



Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil
en réponse
à la motion du groupe libéral-radical 14.121, du 24 mars
2014, « CCT Santé 21 : pour la transparence, enfin ! »

(Du 15 février 2017)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

Posant l'hypothèse que l'application de la CCT Santé 21, qui régit les conditions de travail du personnel des institutions de soins parapubliques du canton, génère des surcoûts qui pèsent lourdement sur les finances cantonales, la motion 14.121 demande au Conseil d'État de lui fournir un certain nombre d'informations à ce sujet qui doivent permettre de la confirmer (ou non).

Pour y répondre, le Conseil d'État a fait appel à un mandataire externe reconnu sur les questions qui sont concernées par la motion. Ce dernier a rendu son rapport d'analyse à fin octobre 2016. En substance, il en ressort que, si la CCT Santé 21 telle qu'en vigueur jusqu'à fin 2016 comporte certains points faibles, mais à contrario aussi des points forts bien connus des acteurs concernés, le « paquet global » (conditions de rémunération et autres conditions de travail) est relativement équilibré, atteignant à peu près le niveau moyen des cantons de référence. L'étude fait apparaître que, de façon générale, la CCT Santé 21 ne génère pas de coûts particuliers que l'on pourrait considérer comme des surcoûts, en comparaison intercantonale. Elle met en perspective que les coûts socio-sanitaires élevés dans le canton ont de nombreuses autres causes.

Dans ce contexte et tenant compte aussi du fait que les partenaires sociaux ont adopté en fin d'année des adaptations du texte qu'ils ont renouvelé pour quatre ans dès 2017, le Conseil d'État propose le classement de la motion. Le Conseil d'État développera aussi sa position sur plusieurs questions de fond liées à la CCT dans le cadre de son préavis relatif aux projets de loi 16.122, 16.123, 16.124 et 16.125

1. INTRODUCTION

1.1. Teneur de la motion

Le 25 juin 2014, votre autorité a accepté, à une majorité de 60 voix contre 52, la motion 14.121 du groupe libéral-radical intitulée « CCT Santé 21 : pour la transparence des coûts, enfin ! », déposée le 24 mars 2014, et dont nous rappelons la teneur ci-après :

14.121

24 mars 2014

Motion du groupe libéral-radical

CCT Santé 21 : pour la transparence des coûts enfin !

Dans le contexte actuel d'augmentation des coûts de la santé et des finances cantonales mal en point, il apparaît indispensable d'obtenir enfin la transparence sur les surcoûts liés à la CCT santé 21. Pour cela, les députés signataires demandent au Conseil d'État de fournir un rapport détaillé appréciant les surcoûts liés à l'application de la CCT21 dans le canton.

Au minimum les points suivants devront être étudiés pour l'ensemble des employés affiliés à la CCT21, et en distinguant à chaque fois l'employeur concerné :

- *coût total de la masse salariale conventionnée par comparaison à l'application du Code des obligations d'une part et aux statuts de la fonction publique d'autre part.*
- *évaluer le surcoût lié au seul personnel administratif conventionné par comparaison à l'application des statuts de la fonction publique pour ce même personnel.*
- *évaluer le surcoût lié aux postes de travail devant être créés pour pallier aux congés supplémentaires octroyés par la CCT Santé 21 (compensation jours fériés, vacances, organisation syndicale/politique par exemple).*
- *évaluer le surcoût lié à l'absence d'annualisation du temps de travail du personnel conventionné (effet pic d'activité).*
- *évaluer le surcoût lié à l'indemnisation des samedis qui sont considérés comme des dimanches et non comme des jours normaux.*

Il serait enfin opportun, sans pouvoir légalement l'imposer, que ce rapport soit fourni avant la prochaine négociation complète de la CCT santé 21 entre les partenaires sociaux qui aura lieu en 2016.

Développement

Après demande au service cantonal de la santé publique, il apparaît qu'une seule étude compare la CCT21 de notre canton et ce qui s'applique ailleurs en Romandie. Cette étude a été réalisée par la commission paritaire de la CCT21 ce qui est en soit déjà très discutable en terme d'impartialité. Cette étude ne porte aussi que sur les salaires et ne tient que très peu compte des avantages annexes liés à l'application de cette CCT. Une pondération est certes proposée sur la base des heures travaillées et des jours de congé mais le calcul est complètement opaque sur les facteurs de pondération appliqués et sur le salaire pris en compte, et par la même ininterprétable.

Par ailleurs, il est actuellement impossible d'obtenir des chiffres précis et étayés sur le coût réel de la CCT21 pour le contribuable neuchâtelois. Sans remettre en cause l'application de la CCT21, les parlementaires ont le droit et le devoir de connaître les enjeux économiques liés à cette CCT21 afin de pouvoir prendre, le cas échéant,

des décisions éclairées pour le bien-être des employés de la santé d'une part et la sauvegarde des finances publiques d'autre part. »

Signataires : O. Lebeau, J-F de Montmollin, S. Menoud, F. Carrard, P.Haeberli, C. Guinand, F. Bongiovanni, B. Haeny, N. Ruedin, M-C. Fallet, T. Michel, Y.Botteron, Y.Sunier, L.Suter, B. Schumacher, A.Obrist, E. Robert-Grandpierre, Y. Fatton, L. Schmied, C. Hostettler, J. Frésard, A. Jurt, A. Gerber, H. Frick, P-A Steiner, D. Boillat, C. Gueissaz, D. Geiser, P. Zurcher, D. Lauener

1.2. Réponse orale du Conseil d'État

Lors de la session d'avril 2014, une première réponse orale a été apportée aux préoccupations des motionnaires par le chef du Département des finances et de la santé (DFS), au nom du Conseil d'État. Il paraît important dans le contexte du présent rapport de citer les principaux éléments dont il a été fait état à cette occasion.

En l'occurrence, le Conseil d'État a d'emblée relevé :

- qu'il était d'accord d'entrer en matière sur la motion ;
- qu'il était ouvert, dans ce contexte, à (faire) procéder à une étude comparative des conditions de travail au sens large de la CCT Santé 21 avec d'autres conditions de travail dans le domaine de la santé, lorsqu'elles existent et sont connues, que ce soit dans le secteur parapublic ou privé ou de la fonction publique ;
- qu'il souhaitait, comme les motionnaires, la transparence et ;
- que sa volonté était de pouvoir répondre aux critiques émises à l'encontre de la CCT Santé 21.

Il a cependant rappelé son attachement, maintes fois exprimé, au partenariat social en général et à la CCT Santé 21 en particulier.

Le Conseil d'État a relevé d'emblée que plusieurs demandes spécifiques contenues par la motion lui paraissaient irréalisables et que, pour d'autres, elles étaient peu claires. Il a en particulier mentionné l'impossibilité de s'appuyer sur le seul Code des obligations (CO), notamment sur les articles 319 et suivants relatifs au contrat de travail, pour déterminer les masses salariales qui devraient être versées en quelque sorte à minima par rapport à la CCT Santé 21. En effet, le CO ne définit de loin pas tous les éléments qui permettraient de le faire, notamment une grille des fonctions et des salaires, et laisse aux parties, notamment aux partenaires dans le cadre de CCT, une marge de manœuvre importante sur de nombreux points. Concernant la demande de procéder à une comparaison de l'ampleur de la masse salariale si on appliquait la loi sur le statut de la fonction publique (LSt) plutôt que la CCT Santé 21, le Conseil d'État a relevé que si on voulait faire cela de manière appropriée, il faudrait transposer l'ensemble du personnel administratif de la CCT Santé 21 de la grille des fonctions et des salaires de celle-ci dans celles de la LSt. Cela constituerait non seulement un travail complexe, chronophage et fort onéreux, mais aussi peu utile. À ce sujet, il a souligné qu'il paraissait difficile pour une entreprise de soumettre son personnel à de multiples règles régissant les conditions de travail. Il a aussi relevé, de manière générale, la difficulté à intégrer tous les paramètres sur lesquels portent les demandes de comparaison faites par les motionnaires. Il a signalé en particulier qu'il faudrait examiner en détail des situations individuelles pour répondre à certaines des questions posées (par exemple ampleur de l'usage fait du droit aux compensations pour activités syndicales). De manière plus générale, le Conseil d'État s'est demandé sur quels éléments de comparaison (Loi sur le statut de la fonction publique-LSt, conditions de travail d'un acteur de la santé en particulier ou autres) les

motionnaires se basaient pour conclure, avant même qu'une analyse approfondie ne soit menée à ce sujet, que la CCT Santé 21 générerait des surcoûts, en particulier pour le personnel administratif.

Considérant le caractère très spécialisé des demandes qui lui étaient faites, mais aussi la mise en cause par les motionnaires de l'objectivité des analyses menées par le passé par les acteurs de la CCT Santé 21, le Conseil d'État a proposé de faire appel à un mandataire spécialisé externe à l'État et aux organes de la CCT Santé 21 pour mener les analyses attendues dans la limite de ce qu'il est possible et raisonnable de faire.

Le Conseil d'État a aussi tenu à relever que si la situation dans les institutions de soins du canton, notamment en termes d'attractivité de personnel compétent, s'était passablement améliorée avec la CCT Santé 21, il n'en demeurerait pas moins que l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) notamment, ainsi que NOMAD dans une moindre mesure, rencontraient toujours des difficultés à recruter du personnel compétent spécialisé dans certains secteurs de soins et au niveau de l'encadrement. Il a rendu votre Autorité attentive au fait que les comparaisons sollicitées ne montreront pas que la CCT Santé 21 est systématiquement plus généreuse que les conditions de travail d'autres acteurs du domaine, avec les possibles conséquences indésirables que cet exercice de transparence peut occasionner. Il a relevé qu'un acteur privé applique lui-même des conditions de travail plus généreuses que celles minimales prescrites par le CO et la loi fédérale sur le travail et qui sont également, voire sensiblement, supérieures à celles de la CCT Santé 21 sur le plan salarial, même si elles le sont moins sur d'autres points.

Au final, le Conseil d'État a tenu à souligner sa volonté très forte, dans le contexte difficile des finances cantonales, de maîtriser l'évolution des subventions aux institutions du domaine de la santé qui sont affiliés à la CCT Santé 21 et pour lesquelles la masse salariale représente une charge importante.

