit l'horizon 2017. En effet, La Fondation de l'Hôpital de La Providence n'est pas entrée en matière sur l'offre que lui a faite le Conseil d'Etat en 2012, de s'intégrer au réseau hospitalier neuchâtelois. Elle a préféré se tourner vers un partenaire privé, Genolier Swiss Medical Network (GSMN), en l'occurrence.

Le nouveau système de financement hospitalier et les principes de planification hospitalière introduits par la révision de la LAMal entrés en force au 1<sup>er</sup> janvier 2012, tendent à mettre sur pied d'égalité les hôpitaux publics et les cliniques privées. L'avis de droit demandé par le Conseil d'Etat à l'Institut de droit de la santé de l'université de Neuchâtel (IDS) en 2011 confirme qu'il n'est pas possible de retirer une mission publique à une clinique privée pour de simples considérations politiques. En effet, il faut pour ce faire qu'un autre hôpital soit en mesure d'assurer cette prestation de telle sorte que la couverture des besoins en soins de la population neuchâteloise soit garantie de manière encore plus efficiente.

Or, La Providence assume une part prépondérante de l'activité d'orthopédie élective cantonale. HNE n'est pas en mesure de reprendre un tel volume d'activités à court terme en tout cas. Absorber autant d'activités nécessiterait du personnel et des lits supplémentaires, certainement aussi des constructions et des investissements conséquents. Nous ne serions donc plus dans le cadre temporel de notre rapport, soit l'horizon 2017, et plus non plus dans les chiffres énoncés par Advimed en matière d'investissements et de coûts de fonctionnement.

Dans tous les cas, cela devrait faire l'objet d'un examen du Grand Conseil en tant que tel. Il s'agirait véritablement d'une nouvelle option stratégique. Cela ne peut donc être pris en considération dans le cadre de notre étude sectorielle.

Dans ce contexte, le scénario 2 se heurte à une grande difficulté: comment créer et développer un Centre de compétences cantonal en orthopédie à La Chaux-de-Fonds, avec la concurrence de La Providence à Neuchâtel et la large utilisation qui en est aujourd'hui faite par les habitants du Littoral, selon les chiffres mis en évidence par Advimed lui-même ?

Dans son rapport no 55, "Séjours hospitaliers hors du canton de domicile", l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) relève que parmi les motivations des patients dans le choix d'un hôpital, la proximité est certainement l'une des plus importantes.

On peut en déduire que si l'orthopédie est à PRT, il est peu probable qu'un habitant des Montagnes aille à Yverdon plutôt qu'à Neuchâtel. Selon le critère de la proximité, il pourrait en revanche choisir entre PRT et La Providence, qui sont équidistants. A contrario, il y a une très forte probabilité qu'un Neuchâtelois du Bas aille à La Providence, qui est plus proche, plutôt qu'à CDF, si l'orthopédie était dans le Haut.

D'autres éléments sont cités par l'Obsan dans le cadre du rapport susmentionné, tels que le prix ou l'orientation du patient par son médecin traitant.

S'agissant du prix, si les tarifs SwissDRG applicables en 2012 dans les hôpitaux non universitaires du canton de Vaud (Yverdon) ou du Jura les plus proches sont équivalents au tarif neuchâtelois, ceux des hôpitaux bernois (St-Imier, Bienne) et fribourgeois sont plus élevés. Cette différence tarifaire, qui implique une participation au financement de la prestation par le patient (ou par son assurance complémentaire) est de nature à limiter un éventuel exode de patients neuchâtelois vers ces hôpitaux.

Pour ce qui est de l'orientation du patient par son médecin traitant, il paraît peu probable qu'un médecin neuchâtelois qui a l'habitude d'envoyer ses patients à HNE modifie sa pratique si l'un ou l'autre des scénarios évalués est choisi, sachant notamment que les opérateurs d'HNE, qui sont ses interlocuteurs privilégiés de longue date, ne changeraient pas.

Contrairement à l'appréciation d'Advimed, le Conseil d'Etat arrive à la conclusion que le risque de perte de patientèle en mettant l'orthopédie à CDF semble, selon ces critères, plus grand qu'en la mettant à PRT, mais surtout le risque semble très faible, dans les deux cas.

L'expert lui-même démontre d'ailleurs, chiffres à l'appui, que les Neuchâteloises et les Neuchâtelois, et plus particulièrement les habitants des Montagnes, sont très fidèles à HNE!

En outre, mettre l'orthopédie à CDF aurait pour conséquence la séparation de la traumatologie (qui resterait sur le site de PRT) et de l'orthopédie (qui se trouverait à CDF). Cela empêcherait des synergies entre des médecins qui travaillent dans le même domaine, ce qui présenterait un inconvénient non négligeable.

Cela nécessiterait aussi de tenir deux stocks de matériel, ce qui augmenterait les coûts de fonctionnement, comme le relève d'ailleurs Advimed.

Cela enlèverait une certaine visibilité et une certaine efficience au Centre de compétences de l'appareil locomoteur d'HNE, qui serait nettement plus fort s'il pouvait réunir toutes les disciplines et les compétences y relatives sur le même site.

L'expert soulève également la problématique des surfaces et des lits disponibles sur le site de PRT si le scénario 2 venait à être choisi mais considère que des solutions pourraient être trouvées à court terme (dans les 6 mois).

Le Conseil d'Etat estime que cette affirmation ne résiste pas à l'analyse. En effet, la libération d'une dizaine de lits sur le site de PRT n'est pas aussi aisée que le pense le mandataire.