1.3. Suite donnée par le Conseil d'État

Selon l'art. 227, al. 1 de la Loi d'organisation du Grand Conseil (OGC), la motion est « l'injonction faite par le Grand Conseil au Conseil d'État de lui adresser un rapport d'information ou un rapport accompagné d'un projet de loi ou de décret ».

Considérant en particulier la nature des demandes faites dans la motion 14.121, le Conseil d'État prend l'option d'y répondre sous la forme d'un rapport d'information à votre attention.

En l'occurrence, ce rapport s'appuie essentiellement sur les résultats d'une analyse très poussée et complexe, réalisée sur mandat du DFS de début 2015 par l'Institut des Hautes études en Administration Publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne, plus particulièrement à son unité « Management public et gestion des ressources humaines », sous la responsabilité de son directeur, le Professeur Yves Emery.

Le présent rapport est livré avec quelques mois de retard sur le délai légal de deux ans prévu par l'OGC à partir du moment où le Grand Conseil approuve la motion (art. 233). Il y a lieu d'emblée de relever que ce retard a été annoncé très tôt à votre Autorité, en l'occurrence dès le mandat signé et la planification définie. Ce retard est lié aux nombreux autres projets et dossiers que le DFS a dû porter depuis le début de la législature et le dépôt de la motion en particulier. Il est également dû aux disponibilités du mandataire pour le réaliser, ainsi qu'à la complexité de l'analyse à mener pour apporter des réponses à la motion. En effet, l'analyse réalisée par l'IDHEAP a impliqué la récolte d'un nombre très important de données comparatives auprès d'acteurs aussi bien sur le plan fédéral, qu'intercantonal et cantonal. Pour le surplus, cette collecte a porté sur des

données très sensibles pour de nombreux acteurs, en particulier au niveau fédéral et intercantonal. Cela a conduit le département et le service de la santé publique à de nombreuses démarches préalables à différents niveaux pour que l'IDHEAP puisse les obtenir. De nombreuses démarches de vérification et de relance ont aussi été nécessaires. Pour les mêmes raisons, il n'a pas été possible de fournir le présent rapport avant la renégociation complète de la CCT Santé 21 entre les partenaires sociaux, dont les analyses sont néanmoins en grande partie convergentes.

Cela dit, et en lien avec ce qui est indiqué dans le chapitre précédent, le Conseil d'État relève les éléments suivants :

- les principaux résultats de l'analyse menée par l'IDHEAP - qui étaient déjà connus à ce moment - ont été présentés à titre provisoire à la commission santé du Grand Conseil le 9 septembre 2016 déjà. De plus, dans un total souci de transparence, et tenant compte du retard pris, le Conseil d'État a adressé à ladite commission, début novembre déjà, l'analyse réalisée par l'IDHEAP dans sa version finale du 18 octobre 2016 avant même d'avoir finalisé et adopté le présent rapport ;
- les mêmes résultats ont également été présentés le 15 septembre 2016 à la commission faïtière de la CCT Santé 21 (COMFAIT). Or, à cette date, cette commission était réunie in corpore pour renégocier le contenu de la CCT Santé 21 pour la période 2017-2020, après qu'une des organisations représentant les employés avait rejeté un accord conclu par les partenaires sociaux au mois de juin, négociations qui ne sont parvenues à leur terme qu'à la fin octobre 2016. Les partenaires sociaux ont ainsi pu en tenir compte dans le processus de négociation, même tardivement. Par contre, la commission faïtière (COMFAIT) n'a pas reçu le rapport de l'IDHEAP, le Conseil d'État considérant qu'il devait en réserver la primeur au Grand Conseil.

Avant de faire une synthèse des résultats de l'analyse menée par l'IDHEAP, qui constitue l'objet principal du présent rapport, le Conseil d'État estime qu'il est important de rappeler brièvement l'historique de la CCT Santé 21, son origine et sa raison d'être, comme les conditions de sa mise en œuvre.

2. HISTORIQUE DE LA CCT SANTÉ 21

2.1. Origine et raison d'être de la CCT Santé 21

En guise d'introduction, le Conseil d'État entend relever que la démarche ayant conduit à la CCT Santé 21 résulte d'une volonté et d'une demande commune et forte de tous les partis politiques du canton, exprimées à son endroit au début des années 2000 et ayant pour objectif d'améliorer et d'harmoniser les conditions de travail et de rémunération du secteur de la santé neuchâtelois dans un contexte marqué par de gros problèmes d'attractivité de personnel et une situation de pénurie générant de fortes tensions.

En effet, la CCT Santé 21 a pour origine une motion interpartis déposée le 3 octobre 2000, qui a été légèrement amendée et acceptée de manière urgente par le Grand Conseil, à l'unanimité, en date du 4 octobre 2000. Cette motion présentait des inquiétudes portant sur les causes et les conséquences de la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux neuchâtelois. Sa teneur en était la suivante :

00.158

3 octobre 2000

Motion interpartis

Causes et conséquences de la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux neuchâtelois

1. Conditions de travail pour le personnel soignant des hôpitaux

Les conditions de travail pour le personnel soignant des hôpitaux se sont détériorées ces dernières années dans la plupart des cantons. Les efforts consentis par les collectivités publiques pour réaliser leur planification sanitaire n'ont pas bénéficié aux employés des hôpitaux qui sont contraints souvent de se déplacer ou de faire évoluer leur carrière sans l'avoir souhaité.

Notre canton a consenti un effort important pour accompagner les mutations qu'implique notre planification pour le personnel de nos hôpitaux. Cependant, il devient de plus en plus difficile de trouver du personnel soignant, notamment spécialisé, car les conditions-cadres que nous offrons ne sont pas concurrentielles sur le plan salarial.

Nous demandons au Conseil d'État d'étudier les voies et moyens pour maintenir dans nos hôpitaux le personnel formé en valorisant le cadre de sa rémunération et ses conditions de travail.

2. Recrutement des écoles d'infirmières

L'annonce de la suppression de nombreux emplois dans le secteur hospitalier suite aux mesures de planification sanitaire est reconnue comme étant l'un des facteurs qui éloigne les candidats à cette formation.

Les conditions-cadres et le salaire ne sont pas non plus attirants pour des jeunes sortant de quatre ans d'études.

Nous demandons au Conseil d'État d'étudier les moyens permettant de garantir la présence d'un nombre suffisant d'élèves dans nos écoles de soins en repensant par exemple les conditions d'accès à la formation.

Si des réponses efficaces ne sont pas trouvées rapidement à cette double question, nous courons le risque de ne plus pouvoir trouver de personnel du tout d'ici quelques années.

L'urgence est demandée. »

Signataires: I. Opan-Du Pasquier, C. Stähli-Wolf, M. Desaulles-Bovay, B. Soguel et M. Giovannini.

Sur cette base, le Conseil d'État a décidé d'initier un projet visant à améliorer et à harmoniser les conditions de travail du personnel du domaine de la santé. Il a alors réuni les partenaires sociaux avec l'objectif de voir élaborée une convention collective de travail appelée « CCT Santé 21 ».

Le dépôt de cette motion s'inscrivait lui-même dans le cadre des nombreuses revendications émises depuis un certain temps par les employés des institutions de santé du canton de Neuchâtel. Il est intervenu dans un climat social extrêmement tendu, marqué par de nombreux arrêts de travail, dans un contexte général de concurrence intercantonale déjà exacerbée.

La motion interpartis a trouvé réponse dans le rapport d'information du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification sanitaire 2000-2003, du 8 septembre 2004, dont le Grand Conseil a pris acte début janvier 2005. En l'occurrence, le Conseil d'État y faisait valoir notamment que la mise en vigueur des CCT Santé 21 et l'application des

mesures salariales d'urgence, apportent une réponse aux deux aspects soulevés par la motion. Dans ce cadre, il a demandé au Grand Conseil de bien vouloir classer la motion interpartis 00.158, ce qu'il a obtenu.

2.2. Élaboration et mise en œuvre de la CCT Santé 21

2.2.1. Choix de la CCT

L'option politique prise début 2001 pour répondre à la motion précitée a été de remplacer les normes émises par le département en charge de la santé (à l'époque Département de la justice, de la santé et de la sécurité – DJSS), qui régissaient les conditions de travail d'un certain nombre d'acteurs de la santé, notamment ceux étatiques, par une convention collective de travail (CCT) négociée entre partenaires sociaux et englobant l'ensemble du personnel de la santé des secteurs subventionnés.

2.2.2. Travaux d'élaboration de la CCT Santé 21

Les travaux ont été conduits par une commission plénière réunissant les partenaires sociaux (délégués des syndicats et des institutions de soins), sous la supervision du DJSS et du service de la santé publique (SCSP) et avec l'appui du service juridique et du service des ressources humaines de l'État. Le projet « CCT Santé 21 » comptait trois volets :

1. Amélioration des conditions de travail (horaires, vacances) ;
2. Harmonisation du système salarial ;
3. Amélioration du climat de travail (dispositif anti-harcèlement).

L'État de Neuchâtel était directement partie prenante du projet « CCT Santé 21 » comme employeur, l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux et le service médico-pédagogique pour enfants et adolescents étant alors des services étatiques.

Dès les premiers travaux, et pour marquer sa volonté de trouver de vraies solutions à la situation actuelle des personnels de la santé des institutions du canton, le Conseil d'État a proposé des mesures intermédiaires d'amélioration salariale, à savoir :

- pour 2001 : une prime unique pour le personnel soignant ;
- pour 2002 : des augmentations de 2%, 3,5% et 6,5% en fonction des professions.

Il s'est engagé à poursuivre encore cette revalorisation par 1% d'augmentation des salaires chaque année en 2003 et 2004.

2.2.3. Adoption et contenu de la CCT Santé 21

Après trois ans, la CCT Santé 21 a été mise sous toit. Cet accord majeur - qui s'inscrivait dans le cadre plus général de la réorganisation sanitaire cantonale déjà en cours à l'époque - a été adopté le 28 novembre 2003 par les membres de la commission plénière.

À ce stade, il convient de relever que pour des raisons notamment juridiques, ce sont en fait trois CCT qui ont été créés que l'on regroupera par la suite sous l'appellation de « CCT Santé 21 ». En effet, les différences dans la législation suisse entre « droit public » et « droit privé » ont rendu nécessaires deux conventions séparées, liées par une troisième, soit :

- une CCT de droit public qui concernait les hôpitaux des villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, ainsi que l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux, tous trois soumis au droit public ;
- une CCT de droit privé qui concernait les autres hôpitaux, les homes pour personnes âgées et les services intercommunaux d'aide et de soins à domicile, dont les fondations qui les géraient, assujetties au droit privé, étaient subventionnées ;
- une convention dite tripartite dans le cadre de laquelle l'État devenait le garant de l'application uniforme des deux autres CCT dans toutes les institutions du domaine neuchâtelois subventionné de la santé.

L'aboutissement de ces travaux constituait, sans conteste, une première en Suisse dans la mesure où jusque-là, mais aussi depuis lors à notre connaissance, aucune convention collective de travail n'est allée aussi loin que la démarche neuchâteloise dans le domaine de la santé. En effet, les CCT en vigueur dans d'autres cantons dans ce secteur sont adaptées soit au droit public, soit au droit privé, sans aucun lien entre elles, et ne concernent souvent que les conditions de travail du personnel d'un seul acteur de la santé.

Ces trois textes conventionnels ont été formellement signés par les parties concernées le 12 décembre 2003.

Le contenu des CCT de droit public et de droit privé apportait notamment les améliorations suivantes aux conditions de travail du personnel des institutions de santé par rapport à ce qui existait jusque-là :

- introduction d'un dispositif anti-harcèlement ;
- meilleur encouragement à la formation du personnel ;
- création de commissions consultatives du personnel dans les institutions ;
- création d'une bourse aux emplois facilitant la mobilité du personnel ;
- sécurité d'emploi pour les personnes engagées par l'intermédiaire d'une société de location de services sur les mêmes bases que le reste du personnel ;
- sécurité accrue pour le personnel lors d'engagements de durée déterminée ;
- meilleures garanties lors de la suppression de postes ;
- durée du travail ramenée à 40 heures et protection du personnel lors des services continus : 6 jours consécutifs au plus (introduction au 1er octobre 2004) ;
- introduction des "congés jeunesse" dans le cadre des congés spéciaux ;
- possibilité de partager le congé maternité et d'adoption pour le père ;
- extension des congés extraordinaires rémunérés – amélioration sur le plan familial et concernant la maladie des enfants (introduction au 1er octobre 2004) ;
- fixation du nombre de jours fériés reconnus ;
- constitution d'une commission paritaire et d'un Tribunal arbitral pour assurer la bonne application des dispositions de la CCT ;

- notion de partenariat en cas de décès ;
- introduction des congés non payés ;
- définition des possibilités de congés, notamment concernant la maladie des enfants ;
- nouvelle description et évaluation des fonctions et entrée en vigueur d'une nouvelle grille salariale (courant 2005) ;
- meilleure couverture salariale en cas de maladie (introduction au 1er octobre 2004) ;
- amélioration des temps de pause pour le repos et les repas ;
- amélioration du droit aux vacances (introduction au 1er janvier 2004) ;
- prise en charge par l'institution des habits professionnels et de leur entretien.

Le coût de l'application de la CCT était important. À cet effet, le Conseil d'État a octroyé une enveloppe financière annuelle maximale de 10 millions de francs pour l'ensemble des institutions de soins subventionnées, considérant qu'un important pas avait déjà été franchi par l'introduction des revalorisations salariales pour environ 20 millions de francs contenues dans les mesures d'urgence. Les partenaires sociaux ont décidé de consacrer les 2/3 de ces 10 millions de francs à l'amélioration des conditions de travail, soit 6,6 millions de francs et 1/3 à la grille salariale, soit 3,3 millions de francs.

2.2.4. *Entrée en vigueur de la CCT Santé 21 et mise en place de ses organes*

La CCT Santé 21 est entrée en vigueur le 1er juillet 2004, mais l'introduction d'un certain nombre de ses dispositions a été réalisée sur plusieurs années. L'introduction de la semaine de 40 heures est ainsi intervenue au mois d'octobre 2004. Quant aux importants travaux relatifs à la nouvelle grille de fonctions et à l'échelle salariale, ils se sont poursuivis durant de nombreux mois encore avant d'être finalement mis en œuvre le 1er janvier 2007.

Dès juillet 2004, les nouvelles instances de la CCT Santé 21 que sont la commission faïtière et la commission paritaire se sont mises en place. La commission plénière de la CCT santé 21, chargée de l'élaboration de cette dernière, s'est tout d'abord muée en une Commission plénière et faïtière chargée de conduire l'introduction des derniers éléments à mettre en place puis en une commission faïtière. De son côté, la commission paritaire a été fortement sollicitée par les questions liées à l'interprétation du texte originel.

2.2.5. *Entrée en vigueur du nouveau système de rémunération de la CCT Santé 21 et conséquences*

Comme déjà relevé, l'entrée en vigueur du nouveau système de rémunération de la CCT Santé 21 - comprenant notamment une nouvelle grille salariale - est, quant à elle, intervenue le 1er janvier 2007. En l'occurrence, cela correspondait à un moment difficile, notamment en ce qui concerne le secteur hospitalier. En effet, l'HNE, employeur représentant près de la moitié du personnel concerné par la CCT Santé 21, était en phase de création, donc dans un moment peu propice pour informer dans les détails chaque collaborateur sur les conséquences du changement de système et traiter individuellement toutes les collocations. Par ailleurs, les difficultés financières rencontrées par le Conseil d'État dès le début de la législature 2006-2009 l'ont conduit à réduire drastiquement les moyens octroyés aux institutions concernées. Enfin, une partie

du personnel des institutions de soins subventionnées s'attendait, avec l'introduction de ce nouveau système, à des augmentations de salaire alors que les principales revalorisations avaient déjà eu lieu au début des années 2000. En outre, l'essentiel des moyens financiers supplémentaires mis à disposition par l'État lors de la précédente législature pour améliorer le statut du personnel de la santé dans le canton (soit 10 millions de francs) avait été attribué à l'introduction de la semaine de travail à 40 heures et utilisé pour offrir d'autres avantages en nature.

La transposition salariale du personnel des institutions de soins dans la nouvelle grille salariale a ainsi été effectuée dans un cadre financier restrictif imposé par le Conseil d'État. Dans sa communication du 16 juin 2006, celui-ci indiquait que « s'agissant du coût d'introduction de la nouvelle échelle des traitements, le Conseil d'État a décidé qu'il devait être inclus - selon des modalités d'application à définir par les partenaires sociaux - dans l'enveloppe générale allouée au titre d'évolution salariale pour 2007 ». Il n'a, dans ce contexte, pas alloué les 3,3 millions prévus par le projet « CCT Santé 21 » pour financer la nouvelle grille salariale. Les partenaires sociaux ont retenu les éléments suivants pour la transposition :

- transposition franc pour franc dans la nouvelle classe salariale (non-reconnaissance de l'ancienneté selon le nouveau système) ;
- indemnités payées à l'acte (suppression des forfaits) ;
- diminution progressive du salaire pour les employés surévalués (25% par année).

Ces différentes décisions ont entraîné le mécontentement très rapide d'une partie du personnel de santé, notamment dans le secteur hospitalier, et qui portait en particulier sur :

- *la non-reconnaissance de l'ancienneté* : la transposition « franc/franc » en fonction de l'ancien salaire et non sur la base de l'expérience acquise créait une distorsion entre les anciens collaborateurs et les nouveaux engagés ;
- *la baisse de revenus par perte des indemnités* : le changement du système d'accès aux indemnités pour inconvénients de service (à l'acte plutôt que forfaitaire) a entraîné une perte de revenus pour les personnes qui n'en effectuaient que peu ou pas, tout en touchant les indemnités forfaitaires y relatives ;
- *la non-reconnaissance des droits acquis pour les personnes en situation surévaluée* : la CCT prévoyait, pour les collaborateurs que la transposition placerait au-dessus du maximum de leur classe de traitement après collocation, que leur salaire serait ramené en quatre ans audit maximum ;
- *la collocation de certaines fonctions* : plusieurs personnes estimaient que la fonction dans laquelle le nouveau système les avait placées n'était pas adéquate et en demandaient la réévaluation.

Confrontés à ce mécontentement et à un contexte d'instabilité qui menaçait le bon fonctionnement du système de santé, les partenaires sociaux se sont concertés et ont signé une déclaration officielle par laquelle ils s'engageaient à adapter la CCT Santé 21 au travers de mesures correctrices dont la mise en œuvre devait s'étaler dans le temps.

L'objet de leur accord était le suivant :

- maintien du salaire 2006 pour les personnes en situation surévaluée (droits acquis) ;

- dès 2007 : correction de la perte salariale relative aux pertes sur indemnités pour inconvénients de service et attribution d'un échelon supplémentaire au titre de reconnaissance de l'ancienneté pour les personnes concernées ;
- en 2008 : attribution d'un deuxième échelon supplémentaire au titre de reconnaissance de l'ancienneté pour les personnes concernées ;
- en 2009 : attribution d'un troisième échelon supplémentaire au titre de reconnaissance de l'ancienneté pour les personnes concernées.

Les partenaires sociaux ont soumis en juin 2007 le résultat de leur négociation au Conseil d'État qui l'a validé.

Ces mesures, appliquées entre 2007 et 2009, ont fait l'objet d'un avenant salarial signé par les partenaires sociaux et l'État et annexé à la CCT version 2008-2012. Dès 2008, les partenaires sociaux ont mis en place un contrôle strict de l'application du système salarial.

2.2.6. *Recours contre l'application de la nouvelle grille salariale*

Se considérant victimes d'inégalités de traitement par rapport à leurs collègues engagés depuis l'entrée en vigueur du nouveau système salarial le 1er janvier 2007, 170 employés de l'HNE ont intenté une action en justice en 2009 dans le but de faire reconnaître leur ancienneté professionnelle. Au terme d'une très longue procédure, ils ont obtenu gain de cause au Tribunal cantonal dans un premier temps puis, suite à un recours de l'HNE contre la décision de cette instance, au Tribunal fédéral (TF) au mois d'avril 2013. Ce dernier a constaté une inégalité de traitement entre anciens et nouveaux employés concernant la prise en compte des années d'expérience.

Suite à l'arrêt du TF, les partenaires sociaux n'ont pas eu d'autre choix que de mettre à niveau tout le personnel concerné, à savoir le personnel employé avant le 1er janvier 2007. En lien avec la prise en charge des conséquences financières de l'arrêt du Tribunal fédéral, le Conseil d'État a demandé, en 2013, que la progression salariale du personnel soumis à la CCT soit revue à la baisse, afin que l'augmentation de la masse salariale des institutions soit limitée à 0,5% par année.