Une des voies proposées par Advimed pour libérer les lits nécessaires est la réduction de la durée de séjour hospitalier de 0,5 jours en six mois. Malheureusement, l'expérience nous montre que cet objectif est irréaliste, sachant que la durée moyenne de séjour à HNE n'a diminué que de 0,4 jour entre 2006, année de sa création, et 2011, dernière année connue, ce qui représentait déjà un effort conséquent si on compare cela à l'évolution durant ces dernières années en moyenne nationale et dans d'autres cantons environnants (- 0,2 jour).

Le site de PRT est surchargé depuis le transfert de la maternité de La Chaux-de-Fonds. HNE doit ainsi louer des locaux hors les murs, à savoir le bâtiment de l'ancien conservatoire pour l'oncologie ambulatoire, ainsi que 18 conteneurs, qui se trouvent actuellement derrière l'hôpital de PRT. L'ancien conservatoire est soumis à un bail de cinq ans et devrait être libéré en 2014. Or HNE ne pense pas pouvoir restituer ce bâtiment comme prévu. Advimed affirme dans son rapport que début 2013, il ne devrait rester plus que six conteneurs. Or, au 9 janvier 2013, les 18 conteneurs sont toujours là, témoignant du manque cruel de place dans le bâtiment de PRT.

Il faut donc en conclure que le site de PRT ne dispose pas des surfaces nécessaires à la réalisation du scénario 2 à court ou moyen terme.

Dès lors, ce scénario devient peu réaliste (ou coûteux), voire non faisable, car il faudrait prévoir une extension du bâtiment existant sur le site de PRT ou de nouvelles locations externes.

Le scénario proposé par le Conseil d'Etat permet à la fois de libérer de la place sur le site de PRT, par le transfert de la chirurgie stationnaire à CDF, de regrouper à PRT un Centre cantonal fort de l'appareil locomoteur, d'améliorer les synergies entre les médecins d'HNE actifs dans ce domaine, de simplifier le stockage du matériel et de mieux utiliser les surfaces à disposition, ce qui va dans le sens des économies demandées à HNE.

En outre, il permet d'équilibrer les activités entre les deux sites de PRT et CDF, et de répondre ainsi au mandat légal, ainsi qu'à l'initiative "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton" du Parti socialiste neuchâtelois.

**Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat confirme sa proposition initiale en matière d'activité liée à l'appareil locomoteur qui est de regrouper celle-ci au sein d'un Centre cantonal unique localisé sur le site de PRT. Comme il le proposait déjà dans son rapport 12.005, il maintient l'option d'y développer des compétences dans le domaine de la chirurgie du rachis.**

### **5.1.2. Centre de chirurgie stationnaire**

Pour rappel, le Conseil d'Etat proposait, dans son rapport 12.005, la création d'un Centre de chirurgie stationnaire sur le site de CDF. Il estimait que cette solution présentait de nombreux avantages :

- une plus grande clarté et donc une meilleure sécurité dans la prise en charge pour les patients que la solution préconisée par HNE, qui séparait la chirurgie stationnaire entre long et court séjour, sans pouvoir préciser comment on trierait les futurs longs et courts séjours au moment de l'entrée à l'hôpital, afin de les envoyer sur l'un ou l'autre site;
- une amélioration de la prise en charge par un accroissement de la masse critique de cas traités au même endroit et de la même manière;
- une augmentation, en lien avec ce qui précède, de la visibilité et donc de l'attractivité de la chirurgie d'HNE que ce soit pour les médecins ou les patients;
- un potentiel de synergie avec le Centre d'oncologie dont l'implantation sur le site de CDF a déjà été décidée;
- une amélioration de l'économicité liée au regroupement de cette chirurgie sur un seul site, notamment par la suppression de doublons et par une meilleure occupation des lits;
- une solution la plus efficiente pour rétablir un équilibre relatif entre les deux sites de CDF et PRT, suite au transfert, aujourd'hui déjà décidé par le Grand Conseil, des activités femme-mère-enfant sur le site de PRT, conformément au mandat légal.

Dans le décret amendé qu'il a adopté le 24 avril 2012, le Grand Conseil souhaitait que soient étudiés la faisabilité, les coûts de fonctionnement et l'efficacité d'un éventuel Centre de chirurgie stationnaire implanté sur le site de CDF.

Advimed confirme que la création d'un tel centre sur ce site est réalisable. Une place suffisante est à disposition, des unités de soins étant aujourd'hui vides.

Les délais de réalisation sont liés à la construction et à l'installation des nouveaux blocs opératoires, qui doivent être mis en service fin 2013, mais au plus tard au mois de février 2014. En outre, Advimed estime qu'il faudrait prévoir que deux salles d'opération, aujourd'hui fonctionnelles sur le site de CDF, mais en mauvais état, soient rénovées. Ces travaux pourraient nécessiter des investissements qu'Advimed évalue à environ 4 millions de francs.

S'agissant des coûts de fonctionnement, l'expert a relevé qu'ils ne seraient ni plus élevés, ni plus bas que ceux que connaît aujourd'hui HNE. Cet élément constituait l'une des principales craintes des députés exprimées lors des débats du mois d'avril 2012 sur les options stratégiques. Le rapport Advimed examine attentivement les besoins en personnel et l'organisation des lignes de garde et arrive à la conclusion qu'il n'y aura pas de coût supplémentaire.

En outre, il est possible qu'une organisation stricte de la garde permette d'optimiser l'utilisation d'une partie du personnel et d'abaisser de manière très sensible les coûts de fonctionnement.