Dans ce cadre, et pour les années 2014 à 2016, les partenaires sociaux ont convenu d'un protocole d'accord accepté par le Conseil d'État et qui prévoyait :

- le report de l'octroi de l'échelon salarial au 1er juillet au lieu du 1er janvier en 2014, 2015 et 2016 ;
- la réduction de la grille salariale de 0,5% au 1er juillet 2015 ;
- l'engagement des partenaires sociaux à reconduire la CCT jusqu'en 2020, ainsi qu'à mener des négociations en vue de sa reconduction pour la période 2017-2020 ;
- l'engagement à négocier, en particulier, sur l'augmentation induite par les mécanismes du système salarial afin de la contenir dans une limite maximale de 0,7% par année.

S'agissant des conséquences de l'arrêt du TF, il a été décidé d'appliquer les corrections salariales avec effet au 1er décembre 2014 pour l'ensemble du personnel concerné, à l'exception des 170 recourants. Ces derniers ont eu droit à un effet rétroactif à la date de l'introduction de leur action en justice, soit en 2009, cet aspect devant être réglé avec leur employeur. Il s'avère cependant que certains réclamaient que l'effet rétroactif remonte à

2007, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle grille, et ont dès lors déposé un nouveau recours, pendant à ce jour.

2.2.7. *Renouvellement de la CCT Santé 21 pour la période 2008-2012*

La CCT Santé 21 originelle, mais aussi les suivantes, ayant été conclues pour une durée de 4 ans, soit jusqu'à fin 2007, les partenaires sociaux ont entrepris de la renégocier en 2006-2007. Ils ont abouti à la conclusion d'une nouvelle CCT soumise à approbation du Conseil d'État, notamment en ce qui concerne ses conséquences financières. Celui-ci a approuvé la nouvelle CCT par arrêté du 2 août 2008. Il a considéré que les modifications apportées au texte d'origine, qui consistaient avant tout en la formalisation d'interprétations de dispositions peu claires, n'avaient pas d'incidences financières significatives.

2.2.8. *Renouvellement de la CCT Santé 21 pour la période 2013-2016*

Dans la mesure où la CCT arrivait à son terme à fin 2012, les partenaires sociaux en ont négocié une nouvelle courant 2011-2012, qui a également été soumise à approbation du Conseil d'État. Celui-ci a approuvé la nouvelle CCT par arrêté du 3 décembre 2012. Dans son information aux médias du 3 décembre 2012, le Conseil d'État indiquait que « les partenaires sociaux lui avaient soumis la CCT pour approbation afin qu'il garantisse les conséquences financières qui en découlent. Le Conseil d'État soulignait l'importance de cet accord entre partenaires sociaux. Il affirmait qu'après analyse de ces textes, il était parvenu à la conclusion que les quelques améliorations apportées à la CCT par rapport à celle en vigueur jusqu'à la fin de l'année étaient globalement neutres sur le plan financier. La nouvelle CCT apportait quelques petites améliorations dans les domaines du travail de nuit, des congés extraordinaires, des congés spéciaux et des garanties de salaires et d'indemnisations en cas de maladie non professionnelle ».

2.2.9. *Renouvellement de la CCT Santé 21 pour les années 2017-2020*

Les partenaires sociaux ont conduit, dans le cadre de la commission faitière (COMFAIT) de la CCT Santé 21, depuis début 2015 et pendant plus d'une année et demie, des discussions en vue de la conclusion d'une nouvelle CCT pour la période 2017-2020, l'actuelle arrivant à échéance à la fin de l'année 2016. Ils ont ainsi tenu leur engagement, pris dans un accord en 2013, de reconduire la CCT Santé 21 jusqu'en 2020.

Le 27 juin 2016, ils ont trouvé et signé un accord validé par la suite par les organes compétents des quatre employeurs affiliés à la CCT Santé 21, soit l'HNE, le CNP, NOMAD et l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA), mais par contre seulement par deux des trois organisations représentant les employés (SYNA et l'ASI), les membres du Syndicat des services publics (SSP) l'ayant rejeté à une courte majorité.

Cette situation a conduit les partenaires sociaux à devoir reprendre leurs négociations.

Le 26 octobre 2016, un accord définitif a finalement été trouvé qui reprenait, dans sa quasi-intégralité, l'accord du 27 juin 2016 avec l'ajout, toutefois, d'une mesure concernant l'évolution de la grille d'ici la fin 2020 (octroi d'une augmentation de 1,2% de cette grille, sur décision des employeurs, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2020) et la suppression de la garantie de salaire brut minimal en cas d'évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) à la baisse.

Il ressort de la communication faite par les partenaires le 27 octobre 2016 que l'accord signé concerne près de 5'700 collaborateurs et collaboratrices des institutions de la santé du canton, qu'il vise à permettre à ces dernières de poursuivre leur mission avec de fortes exigences d'économicité dans un contexte difficile, ainsi qu'à maintenir, voire améliorer, l'attractivité salariale des métiers de la santé dans le canton, tout en offrant de bonnes conditions de travail au personnel et qu'il tient compte des comparaisons qui sont faites avec les conditions accordées dans d'autres cantons.

La communication fait aussi valoir que les salaires des employés neuchâtelois du secteur de la santé se situant en-dessous de la moyenne romande - comme l'a relevé d'ailleurs l'analyse de la CCT Santé 21 -, les partenaires sociaux ont privilégié les dispositions permettant une évolution. Ainsi ont-ils convenu d'une augmentation de la grille salariale de 1,2% au 1er janvier 2017 et d'une hausse supplémentaire correspondante, sur décision des employeurs, d'ici le 31 décembre 2020 au plus tard. Cela étant et tenant compte du contexte conjoncturel financier difficile, les partenaires sociaux ont convenu, en dérogation du règlement de la CCT Santé 21 concernant la rémunération (RRE), du non-octroi de l'échelon automatique en 2017 et de la non-adaptation de la grille salariale à l'indice des prix à la consommation (IPC), que celui-ci augmente ou diminue, pour les années 2017 à 2020, ainsi que 2017 commence à -0,2 point. Les partenaires ont encore décidé de l'abandon de la garantie du salaire annuel au sens de l'art. 7.2 RRE en fonction de l'évolution de l'IPC (à la baisse) et de la suppression de cette disposition.

Dans le même temps, les partenaires sociaux ont concédé des économies sur d'autres dispositions concernant les avantages pécuniaires ou en nature offerts aux employés dont il ressort, en comparaison intercantonale, qu'ils se situent dans la moyenne haute :

- l'horaire hebdomadaire de travail pour un plein temps passe ainsi de 40 à 41 heures ;
- les indemnités pour le travail durant le week-end et les jours fériés sont ramenées de 8 à 6 francs de l'heure ;
- la plage-horaire pendant laquelle elles sont versées est réduite d'une heure ;
- il en va de même de celle donnant droit à une majoration de salaire de 25% pour le personnel effectuant jusqu'à 24 nuits par année ;
- le nombre de jours fériés de remplacement garantis si les jours fériés définis dans la CCT Santé 21 tombent sur un week-end a été réduit de 12 à 10.

L'accord signé prévoit des améliorations, de faible impact financier, répondant à des demandes venant de la partie « employés » dont les modalités, pour certaines, doivent encore être définies dans le détail. Il s'agit de celles portant sur l'extension de l'application de la CCT Santé 21 (éléments autres que salariaux), le temps de travail des formateurs, la protection des lanceurs d'alerte et les conditions de communications des organisations représentant les employés.

Par ailleurs, les partenaires sociaux ont convenu de faire progresser de 2 à 5 le nombre de jours de congés extraordinaires pour la naissance d'un enfant.

Le Conseil d'État se réjouit de constater que les parties ont mesuré l'intérêt collectif qui réside dans l'existence de conditions de travail réglées à l'échelle de la branche, dans celle d'un texte qui contribue à l'attractivité des métiers de la santé confrontés à un risque de pénurie et qui assure les conditions d'une compétition loyale entre les institutions de soins, et enfin dans le règlement par anticipation des conséquences sociales des réorganisations incontournables qui s'opèrent encore dans ce secteur. Il salue en particulier la capacité des partenaires sociaux à prendre en considération les intérêts des uns et des autres ainsi que la réussite de leurs négociations qui a su tracer une voie

raisonnable dans la conjoncture financière difficile que le canton et les institutions de la santé connaissent.

3. CONTEXTE AUTOUR DE LA CCT SANTÉ 21

3.1. Politique sanitaire 2015-2022

En date du 4 février 2015, le Conseil d'État a adopté un rapport à l'attention du Grand Conseil concernant la politique sanitaire cantonale 2015-2022, dont celui-ci a pris acte sans opposition au mois de septembre 2015. Après y avoir posé les fondements de sa politique et avoir décrit les principaux défis et enjeux auxquels sera confronté le système sanitaire neuchâtelois, le gouvernement y a défini 6 orientations stratégiques, déclinées en 22 objectifs spécifiques et 63 mesures.

Dans ce cadre, il a proposé deux mesures concernant les conditions de travail du personnel de la santé, qui s'inscrivaient dans l'orientation stratégique No 6 « limiter la hausse des coûts de la santé » et un objectif spécifique intitulé « pérenniser les conditions de travail », à savoir les mesures No 58 et 59 :

No 58, « Maîtrise de l'évolution salariale liée à la CCT Santé 21 »
No 59, « études sur l'éventualité d'une CCT santé-cadre romande »

Concernant la première mesure, elle a été réalisée dès 2014 déjà. En effet, le Conseil d'État avait pris l'option, dès 2013, de tenir compte dans les budgets d'un blocage des salaires du personnel des institutions de santé et d'échelonner les rattrapages sur cinq ans. Il a souhaité voir les partenaires entrer en négociation pour une adaptation de la CCT Santé 21 au 1^{er} janvier 2015, l'objectif étant alors d'aboutir à un système contenant l'évolution annuelle de la masse salariale à 0,5% au maximum, cela à effectif constant et hors inflation.

Les partenaires sociaux ont travaillé de concert durant près d'une année pour se conformer au cadre financier fixé par le Conseil d'État.

Au final, les partenaires sociaux ont pu conclure un accord pour les années 2014 à 2016 (voir chapitre 2.2.6).