S'agissant de la concurrence intercantonale, les hypothèses posées par Advimed ne convainquent pas (voir l'appréciation portée par le Conseil d'Etat à ce sujet au chapitre 4.7.). Le Conseil d'Etat reste persuadé, au contraire, que la création d'un Centre de compétence fort en matière de chirurgie stationnaire permettrait d'une part de fidéliser les patients neuchâtelois et, d'autre part, d'attirer des patients d'autres cantons, comme en particulier ceux des Franches-Montagnes ou du Vallon de St-Imier. Ces derniers se rendent en effet plus facilement à La Chaux-de-Fonds qu'à Neuchâtel. Ils pourraient en outre être convaincus par la proximité, qui est un des critères les plus importants dans le choix des patients, la langue, ainsi que par des tarifs avantageux. Les études Antarès avaient d'ailleurs mis en évidence l'attractivité du site de La Chaux-de-Fonds pour ces régions voisines. La présence sur ce site d'un Centre de chirurgie important et complet ne peut que favoriser cette attractivité. La libre circulation des patients peut en outre accentuer cet effet.

La localisation de la chirurgie stationnaire à CDF signifie une répartition sur deux sites distincts des activités chirurgicales stationnaires et gynécologiques. Pour Advimed, cette séparation est le principal problème posé par le scénario 1. Elle pourrait même remettre en question la qualité du travail en gynécologie. En effet, l'expert estime que la collaboration entre les chirurgiens stationnaires et les gynécologues est très profitable et même souvent nécessaire.

Cette question doit bien sûr être prise au sérieux. C'est la raison pour laquelle ce point a fait l'objet d'une analyse plus particulière de la commission « Santé » et d'une discussion avec les experts en ce qui concerne la cohérence médicale.

Advimed estime, sur la base des discussions menées avec les gynécologues de PRT, qu'une fois par semaine environ, un gynécologue doit appeler un chirurgien à la rescousse en cours d'opération pour un "bref conseil" et que quatre fois dans l'année en 2011, il a même été nécessaire qu'un chirurgien intervienne en urgence dans une opération gynécologique.

Advimed estime que ces services ne peuvent être rendus par des chirurgiens ambulatoires, car d'une part ils sont spécialisés dans leur domaine et ne peuvent aider les gynécologues et que d'autre part, ils sont engagés dans un programme opératoire ambulatoire qui ne devrait pas prendre de retard.

Il va de soi que la qualité du travail réalisé au sein du Centre femme-mère-enfant est une priorité. Il s'agit donc d'examiner comment établir une bonne synergie entre la gynécologie et la chirurgie, sur le site de PRT.

En réalité, la situation qui prévaut à PRT, n'est pas tout à fait celle qui est décrite, qui correspondrait plutôt à celle d'une clinique privée spécialisée.

En effet, à HNE, les chirurgiens sont et resteront polyvalents, en ce sens qu'ils opèrent aussi bien dans le stationnaire que l'ambulatoire. Les chirurgiens, lorsqu'ils font de l'ambulatoire à PRT, ont donc l'expérience nécessaire en chirurgie stationnaire et sont tout à fait aptes à aider leurs collègues gynécologues.

En outre, tous les chirurgiens présents sur le site de PRT ne seront pas engagés en même temps dans un programme opératoire ambulatoire puisqu'ils proposeront également des consultations ambulatoires et devront régler des questions administratives (c'est même la majorité de leur temps). Il y aura ainsi toujours des chirurgiens compétents qui seront disponibles pour venir en aide à leurs collègues gynécologues sans désorganiser le programme opératoire ambulatoire.

De toute manière, il est moins perturbant pour l'organisation de l'hôpital de déranger un chirurgien "ambulatoire" occupé à une consultation ou à des travaux administratifs pour un bref conseil, qu'un chirurgien "stationnaire" qui doit opérer ou préparer une opération.

Le cas échéant, comme le suggère Advimed, l'un d'entre eux pourrait être désigné comme « de garde » pour la gynécologie de manière à garantir une présence permanente.

Dans les cas électifs, une planification des opérations nécessitant une intervention en tandem d'un chirurgien et d'un gynécologue peut parfaitement être réalisée même si les services de chirurgie stationnaire et de gynécologie sont situés sur des sites différents.

La proposition du Conseil d'Etat permet de créer un Centre de chirurgie stationnaire fort à CDF et d'améliorer les synergies entre les chirurgiens et les oncologues, qui doivent se rencontrer plusieurs fois par semaine pour parler de leurs patients.

Elle permet également de mieux équilibrer les activités sur les deux sites de soins aigus, en particulier au niveau des urgences, et par conséquent de mieux utiliser les équipes médicales.

**Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat confirme sa proposition initiale en matière de chirurgie stationnaire et préconise la création d'un Centre de chirurgie stationnaire sur le site de CDF.**

### **5.1.3. Centre de chirurgie ambulatoire**

Pour rappel, on parle de chirurgie ambulatoire, ou chirurgie d'un jour, lorsqu'un traitement de chirurgie permet la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins (dans les 24 heures). La prise en charge ambulatoire offre un grand confort au patient. L'intervention est souvent plus courte et il peut en général quitter l'hôpital au bout de quelques heures seulement.

Dans son rapport 12.005, le Conseil d'Etat proposait la création d'un Centre de chirurgie ambulatoire sur le site de PRT, en relevant que cette option présentait notamment les avantages suivants:

- solution la plus efficiente pour HNE pour mettre en œuvre rapidement l'indispensable "virage" ambulatoire qui lui a été demandé par le Conseil d'Etat suite aux conclusions prises par le Groupe de pilotage politique;
- existence sur le site de PRT d'un nombre suffisant de salles d'opérations pour accueillir cette activité;
- amélioration de la circulation des patients et donc de l'efficience de la prise en charge par la mise à disposition de salles d'opération et de lits propres pour la préparation préopératoire et le suivi post opératoire des patients;
- amélioration de la prise en charge par un accroissement de la masse critique de cas traités au même endroit et de la même manière;
- augmentation en lien avec ce qui précède de la visibilité et donc de l'attractivité de la chirurgie d'HNE que ce soit pour les médecins ou les patients.

A cet égard, Advimed relève que la tendance actuelle est de séparer les centres de chirurgie ambulatoire de l'hôpital proprement dit pour permettre un parcours du patient plus aisé, entre le moment de sa prise en charge et celui de sa sortie. Ainsi, la proposition du Conseil d'Etat de créer un Centre de chirurgie ambulatoire sur le site de PRT, qui serait donc séparée de la chirurgie stationnaire, s'inscrit parfaitement dans cette vision de séparer les flux des patients stationnaires et ambulatoires.

Ce qui concerne la cohérence médicale et les synergies entre la chirurgie ambulatoire et la gynécologie, a déjà été abordé précédemment.

L'activité de chirurgie ambulatoire ne pourra se développer de manière importante au sein d'HNE que grâce à la création d'un Centre de chirurgie ambulatoire hautement performant, donc concentré sur un seul site, doté du matériel adéquat, très pointu, et d'un parcours opératoire propre. Or, le transfert d'opérations stationnaires à l'ambulatoire est une des pistes les plus intéressantes pour l'avenir, tant du point de vue de la santé et du confort du patient, qui peut rentrer chez lui le soir même, après une opération moins lourde et moins invasive que par le passé, que du point de vue de l'hôpital, qui peut ainsi considérablement réduire ses coûts, en diminuant la durée des séjours et le nombre de journées d'hospitalisation. Pour rappel, HNE a été appelé par le Conseil d'Etat à développer les nouvelles technologies moins invasives, permettant de réduire la durée des séjours et d'amorcer le "virage" de l'ambulatoire. Pour cela, il faut un Centre de chirurgie ambulatoire, ce que seul le scénario 1 du Conseil d'Etat propose.

**Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat confirme sa proposition initiale en matière de chirurgie ambulatoire et préconise la création d'un Centre de chirurgie ambulatoire sur le site de PRT.**

## **5.2. Synthèse**

Le tableau ci-dessous présente la répartition des missions entre les sites de soins aigus d'HNE. Il tient compte des trois options stratégiques proposées par le Conseil d'Etat dans le chapitre précédent ainsi que des options validées par le Grand Conseil en avril 2012.

*Tableau 2: Tableau synoptique de la répartition des missions de soins aigus de l'HNE à horizon 2017 selon la proposition du Conseil d'Etat*

Sites	Missions
La Chaux-de-Fonds	Médecine interne Centre de chirurgie stationnaire Centre d'oncologie Centre de sénologie Soins intensifs CDT (urgences et policlinique) SMUR
Pourtalès	Médecine interne Centre femme-mère-enfant Centre de l'appareil locomoteur (orthopédie et traumatologie) Centre de chirurgie ambulatoire Soins intensifs CDT (urgences et policlinique) SMUR

### 5.3. Conclusion

Lors des débats du mois d'avril 2012 sur les options stratégiques d'HNE à horizon 2017, le Conseil d'Etat avait expliqué que le rôle du politique était de définir la stratégie hospitalière et qu'il revenait à HNE d'appliquer les décisions prises. Il estimait disposer de suffisamment de données chiffrées pour pouvoir évaluer les conséquences des options stratégiques retenues, l'analyse fine et la mise en œuvre appartenant à HNE.

Le Grand Conseil n'a pas partagé cette appréciation et a dès lors sollicité du Conseil d'Etat qu'il réalise des analyses complémentaires pour lui permettre de se positionner définitivement sur la pertinence de ses propositions, du point de vue de leur coût, de leur faisabilité et de leur efficacité.

Le Conseil d'Etat a aujourd'hui réalisé ces études complémentaires. L'analyse d'Advimed fait ressortir que la proposition de répartition des missions du Conseil d'Etat est faisable et n'entraîne pas de coûts de fonctionnement supplémentaires par rapport à la situation qui a cours aujourd'hui, mais aussi et surtout par rapport au scénario 2.

En conclusion, le Conseil d'Etat considère que les études complémentaires ne sont pas de nature à remettre en question l'analyse qu'il avait menée à la fin de l'année 2011 et présentée dans son rapport 12.005. Le scénario du Conseil d'Etat est économiquement raisonnable. Il peut en outre être mis en œuvre à court terme et permet de développer des synergies intéressantes. Ses inconvénients peuvent être facilement palliés. En outre, il est le seul à permettre de rétablir un équilibre relatif entre les sites de CDF et PRT, ou à tout le moins de réduire le déséquilibre constaté ces dernières années.

## **6. TRAITEMENT DES INITIATIVES LEGISLATIVES POPULAIRES CANTONALES**

Suite à la déclaration de janvier 2008 concernant la répartition des missions de soins aigus, trois initiatives législatives populaires sont déposées qui demandent toutes les trois une modification de la LEHM.

La première, intitulée "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique", réclame l'implantation du Centre unique femme-mère-enfant sur le site de PRT et récolte plus de 9000 signatures.