S'agissant de la seconde mesure, celle-ci a été communiquée aux autres cantons romands, mais elle n'a pas encore été discutée avec eux, faute de disponibilité pour le faire car il s'agit d'un énorme chantier. Cela étant, pour simplifier sa réalisation, il était important que les acteurs neuchâtelois tendent, par leurs conditions, à se rapprocher de celles existant sur le plan romand.

Quoiqu'il en soit, par les mesures proposées et pour partie déjà mises en œuvre, le Conseil d'État a démontré partager les préoccupations financières émises par les motionnaires, mais aussi qu'il anticipait les recommandations de l'IDHEAP visant à favoriser l'intercantonalité (voir chapitre 3). Les projets de lois présentés au chapitre suivant tendent également à promouvoir ce but.

3.2. Financement des EMS

Consécutivement à l'adoption, le 28 septembre 2010, de la Loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS) et à son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013, plusieurs EMS privés se sont soumis volontairement à la CCT Santé 21 (version droit privé) entre 2013 et 2016 pour bénéficier d'une majoration de leurs tarifs, comme le prévoyait cette loi¹. L'objectif du Conseil d'État et de votre Autorité avait alors été d'étendre le champ de la CCT Santé 21.

3.3. Planification hospitalière

Avec la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) entrée en vigueur en 2009 et dont les principales modifications sont entrées en force en 2012, de nouvelles règles de planification hospitalière ont été imposées. Le canton de Neuchâtel a donc dû revoir sa planification hospitalière, ce qu'il a fait en 2012 pour les soins aigus et en 2016 pour l'ensemble des domaines de prestations.

Dans le cadre de l'élaboration de ces deux planifications successives, le Conseil d'État a imposé aux hôpitaux, entre autres conditions pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière, le devoir d'appliquer les conditions de la CCT Santé 21. En parallèle, il s'est doté d'une clause de dérogation pour l'ensemble des critères, la jurisprudence considérant que la couverture des besoins de la population prime sur tout autre considération.

Au moment de l'élaboration de la liste hospitalière 2012, l'ensemble des hôpitaux figurant sur la liste hospitalière appliquaient ces conditions de travail. Or, à mi-2012, la Fondation propriétaire de l'Hôpital de la Providence a dénoncé la convention pour la fin de cette année, ce dans le cadre du rachat de l'hôpital par GSMN Neuchâtel SA. Ce dernier, qui exploite l'institution depuis mars 2013, a encore appliqué les conditions de la CCT Santé 21 en 2013 mais a modifié ses conditions de travail depuis 2014. Sans entrer dans le détail, relevons encore que cette dénonciation de la CCT a conduit à un conflit social important dont la résolution est, pour certains aspects, encore pendante devant les tribunaux.

Considérant que l'HNE seul n'était pas en mesure de couvrir les besoins de la population neuchâteloise et d'assumer les activités proposées par GSMN Neuchâtel SA, le Conseil d'État a admis un régime de dérogation pour les années 2014 à 2016. Lorsqu'il a arrêté sa liste hospitalière pour les années 2016 à 2022, il a prolongé cette dérogation jusqu'en 2017, laissant ainsi le temps à cette institution de prendre connaissance du contenu de la nouvelle version de la CCT Santé 21, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Contestant cette décision et notamment l'obligation qui lui est faite d'appliquer les conditions de la CCT Santé 21 dès 2018, GSMN Neuchâtel SA a fait recours contre la liste hospitalière auprès du Tribunal administratif fédéral, recours toujours pendant à ce jour.

La dérogation accordée par le Conseil d'État n'a pas satisfait tout le monde. Ainsi, le député Ziegler a déposé un projet de loi 13.103 visant à inscrire dans la loi de santé le devoir d'appliquer les conditions de la CCT Santé 21. Discuté en Commission santé sur la base d'un avis de droit de l'Institut de droit de la santé (IDS), ce projet de loi a été amendé pour le rendre plus compatible avec le devoir d'assurer la couverture sanitaire qui incombe au canton, puis soumis au Parlement. En l'occurrence, le Grand Conseil a refusé ce projet de loi amendé.

¹ L'évolution a été la suivante : 2013, 4 EMS; 2014: 8 EMS; 2015; 2 EMS et 2016: 1 EMS soit 15 EMS en tout

3.4. Projets de modification de lois visant à supprimer toute référence à la CCT Santé 21 (16.122, 16.123, 16.124 et 16.125)

L'obligation d'appliquer la CCT Santé 21 est inscrite dans la loi pour les établissements de droit public que sont l'HNE, le CNP et NOMAD. Dans le domaine des EMS, et comme décrit au chapitre 3.2, l'application de la CCT Santé 21 donne droit à un financement complémentaire de la part de l'État, en application de la LFinEMS.

Sans attendre les résultats de l'analyse réalisée par l'IDHEAP en vue de déterminer si la CCT Santé 21 générerait des surcoûts, et le cas échéant lesquels en regard des demandes spécifiques formulées dans la motion 14.121 du groupe PLR, celui-ci a déposé, le 23 février 2016, quatre projets visant à supprimer les références à la CCT Santé 21 dans les lois régissant l'HNE (LEHM), le CNP (LCNP), NOMAD (LNOMAD) et le financement des EMS (LFINEMS).

Dans son communiqué de presse du 24 février 2016, le PLR relevait que ces projets étaient justifiés par la situation financière de l'État et les économies recherchées dans le cadre du plan d'assainissement des finances. Il faisait valoir que la CCT Santé 21 était devenue insoutenable pour les finances de l'État et s'appuyait sur les premiers chiffres obtenus en réponse à la motion 14.121 et qui montraient d'importants surcoûts.

En l'occurrence, ces projets de modification de lois demandent, dans leur version initiale, que la CCT Santé 21 ne soit plus le texte de référence régissant les conditions de travail des institutions concernées soit l'HNE, le CNP et NOMAD et que leur application ne donne plus lieu à un supplément de tarif pour les EMS touchés. Par contre, ces projets de lois maintiennent la notion de convention collective de travail à laquelle le PLR se dit, dans un communiqué de presse accompagnant le dépôt de ces projets de lois, favorable et attaché dans le domaine de la santé pour le personnel soignant, à l'exclusion du personnel administratif. Il appelle de ses vœux la négociation d'une nouvelle CCT qui s'inscrive dans la moyenne intercantonale.

Il souligne que, dans ce contexte, il n'est pas question de toucher aux salaires, mais de renégocier certains avantages annexes offerts au personnel. Ces derniers seraient beaucoup trop généreux et engendreraient des coûts insoutenables pour le canton. Ainsi, à titre d'exemple, les 5 jours de vacances en plus accordés en moyenne par année par rapport aux autres conventions, la durée hebdomadaire du travail de 40 heures (alors que la moyenne serait de 42 heures), les samedis considérés comme des dimanches et payés comme tels et, enfin et surtout, l'impossibilité d'annualiser le temps de travail des collaborateurs, ce qui implique que de nombreuses heures supplémentaires sont à indemniser.

Pour le surplus et en priorité, le PLR demande à ce que le personnel non-soignant soit sorti de la CCT Santé 21, considérant que rien ne justifie l'écart au niveau des conditions de travail avec celles du secteur privé.

Contre l'avis du Conseil d'État qui estimait qu'il fallait attendre les résultats de l'étude menée par l'IDHEAP, la commission santé du Grand Conseil a décidé, lors d'une première séance, au mois de mai 2016, d'entrer en matière sur ces projets. Dans une seconde séance du mois de juin, elle a décidé de dissocier le traitement du projet de loi 16.124 (LFINEMS), considérant les implications particulières qu'il comportait, des projets 16.122 (CNP), 16.123 (LCNP) et 16.125 (LNOMAD) et d'inviter début juillet les organes de la CCT Santé 21 pour les entendre sur le fonctionnement de celles-ci et l'évolution de leurs négociations. Une nouvelle séance s'est tenue le 10 novembre 2016, date à laquelle se sont achevés les travaux de ladite commission sur ce sujet, sous réserve de l'adoption de son rapport. Répondant à la demande de la commission santé, le Conseil d'État a, dans un souci de transparence, remis préalablement à ses membres le rapport qu'il avait reçu peu avant de l'IDHEAP, en demandant la confidentialité mais sans

toutefois pouvoir l'accompagner du présent rapport qui n'était pas encore finalisé. Les résultats de cette étude lui avaient préalablement été présentés par l'IDHEAP dans sa séance du 9 septembre 2016. S'agissant des conclusions de la commission et du gouvernement sur ces projets de lois, nous renvoyons explicitement au rapport de la commission santé, au rapport de minorité et au préavis (respectivement à l'avis) du Conseil d'État au sens de l'art. 162, al. 3 (respectivement 196, al. 2) OGC.

4. ANALYSE DES COÛTS DE LA CCT SANTÉ 21

4.1. Mandat externe

Comme déjà relevé et afin de répondre à la motion, il a été décidé de confier à un mandataire externe le soin de procéder à une analyse des coûts liés à la mise en œuvre de la CCT Santé 21 qui réponde, dans toute la mesure du possible, aux demandes contenues dans celle-ci. En l'occurrence, le choix s'est très vite porté sur l'Institut des Hautes études en Administration Publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne, plus particulièrement son Unité « Management public et gestion des ressources humaines » placée sous la responsabilité du Professeur Yves Emery, dont la réputation n'est pas à faire.

Cet institut, comme ces experts, offrait toutes les compétences scientifiques requises pour procéder à une telle analyse, mais aussi toutes les garanties de neutralité et d'impartialité nécessaires, considérant les réserves émises à ce sujet par les motionnaires en lien avec la réalisation d'une enquête faite sur le même sujet par les organes de la CCT elle-même.

4.2. Objectifs

Un comité de pilotage, présidé par le chef du DFS, a été créé pour accompagner la réalisation du mandat par l'IDHEAP. Il comprenait, outre les représentants du mandataire, le secrétaire général adjoint en charge de la santé du DFS, le chef du service de la santé publique (SCSP), un de ses adjoints, le chef du service des ressources humaines de l'État, ainsi que la directrice administrative de la fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées (FECPA). Ce comité de pilotage s'est réuni à cinq reprises entre septembre 2015 et juillet 2016.