La seconde, de la région Val-de-Travers, nommée "Pour une médecine de proximité", demande le statu quo en matière d'organisation hospitalière par rapport à la situation ayant cours à l'été 2008 et recueille un peu moins de 6300 signatures.

La troisième, du Parti socialiste neuchâtelois, intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton", prévoit que soit garanti l'équilibre entre les sites de CDF et de PRT, sites principaux d'HNE, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation; elle récolte un peu plus de 6200 signatures.

### **6.1. Recevabilité formelle et matérielle des initiatives**

En l'occurrence, ces trois initiatives recueillent dans le délai légal le nombre prescrit de signatures valables. Sur ce, le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil pour chacune d'elles un rapport préliminaire l'invitant à se prononcer sur leur recevabilité matérielle. Les trois initiatives sont déclarées recevables par le Grand Conseil.

### **6.2. Traitement des initiatives**

Concernant les trois initiatives législatives populaires en lien avec le plan et les options stratégiques d'HNE, il est techniquement possible de traiter ces quatre objets (approbation des options stratégiques, ainsi que traitement des trois initiatives législatives populaires) dans un seul et même rapport, en l'occurrence, celui que le Conseil d'Etat soumet au Grand Conseil concernant les options stratégiques d'HNE. Il y a une certaine cohérence à le faire dans la mesure où le sort réservé à chacune des trois initiatives dépend pour l'essentiel de l'approbation des options stratégiques proposées. Cela étant, il y a lieu de relever que les options stratégiques et les initiatives doivent faire l'objet d'un décret propre. Il y a donc quatre décrets accompagnant le présent rapport.

S'agissant de la procédure de traitement de ces initiatives, selon l'art. 110, alinéa 3 de la loi sur les droits politiques, saisi d'un projet rédigé, le Grand Conseil peut soit l'approuver par une loi ou un décret, soit ne pas l'approuver. Le projet est alors soumis au vote du peuple accompagné ou non d'une proposition de rejet et, le cas échéant, d'un contre-projet.

Initialement, le traitement des initiatives pendantes était proposé dans le cadre du rapport 12.005. Constatant que l'amendement du décret par le Grand Conseil ne permettait pas de disposer d'un projet complet concernant les options stratégiques de l'HNE, le Conseil d'Etat a décidé de retirer les trois projets de décrets relatifs aux initiatives dans l'attente d'une décision définitive sur les options stratégiques de l'HNE.

Par le présent rapport, le Conseil d'Etat considère que les conditions de traitement de ces initiatives sont remplies. Dès lors que les options stratégiques qu'il propose aujourd'hui

sont les mêmes que celles décrites dans le rapport 12.005, il reprend l'argumentaire rédigé à cette occasion.

### **6.3. Position générale sur les initiatives**

Comme déjà relevé, ces initiatives demandent toutes trois une modification de la LEHM tendant à ancrer dans celle-ci l'attribution bien précise de missions à certains sites. Sans prendre position sur le fond, sur la forme, le Conseil d'Etat les considère comme inadéquates et estime par conséquent qu'elles doivent toutes être rejetées.

En effet, la LEHM a pour objectif de présenter le cadre général de l'organisation hospitalière. Elle n'est pas conçue dans le but d'y inscrire des éléments de détails tels que la répartition des missions entre sites. De plus, la fixation des options stratégiques relève désormais de la compétence du Grand Conseil, au même titre qu'une éventuelle modification de la LEHM. Dans ce sens, la décision d'installer définitivement le Centre femme-mère-enfants sur le site de PRT ne peut être prise puis éventuellement modifiée que par le Grand Conseil. Une inscription de cette situation dans la loi, garantissant un traitement par le Parlement, n'est donc plus nécessaire. Rappelons que ces initiatives ont été déposées avant la modification de la LEHM sur les compétences décisionnelles en matière d'options stratégiques.

Dans ce sens, sans prendre ici position sur le fond des initiatives, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de les rejeter car leur forme n'est pas (plus) adéquate en regard de la répartition des compétences entre le Conseil d'Etat et le Grand Conseil, prévue par la LEHM.

### **6.4. Position sur chacune des initiatives**

Indépendamment de la position générale qui précède, le Conseil d'Etat entend répondre sur le fond à chacune des initiatives législatives populaires sur la base des options stratégiques qu'il entend soumettre pour approbation au Grand Conseil.

#### **6.4.1. Initiative "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique"**

Au cours du mois de mars 2008, un comité d'initiative annonce à la Chancellerie d'Etat le lancement d'une initiative législative populaire cantonale intitulée "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique". Le texte en est le suivant:

Les électrices et électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative la modification de la LEHM, comme suit:

*Art. 2a (nouveau) – Implantation du site femme-mère-enfant  
Les activités liées au secteur femme-mère-enfant sont réunies sur le site de l'Hôpital Pourtalès, à Neuchâtel.*

Cette initiative réclame la pérennisation de l'implantation du Centre femme-mère-enfant sur le site de PRT, alors que la déclaration du Conseil d'Etat de janvier 2008, concernant la répartition des missions prévoit l'installation de ce centre sur le site de CDF, une fois les travaux de rénovation de celui-ci réalisés.

Les options stratégiques validées par le Grand Conseil en avril 2012 répondent quant au fond à cette initiative, en faisant du Centre femme-mère-enfant l'un des pôles importants de PRT.

Seul le Centre de sénologie, petite partie de la gynécologie, est situé à CDF, pour des raisons de synergies avec l'oncologie. En contrepartie, il est proposé au Centre femme-mère-enfant de développer un autre projet susceptible d'améliorer son attractivité.

#### **6.4.2. Initiative "Pour une médecine de proximité"**

Au cours du mois de mai 2008, un comité d'initiative annonce à la Chancellerie d'Etat le lancement d'une initiative législative populaire intitulée "en faveur d'une médecine de proximité" dont la teneur est la suivante:

Les électrices et électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative la modification de la LEHM, comme suit:

*Offre en soins aigus*

*Art. 3a (nouveau) <sup>1</sup>Afin de favoriser l'accès pour tous à des soins de qualité sur le plan géographique, l'EHM offre des soins aigus ambulatoires et hospitaliers sur les sites de Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Couvet.*

*<sup>2</sup>Les trois sites comprennent un service d'urgences de base fonctionnel en tout temps, un bloc opératoire et une maternité.*

*<sup>3</sup>Les soins aigus nécessitant une infrastructure lourde sont équitablement répartis sur les sites de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds.*

Cette initiative demande le statu quo en matière d'organisation hospitalière par rapport à la situation ayant cours à l'été 2008, plus particulièrement s'agissant du site d'HNE VDT qui, à cette époque, était encore un site de soins aigus comprenant un service d'urgence, un bloc opératoire et une maternité.

Les options stratégiques proposées par le Conseil d'Etat ne répondent pas à cette initiative en ce sens qu'elles ne proposent pas de refaire du site de VDT un site de soins aigus. Selon le Conseil d'Etat, cette initiative doit être rejetée sur le fond, car elle va à l'encontre des réformes hospitalières menées ces dernières années et développées dans le rapport 12.005 et le présent rapport, qui conduisent à la création de centres de compétences forts en matière de gynécologie-obstétrique, de l'appareil locomoteur et de chirurgie stationnaire ou ambulatoire.

D'ailleurs, l'implantation du Centre femme-mère-enfant sur le site de PRT a été acceptée par le Parlement en avril 2012. Un retour en arrière ne paraît pas être une vraie solution.

Cela dit, les options stratégiques validées par le Grand Conseil offrent des alternatives intéressantes pour le site de VDT, à même de garantir la pérennité de celui-ci. Le Conseil d'Etat pense notamment:

- au développement d'un centre de diagnostic et de traitement (CDT) ouvert de jour comme de nuit,
- aux nombreuses prestations spécialisées de proximité, offertes dans le cadre de la polyclinique et du CDT, (gynécologie, obstétrique, pédiatrie, oncologie, rhumatologie, etc.),

- au développement du centre de traitement et de réadaptation (CTR) spécialisé en gériatrie par une démarche de reconnaissance FMH en matière de formation pour amener des médecins-assistants sur ce site,
- à l'engagement du Conseil d'Etat à financer d'éventuels investissements mobiliers et immobiliers liés à l'octroi de cette reconnaissance,
- à l'octroi à ce site et à sa responsable, de la direction du département de réadaptation, de gériatrie et de soins palliatifs d'HNE,
- au maintien et même au développement de la plateforme régionale de santé, avec financement de jeunes médecins généralistes en formation, dans le cadre du cursus romand de médecine générale.

Au vu de ce qui précède et du présent rapport, il y a lieu de rejeter l'initiative sur le fond également.

#### **6.4.3. Initiative "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton"**

Au cours du mois de mai 2008, un comité d'initiative annonce à la Chancellerie d'Etat le lancement d'une initiative législative populaire intitulée "en faveur d'une médecine de proximité" dont la teneur est la suivante:

Les électrices et électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative la modification de la LEHM, comme suit:

##### *Article 2*

##### *Alinéa 1 (inchangé)*

##### *Alinéa 2*

*Sous réserve des dispositions de l'article 53, il déploie ses activités sur les sites suivants:*

- 1. l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, à La Chaux-de-Fonds, site principal;*
- 2. l'Hôpital Pourtalès, à Neuchâtel, site principal;*
- 3. l'Hôpital du Val-de-Travers, à Couvet;*
- 4. l'Hôpital du Val-de-Ruz, à Landeyeux;*
- 5. l'Hôpital du Locle, au Locle;*
- 6. l'Hôpital de la Béroche, à Saint-Aubin-Sauges;*
- 7. l'Hôpital La Chrysalide, à La Chaux-de-Fonds.*

##### *Alinéa 3 (nouveau)*

*L'EHM garantit l'équilibre entre les sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation.*

Cette initiative demande que soit garanti l'équilibre entre les sites de CDF et de PRT, sites principaux de soins aigus, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation.

La proposition de répartition des missions telle que proposée par le Conseil d'Etat avec la création d'un Centre de chirurgie stationnaire ainsi que les options validées par le Grand Conseil en avril 2012 prévoyant un Centre d'oncologie auquel est intégré un Centre de sénologie reconnu au niveau national sur le site de CDF vont dans le sens demandé par le Comité d'initiative. Il s'agit de centres de compétences attractifs pour la population comme pour le corps médical et soignant. Cette répartition ne permet certes par une

égalité entre les deux sites de soins aigus de PRT et de CDF, PRT restant prépondérant. Ce serait difficilement réalisable au vu des dimensions des bâtiments respectifs. Aux yeux du Conseil d'Etat, les options stratégiques qu'il propose répondent sur le fond à la présente initiative dans la mesure où elles équilibrent les activités entre les deux sites de soins aigus, du moins à moyen terme.

## **6.5. Conclusion**

Le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de rejeter l'ensemble des trois initiatives précitées. Les décisions du Grand Conseil en matière de répartition des missions prises en avril 2012, ainsi que les propositions qui sont présentées dans ce rapport, répondent aux principales préoccupations exprimées par les initiants et peuvent être considérées comme des contre-projets.