Après plusieurs échanges, et à la demande du chef du DFS, l'IDHEAP a soumis une offre de collaboration à son mandataire qu'il a acceptée et signée dans une version retravaillée au mois de juillet 2015. Cette offre proposait une méthode et un plan de réalisation focalisant l'analyse à mener sur les niveaux de rémunération et d'emploi, dans une optique comparative intercantonale, cela afin d'apporter des éléments de réponse aux motionnaires et, plus généralement, d'outiller le Conseil d'État et les institutions concernées pour une analyse fine de la masse salariale dans les domaines des hôpitaux, des institutions médico-sociales (EMS) et de l'aide et des soins à domicile (Spitex).

La démarche de l'IDHEAP poursuivait les objectifs suivants :

- évaluer la masse salariale et le niveau des emplois des collaborateurs soumis à la CCT Santé 21 sur des fonctions-types identifiées, et au sein des trois catégories d'employeurs que sont les hôpitaux, les EMS et l'aide et les soins à domicile ;

- comparer les coûts salariaux et niveaux d'emploi pour ces fonctions-types à ceux qui résulteraient de l'application des salaires moyens payés sur les cantons de référence sélectionnés par le comité de pilotage ;
- évaluer les effets de la CCT Santé 21 (dès son entrée en vigueur complète en 2007) sur le niveau des emplois et des salaires à Neuchâtel, dans une optique longitudinale (1997-2005 / 2006-2013) et comparative (comparaison intercantonale avec des cantons de référence) ;
- dresser une liste comparative des avantages annexes accordés au personnel et valoriser ces avantages lorsque la conversion en francs est possible et fait sens ;
- faire la synthèse des enjeux et modalités de gestion de la CCT, tels que perçus par les acteurs-clés retenus par le groupe de pilotage (voir ci-dessous), et réaliser une comparaison avec d'autres cantons ayant introduit de telles CCT.

L'étude conduite par l'IDHEAP devait permettre d'aboutir à une évaluation intégrée des coûts liés à la mise en œuvre de la CCT Santé 21 dans le canton de Neuchâtel, considérant autant l'effet « salaire » que l'effet « emploi », en établissant un différentiel des coûts socio-sanitaires entre Neuchâtel et les cantons de référence choisis.

La durée prévue pour réaliser l'étude était d'une année et portait jusqu'à l'été 2016. Le Grand Conseil, par sa commission santé comme les acteurs de la CCT Santé 21, en avaient été informés.

4.3. Méthodologie

La méthodologie utilisée pour la réalisation du mandat a combiné une analyse comparative quantitative, basée notamment sur différentes statistiques tirées de l'Office fédéral de la statistique (OFS), et une approche qualitative par entretiens.

L'approche quantitative suivie a consisté à évaluer de manière systématique le niveau et les coûts de personnel (en EPT et masse salariale) depuis la mise en œuvre de la CCT Santé 21 le 1^{er} juillet 2004 (pour l'emploi) et le 1^{er} janvier 2007 (pour les salaires), puis de les comparer aux emplois et aux salaires de référence sur le marché de l'emploi pertinent. L'IDHEAP s'est appuyé principalement sur des données statistiques comparatives obtenues auprès de l'OFS. Tout en étant conscient que ce choix validé par le COPIL pouvait impliquer une réduction de la profondeur d'analyse, il répondait à la fois à des considérations de simplification et d'objectivité, mais aussi de temps à disposition et de coûts pour réaliser le mandat. En effet, il a très vite été constaté, lors de démarches préparatoires menées par l'IDHEAP en collaboration avec le DFS, la difficulté qu'il y aurait à obtenir des données individuelles auprès des institutions de soins concernées, à la fois pour des questions de disponibilités en temps pour les réunir, mais aussi – et surtout dans d'autres cantons – de fortes réserves exprimées par les institutions pour fournir des données considérées comme très sensibles, sans compter tous les risques de biais.

L'approche qualitative a, quant à elle, consisté en un programme d'entretiens (une dizaine) auprès d'acteurs-clés du canton de Neuchâtel concernés par la gestion de la CCT Santé 21 et d'autres cantons ayant également introduit une CCT au cours de la période de référence, afin d'en apprécier les enjeux essentiels, les modalités de mise en œuvre et les améliorations souhaitées (en termes de gestion, non de contenu). Cette deuxième partie de l'analyse devait permettre de mettre en perspective les constats réalisés par la partie quantitative de la démarche proposée.

4.4. Synthèse des résultats

Le 18 octobre 2016, l'IDHEAP a rendu, au terme d'un très important et complexe travail de collecte et d'analyse de données de plus d'une année, son rapport final intitulé « analyse de l'emploi et des coûts salariaux des domaines des hôpitaux, des EMS et de l'aide et des soins à domicile ». Il s'agit d'un rapport très complet et détaillé de près de 90 pages qui est joint au présent rapport et en fait partie intégrante. Il en constitue la pièce maîtresse et votre Autorité est invitée à s'y référer largement.

Il ressort de l'analyse intégrée menée par l'IDHEAP et portant sur les trois champs d'analyse ci-après, les principaux constats suivants.

4.4.1. Analyse quantitative par canton

L'analyse quantitative, par canton et institution, réalisée par l'IDHEAP fait ressortir les principaux constats suivants :

- **la structure sociodémographique neuchâteloise est doublement pénalisante** en termes de prise en charge et de coûts pour la santé : part plus élevée de jeunes (<20 ans : population qui demande une prise en charge importante mais non « rentable » du point de vue de l'économie de la santé vu les primes moindres payées) et de personnes âgées dont on sait qu'elles sollicitent la part la plus importante des soins et donc des coûts des soins ;
- **l'offre socio-sanitaire est plus développée à Neuchâtel que dans plusieurs autres cantons comparables** (BL, JU, SO, FR pour les cantons de référence) : avec certains points positifs pour la population, aussi des répercussions sur les coûts neuchâtelois de la santé. Mais pas très différente de celles des autres cantons de la région du Nord-Ouest ;
- **densité des emplois dans les hôpitaux** : elle se situe dans la moyenne des cantons de référence (18/1'000 habitants), sous réserve des personnels médico-thérapeutique et surtout médico-technique (3,4% contre 6,1% pour la moyenne des dix cantons de l'échantillon) qui sont sous-représentés. A l'inverse, pour un canton ne disposant pas d'un hôpital universitaire, certains secteurs de la médecine spécialisée seraient en-dessus de la moyenne des cantons comparables. Ce constat mériterait d'être investigué de manière plus ciblée. À relever encore que la CCT ne couvre pas le secteur médical ;
- **densité des emplois dans les établissements médico-sociaux (EMS)** : il existe une sur-dotation en personnel autant par rapport à la population générale (pour 1'000 habitants) que par rapport à celle des personnes âgées de 65/80 ans et plus. La part du personnel soignant est dans la moyenne suisse et légèrement inférieure à la moyenne des dix cantons de référence. Par contre, la proportion des emplois spécialisés (personnel médico-thérapeutique notamment) est plus élevée à Neuchâtel ;
- **densité des emplois au niveau des services d'aides et de soins à domiciles (SASD)** : elle se situe dans la moyenne suisse, mais en dessous de la moyenne des dix cantons de référence. On observe toutefois une surreprésentation des emplois de « direction et de l'administration », phénomène également identifié dans le canton de Vaud ;
- **le taux de couverture des emplois par la CCT Santé 21 est élevé (84,3%) en comparaison intercantonale** : la moyenne est de 58,7%, CCT/Loi sur le personnel compris, pour les dix cantons de référence et pour tous les types d'employeurs.

Neuchâtel arrive toutefois derrière le canton de Genève (88,7%) et juste devant le Tessin (83,5%). Les hôpitaux sont, en moyenne, ceux dont le personnel est le mieux couvert (Neuchâtel : 91,4% / moyenne : 66,5%), devant les SASD (Neuchâtel : 95,4% / moyenne : 58,2%) et les EMS (Neuchâtel : 72,9% / moyenne : 44,4%) ;

- **les pratiques et conditions de la CCT Santé 21 n'expliquent pas à elles seules les surcoûts du système socio-sanitaire neuchâtelois** : cette influence est globalement marginale sur les coûts et le niveau des emplois, en tous les cas pour les hôpitaux. Les raisons du niveau élevé des dépenses de la santé à Neuchâtel sont multifactorielles, découlant principalement de facteurs historiques et politiques internes au canton, mais aussi de facteurs géo-topographiques et démographiques plutôt défavorables.

Dans une large mesure, ces constats rejoignent ceux du Conseil d'État et des études menées récemment. Ainsi, par exemple :

- la fragilité du tissu socio-démographique de notre canton a-t-elle déjà été relevée par les études BAKBASEL, examinées par votre autorité en juin dernier ;
- la réforme du système hospitalier, adoptée par votre autorité en novembre dernier, devait-elle conduire à une réduction des structures dans ce domaine ;
- la mise en œuvre de la planification médico-sociale (PMS), présentée devant votre autorité en janvier 2016, doit-elle permettre de développer les prestations de maintien à domicile et de réduire progressivement la proportion de personnes résidant en EMS ;
- les structures et missions de NOMAD font-elles l'objet d'études spécifiques sollicitées par votre Autorité et acceptées par le Conseil d'État lors de l'adoption des orientations stratégiques de cette institution, en février 2016 (en particulier l'amendement au décret 15.027 et la motion 16.117) .