Les comités d'initiative ont la possibilité de retirer leur initiative jusqu'au moment où le Conseil d'Etat fixe la date de la votation populaire. La question leur sera à nouveau posée à la suite des débats au Grand Conseil.

## **7. REFORME DE L'ETAT ET REDRESSEMENT DES FINANCES**

La répartition des missions d'HNE entre les sites de soins aigus fait partie de l'amélioration des structures des organes paraétatiques. La création de centres de compétences forts a pour but d'améliorer la qualité des prestations délivrées, d'en augmenter la visibilité, de rendre HNE plus attractif pour les médecins et les patients, d'utiliser mieux les locaux à disposition et de faire des économies d'échelle. Ce projet s'inscrit donc dans les réflexions du Conseil d'Etat au sujet de la réforme de l'Etat et du redressement des finances.

## **8. PREAVIS DU CONSEIL DES HÔPITAUX**

Selon l'article 41, alinéa 1 LEHM, Le Conseil des hôpitaux est consulté sur les choix stratégiques élaborés par le Conseil d'Etat en matière de politique hospitalière (let. a) et d'attribution ou de suppression de missions sur un site (let. c). Selon l'alinéa 2, il propose au Conseil d'Etat les mesures qui lui paraissent nécessaires pour le bon fonctionnement de l'EHM. Conformément à l'article 42, alinéa 1 LEHM, Les préavis du Conseil des hôpitaux sont mentionnés dans les décisions du Conseil d'Etat. Si le Conseil d'Etat s'en écarte, il doit s'en expliquer.

Par le présent rapport, le Conseil d'Etat propose les mêmes options stratégiques que celles qui avaient fait l'objet d'une consultation au Conseil des hôpitaux à fin 2011. Il juge dès lors inutile de le consulter à nouveau sur cette question puisqu'il a déjà eu l'opportunité de se prononcer à son sujet.

## 9. VOTE DU GRAND CONSEIL

Le Grand Conseil est aujourd'hui appelé à valider ou à refuser les options proposées par le Conseil d'Etat mais il ne peut pas les amender. En cas de refus, le dossier est renvoyé au Conseil d'Etat.

Ce vote n'ayant pas d'effet direct sur les finances de l'Etat, il s'effectue à la majorité simple.

## 10. CONCLUSION

En conclusion, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil d'approuver les trois options stratégiques d'HNE suivantes, en complément de celles qu'il a déjà adoptées dans son décret du 24 avril 2012:

1. Un Centre de l'appareil locomoteur est créé sur le site de PRT et intègre de nouvelles compétences en matière de chirurgie du rachis;
2. Un Centre de chirurgie stationnaire est créé et localisé sur le site de CDF;
3. Un Centre de chirurgie ambulatoire est créé sur le site de PRT.

Ce plan présente une solution cohérente médicalement, propre à améliorer la qualité et la visibilité des prestations médicales, grâce à la création de centres de compétences, économique du fait de la réduction des doublons.

Veillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 16 janvier 2013

Au nom du Conseil d'Etat :

*Le président,*  
P. GNAEGI

*La chancelière,*  
S. DESPLAND

---

## Décret

### portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du 30 novembre 2004;  
vu le décret portant approbation de options stratégiques définies à par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à l'horizon 2017, du 24 avril 2012;  
vu le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 16 janvier 2013;  
vu le résultat des études complémentaires requises par le Grand Conseil dans le décret du 24 avril 2012;  
vu le préavis du Conseil des hôpitaux, du 25 novembre 2011;  
sur la proposition du Conseil d'Etat, du 16 janvier 2013,  
*décète:*

**Article premier** En application de l'article 12, alinéa 1, lettre b LEHM, les options stratégiques complémentaires à l'horizon 2017 pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal (EHM) proposées par le Conseil d'Etat dans son rapport au Grand Conseil du 16 janvier 2013, sont approuvées.

**Art. 2** Le Grand Conseil est informé de la réalisation de ces options stratégiques par EHM par le rapport quadriennal établi par le Conseil d'Etat, conformément à l'article 83, alinéa 3 de la loi de santé (LS), du 6 février 1995.

**Art. 3** Le présent décret n'est pas soumis au référendum.

**Art. 4** <sup>1</sup>Le présent décret entre en vigueur le ... .

<sup>2</sup>Le Conseil d'Etat pourvoit à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

---

**Décret**  
**soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique"**

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;

vu l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique", déposée le 8 juillet 2008;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 16 janvier 2013,

*décède:*

**Article premier** Est soumise au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique", présentée sous la forme d'une proposition rédigée de toutes pièces comme suit:

*Les électrices et électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative la modification de la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite (LEHM), du 30 novembre 2004, comme suit:*

**Art. 2a (nouveau) – Implantation du site femme-mère-enfant**

*Les activités liées au secteur femme-mère-enfant sont réunies sur le site de l'Hôpital Pourtalès, à Neuchâtel.*

**Art. 2** Le Grand Conseil recommande au peuple le rejet de l'initiative.

**Art. 3** Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret dans un délai de six mois.

**Art. 4** En cas de retrait de l'initiative, le présent décret devient caduc.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

---

## Décret

### soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton"

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;

vu l'initiative législative populaire cantonale "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton", déposée le 5 août 2009;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 16 janvier 2013,

décète:

**Article premier** Est soumise au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton", présentée sous la forme d'une proposition rédigée de toutes pièces comme suit:

*Les électrices et électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative la modification de la loi sur l'Etablissement hospitalier mutlisite (LEHM), du 30 novembre 2004 comme suit:*

**Article 2, al. 2 et 3 (nouveau)**

*<sup>2</sup>Sous réserve des dispositions de l'article 53, il déploie ses activités sur les sites suivants:*

- 1. l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, à La Chaux-de-Fonds, site principal;*
- 2. l'Hôpital Pourtalès, à Neuchâtel, site principal;*
- 3. l'Hôpital du Val-de-Travers, à Couvet;*
- 4. l'Hôpital du Val-de-Ruz, à Landeyeux;*
- 5. l'Hôpital du Locle, au Locle;*
- 6. l'Hôpital de la Béroche, à Saint-Aubin-Sauges;*
- 7. l'Hôpital La Chrysalide, à La Chaux-de-Fonds.*

*<sup>3</sup>L'EHM garantit l'équilibre entre les sites de La Chaux-de-Fonds et de Pourtalès, en termes de nombre de lits de soins aigus, de patients, de postes de travail et de places de formation.*

**Art. 2** Le Grand Conseil recommande au peuple le rejet de l'initiative.

**Art. 3** Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret dans un délai de six mois.

**Art. 4** En cas de retrait de l'initiative, le présent décret devient caduc.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

---

## Décret

### soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité"

---

*Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi sur les droits politiques (LDP), du 17 octobre 1984;

vu l'initiative législative populaire cantonale " Pour une médecine de proximité ", déposée le 29 septembre 2008;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 16 janvier 2013,

décède:

**Article premier** Est soumise au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité", présentée sous la forme d'une proposition rédigée de toutes pièces comme suit:

*Les électrices et électeurs soussignés, faisant application des articles 98 et suivants de la loi sur les droits politiques, du 17 octobre 1984, demandent par voie d'initiative la modification de la loi sur l'Etablissement hospitalier multisite (LEHM), du 30 novembre 2004 comme suit:*

#### **Offre en soins aigus**

##### **Art. 3a (nouveau)**

<sup>1</sup>*Afin de favoriser l'accès pour tous à des soins de qualité sur le plan géographique, l'EHM offre des soins aigus ambulatoires et hospitaliers sur les sites de Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Couvet.*

<sup>2</sup>*Les trois sites comprennent un service d'urgences de base fonctionnel en tout temps, un bloc opératoire et une maternité.*

<sup>3</sup>*Les soins aigus nécessitant une infrastructure lourde sont équitablement répartis sur les sites de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds.*

**Art. 2** Le Grand Conseil recommande au peuple le rejet de l'initiative.

**Art. 3** Le Conseil d'Etat est chargé de l'exécution du présent décret dans un délai de six mois.

**Art. 4** En cas de retrait de l'initiative, le présent décret devient caduc.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

*Le président,*

*Les secrétaires,*

## TABLE DES MATIERES

Pages

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>2. CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
2.1. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant les options stratégiques à horizon 2017 de l'HNE .....	3
2.2. Décret du Grand Conseil du 24 avril 2012.....	5
<b>3. DEMARCHE</b> .....	<b>6</b>
3.1. Informations demandées à HNE.....	6
3.2. Expert externe.....	7
3.3. Accompagnement par la Commission "Santé" du Grand Conseil.....	8
<b>4. RESULTATS DU MANDAT D'EXPERT</b> .....	<b>8</b>
4.1. Organisation des services .....	8
4.2. Coûts des scénarios.....	10
4.3. Faisabilité des scénarios.....	10
4.4. Efficience des scénarios.....	12
4.5. Conclusions du mandataire .....	13
4.6. Appréciation de la Commission "santé" du Grand Conseil.....	13
4.7. Appréciation du Conseil d'Etat.....	14
<b>5. OPTIONS STRATEGIQUES PROPOSEES PAR LE CONSEIL D'ETAT</b> .....	<b>14</b>
5.1. Options stratégiques .....	14
5.2. Synthèse .....	21
5.3. Conclusion .....	22
<b>6. TRAITEMENT DES INITIATIVES LEGISLATIVES POPULAIRES CANTONALES</b> .....	<b>23</b>
6.1. Recevabilité formelle et matérielle des initiatives.....	23
6.2. Traitement des initiatives.....	23
6.3. Position générale sur les initiatives.....	24
6.4. Position sur chacune des initiatives.....	24
6.5. Conclusion .....	27
<b>7. REFORME DE L'ETAT ET REDRESSEMENT DES FINANCES</b> .....	<b>27</b>
<b>8. PREAVIS DU CONSEIL DES HÔPITAUX</b> .....	<b>27</b>
<b>9. VOTE DU GRAND CONSEIL</b> .....	<b>28</b>
<b>10. CONCLUSION</b> .....	<b>28</b>

<b>Décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017</b> .....	<b>29</b>
--	-----------

<b>Décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique"</b> .....	<b>30</b>
---	-----------

<b>Décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale intitulée "Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton"</b> .....	<b>31</b>
---	-----------

<b>Décret soumettant au vote du peuple l'initiative législative populaire cantonale "Pour une médecine de proximité"</b> .....	<b>33</b>
--	-----------

Le document suivant peut être consulté sur le site internet [www.ne.ch](http://www.ne.ch), sous Grand Conseil, puis Ordres du jour et rapports, puis :

- Comparaison de deux scénarios d'organisation des services de chirurgie et d'orthopédie de l'Hôpital neuchâtelois (HNE). Rapport final. Advimed