4.4.2. Analyse par fonction-type

L'analyse comparative par fonction-type réalisée par l'IDHEAP, pour les 34 fonctions-types retenues dans les différentes catégories de fonction, pour les 10 cantons de référence et sur 13 barèmes de salaire pris en considération, fait ressortir les principaux constats suivants :

- **les salaires à Neuchâtel sont comparativement plus bas que dans les autres cantons de comparaison**, malgré quelques exceptions notables : en moyenne, ils sont nettement plus bas pour les maximums et modérément plus bas pour les salaires médians et minimums ;
- **les exceptions concernent les fonctions au cœur des soins et proportionnellement les plus nombreuses**, soit les infirmiers diplômés avec ou sans spécialisation, les aides-soignants et les assistants en soins et santé communautaire. Quelques fonctions moins fréquentes, telles que logopédistes, cuisiniers ou encore employés techniques diplômés, font également office d'exception ;
- **les fonctions dont le salaire est le plus bas par rapport aux cantons de référence sont pour l'essentiel les fonctions « non-soignantes »**, à savoir les fonctions médico-techniques avec diplôme secondaire II, les psychologues, les éducateurs/ASE/animateurs, les cadres du social, les chefs d'atelier, les spécialistes et les cadres administratifs ;

- **les avantages financiers annexes** (selon l'indice i3 créé et utilisé par l'IDHEAP) **sont globalement plus élevés à Neuchâtel qu'ailleurs**. Il faut toutefois relever que **ces avantages sont proportionnellement peu importants par rapport au niveau des salaires** et naturellement relatifs au profil d'employé sélectionné pour la comparaison ;
- le modèle salarial est assez égalitariste (écart entre les salaires des cadres et des non-cadres moins important qu'ailleurs), ce qui est typique des cantons du Nord-Ouest de la Suisse ;
- l'indice i2 de l'IDHEAP relatif au temps de travail (vacances, pauses, etc.) montre que **les conditions de travail, hors conditions salariales, des employés soumis à la CCT Santé 21 sont plus favorables à Neuchâtel qu'ailleurs**, comme attendu (idée de compenser le niveau plus faible des salaires), de sorte que **le « paquet global » calculé selon l'indice i5 de l'analyse de l'IDHEAP est relativement équilibré, atteignant à peu près le niveau moyen des cantons de référence** ;
- sur la base des indices i5 en particulier, nous constatons que **18 fonctions génèrent des surcoûts comparatifs (allant de + 0,5% à + 14,9%)**, alors que **16 fonctions génèrent des coûts inférieurs (allant de – 0,7% à - 21%)**. À noter que ce sont les fonctions au cœur des soins qui sont systématiquement en situation de surcoût (infirmiers, personnel soignant, aides familiales, au foyer et dans le secteur des soins à domicile). Si l'on considère uniquement les salaires minima et maxima, 11 fonctions sur 34 génèrent des surcoûts (pour les minima) et 3 fonctions sur 34 pour les maxima ; on est donc bien loin d'une situation de surévaluation systématique.

À noter que les adaptations de la CCT décidées en fin d'année 2016 n'ont pas pu être intégrées dans cette analyse comparative. Elles vont toutefois clairement dans le sens d'un rapprochement encore plus grand de la CCT Santé 21 par rapport aux conditions de référence puisqu'elles conduisent à une revalorisation des salaires et à une réduction des autres avantages non salariaux.

4.4.3. Analyse qualitative liée à la perception des acteurs

L'analyse qualitative réalisée par l'IDHEAP sur la base d'une dizaine d'entretiens menés avec tous les acteurs concernés par la CCT Santé 21, mais aussi d'autres ne l'appliquant pas (GSMN Neuchâtel SA, un certain nombre d'EMS assujettis à l'Association neuchâteloise des institutions privées pour personnes âgées-ANIPPA) a fait ressortir les principaux éléments suivants :

- **large convergence des arguments invoqués par les différents acteurs interviewés, sur les forces et faiblesses de la CCT Santé 21** ;
- **non-vérification dans les faits de plusieurs critiques émises contre la CCT Santé 21** dans l'opinion publique, notamment certaines ressortant de la motion 14.121, mais aussi ultérieurement des projets de lois 16.122, 16.123, 16.124 et 16.125, sur lesquels nous reviendrons dans un prochain chapitre ;
- **la CCT Santé 21 serait trop rigide en particulier sur la gestion des horaires** : l'IDHEAP met en avant le fait que la marge de manœuvre sur la planification des horaires existe et pourrait être davantage exploitée ;
- **la CCT Santé 21 serait responsable de surcoûts dans le domaine de la santé** : l'IDHEAP souligne que ce grief n'est pas avéré ou, à tout le moins, qu'il devrait être relativisé car de nombreux autres facteurs que la CCT Santé 21 influencent les coûts de la santé, comme le niveau de richesse, la structure socio-démographique ou

encore la situation géographique. Les indicateurs traités par l'IDHEAP ne confirment pas de surcapacités ou de surcoûts significatifs des services de santé concernés par la CCT Santé 21 pour Neuchâtel (excepté pour les EMS) et il n'est pas observé de relation significative entre le degré de couverture CCT/Lpers et les coûts de la santé dans le canton de Neuchâtel en particulier où ce taux est très élevé, en tous les cas pas pour les hôpitaux ;

- **la CCT Santé 21 permettrait de lutter contre la pénurie du personnel** : l'IDHEAP relève que si cela est vrai pour les métiers du domaine des soins en particulier, vu l'attractivité des conditions démontrée plus haut, il n'en demeure pas moins que les motifs principaux pour choisir un employeur ou le quitter ne sont pas avant tout liés à la CCT Santé 21 mais davantage à des facteurs internes liés à l'organisation-employeur (climat de travail, qualité de l'organisation en général, perspectives de développement professionnel, etc.) ;
- l'analyse fait ressortir que la plupart des acteurs reconnaissent le bon fonctionnement du secrétariat de la CCT Santé 21, pour un coût finalement raisonnable ;
- la perception générale par rapport à la CCT Santé 21, appréhendée dans l'ensemble de ses dispositions, est un sentiment de rigidité avec un niveau de réglementation ressenti comme trop détaillé. L'analyse met en avant le fait qu'une **marge de manœuvre plus élevée est souhaitée par plusieurs acteurs pour permettre de tenir compte des spécificités d'activités et de fonctionnement propres à chaque institution** tout en visant des conditions globalement équivalentes pour le personnel ;
- une **concurrence de plus en plus forte existe entre les différents acteurs de la santé, plus particulièrement entre les hôpitaux au sein d'un même canton** : l'analyse met en avant, pour Neuchâtel, l'opposition entre secteur privé et secteur parapublic, caractéristique d'un clivage politique historique qui ressurgit dans le débat relatif à la CCT ;
- la **formation continue, la professionnalisation et la spécialisation, mesures reconnues comme nécessaires par la plupart des acteurs de la santé, mènent à une augmentation des coûts de la santé**. Le renoncement à ces mesures peut mener à des formes de parasitisme, c'est-à-dire à l'exploitation des ressources d'autres cantons, voire d'autres pays voisins, déjà en partie observé à l'heure actuelle. Neuchâtel n'apparaît pas plus concerné que les autres cantons de référence par ces nouveaux défis.

Par-delà les constats faits dans le cadre de chacune des analyses réalisées qui sont synthétisées ci-dessus, l'IDHEAP a formulé des recommandations découlant directement de ces constats, mais aussi des recommandations plus générales tirées de son expérience à la demande du Conseil d'état, ce en toute indépendance. Pour ne pas surcharger le présent rapport, il est renoncé à en faire état ici, mais elles peuvent être consultées dans le rapport dudit institut et seront naturellement reprises par le Conseil d'Etat dans la mesure où elles portent sur des domaines relevant de sa compétence. Nombre d'entre elles sont en effet prioritairement destinées aux partenaires sociaux et la mesure principale que le Conseil d'Etat pourra examiner concerne le mode de financement des EMS et des soins à domicile. Elle a été reprise également par la commission chargée de l'examen du projet de loi 16.124, via la recommandation 16.182.

Au final, si le mandataire a recueilli de très nombreuses informations au cours de son analyse, il n'a pas disposé de chiffres suffisamment détaillés qui auraient permis un calcul précis par établissement et, par effet de consolidation, par domaine d'employeur (hôpitaux, EMS, SASD). Cela dit, les bases pour un tel bilan détaillé sont posées.

En effet, chaque établissement peut calculer le bilan global financier de sa propre situation, selon la répartition de son effectif dans les 34 fonctions sélectionnées, et en considérant le nombre d'heures de travail effectuées par année.

5. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

5.1. Appréciation sur les résultats de l'analyse

Le rapport d'analyse de l'IDHEAP constitue une mine d'informations pour le Conseil d'État sur les conditions de travail régissant le domaine de la santé dans le canton, comme dans plusieurs autres, et une source précieuse de réflexion à court, moyen et long termes sur d'éventuels changements à apporter à l'organisation du système. Pour la plupart des pistes relevées toutefois, ce sont des analyses récentes et des transformations en cours qui trouvent confirmation dans les conclusions de l'IDHEAP, lesquelles n'apportent dès lors que peu de surprises.

Le Conseil d'État est par ailleurs convaincu qu'il en ira de même pour les organes de la CCT Santé 21.

De ce fait, il ne manquera pas d'adresser officiellement ce rapport à la Commission faîtière de la CCT Santé 21 (COMFAIT), dès sa soumission au Grand Conseil via l'annexe au présent rapport, et de solliciter sa position à son sujet, comme celle individuelle des institutions de la santé concernées plus directement par certains constats et recommandations émis par l'IDHEAP sur le plan de l'analyse quantitative. Il entend aussi procéder à un large échange de vues avec elles à ce sujet et sur les possibles suites à donner à différents niveaux et selon un calendrier à définir.

Cela dit, plusieurs constats de l'IDHEAP ne constituent pas une surprise pour le Conseil d'État, comme pour les partenaires sociaux de la CCT Santé 21. Ils ressortaient déjà, pour un certain nombre, d'un rapport de la Commission paritaire CCT Santé 21 sur la comparaison salariale intercantonale 2012, mais aussi des réponses données par les partenaires sociaux dans les entretiens menés par l'IDHEAP en début d'année 2016 dans le cadre de la partie qualitative du mandat. Le contenu de l'accord négocié récemment par les partenaires sociaux de la CCT Santé 21 montre aussi que ceux-ci étaient déjà bien conscients, avant la publication du rapport, de certaines « faiblesses » de la CCT Santé 21, mais aussi des mesures à prendre pour y remédier. Le rapport d'analyse vient donc non seulement confirmer, mais aussi affiner certains constats.

À très court terme, le rapport d'analyse de l'IDHEAP permet au Conseil d'État de disposer d'une première appréciation sur la pertinence et la portée des décisions prises par les partenaires sociaux dans l'accord qu'ils viennent de négocier. Il lui est très utile pour répondre, de manière éclairée et objective, à la motion faisant l'objet du présent rapport, et permet de compléter l'appréciation de la commission santé du Grand Conseil (majorité et minorité) sur les projets de lois déposés en début d'année 2016 et demandant la suppression de toute référence à la CCT Santé 21 (projets de lois 16.122-16.125).

Cela étant, le Conseil d'État a renoncé à demander aux institutions concernées par la CCT Santé 21 de procéder individuellement à des calculs de masses salariales et de coûts en tenant compte des bases posées et des résultats de l'analyse de l'IDHEAP, considérant que le contexte ne s'y prêtait guère. En effet, les conditions de travail du personnel ont changé avec l'entrée en vigueur de la nouvelle CCT Santé 21, le 1^{er} janvier dernier. Par ailleurs, la charge de travail et la pression qui pèsent sur les établissements concernés et leur équipe de direction sont énormes dans le contexte des importantes

réformes en cours, mais aussi des nouvelles mesures d'économies à mettre en œuvre dans le cadre des premier et second plans d'assainissement des finances de l'État. Cela dit, l'exercice devra naturellement être réalisé.

Enfin, il sied de relever ici que les rapports entre l'État et les institutions de santé ont évolué et que l'État se limite désormais à fixer un cadre financier aux institutions qu'il subventionne, auxquelles il appartient exclusivement de négocier avec leurs partenaires les conditions de travail qu'elles sont en mesure d'assumer dans ce cadre-là. Sous réserve d'obligations légales, l'État entend dès lors renoncer dorénavant à approuver formellement les CCT quand bien même il souhaite les voir s'appliquer aussi largement que possible.

5.2. Attachement au partenariat social et aux CCT Santé 21

Le Conseil d'État a eu l'occasion de marquer son fort attachement au partenariat social de manière générale, mais en particulier dans le domaine de la santé qui est confronté à de très importants défis, partenariat social qui se manifeste sous la forme d'une convention collective de travail (CCT).

Le Conseil d'État souhaite, à ce stade du rapport, insister une nouvelle fois sur l'utilité des CCT Santé 21, en regard des défis du système de santé neuchâtelois à court, moyen et long termes. Ces conventions offrent en effet des conditions de travail de référence pour assurer une compétition « à armes égales » dans plusieurs domaines comme les hôpitaux, les EMS ainsi que les soins et l'aide à domicile voués à la concurrence par la volonté du Parlement fédéral. Elles assurent des conditions de travail attractives, enjeu souligné dès les premiers travaux à l'origine de ces CCT, et qui a conservé toute son actualité et son acuité. Le Conseil d'État est en effet convaincu que la CCT est et reste un instrument propre à favoriser la recherche de personnel dans le canton en lui assurant de bonnes conditions de travail, sachant que ces dernières contribuent également à la qualité des prestations fournies. Enfin, les CCT Santé 21 règlent de nombreuses questions et définissent un cadre clair pour accompagner les changements qui s'imposent dans le système de santé. En rassurant par exemple les collaborateurs des institutions de soins sur leur avenir professionnel en cas de déplacement, de modification ou de suppression de fonction, elles contribuent à apporter davantage de sérénité et facilitent ainsi l'adaptation du système sanitaire neuchâtelois face aux défis qu'il doit relever.

Enfin, le gouvernement salue le climat de concertation qui règne au sein des organes de la CCT, au-delà des divergences naturelles qui peuvent s'y exprimer. Il voit dans ce fonctionnement et dans l'existence de ces organes un apport important à la compréhension réciproque des différents acteurs de la santé et, par-là, à une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins, enjeu dont l'importance s'accroît dans l'organisation de notre système de soins.

5.3. Autres facteurs d'évolution des coûts

Considérant que les préoccupations qui s'exprimaient à travers la motion étaient avant tout liées aux coûts du système de santé et à la situation préoccupante des finances cantonales, le Conseil d'État se doit de mettre en avant également le fait que le monitoring sur l'évolution des coûts totaux bruts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les six premiers mois de l'année 2016, dont les résultats sont disponibles depuis le mois d'août dernier, montre de très fortes augmentations des prestations et des coûts en découlant à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) depuis le début de l'année 2016. La hausse moyenne étant sensiblement plus importante dans le canton de Neuchâtel (+ 5,4%) que dans la Suisse entière (+ 4,3%),

elle représente une différence de coûts bruts par assuré de 130 francs. Or, il s'avère que cette hausse des coûts très importante se manifeste dans tous les groupes de coûts relevant du domaine ambulatoire :

– médecins ambulatoires sans labo :	NE = + 6,7% / CH = + 3,8%
– médicaments médecins :	NE = + 14,2% / CH = + 3,8%
– médicaments en pharmacies :	NE = + 11,4% / CH = + 6,4%
– Spitex (aide et soins à domicile) :	NE = + 17,2% / CH = + 9%
– laboratoires :	NE = + 16,8% / CH = + 8,8%
– physiothérapeutes :	NE = + 17,4% / CH = + 10,4%
– autres (ergothérapeutes, sages-femmes, diététiciens, logopédistes, transports, moyens et appareils) :	NE = + 15,2% / CH = + 9,5%.

Or, à l'exception d'une part importante de l'aide et des soins à domicile – dont la croissance correspond à un rattrapage voulu, permettant de limiter celle des coûts relatifs aux EMS – la quasi-totalité de ces domaines et des acteurs qui y exercent n'est pas couverte par la CCT Santé 21.

La conséquence de cette situation est une hausse des primes à payer par les assurés en 2017 sensiblement plus importante dans le canton de Neuchâtel que la moyenne des cantons suisses, comme ce fut déjà le cas en 2016. En outre, une charge toujours plus élevée pèse sur la collectivité publique, liée aux primes à payer pour les assurés de condition économique modeste. Le budget y relatif a d'ailleurs explosé ces dernières années.

À relever à l'inverse, et c'est réjouissant, que dans les domaines où le Conseil d'État dispose d'un pouvoir d'intervention, notamment par le biais de planifications, les coûts ont soit diminué (c'est le cas pour l'hospitalier stationnaire avec une réduction de près de 10% des coûts), soit sont restés stables (c'est le cas pour les EMS). Il s'agit de domaines pourtant très largement couverts par la CCT Santé 21 comme on l'a vu plus haut.

6. CONCLUSION

Vu la nature des demandes faites par la motion 14.121, mais aussi des éléments avancés dans le présent rapport ressortant de l'analyse menée par l'IDHEAP et tenant compte du résultat des négociations abouties entre partenaires sociaux de la CCT Santé 21, le Conseil d'État estime avoir répondu à la motion par le présent rapport d'information.

Il constate avant tout que les partenaires sociaux sont en mesure de faire évoluer eux-mêmes les conditions de la CCT-Santé 21 pour tenir compte de l'évolution du contexte, qui voit s'accroître la pression tant sur les institutions employeurs que sur les collaborateurs de celles-ci.

Il relève au demeurant que les conditions négociées entre partenaires ont aujourd'hui un impact très marginal sur le niveau de subventionnement des institutions par l'État. D'une part en effet, les surcoûts supposés de la CCT ne sont pas avérés, et d'autre part, les règles de subventionnement sont aujourd'hui de plus en plus indépendantes des conditions de travail offertes par les institutions à leurs collaborateurs. En outre, l'étude menée a identifié, ou confirmé, d'autres facteurs structurels comme éléments bien plus significatifs pour expliquer les coûts importants de notre système de santé et ceux-ci progressent de façon plus significative dans des domaines non couverts par la CCT Santé 21.

Le Conseil d'État est conscient que la démarche que sous-tend la CCT Santé 21 est ambitieuse et exigeante, mais elle lui paraît toujours indispensable. En effet, elle oblige les institutions signataires à réfléchir à une gestion coordonnée de leurs ressources humaines, en dépassant leurs intérêts propres au profit de l'intérêt de la branche et du canton, pour trouver des solutions. C'est le modèle auquel le Conseil d'État tend en général pour toute la réorganisation en cours du système de santé.

Concernant le contenu du présent rapport d'information, le Conseil d'État considère que, même s'il ne répond pas précisément à toutes les demandes posées, le résultat du très important travail réalisé dans un court laps de temps apporte de nombreuses réponses qui devraient rassurer le Grand Conseil en général, les motionnaires en particulier, mais aussi la population. À l'évidence au terme de ces travaux, la CCT Santé 21 n'offre pas des conditions de rémunération et de travail spécialement avantageuses ou particulièrement luxueuses en comparaison intercantonale, bien au contraire. Elle ne conduit donc pas à des coûts insoutenables et les partenaires sociaux sont en mesure de la faire évoluer régulièrement pour l'adapter au contexte changeant de notre système de santé.

Vu ce qui précède, le Conseil d'État invite le Grand Conseil à prendre acte du présent rapport d'information et à classer la motion 14.121. Il rappelle qu'elle ne restera pas sans suite, les résultats de l'analyse menée par l'IDHEAP pour y répondre devant faire l'objet d'un examen attentif par tous les acteurs concernés, y compris l'État.

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

Neuchâtel, le 15 février 2017

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
J.-N. KARAKASH

La chancelière,
S. DESPLAND

ANNEXES

Annexe 1

CCT Santé 21 - Analyse de l'emploi et des coûts salariaux des domaines des hôpitaux, des EMS et de l'aide et des soins à domicile

Voir brochure séparée

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
RÉSUMÉ	1
1. INTRODUCTION	1
1.1. Teneur de la motion	1
1.2. Réponse orale du Conseil d'État	3
1.3. Suite donnée par le Conseil d'État	4
2. HISTORIQUE DE LA CCT SANTÉ 21	5
2.1. Origine et raison d'être de la CCT Santé 21	5
2.2. Élaboration et mise en œuvre de la CCT Santé 21	6
3. CONTEXTE AUTOUR DE LA CCT SANTE 21	14
3.1. Politique sanitaire 2015-2022	14
3.2. Financement des EMS	15
3.3. Planification hospitalière	15
3.4. Projets de modification de lois visant à supprimer toute référence à la CCT Santé 21 (16.122, 16.123, 16.124 et 16.125)	16
4. ANALYSE DES COÛTS DE LA CCT SANTE 21	17
4.1. Mandat externe	17
4.2. Objectifs	17
4.3. Méthodologie	18
4.4. Synthèse des résultats	19
5. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT	23
5.1. Appréciation sur les résultats de l'analyse	23
5.2. Attachement au partenariat social et aux CCT Santé 21	24
5.3. Autres facteurs d'évolution des coûts	24
6. CONCLUSION	25
ANNEXES	
Annexe 1 : CCT Santé 21 – analyse de l'emploi et des coûts salariaux des Domaines des hôpitaux, des EMS et de l'aide et des soins à domicile (brochure séparée)	27